



2010

**Vivre *avec l'*arthrite *au* Canada**  
*Un défi de santé personnel et de santé publique*

**Comité de rédaction**

Agence de la santé publique du Canada  
Arthritis Consumer Experts  
Arthritis Community Research and Evaluation Unit  
Alliance canadienne des arthritiques  
Réseau canadien de l'arthrite  
Institut canadien d'information sur la santé  
Statistique Canada  
La Société de l'arthrite

# Remerciements

*Le présent rapport est le fruit du travail de nombreuses personnes dévouées à la tâche. Leur apport a été précieux pour rassembler l'information : nous les remercions chaleureusement!*

*La production de ce rapport a été dirigée par un comité de rédaction, dont les membres sont énumérés ci-dessous. Les chapitres ont été rédigés par des spécialistes du domaine avec le précieux concours des examinateurs scientifiques.*

## Comité de rédaction

Claudia Lagacé, Siobhan O'Donnell et Louise McRae (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada), Elizabeth Badley et Crystal MacKay (Arthritis Community Research and Evaluation Unit), Vincent Dale (Statistique Canada), Stacey Johnson (Réseau canadien de l'arthrite), Cheryl Koehn (Arthritis Consumer Experts), Jean Légaré (Alliance canadienne des arthritiques), Lynn Moore (Société de l'arthrite) et Greg Webster (Institut canadien d'information sur la santé).

## Agence de la santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Équipe de la Division de la surveillance des maladies chroniques

Celina Degano (étudiante), Marianne Nichol, Peter Walsh et Anne Lange.

## Révision

Claudia Lagacé, Agence de la santé publique du Canada.

## Auteurs collaborateurs

Chapitre 1 : *Qu'est ce que l'arthrite et dans quelle mesure est-elle répandue ?*

— C. Lagacé, A. Perruccio, C. Degano et M. Nichol.

Chapitre 2 : *Prévention et prise en charge* — C. Lagacé et C. Degano.

Chapitre 3 : *Incapacité et qualité de vie* — H. Ansari et E.M. Badley.

Chapitre 4 : *L'arthrite chez les Premières nations, les Métis et les Inuits* — S. O'Donnell, L. Bartlett et C. Degano

Chapitre 5 : *Mortalité liée à l'arthrite* — C. Lagacé.

Chapitre 6 : *Fardeau économique de l'arthrite* — C. Lagacé, S. O'Donnell, A. Diener, H. Roberge et S. Tanguay.

Chapitre 7 : *Médicaments prescrits contre l'arthrite* — C. Lagacé, S. O'Donnell et C. Degano.

Chapitre 8 : *Utilisation des services ambulatoires* — S. O'Donnell et C. Lagacé.

Chapitre 9 : *Soins hospitaliers pour les arthritiques* — M. Canizares, C. Mackay, J. Tyas et E.M. Badley.

## Analyse des données

Marianne Nichol et Peter Walsh (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada), Sukanya Gopinath et Raymond Przybysz (Institut canadien d'information sur la santé).

## Examineurs scientifiques

Christina Bancej (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada), Leah Bartlett (Assemblée des Premières nations), Sasha Bertnatsky (Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill), Glinda Cooper (U.S. Environmental Protection Agency, National Center for Environmental Assessment), Juliette Cooper (École de réadaptation médicale, Université du Manitoba), Dan Danciulescu (Centre d'évaluation des produits radiopharmaceutiques et biothérapeutiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada), Aileen Davis (Toronto Western Research Institute), Heather Dawson (Institut canadien d'information sur la santé), Alan Diener (Bureau de la pratique de santé publique, Agence de la santé publique du Canada), Hani El-Gabalawy (Division de rhumatologie, Université du Manitoba), Debbie Feldman (École de réadaptation, Université de Montréal), Rick Fry (Bureau de l'efficacité thérapeutique et des politiques, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada), Georgina Georgilopoulos (Division des soins chroniques et continus, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada), Boulos Haraoui (Institut de rhumatologie de Montréal), Sheryl Harris (Division du système de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada), Charles Helmick (Arthritis Program, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis), Linda Li (Département de physiothérapie, Université de la Colombie-Britannique/Centre de recherche sur l'arthrite du Canada), Lisa Lix (École de santé publique, Université de la Saskatchewan), Howard Morrison (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada), Jennifer Pennock (Direction des politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada), Hélène Roberge (Bureau de la pratique de santé publique, Agence de la santé publique du Canada), Mark Smith (Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba), Paula Stewart (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada), Serge Tanguay (Bureau de la pratique de santé publique, Agence de la santé publique du Canada), Kathryn Wilkins (Statistique Canada) et Paul Zalzal (Département de chirurgie, Université McMaster).



*Quelques mots de la  
part de l'administrateur  
en chef de la santé  
publique*



Chère lectrice,  
Cher lecteur,

**J**e recommande la lecture du présent rapport intitulé *Vivre avec l'arthrite au Canada : un défi de santé personnel et de santé publique* à quiconque souhaite connaître ce qui peut être fait à l'échelle individuelle ou des organismes pour prévenir et atténuer les effets de

l'arthrite subis par la population canadienne.

Bien que des progrès aient déjà été accomplis en ce sens, l'arthrite demeure une maladie fréquente, onéreuse et invalidante. Plus de 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes souffrent d'une ou de plusieurs des 100 affections qui constituent la maladie. Il s'agit de l'une des principales causes de douleurs et d'incapacité physique au Canada et, par conséquent, d'un grave problème de santé publique. La maladie peut nuire aux activités quotidiennes, aux choix professionnels, à la participation sociale, aux relations, à la vie de famille et à la situation économique des personnes atteintes.

*Vivre avec l'arthrite au Canada : un défi de santé personnel et de santé publique* est conçu pour sensibiliser le public à l'idée que cette maladie n'est pas une conséquence naturelle du vieillissement et à l'importance de la prévention et d'une prise en charge rapide.

Le présent rapport reflète l'engagement de l'Agence de la santé publique du Canada — et des organismes et personnes qui ont collaboré à ce rapport — à fournir aux décideurs, aux fournisseurs de soins de santé, aux bénévoles et au grand public l'information dont ils ont besoin. Je tiens à remercier tous nos collaborateurs pour leurs efforts constants visant à alléger le fardeau des personnes souffrant d'arthrite au Canada.

Je vous encourage à utiliser ce rapport dans vos domaines d'intérêt ou d'expertise pour améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes.

**D<sup>r</sup> David Butler-Jones**

*Administrateur en chef de la santé publique*



# Table *des* matières

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>7</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>8</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>14</b>
<b>Chapitre 1 / Qu'est-ce que l'arthrite et dans quelle mesure est-elle répandue ?</b> .....	<b>16</b>
Introduction.....	16
Qu'est-ce que l'arthrite ?.....	16
Dans quelle mesure est-elle répandue ?.....	18
Prévalence selon l'âge et le sexe.....	19
Variations géographiques de la prévalence.....	21
Provinces et territoires.....	21
Zones urbaines et rurales.....	22
Régions sociosanitaires.....	23
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques.....	24
Projections de la prévalence de l'arthrite.....	28
Résumé.....	30
<b>Chapitre 2 / Prévention et prise en charge</b> .....	<b>32</b>
Introduction.....	32
Que savons-nous des facteurs de risque de l'arthrite ?.....	34
Facteurs de risque non modifiables.....	34
Âge.....	34
Sexe.....	34
Hormones.....	35
Prédisposition génétique.....	35
Facteurs de risque modifiables.....	36
Sédentarité.....	36
Régime alimentaire.....	38
Excès de poids et obésité.....	38
Traumatismes articulaires.....	41
Tabagisme.....	42
Profession.....	42
Infections.....	42
Réduire l'impact de l'arthrite.....	42
Éducation et sensibilisation.....	43
Reconnaissance des symptômes, dépistage et diagnostic précoces.....	44
Autogestion de la maladie.....	44
Médication.....	45



Réadaptation.....	45
Chirurgie.....	46
Résumé.....	46
<b>Chapitre 3 / Incapacité et qualité de vie .....</b>	<b>52</b>
Introduction.....	52
État général de santé .....	53
Santé psychologique ou mentale et stress.....	54
Affections chroniques concomitantes.....	56
Douleur et limitations des activités.....	57
Incapacité causée par l'arthrite.....	59
Aperçu des limitations d'activités causées par l'arthrite.....	60
Limitations d'activités causées par l'arthrite selon l'âge et le sexe.....	61
Mobilité.....	61
Autonomie en matière de soins personnels.....	63
Tâches domestiques .....	63
Participation au marché du travail.....	64
Vie communautaire, sociale et citoyenne.....	65
Résumé.....	67
<b>Chapitre 4 / L'arthrite chez les Premières nations, les Métis et les Inuits .....</b>	<b>70</b>
Introduction.....	70
Premières nations.....	71
Membres des Premières nations habitant des réserves .....	71
Membres des Premières nations vivant hors réserve .....	72
Métis .....	73
Inuits .....	74
Résumé.....	75
<b>Chapitre 5 / Mortalité liée à l'arthrite .....</b>	<b>76</b>
Introduction.....	76
Mortalité liée à l'arthrite chez les hommes et les femmes.....	77
Mortalité liée à certaines formes d'arthrite.....	78
Mortalité prématurée.....	78
Évolution des taux de mortalité.....	79
Résumé.....	80
<b>Chapitre 6 / Fardeau économique de l'arthrite .....</b>	<b>82</b>
Introduction.....	82
Coûts attribués à l'arthrite .....	83
Résumé.....	85
<b>Chapitre 7 / Médicaments prescrits contre l'arthrite.....</b>	<b>86</b>
Introduction.....	86



Analgésiques (médicaments antidouleur) .....	87
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) .....	87
Protecteurs gastro-intestinaux (PGI) .....	87
Corticostéroïdes.....	87
Antirhumatismaux à action lente (ARAL) .....	87
Modificateurs de la réponse biologique (MRB).....	87
Médicaments prescrits aux personnes souffrant d'arthrite .....	88
Ordonnances selon le type d'arthrite.....	88
Ordonnances selon l'âge, le sexe et l'année .....	89
AINS et PGI .....	89
ARAL .....	91
Corticostéroïdes.....	92
MRB .....	93
Résumé .....	94
<b>Chapitre 8 / Utilisation des services de soins ambulatoires .....</b>	<b>96</b>
Introduction .....	96
Consultations médicales (toutes catégories de médecins) .....	97
Consultations médicales par âge, sexe et type d'arthrite .....	98
Consultations par type de médecin .....	99
Résumé .....	100
<b>Chapitre 9 / Soins hospitaliers pour la prise en charge de l'arthrite .....</b>	<b>102</b>
Introduction .....	102
Hospitalisations et chirurgies ambulatoires liées à l'arthrite .....	103
Hospitalisations chez les hommes et les femmes.....	105
Arthroplastie de la hanche et du genou.....	107
Hommes et femmes .....	107
Arthroplastie et obésité .....	109
Variations provinciales et territoriales.....	111
Durée de séjour à l'hôpital .....	112
Résumé .....	113
<b>Sources de données .....</b>	<b>115</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>124</b>



## Liste *des* tableaux

### Chapitre 1

Tableau 1-1	Principaux types d'arthrite .....	17
Tableau 1-2	Nombre de personnes, prévalence de l'arthrite autodéclarée brute et normalisée selon l'âge par province ou territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008.....	22
Tableau 1-3	Nombre projeté de personnes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite et prévalence de l'affection, selon le sexe, Canada, 2007-2031 .....	28

### Chapitre 2

Tableau 2-1	Récapitulatif de la preuve concernant les facteurs de risque de l'arthrite .....	33
-------------	--	----

### Chapitre 3

Tableau 3-1	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations de mobilité, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001 .....	62
Tableau 3-2	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations d'autonomie en matière de soins personnels, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001.....	63
Tableau 3-3	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations de participation à la vie communautaire, sociale et citoyenne, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001 .....	66

### Chapitre 5

Tableau 5-1	Total des décès attribuables à l'arthrite, selon le type d'arthrite, Canada, 2005.....	78
Tableau 5-2	Nombre et proportion de décès prématurés attribuables à l'arthrite, selon le sexe et le type d'arthrite, Canada, 2005.....	78

### Chapitre 6

Tableau 6-1	Fardeau économique de l'arthrite (en dollars de 2008), par composante de coût, Canada, 2000.....	83
-------------	--	----

### Chapitre 7

Tableau 7-1	Nombre et pourcentage d'ordonnances d'AINS, d'ARAL, de corticostéroïdes, de MRB et de PGI délivrées à des personnes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite, Canada, 2007 .....	88
-------------	--	----

### Chapitre 8

Tableau 8-1	Consultations médicales (toutes catégories de médecins) pour l'arthrite et les affections apparentées chez les adultes de 15 ans et plus au Canada, à l'exclusion des territoires (intervalle des résultats fourni pour les provinces participantes), 2005-2006 .....	97
-------------	---	----

### Chapitre 9

Tableau 9-1	Taux d'arthroplastie normalisé selon l'âge et le sexe, pour 100 000 habitants, par province de résidence, Canada, 2001-2002 et 2005-2006 .....	111
-------------	--	-----



# Liste des figures

## Chapitre 1

Figure 1-1	Prévalence autodéclarée de certaines maladies chroniques, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	19
Figure 1-2	Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite, selon l'âge et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	20
Figure 1-3	Proportion du nombre total de personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	20
Figure 1-4	Prévalence brute de l'arthrite autodéclarée, par province ou territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	21
Figure 1-5	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le lieu de résidence rural ou urbain et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	22
Figure 1-6	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge (en quartiles), selon la région sociosanitaire, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	23
Figure 1-7	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon l'état matrimonial et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	24
Figure 1-8	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le groupe ethnique (origines caucasienne, africaine, asiatique et autres groupes) et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	25
Figure 1-9	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le niveau d'instruction et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	25
Figure 1-10	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le revenu et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	26
Figure 1-11	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le statut d'immigration et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	27
Figure 1-12	Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le temps écoulé depuis l'immigration et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	27
Figure 1-13	Nombre projeté de personnes qui souffriront d'arthrite, selon l'année et le groupe d'âge, Canada, 2007-2031 .....	29

## Chapitre 2

Figure 2-1	Proportion de personnes de 15 ans et plus ayant déclaré être physiquement inactives pendant leur temps libre, selon l'âge et le sexe, population à domicile, Canada, 2007-2008 .....	37
Figure 2-2	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant ou non d'arthrite ayant déclaré être physiquement inactives, selon l'âge et le sexe, population à domicile, Canada, 2007-2008 .....	38
Figure 2-3	Proportion de personnes de 12 à 17 ans qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (d'après leur IMC), selon le sexe, Canada, 2007-2008 .....	39
Figure 2-4	Proportion de personnes de 18 ans et plus qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (d'après leur IMC), selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008 .....	40
Figure 2-5	Proportion de personnes de 18 ans et plus souffrant ou non d'arthrite qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (IMC $\geq$ 25), selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008 .....	41





## Chapitre 3

Figure 3-1	Proportion de personnes souffrant d'arthrite et sans problème de santé chronique ayant évalué leur santé comme passable ou mauvaise, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	53
Figure 3-2	Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant déclaré que leur santé était moins bonne ou beaucoup moins bonne que l'année précédente, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	54
Figure 3-3	Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	55
Figure 3-4	Proportion de personnes souffrant d'arthrite s'étant déclarées insatisfaites ou très insatisfaites de leur vie, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	55
Figure 3-5	Proportion de personnes souffrant d'arthrite et sans problème de santé chronique ayant déclaré que leur vie était assez ou extrêmement stressante, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	56
Figure 3-6	Prévalence des six problèmes de santé chroniques les plus fréquents chez les personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	57
Figure 3-7	Proportion de personnes souffrant d'arthrite dont la douleur empêche un petit nombre, plusieurs ou la plupart des activités, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008 .....	57
Figure 3-8	Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant signalé au moins un jour d'incapacité au cours des 14 derniers jours, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2005 .....	58
Figure 3-9	Proportion de personnes ayant signalé des limitations d'activités occasionnelles ou fréquentes, selon le problème de santé chronique, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008 .....	59
Figure 3-10	Les dix principales causes d'incapacité chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, Canada, 2001 .....	60
Figure 3-11	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations dans certains domaines de la vie, Canada, 2001 .....	61
Figure 3-12	Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations liées à l'arthrite dans leurs tâches domestiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001 .....	64
Figure 3-13	Proportion de personnes de 25 à 64 ans souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations dans leur participation au marché du travail, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001 .....	65

## Chapitre 4

Figure 4-1	Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme chez les membres des Premières nations âgés de 20 ans et plus habitant des réserves, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2002-2003 .....	71
Figure 4-2	Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite chez les membres des Premières nations âgés de 20 ans et plus vivant hors réserve, selon le groupe d'âge, Canada, 2007-2008 .....	72
Figure 4-3	Prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme autodéclarés diagnostiqués par un professionnel de la santé, chez les Métis et la population canadienne, par groupe d'âge, 2005 et 2006 .....	73



## Chapitre 5

Figure 5-1	Nombre de décès et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) attribuables à l'arthrite, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005 .....	77
Figure 5-2	Taux de mortalité par âge (pour 100 000 habitants) attribuable à l'arthrite, selon l'année, Canada, 1999-2005 .....	79

## Chapitre 7

Figure 7-1	Estimation du nombre total d'ordonnances d'AINS délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon l'âge et le sexe, Canada, 2007 .....	89
Figure 7-2	Estimation du nombre total d'ordonnances de PGI délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007 .....	90
Figure 7-3	Estimation du nombre total d'ordonnances d'AINS délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007 .....	90
Figure 7-4	Estimation du nombre total d'ordonnances de PGI délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007 .....	91
Figure 7-5	Estimation du nombre total d'ordonnances d'ARAL délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007 .....	91
Figure 7-6	Estimation du nombre total d'ordonnances d'ARAL délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007 .....	92
Figure 7-7	Estimation du nombre total d'ordonnances de corticostéroïdes délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007 .....	92
Figure 7-8	Estimation du nombre total d'ordonnances de corticostéroïdes délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007 .....	93
Figure 7-9	Estimation du nombre total d'ordonnances de MRB délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007 .....	93
Figure 7-10	Estimation du nombre total d'ordonnances de MRB délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007 .....	94

## Chapitre 8

Figure 8-1	Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) tous types d'arthrite confondus, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	98
Figure 8-2	Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) pour l'arthrose, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	98
Figure 8-3	Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) pour la polyarthrite rhumatoïde, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	99
Figure 8-4	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite (tous types confondus) ayant consulté un médecin de première ligne, un spécialiste ou un chirurgien, Canada, 2005-2006 .....	99
Figure 8-5	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde ayant consulté un médecin de première ligne, un spécialiste ou un chirurgien, Canada, 2005-2006 .....	100



## Chapitre 9

Figure 9-1	Nombre et taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations pour arthrite et maladies non arthritiques, Canada, 2001-2002 à 2005-2006.....	103
Figure 9-2	Taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations médicales, d'hospitalisations chirurgicales et de chirurgies d'un jour pour arthrite et maladies non arthritiques, Canada, 2001-2002 à 2005-2006 .....	104
Figure 9-3	Taux normalisés selon l'âge et le sexe d'hospitalisations médicales et chirurgicales et de chirurgies d'un jour par regroupements de diagnostics d'arthrite, Canada, 2001-2002 à 2005-2006 .....	105
Figure 9-4	Taux d'hospitalisations et de chirurgies d'un jour liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	106
Figure 9-5	Répartition selon l'âge et le sexe des hospitalisations liées à l'arthrite, par regroupements de diagnostics, Canada, 2005-2006 .....	106
Figure 9-6	Nombre et taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'arthroplasties de la hanche et d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite, Canada, 2001-2002 à 2005-2006.....	107
Figure 9-7	Nombre d'arthroplasties de la hanche et d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite, selon l'âge, Canada, 2001-2002 à 2005-2006 .....	108
Figure 9-8	Nombre et taux d'arthroplasties de la hanche liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	108
Figure 9-9	Nombre et taux d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	109
Figure 9-10	Répartition des catégories d'IMC chez les personnes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, Canada, 2005-2006.....	110
Figure 9-11	Répartition des catégories d'IMC chez les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006 .....	110
Figure 9-12	Répartition des catégories d'IMC chez les personnes ayant subi une arthroplastie du genou, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006.....	111
Figure 9-13	Durée moyenne de séjour pour les arthroplasties de la hanche et les arthroplasties du genou, selon le sexe, Canada, 2005-2006.....	112
Figure 9-14	Durée moyenne de séjour pour les arthroplasties de la hanche et du genou, Canada, 2000-2001 à 2005-2006 .....	112



## Résumé

Le terme « arthrite » est employé pour décrire plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux qui affectent une ou plusieurs articulations occasionnant douleur, enflure et raideur, souvent causes d'incapacité. L'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada et l'une des principales causes d'invalidité et de recours aux soins de santé.

Le présent rapport, *Vivre avec l'arthrite au Canada : un défi de santé personnel et de santé publique*, est le second rapport national de surveillance de la maladie. S'appuyant sur les plus récentes sources de données disponibles, il dresse le portrait de cette maladie et de son impact considérable au sein de la population canadienne. Il suggère en outre des méthodes pour réduire le risque d'être atteint de certains types d'arthrite (arthrose et goutte), pour atténuer l'invalidité et améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de toute forme de la maladie.

En 2007-2008, plus de 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes, soit 16 % de la population âgée de 15 ans et plus, ont déclaré souffrir d'arthrite. Avec le vieillissement de la population, leur nombre devrait croître et atteindre sept millions de personnes approximativement (20 % de la population) en 2031. L'arthrite est le deuxième et le troisième problème de santé chronique le plus fréquent signalé par les femmes et par les hommes, respectivement. Globalement, près des deux tiers (64 %) des personnes atteintes sont des femmes. Près de trois personnes arthritiques sur cinq étaient âgées de moins de 65 ans.

L'arthrite peut avoir de lourdes conséquences pour les personnes atteintes et leur famille : beaucoup d'individus qualifient leur état de santé général et mental comme étant « passable » ou « mauvais » et disent avoir besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes, en plus d'être limités au travail et dans leur participation à la vie communautaire, sociale et citoyenne. En moyenne, plus du quart des hommes et des femmes souffrant d'arthrite âgés de 25 à 44 ans n'étaient pas sur le marché du travail en raison de leur arthrite.

Malgré l'importance de l'activité physique pour la prévention et la prise en charge de la maladie, en 2007-2008, la proportion de personnes physiquement inactives pendant leur temps libre était supérieure chez les personnes souffrant d'arthrite (59 %) comparativement à celles non atteintes (49 %). De plus, 63 % des Canadiens et Canadiennes arthritiques de 18 ans et plus avaient un excès de poids ou étaient obèses — contre 49 % chez les personnes ne souffrant pas d'arthrite.



Bien que les décès causés par l'arthrite soient peu fréquents, 777 femmes et 296 hommes sont morts de maladies arthritiques au Canada en 2005. La polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé et d'autres maladies du tissu conjonctif comptaient pour environ 60 % de ces décès. Les deux cinquièmes (40 %) des décès causés par l'arthrite étaient des morts prématurées (avant l'âge de 75 ans), pourcentage similaire à celui des Canadiens et Canadiennes morts prématurément, toutes causes confondues (39 %).

Le fardeau économique que constitue l'arthrite au Canada a été estimé à 6,4 milliards de dollars en 2000, soit plus du quart (29 %) du coût total des maladies musculo-squelettiques. Du total des coûts associés à l'arthrite, les coûts indirects (4,3 milliards) sont ceux qui pèsent le plus lourd. Ils représentent la valeur de la production perdue pour cause d'incapacité de longue durée et de décès prématuré. Les coûts directs (2,1 milliards) incluent les frais d'hôpital, de médicaments, de consultations médicales et d'autres dépenses de santé. Les coûts indirects sont sous-estimés, car les coûts de l'incapacité de courte durée n'étaient pas disponibles. Près des deux tiers (65 %) des coûts totaux liés à l'arthrite étaient associés aux personnes âgées de 35 à 64 ans (4,1 milliards), ce qui souligne la lourdeur du fardeau économique de la maladie chez les Canadiens et Canadiennes en âge de travailler.

En 2007, plus de 4 millions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), plus d'un million d'antirhumatismaux à action lente (ARAL), près d'un million de corticostéroïdes et environ 150 000 modificateurs de la réponse biologique (MRB) ont été prescrits à des personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrite. L'utilisation d'AINS et de corticostéroïdes sur ordonnance pour lutter contre l'arthrite a baissé, mais l'utilisation de nouveaux ARAL et MRB a connu une hausse.

Environ 14 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont consulté un médecin au moins une fois en 2005-2006 pour une quelconque forme d'arthrite, ce qui représente un total de 8,5 millions de visites au Canada (à l'exclusion des territoires). En 2005-2006, la plupart des patients (80 %) ayant consulté pour un type d'arthrite ont vu un médecin de première ligne au moins une fois, environ 19 % ont vu un chirurgien et un peu moins (14 %) ont consulté un spécialiste. Parmi tous les types de chirurgiens, les chirurgiens orthopédistes ont été les plus fréquemment consultés (85 %).

En 2005-2006, il y a eu 2,2 millions d'hospitalisations au Canada, dont 1,5 million pour des soins médicaux et 721 000 pour des chirurgies. L'arthrite était associée à plus de 6 % (132 000) des hospitalisations totales, soit 3 % des 1,5 million d'hospitalisations pour soins médicaux (45 000 hospitalisations par an) et 13 % des 721 000 hospitalisations pour chirurgie (93 730 hospitalisations par an).

Entre 2001-2002 et 2005-2006, le nombre d'arthroplasties a bondi de 54 %. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont celles qui ont subi le plus grand nombre d'arthroplasties de la hanche ou du genou. En 2005-2006, 74 % des personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche et 87 % de celles ayant subi une arthroplastie du genou souffraient d'un excès de poids ou d'obésité. Étant donné la prévalence actuelle de l'obésité dans la population, le nombre de personnes ayant besoin d'arthroplasties totales devrait continuer à croître.

Maintenir un poids santé et éviter les blessures articulaires, notamment le stress des articulations d'origine professionnelle, peut aider à prévenir l'arthrose. Le maintien d'un poids santé, l'exercice physique quotidien et la consommation réduite d'alcool et d'aliments riches en purine, comme la viande rouge et les poissons et fruits de mer, réduiront le risque de goutte. Un régime alimentaire équilibré et l'exercice ou l'accroissement de l'activité physique sont des composantes essentielles pour conserver un poids santé.

Des interventions sont possibles afin de prévenir l'invalidité et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec l'arthrite (tous types confondus). Ces interventions incluent notamment des comportements d'autogestion favorisant le maintien d'un poids santé, l'activité physique, la prévention des blessures articulaires, la participation à des programmes d'autogestion et l'obtention d'un diagnostic et d'un traitement précoces, particulièrement pour les types d'arthrite inflammatoire, afin de réduire le risque de complications et d'invalidité.



# Introduction

Se déplacer, marcher ou soulever un objet sont des exemples d'activités qui sollicitent les muscles, les os et les articulations du corps. Elles font partie du fonctionnement normal du corps humain et la plupart d'entre nous les accomplissons tout naturellement. Cependant, pour plus de quatre millions de Canadiens et Canadiennes vivant avec l'arthrite, ces activités ne vont pas de soi. Elles peuvent être douloureuses et éprouvantes, voire limitées au quotidien pour plusieurs personnes.

L'arthrite regroupe un grand nombre de pathologies touchant les articulations, les ligaments, les tendons, les os et d'autres éléments de l'appareil locomoteur. Il s'agit de l'une des affections chroniques les plus fréquentes au Canada, qui touche les personnes atteintes et leur famille. L'arthrite est l'une des principales causes de douleur, d'incapacité physique et de recours aux services de soins de santé. Elle affecte les loisirs, les activités sociales et l'emploi de personnes de tous âges; il s'agit également d'une des maladies les plus coûteuses.

Le présent rapport est le second rapport complet documentant l'impact de l'arthrite au Canada. Il vise à dresser un portrait de la situation au pays à l'intention des chercheurs, des professionnels de la santé, des décideurs, du public et, particulièrement, des personnes souffrant de la maladie.

## *Ce rapport poursuit un double objectif :*

1. donner un aperçu de l'ampleur des répercussions de l'arthrite sur la population canadienne, notamment ses conséquences sur la santé et la sphère sociale ainsi que sur l'utilisation des services de soins de santé;
2. présenter les stratégies de réduction du risque lié à certaines formes d'arthrite et d'atténuation des effets néfastes de la maladie.

Documenter l'impact de l'arthrite au Canada soulève un certain nombre de défis. Premièrement, le terme « arthrite » englobe diverses affections, les plus connues étant décrites au chapitre 1. Bien que tout ait été fait pour s'assurer que les analyses portent sur les mêmes types d'arthrite, l'exploitation de diverses sources de données a parfois nécessité la modification de l'éventail des affections arthritiques présenté. Deuxièmement, l'arthrite n'est pas toujours consignée comme diagnostic sous-jacent dans les bases de données administratives, comme celles qui concernent les consultations de médecin, les hospitalisations ou les décès, ce qui complique sa surveillance.



Troisièmement, il est actuellement impossible de faire la surveillance de chaque type d'arthrite ou de fournir des renseignements spécifiques à chacun en raison du manque de données. Par conséquent, l'information contenue dans le présent rapport se concentre sur la famille de maladies que constitue l'arthrite. Enfin, bien que l'arthrite soit commune dans les groupes d'âge avancé, les enfants sont également touchés. Malheureusement, on ne dispose pas de données pédiatriques sur la maladie pour l'ensemble du pays à ce jour; cet aspect de la question n'est donc pas inclus dans le rapport. De nouvelles sources de données sont en voie de développement et l'information sera communiquée au fur et à mesure de sa disponibilité.

Tout au long du rapport, des billets rédigés par des personnes souffrant d'arthrite illustrent le défi personnel que constitue la vie au quotidien avec les différents types d'arthrite. Des membres du comité de rédaction provenant de trois organisations sans but lucratif, Arthritis Consumer Experts (ACE), la Société de l'arthrite du Canada et l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA), ont eu la possibilité d'inviter leurs membres à communiquer leur expérience de vie avec l'arthrite.

L'ACE et l'ACA ont utilisé leur site Web et leurs publications imprimées, *JointHealth™ express* et *Les Voix* respectivement, pour demander aux personnes qui vivent avec la maladie au quotidien de raconter leur histoire. La Société de l'arthrite a envoyé un courriel posant une courte série de questions, afin de s'assurer que l'impact de la maladie soit exploré dans toutes ses dimensions : type d'arthrite, impact et diversité géographique du Canada. À partir des réponses obtenues, neuf personnes ont été invitées à participer à des entretiens complets.

La réponse à la demande d'histoires personnelles a dépassé toutes les espérances : plus de 100 textes ont été reçus en une semaine et les expériences décrites allaient du triomphe sur la maladie à la perte dévastatrice (perte de santé, mobilité, mariage, carrière, etc.). Certaines réponses étaient relativement brèves, mais l'immense majorité des réponses racontaient en détail la réalité du quotidien avec l'arthrite. Une série de récits ont ainsi été produits et choisis pour figurer dans le présent rapport sous forme de billets.

Chaque personne atteinte a une histoire personnelle et unique à raconter. Bien que les billets du présent rapport ne soient qu'un bref reflet de l'expérience des 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes souffrant d'arthrite, et que ces témoignages peuvent refléter l'expérience de personnes atteintes de formes d'arthrite plus ou moins graves, ils donnent un aperçu de l'ampleur et de la gravité de ce problème de santé chronique.

## Structure du rapport

Le présent rapport est le deuxième d'une série de rapports de surveillance complets, qui a débuté avec *L'arthrite au Canada : une bataille à gagner*, publié par Santé Canada en 2003.

Le présent rapport approfondit les aspects liés à la prévention, au traitement et à la gestion de la maladie et s'intéresse à d'importantes questions comme l'incapacité et le fardeau économique de l'arthrite. Il est divisé en neuf chapitres accompagnés d'une section sur les sources de données et d'un glossaire.

- Le **chapitre un** traite de la prévalence de l'arthrite en fonction des caractéristiques démographiques, de la géographie et des prévisions temporelles.
- Le **chapitre deux** fournit de l'information sur les facteurs de risque modifiables et non modifiables de l'arthrite et les modes de prévention actuellement possibles.
- Le **chapitre trois** présente les données canadiennes disponibles sur l'incapacité attribuable à l'arthrite et l'impact des différentes formes de la maladie sur la qualité de vie.
- Le **chapitre quatre** se concentre sur l'arthrite chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis.
- Le **chapitre cinq** présente les données les plus récentes sur la mortalité liée à l'arthrite.
- Le **chapitre six** fournit les estimations de coûts les plus récentes pour les dépenses liées aux maladies musculo-squelettiques et à l'arthrite tirées du projet Le fardeau économique de la maladie au Canada.
- Le **chapitre sept** aborde l'usage de la médication contre l'arthrite.
- Le **chapitre huit** s'intéresse aux soins ambulatoires par le biais d'une évaluation des consultations de médecins de première ligne et de spécialistes.
- Le **chapitre neuf** présente des données sur l'utilisation des services hospitaliers par les personnes souffrant d'arthrite, c.-à-d. les hospitalisations médicales et chirurgicales et les chirurgies d'un jour.
- La partie consacrée aux **sources de données** indique toutes les sources utilisées dans le rapport.
- Enfin, le **glossaire** fournit les définitions de plusieurs termes techniques utilisés dans le présent rapport.

Ce rapport sera d'une utilité certaine pour un large éventail de lecteurs, notamment les personnes souffrant d'arthrite, les professionnels de la santé, les décideurs et les planificateurs de la santé, le grand public et les défenseurs de l'intérêt collectif.



# Chapitre un

## Qu'est-ce que l'arthrite et dans quelle mesure est-elle répandue ?

*« J'étais assez inquiète et déprimée par le diagnostic, car j'avais une tante déjà passablement "déformée" par sa polyarthrite rhumatoïde à l'époque. Je n'avais que 27 ans environ, j'élevais deux jeunes enfants et j'étais très active physiquement. Je refusais de faire face à ce changement touchant mon mode de vie. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

*« Je n'avais que six ans et demi et je me souviens uniquement de la peur que me causait l'hôpital. J'y suis resté un mois pendant lequel le personnel me prélevait quotidiennement des échantillons de sang et de peau. À 11 ans, ma maladie entra en rémission. J'ai alors pu profiter d'une vie normale : j'aimais pratiquer certains sports à l'école, j'avais deux emplois après les cours, je prenais des cours de karaté et jouais au paintball. Mais à 24 ans, j'ai fait une rechute. Plusieurs articulations ont été touchées, y compris des articulations autrefois saines, entraînant l'invalidité complète et permanente. Je ne travaille plus depuis la rechute. Je vis enfermé. La médecine d'autrefois n'était pas très efficace. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Introduction

Le présent chapitre répond à deux questions essentielles : « Qu'est-ce que l'arthrite ? » et « Dans quelle mesure est-elle répandue ? ». Cette première partie décrit l'arthrite en général et les différents types d'arthrite. La seconde partie analyse la prévalence de la maladie dans la population canadienne en fonction de caractéristiques personnelles, lieux de résidence, et projette son évolution dans le temps.

## Qu'est-ce que l'arthrite ?

En termes simples, le mot *arthrite* signifie « inflammation articulaire » et englobe plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux touchant les articulations et les tissus qui les entourent ainsi que d'autres tissus conjonctifs. Les types d'arthrite les plus courants sont l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED), l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) ou « arthrite infantile » et la goutte (tableau 1-1). Un complément d'information sur les différents types d'arthrite est fourni dans le glossaire.





**Tableau 1-1** Principaux types d'arthrite

Description	Arthrose	Polyarthrite rhumatoïde (PR)	Spondylarthrite ankylosante (SA) et autres spondylarthropathies	Maladies du tissu conjonctif*	Arthrite juvénile idiopathique (AJI)	Goutte
	L'arthrose résulte de la détérioration du cartilage et de l'épaississement des os d'une ou plusieurs articulations. Elle entraîne des lésions articulaires, des douleurs et des raideurs. Elle touche généralement les mains, les pieds, les genoux, la colonne vertébrale et les hanches.	Dans la PR, le système immunitaire s'attaque aux articulations essentiellement des mains, des poignets et des pieds; il en résulte une inflammation, des douleurs et des lésions articulaires. La PR peut également toucher d'autres organes, comme les yeux, le cœur et les poumons.	Forme d'arthrite inflammatoire touchant la colonne vertébrale. Elle cause des douleurs et des raideurs dans le dos et, éventuellement, une courbure de la colonne vertébrale. Habituellement caractérisée par des épisodes douloureux aigus et des rémissions. Sa gravité varie considérablement d'une personne à l'autre. Les autres spondylarthropathies incluent la polyarthrite psoriasique et la maladie de Reiter.	Trouble du tissu conjonctif qui provoque des éruptions cutanées, l'enflure des articulations et des muscles et des douleurs. Peut toucher également certains organes. Il évolue avec le temps, alternant entre épisodes aigus et périodes de rémission. Les maladies du tissu conjonctif incluent le lupus érythémateux disséminé, la sclérodémie, la polymyosite, la dermatomyosite et le syndrome de Sjogren.	L'AJI est une maladie chronique rare qui affecte enfants et adolescents. Bien que rarement fatale, elle persiste à long terme et provoque une incapacité physique grave.	La goutte est causée par un excès d'acide urique dans le corps. Elle touche le gros orteil le plus souvent, mais aussi la cheville, le genou, le pied, la main, le poignet ou le coude. Elle peut être épisodique, avec de longues périodes de rémission suivies de poussées de plusieurs jours ou semaines, ou devenir chronique.
<b>Prévalence</b>	Affecte plus de 10 % des adultes canadiens.	Affecte environ 1 % des adultes canadiens (au moins deux fois plus de femmes que d'hommes).	Affecte 0,1 % environ des adultes canadiens (trois fois plus d'hommes que de femmes).	Affecte 0,05 % environ des adultes canadiens (jusqu'à dix fois plus de femmes que d'hommes).	Affecte environ 5 à 10 enfants de moins de 16 ans sur 10 000.	Affecte jusqu'à 3 % des adultes canadiens (quatre fois plus d'hommes que de femmes).
<b>Facteurs de risque possibles</b>	Âge, hérédité, obésité, anciens traumatismes articulaires.	Hormones, hérédité, origine ethnique.	Hérédité, et, possiblement, infections gastro-intestinales ou génito-urinaires et psoriasis (dans le cas de la polyarthrite psoriasique).	Hérédité, hormones et, probablement différents facteurs environnementaux.	L'apparition des symptômes peut coïncider avec une infection ou une blessure bénigne, mais de tels événements ne peuvent pas déclencher l'AJI. Le système immunitaire peut être à l'origine de l'inflammation.	Hérédité, certains médicaments (p. ex. les diurétiques), alcool et alimentation (consommation abondante d'aliments riches en purine tels que la viande rouge et les poissons et fruits de mer).
<b>Prise en charge possible</b>	Certains traitements sont susceptibles d'atténuer les douleurs et d'améliorer la mobilité articulaire. Ceux-ci incluent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des médicaments (p. ex. des anti-inflammatoires);</li> <li>• l'exercice;</li> <li>• la physiothérapie ou l'ergothérapie;</li> <li>• la perte de poids ou le maintien d'un poids santé;</li> <li>• la participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion.</li> </ul> <p>Dans les cas graves, toute l'articulation (notamment de la hanche ou du genou) peut être remplacée chirurgicalement.</p>	Un traitement précoce et vigoureux prodigué par un rhumatologue peut prévenir les lésions articulaires. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments (p. ex. anti-inflammatoires, non stéroïdiens (AINS), corticostéroïdes, anti-rhumatismaux à action lente (ARAL) et modificateurs de la réponse biologique (MRB))</li> <li>• Exercice</li> <li>• Physiothérapie ou ergothérapie</li> <li>• Poids santé</li> <li>• Participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion</li> </ul>	Des médicaments similaires à ceux administrés pour d'autres types d'arthrite sont souvent prescrits pour traiter la SA. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice</li> <li>• Physiothérapie ou ergothérapie</li> <li>• Poids santé</li> <li>• Participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion</li> </ul> <p>Si les lésions sont graves, une intervention chirurgicale peut être envisagée.</p>	L'objectif du traitement est de maîtriser les symptômes, d'atténuer le nombre de poussées et de prévenir les lésions. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments (p. ex. analgésiques, anti-inflammatoires, cortisone et ARAL)</li> <li>• Exercice</li> <li>• Physiothérapie ou ergothérapie</li> <li>• Poids santé</li> <li>• Participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion</li> <li>• Régime alimentaire équilibré et éviter la consommation excessive d'alcool</li> </ul>	Médicaments (les AINS, p. ex. sont souvent prescrits contre l'AJI afin d'atténuer les douleurs et enflure et de soulager les raideurs.) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice</li> <li>• Physiothérapie ou ergothérapie; pour réduire les lésions articulaires et musculaires à long terme et préserver l'autonomie fonctionnelle</li> <li>• Poids santé</li> <li>• Participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion</li> </ul>	Médicaments (les AINS et l'allopurinol, p. ex., peuvent être administrés sur une longue période pour réduire les concentrations d'acide urique et prévenir de futures crises.) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice</li> <li>• Physiothérapie ou ergothérapie</li> <li>• Poids santé</li> <li>• Participation à des programmes d'enseignement de l'autogestion</li> </ul>

\* Également connues sous le nom de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (MRAS) au Canada.



La plupart des types d'arthrite se caractérisent par des douleurs et l'enflure ou la raideur des articulations, des régions articulaires ou d'une autre partie de l'appareil locomoteur<sup>1</sup>. Ils peuvent affecter la structure et le fonctionnement des articulations, exacerber les douleurs, causer des incapacités et gêner l'accomplissement des tâches et activités quotidiennes<sup>1-5</sup>.

L'arthrite touche des personnes de tous âges. Bien qu'elle soit plus fréquente chez les aînés, elle affecte également les bébés, les tout-petits et les personnes au stade le plus actif de leur carrière. Elle peut être la cause d'une incapacité permanente.

Il n'existe actuellement aucun remède connu contre l'arthrite. Cependant, un traitement et une prise en charge adaptés peuvent éviter l'invalidité, préserver une certaine autonomie fonctionnelle et atténuer la douleur<sup>1,3-5</sup>. Bien que les traitements diffèrent selon le type d'arthrite, les stratégies générales de réadaptation et de prise en charge sont comparables pour toutes les formes de la maladie. Ces stratégies incluent le soulagement de la douleur, l'enseignement de l'autogestion, le maintien d'un poids santé, la médication et l'atténuation de l'impact de l'arthrite par des interventions de réadaptation telles que des exercices adaptés et l'utilisation d'aides fonctionnelles.



## Dans quelle mesure est-elle répandue ?

L'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada et l'une des principales causes de morbidité, d'incapacité et de recours aux soins de santé<sup>2,6,7</sup>.

Le présent chapitre utilise les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008\*. L'ESCC interrogeait les répondants sur la présence de problèmes de santé chroniques avec la question « Avez-vous reçu un diagnostic professionnel pour certains des problèmes de santé de longue durée ci-après ? ». L'« arthrite, à l'exception de la fibromyalgie », figurait parmi les problèmes de santé que les répondants pouvaient choisir. L'ESCC définit un « problème de santé de longue durée » comme un état qui persiste

ou devrait persister six mois ou plus. Les données concernant les personnes de 15 ans et plus figurent dans le présent chapitre.

Entre 2005 et 2007-2008, les termes de la question sur l'arthrite ont changé. En 2001, 2003 et 2005, cette question incluait le mot « rhumatisme », qui a été retiré en 2007-2008. Par conséquent, les estimations de la prévalence de l'arthrite ne peuvent pas être comparées directement au fil du temps, et les estimations présentées dans ce chapitre pourraient sembler inférieures à celles des années précédentes. Le changement de terme doit être considéré lors de l'interprétation et de la comparaison des estimations actuelles et de celles des années antérieures.

*« Lorsque j'ai reçu mon diagnostic, j'ai pensé :  
Ça y est, j'ai 34 ans et ma vie est finie. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

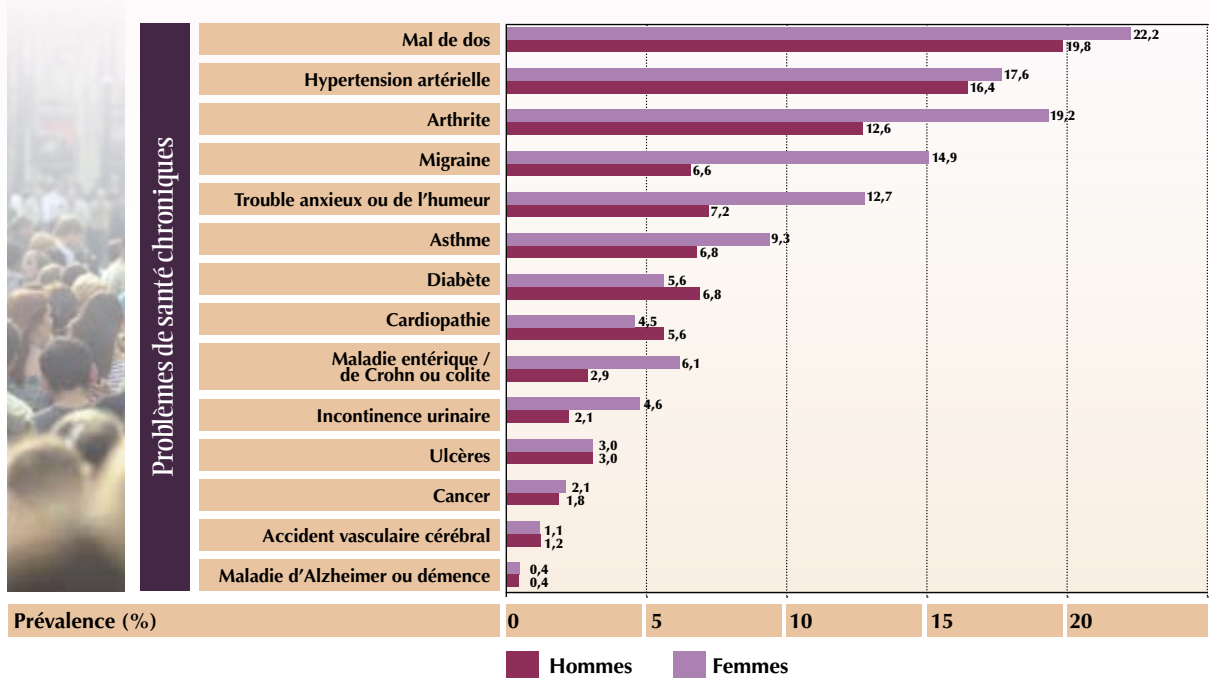
\* Une description détaillée de l'ESCC est fournie dans la section « Sources de données » à la fin du présent rapport. Les analyses pour le présent chapitre sont fondées sur l'ESCC de Statistique Canada de 2007-2008, fichier de partage de données (à moins d'indication contraire). Tous les calculs sur ces microdonnées ont été effectués par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent exclusivement de la responsabilité des auteurs.



## Prévalence selon l'âge et le sexe

En 2007-2008, l'arthrite en tant que problème de santé de longue durée, touchait plus de 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus, soit 16 % de cette population. L'arthrite est le deuxième et le troisième problème de santé chronique le plus fréquent signalé par les femmes et par les hommes, respectivement (figure 1-1).

**Figure 1-1** Prévalence autodéclarée de certaines maladies chroniques, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

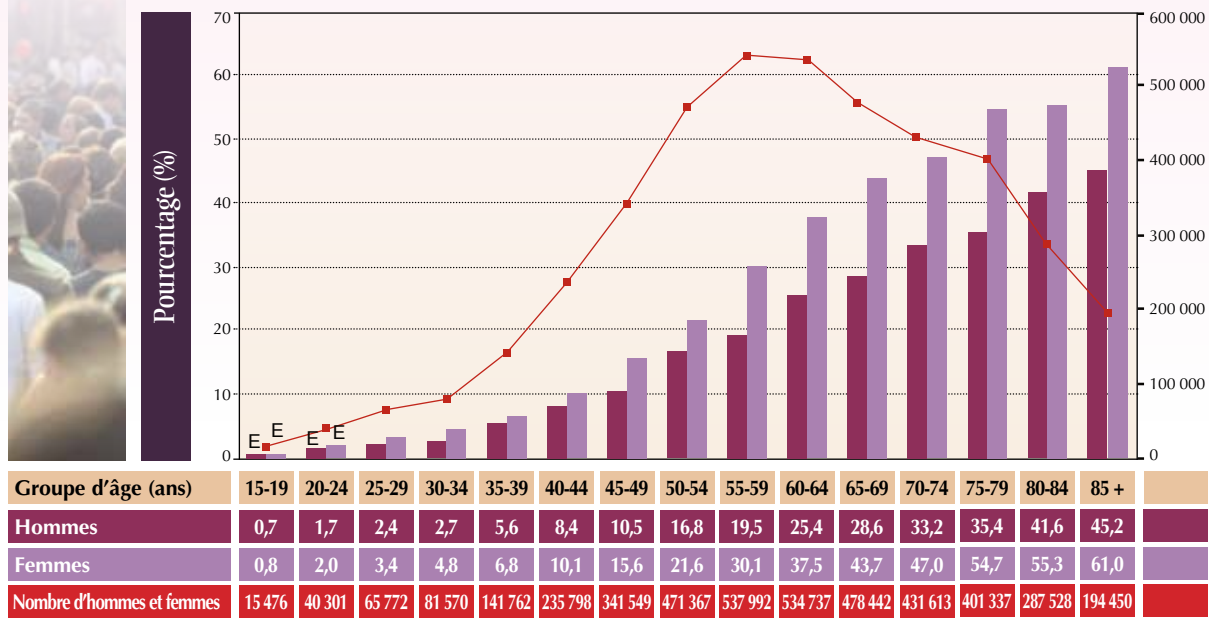


La prévalence de l'arthrite croît avec l'âge (figure 1-2). Dans tous les groupes d'âge, elle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans l'ensemble, près des deux tiers (64 %) des personnes souffrant d'arthrite étaient des femmes, chez qui la prévalence était de 19 %. La prévalence chez les hommes était de 13 %.

Plusieurs facteurs, tels qu'une espérance de vie plus longue, les hormones et un statut socioéconomique inférieur, peuvent expliquer la prévalence accrue de la maladie chez les femmes<sup>8,9</sup>.



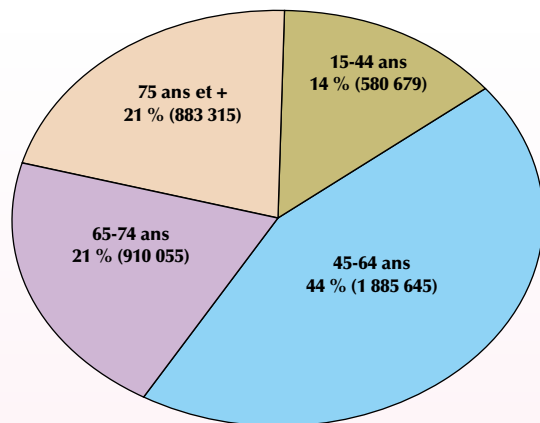
**Figure 1-2** *Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite, selon l'âge et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



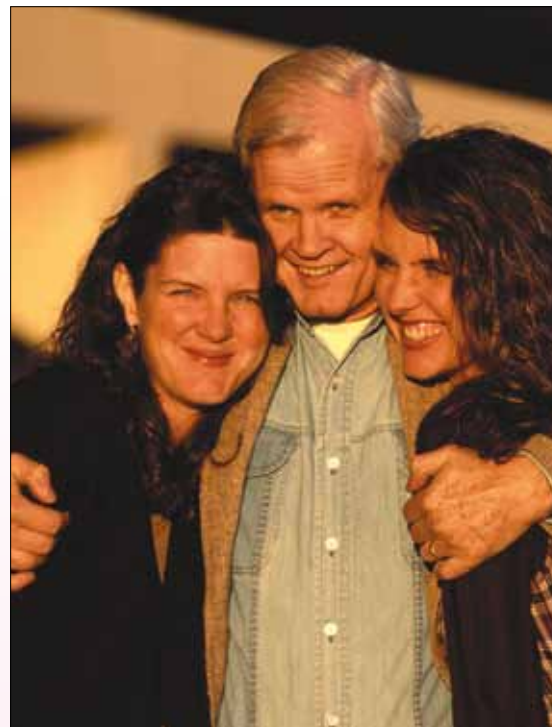
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ E – Interpréter avec prudence.

Bien que l'arthrite soit perçue comme une maladie de la vieillesse, près de trois personnes sur cinq (58 %) ayant déclaré souffrir d'arthrite en 2007-2008 avaient moins de 65 ans (figure 1-3).

**Figure 1-3** *Proportion du nombre total de personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.





## Variations géographiques de la prévalence

Cette partie présente la prévalence brute et normalisée selon l'âge de l'arthrite par province ou territoire. Elle montre également la prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge dans les zones urbaines et rurales et les régions sociosanitaires. La prévalence brute se définit comme le nombre d'événements (dans le cas présent, le nombre de personnes souffrant d'arthrite) pendant une période donnée, divisé par la population totale. La normalisation selon l'âge sert à gommer l'effet des différences de composition par âge de la population des diverses zones géographiques et permet d'effectuer une comparaison directe avec la prévalence globale au Canada.

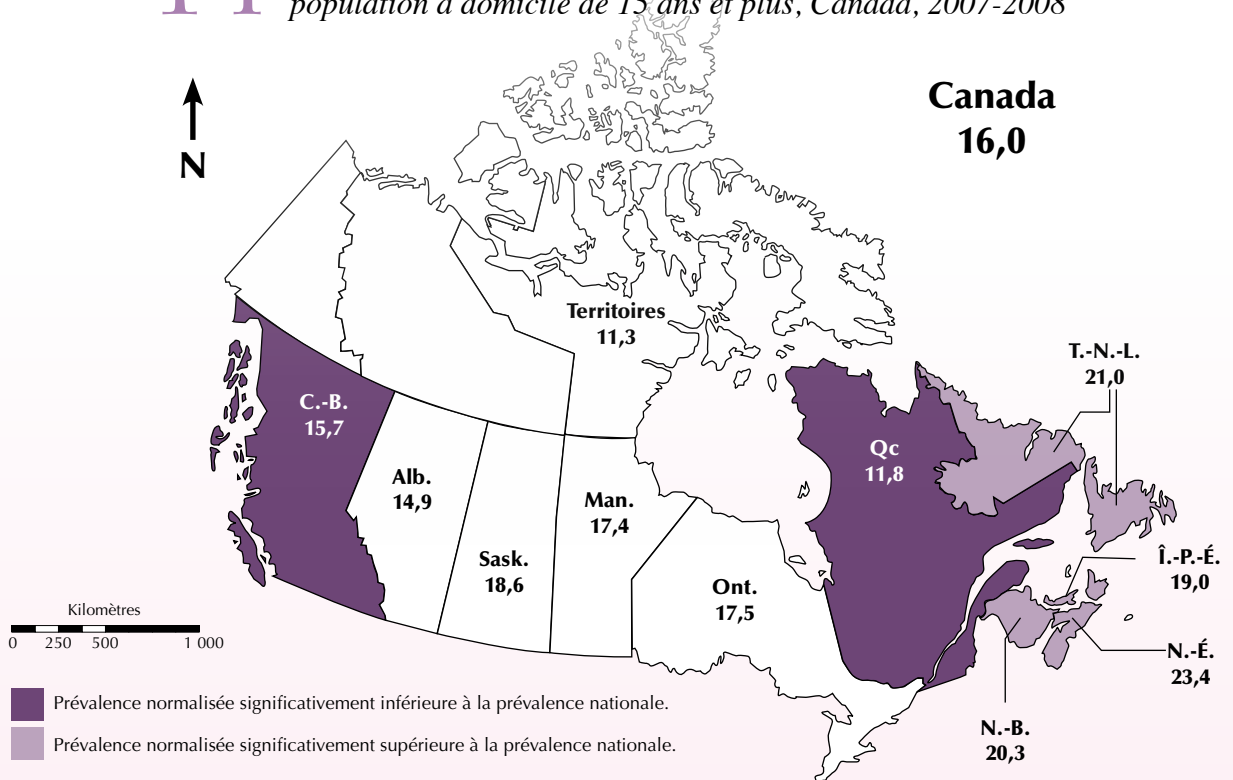
### Provinces et territoires

La prévalence brute de l'arthrite était variable d'une région à l'autre du Canada en 2007-2008 (figure 1-4 et tableau 1-2). Le plus fort pourcentage de personnes ayant déclaré souffrir d'arthrite se trouvait en Nouvelle-Écosse (23 %), suivi de Terre-Neuve-et-Labrador (21 %), puis du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard (20 % et 19 % respectivement). Le Québec (12 %) et les territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut : 11 %) présentaient le plus faible pourcentage de personnes ayant déclaré souffrir d'arthrite.

Les compositions par âge étant différentes selon les provinces et territoires, la prévalence normalisée selon l'âge a été calculée pour déterminer si les différences

demeuraient après l'ajustement. Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse avaient des prévalences significativement supérieures (1,1-1,3 fois) à la prévalence nationale, tandis qu'au Québec et en Colombie-Britannique, elles étaient significativement inférieures (0,6-0,9 fois) (tableau 1-2). Cette tendance a été observée systématiquement au fil du temps<sup>2,10</sup>. Les différences de taux d'obésité et les facteurs démographiques et socioéconomiques (p. ex. variations de la composition ethnique, des proportions de population rurale/urbaine, des niveaux d'instruction et de revenus, etc.) pourraient expliquer les écarts interprovinciaux dans la prévalence de l'arthrite autodéclarée<sup>10</sup>.

**Figure 1-4** *Prévalence brute de l'arthrite autodéclarée, par province ou territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada, et du Recensement de la population du Canada de 1991 pour la normalisation selon l'âge.



**Tableau 1-2** *Nombre de personnes, prévalence de l'arthrite autodéclarée brute et normalisée selon l'âge par province ou territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008*

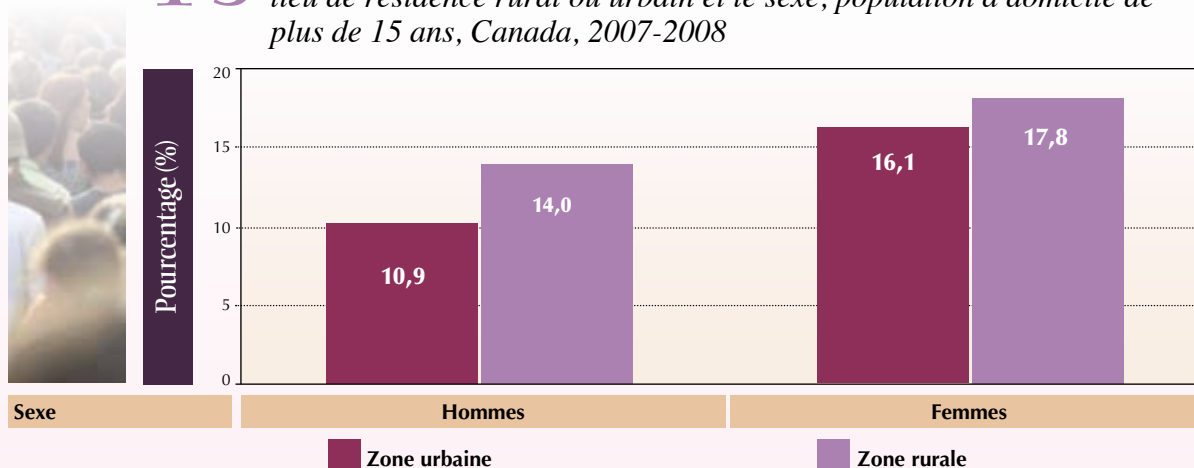
Province	Nombre	Taux brut (%)	Taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants
Colombie-Britannique	560 925	15,7	13,5
Alberta	411 892	14,9	14,8
Saskatchewan	140 658	18,6	15,8
Manitoba	156 349	17,4	15,2
Ontario	1 825 011	17,5	15,7
Québec	744 037	11,8	9,9
Nouveau-Brunswick	124 712	20,3	17,0
Nouvelle-Écosse	177 515	23,4	19,6
Île-du-Prince-Édouard	21 592	19,0	16,3
Terre-Neuve-et-Labrador	88 929	21,0	17,4
Territoires	8 074	11,3	14,2
<b>Canada</b>	<b>4 259 694</b>	<b>16,0</b>	<b>15,3</b>

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada, et du Recensement de la population du Canada de 1991 pour la normalisation selon l'âge.

## Zones urbaines et rurales

Les hommes et femmes vivant en milieu rural ont déclaré des taux d'arthrite statistiquement plus élevés qu'en zone urbaine (figure 1-5). En milieu rural comme en milieu urbain, la prévalence de l'arthrite chez les femmes était supérieure à celle des hommes. La prévalence d'arthrite la plus élevée (18 %) a été observée chez les femmes vivant en zone rurale. Des taux élevés d'obésité et de blessures liées au travail (rémunéré ou non) correspondent à des taux plus élevés d'arthrite, qui sont observés dans la population rurale canadienne<sup>11-14</sup>. Les activités agricoles, comme l'exploitation d'une ferme, sont liées à une fréquence accrue des maladies musculo-squelettiques, particulièrement l'arthrose de la hanche et du genou<sup>12-14</sup>.

**Figure 1-5** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le lieu de résidence rural ou urbain et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

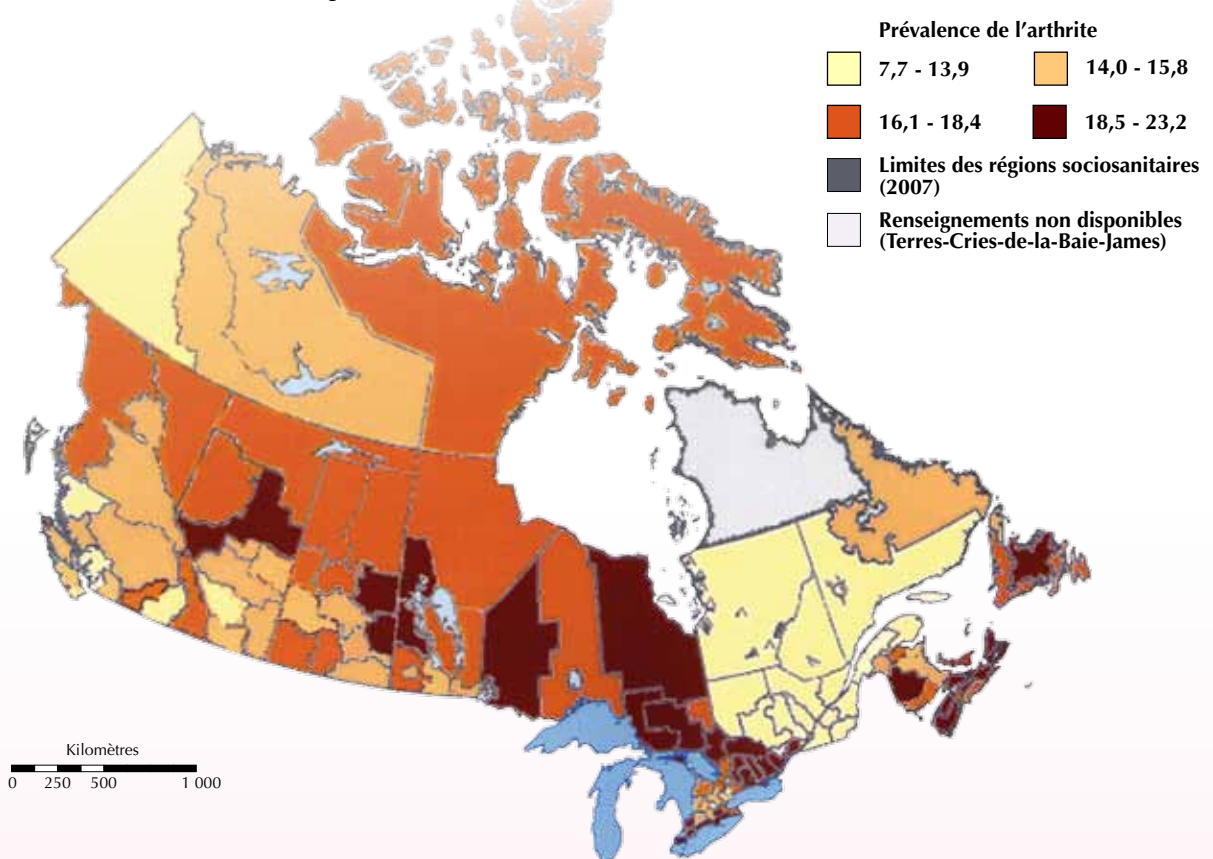


## Régions sociosanitaires

La prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge était variable d'une région sociosanitaire à l'autre au Canada (figure 1-6). La plus forte prévalence de l'arthrite au pays a été observée dans la circonscription de Prince Edward-Hastings en Ontario (27 %) et la plus faible prévalence, à Richmond en Colombie-Britannique (7 %)\*. Des variations régionales au niveau du statut socioéconomique, de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la composition ethnique pourraient avoir participé aux écarts observés<sup>1</sup>.



**Figure 1-6** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge (en quartiles), selon la région sociosanitaire, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

\* Des détails sont disponibles en ligne au [www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/2009/06/index.cfm?Lang=F](http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/2009/06/index.cfm?Lang=F).



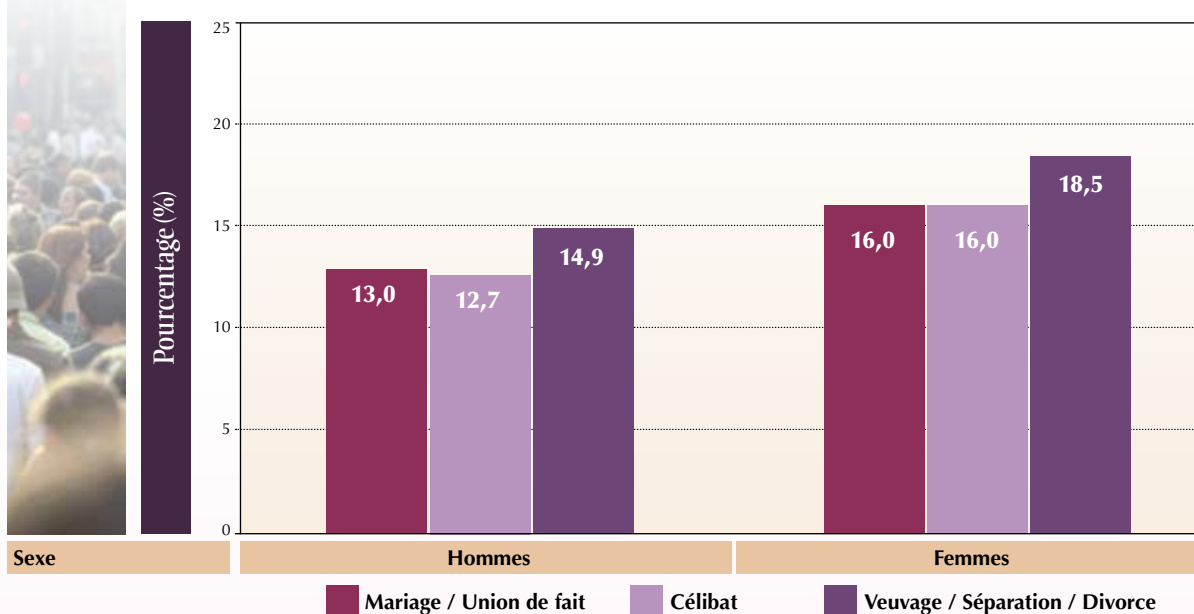
## Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

Dans ce qui suit, les taux de prévalence ont été normalisés en fonction de l'âge pour permettre une comparaison de ces taux entre groupes ayant des pyramides d'âge différentes.

Les bienfaits pour la santé de liens sociaux comme le mariage sont bien connus<sup>15,16</sup>. Les adultes mariés, par exemple, sont généralement en meilleure santé que les adultes célibataires ou divorcés<sup>15-16</sup>. Dans le même ordre d'idée, la prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge était significativement moindre chez les hommes et les femmes vivant en couple (mariés ou conjoints de fait) que chez les veufs, les personnes séparées ou divorcées (figure 1-7). Les taux d'arthrite élevés chez les personnes séparées et divorcées pourraient être le résultat de l'effet direct de la maladie sur la dynamique familiale ou sur la baisse du revenu familial, ou encore de niveaux accrus d'incapacité liée au stress, de pertes d'emploi et de dépression parmi les personnes atteintes, chaque élément étant susceptible d'éprouver le mariage et de mener à la séparation ou au divorce.



**Figure 1-7** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon l'état matrimonial et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

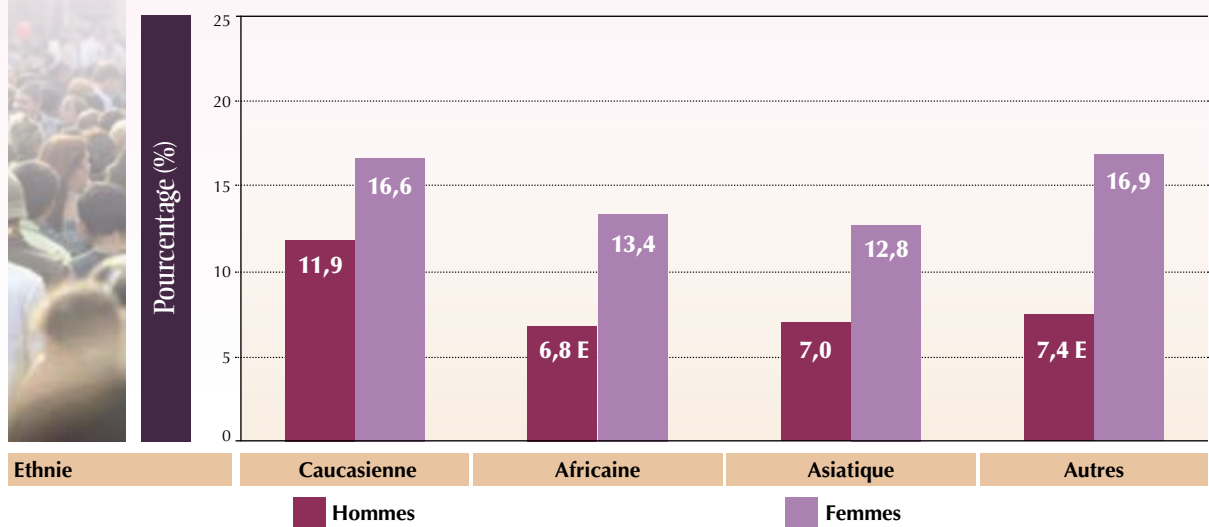
L'origine ethnique a été identifiée comme un facteur associé à l'arthrite. La prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge pour les personnes d'origines caucasienne, africaine, asiatique et les autres groupes ethniques est illustrée à la figure 1-8. Les taux de prévalence de l'arthrite chez les personnes d'origine asiatique étaient statistiquement inférieurs à ceux des personnes d'origine caucasienne.

Pour de l'information sur l'arthrite chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis, veuillez consulter le chapitre 4.





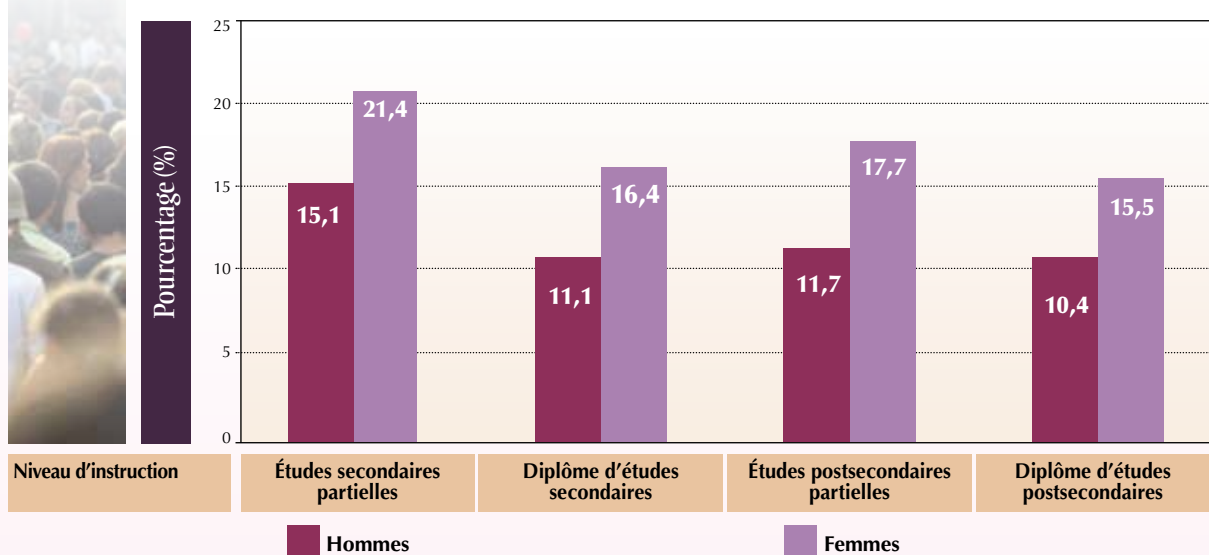
**Figure 1-8** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le groupe ethnique (origines caucasienne, africaine, asiatique et autres groupes) et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ E – Interpréter avec prudence. ◆ La catégorie « Autres » exclut les populations des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Les hommes et les femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus nombreux à se déclarer atteints d'arthrite que les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (figure 1-9).

**Figure 1-9** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le niveau d'instruction et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

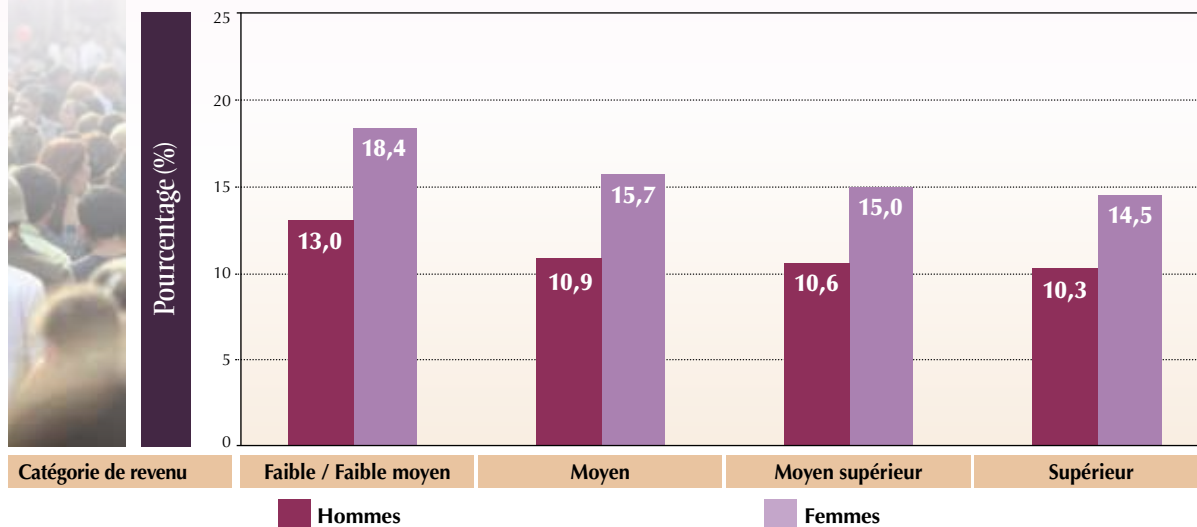
La prévalence de l'arthrite était significativement plus élevée chez les femmes et les hommes à faible ou moyen revenu que chez les personnes à revenu supérieur (figure 1-10).



L'association entre l'arthrite autodéclarée et le niveau d'instruction et le statut socioéconomique des personnes est clairement établie. Cependant, on ne sait si l'arthrite affecte directement les personnes socioéconomiquement fragiles ou si elle mène à un statut socioéconomique fragile<sup>9,17,18</sup>. L'association peut découler des différences

dans la prévalence des facteurs de risque. En effet, il existe un lien entre un statut socioéconomique faible et l'inactivité et l'obésité — toutes deux facteurs de risque de certains types d'arthrite. De plus, l'invalidité associée à l'arthrite peut aussi réduire les possibilités d'études supérieures ou d'emploi.

**Figure 1-10** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le revenu et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

La prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge était significativement moindre chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada (figure 1-11). Le résultat est probablement attribuable à l'effet de l'immigrant en bonne santé\*. Les femmes ont déclaré une prévalence accrue par rapport aux hommes, que ce soit dans les populations immigrantes (14 % contre 9 %) ou dans les populations de souche (17 % contre 12 %).

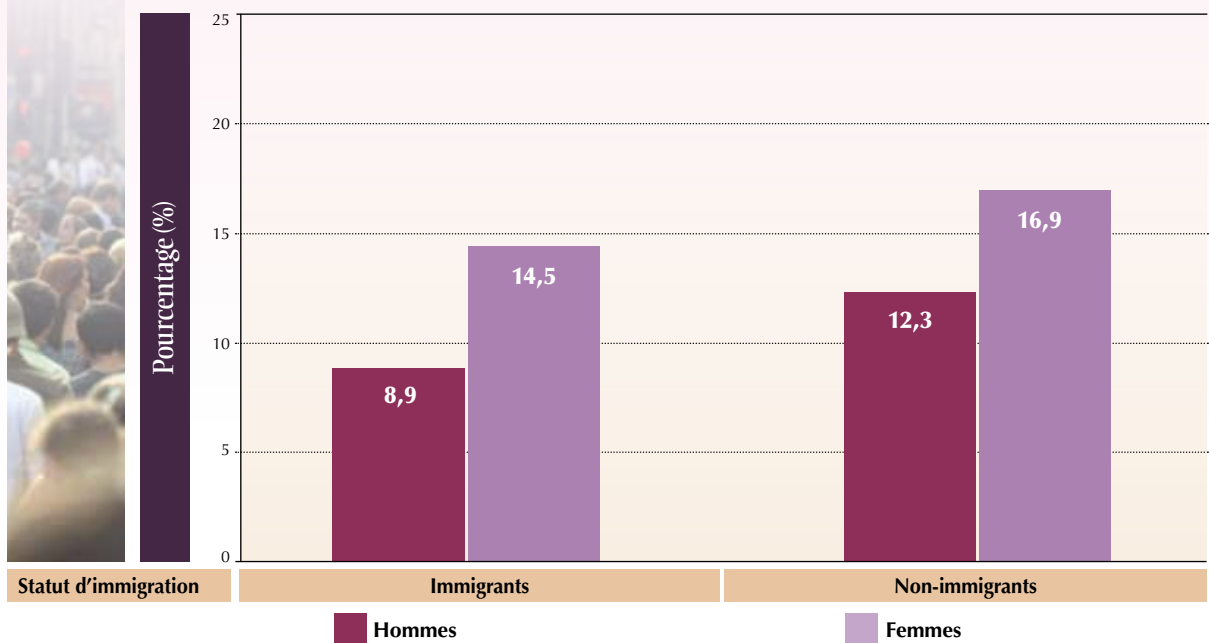
La figure 1-12 illustre l'impact du temps écoulé depuis l'arrivée au Canada sur la prévalence de l'arthrite chez les immigrants. La prévalence normalisée selon l'âge était considérablement moindre chez les immigrants récents (moins de 15 ans depuis l'immigration) que chez ceux ayant immigré il y a 15 ans ou plus. Plus il s'était écoulé de temps depuis l'immigration, plus les taux de prévalence de l'arthrite étaient similaires à ceux observés chez les non-immigrants, particulièrement pour les femmes. Ces résultats sont similaires à ceux mentionnés dans la littérature scientifique canadienne<sup>9</sup>. Les études signalent une diminution de l'écart d'état de santé entre personnes nées au Canada et immigrants plus le temps passé par ces derniers au pays augmente, c.-à-d. une détérioration de la santé des immigrants au fil des années. Des chercheurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle la convergence des résultats de santé serait la conséquence de l'acculturation, processus au cours duquel les immigrants adoptent petit à petit les caractéristiques de la société d'accueil<sup>9</sup>.



\* L'effet de l'immigrant en bonne santé fait référence à l'observation selon laquelle les immigrants, à leur arrivée, sont souvent en meilleure santé que la population née dans le pays en raison des effets de la sélection directe ou indirecte.

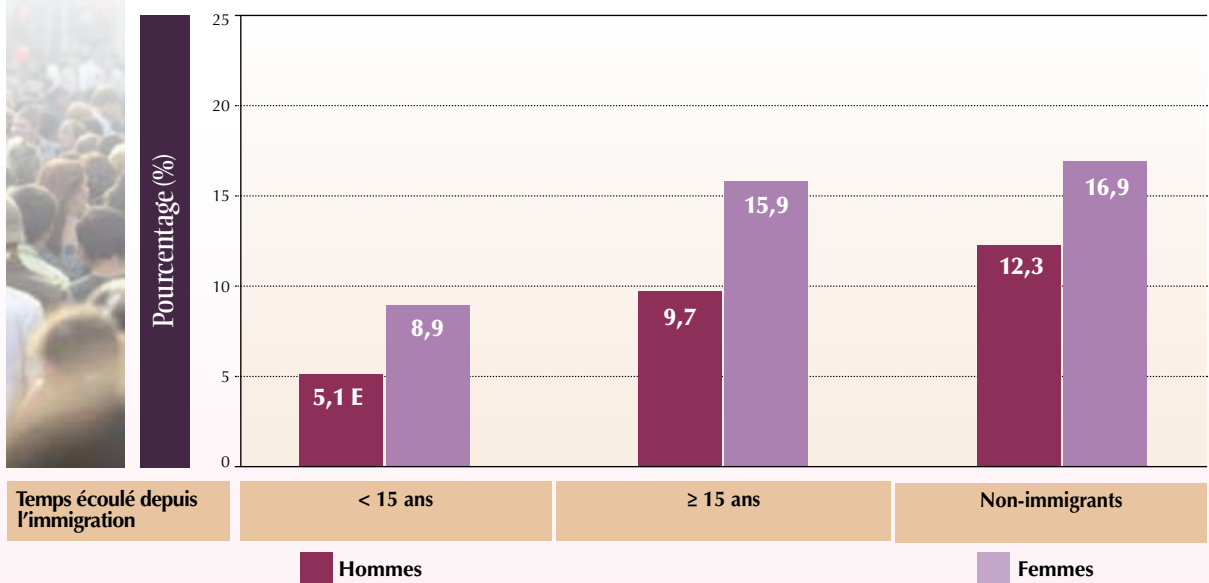


**Figure 1-11** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le statut d'immigration et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

**Figure 1-12** *Prévalence de l'arthrite autodéclarée normalisée selon l'âge, selon le temps écoulé depuis l'immigration et le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

◆ E – Interpréter avec prudence.



## Projections de la prévalence de l'arthrite

Au Canada, comme le montrait la figure 1-2, la prévalence de l'arthrite augmente avec l'âge. Étant donné le vieillissement de la population canadienne, cette tendance aura des effets non négligeables sur l'impact futur de la maladie au pays. Le vieillissement de la population est si rapide que, dans une décennie, les aînés seront plus nombreux que les enfants<sup>19</sup>.

La prévalence de l'arthrite devrait croître de près d'un point de pourcentage tous les cinq ans au cours du prochain quart de siècle. En 2031, la prévalence de

l'arthrite pourrait atteindre 20 % (tableau 1-3), ce qui représenterait une hausse approximative de 38 % depuis 2007. On estime que d'ici 2031, 6,7 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus souffriront d'arthrite, la plus forte augmentation se produisant dans les groupes d'âges avancés, particulièrement les 65 ans et plus, à cause du nombre croissant de personnes âgées (figure 1-13). Une hausse est également prévue dans la population en âge de travailler (35 à 64 ans) — cette hausse sera plus marquée chez les 55 à 64 ans.

**Tableau 1-3** Nombre projeté\* de personnes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite et prévalence de l'affection, selon le sexe, Canada, 2007-2031

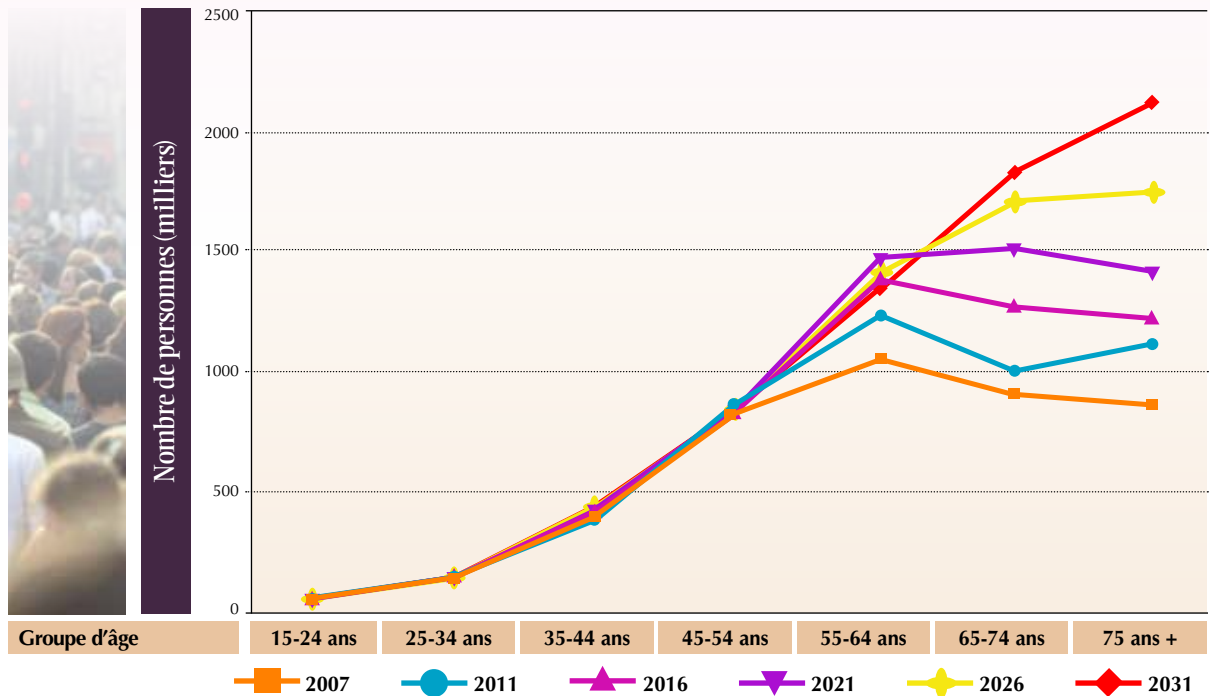
Année	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre d'arthritiques	Prévalence	Nombre d'arthritiques	Prévalence	Nombre d'arthritiques	Prévalence
2007	1 627 000	12,5 %	2 564 000	19,0 %	4 191 000	15,8 %
2011	1 838 000	13,1 %	2 922 000	20,2 %	4 761 000	16,7 %
2016	2 033 000	13,9 %	3 218 000	21,2 %	5 251 000	17,6 %
2021	2 232 000	14,6 %	3 523 000	22,3 %	5 755 000	18,5 %
2026	2 427 000	15,4 %	3 827 000	23,3 %	6 254 000	19,4 %
2031	2 607 000	16,0 %	4 116 000	24,2 %	6 723 000	20,2 %

♦ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007, Statistique Canada. ♦ \* Basé sur un scénario de croissance moyenne de la population.



Ces prévisions relatives à la prévalence font ressortir des tendances similaires à celles révélées par des publications antérieures<sup>2</sup>. Cependant, un changement de la question sur l'arthrite dans l'ESCC de 2007 par rapport aux enquêtes précédentes a entraîné une baisse légère et prévisible des estimations globales. De plus, ces estimations seraient en réalité prudentes en raison des hypothèses formulées sur la stabilité temporelle des estimations de la prévalence selon l'âge et le sexe ainsi que sur la prévalence des facteurs de risque associés, comme l'obésité.

**Figure 1-13** *Nombre projeté de personnes qui souffriront d'arthrite, selon l'année et le groupe d'âge, Canada, 2007-2031*



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007, Statistique Canada.



## Résumé

- Le terme « arthrite » est employé pour décrire plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux, qui affectent une ou plusieurs articulations, occasionnant douleur, enflure et raideur, souvent causes d'incapacité.
- Les types d'arthrite les plus communs sont l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, la polyarthrite psoriasique, le lupus érythémateux disséminé, la goutte et l'arthrite juvénile idiopathique ou « arthrite infantile ».
- En 2007-2008, plus de 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes (16 %) âgés de 15 ans et plus ont déclaré souffrir d'arthrite.
- Selon les prévisions actuelles, un million de Canadiens et Canadiennes contracteront la maladie d'ici dix ans. Dans 20 ans, la prévalence de l'arthrite pourrait atteindre 20 %, soit une personne sur cinq au Canada.
- Près de trois personnes arthritiques sur cinq (58 %) ont moins de 65 ans. Les pertes de travail et de productivité causées par l'invalidité sont fréquentes et surviennent tôt. Elles peuvent compromettre la participation des personnes atteintes d'arthrite au marché du travail.
- La prévalence brute de l'arthrite varie considérablement d'une région à l'autre du Canada, allant de 23 % en Nouvelle-Écosse à 12 % au Québec et 11 % dans les territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). Les estimations de la prévalence normalisée selon l'âge pour Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse sont significativement supérieures (1,1-1,3 fois) à la prévalence nationale, tandis qu'au Québec et en Colombie-Britannique, elles sont significativement inférieures (0,6-0,9 fois). Les variations de statut socioéconomique, d'indice de masse corporelle et de composition ethnique pourraient participer aux différences observées entre les provinces et les territoires.
- La prévalence de l'arthrite s'avère plus élevée chez les personnes peu scolarisées et qui déclarent de faibles revenus.
- La prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge est significativement moindre chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada. Toutefois, la prévalence normalisée selon l'âge est beaucoup moins élevée parmi les immigrants récents (moins de 15 ans depuis l'immigration) que parmi ceux ayant immigré il y a 15 ans ou plus. Plus il s'est écoulé de temps depuis l'immigration, plus les taux de prévalence de l'arthrite sont similaires à ceux observés chez les non-immigrants, particulièrement pour les femmes.



## Références

1. Theis KA, Helmick CG, Hootman JM. Arthritis burden and impact are greater among U.S. women than men: intervention opportunities. *J Women's Health (Larchmt)* 2007;16(4):441–53.
2. Santé Canada. *L'arthrite au Canada : une bataille à gagner*. Ottawa, Santé Canada, 2003. N° au catalogue : H39-4/14-2003F.
3. Arthritis Foundation, Association of State and Territorial Health Officials, Center for Disease Control. *National Arthritis Action Plan: A Public Health Strategy*. Atlanta, GA: Arthritis Foundation, 1999. URL: <http://www.arthritis.org/naap.php>.
4. National Arthritis and Musculoskeletal Conditions Advisory Group (NAMSCAG). *Evidence to Support the National Action Plan for Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Osteoporosis: Opportunities to Improve Health Related Quality of Life and Reduce the Burden of Disease and Disability*. Australian Government Department of Health and Ageing: Canberra, Australia, 2004. URL: <http://www.healthyactive.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pq-arthritis-evid>.
5. The Bone and Joint Decade Foundation (BJD), The European League Against Rheumatism (EULAR), The European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT), The International Osteoporosis Foundation (IOF). *European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A Public Health Strategy to Reduce the Burden of Musculoskeletal Conditions—Turning Evidence into Everyday Practice*. Bone and Joint Decade, Sweden, 2005. ISBN 91-975284-0-4. URL: <http://www.boneandjointdecade.org/ViewDocument.aspx?ContId=534>.
6. Perruccio AV, Power JD, Badley EM. The relative impact of 13 chronic conditions across three different outcomes. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(12):1056–61.
7. Badley, E. Rheumatic diseases: the unnoticed elephant in the room. *J Rheumatol* 2008;35(1):6–7.
8. Busija L, Hollingsworth B, Buchbinder R, Osborne RH. Role of age, sex, and obesity in the higher prevalence of arthritis among lower socioeconomic groups: a population-based survey. *Arthritis Care & Research* 2007;57(4):553–61.
9. Cañizares M, Power JD, Perruccio AV, Badley EM. Association of regional racial/cultural context and socio-economic status with arthritis in the population: a multilevel analysis. *Arthritis Care & Research* 2008;59(3):399–407.
10. Wang PP, Badley EM. Consistent low prevalence of arthritis in Quebec: findings from a provincial variation study in Canada based on several Canadian population health surveys. *J Rheumatol* 2003;30(1):126–31.
11. Desmeules M, Pong R, Lagacé C, Heng D et al. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural ? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.
12. Kirkhorn S, Greenlee RT, Reeser JC. The epidemiology of agriculture-related osteoarthritis and its impact on occupational disability. *Wisconsin Medical Journal* 2003;102(7):38–44.
13. Holmberg S et al. Musculoskeletal symptoms among farmers and non-farmers: a population-based study. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2002;8:339–354.
14. Walker-Bone K, Palmer KT. Musculoskeletal disorders in farmers and farm workers. *Occupational Medicine* 2002;52(8):441–450.
15. Kiecolt-Glaser, Newton JK, Tamara L. Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin* 2001;127(4):472–503.
16. Wilson CM, Oswald AJ. *How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence*, 2005. IZA Discussion Paper No. 1619. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=735205>.
17. Helmick CG, Lawrence RC, Pollard RA, Lloyd E, Heyse SP. Arthritis and other rheumatic conditions: who is affected now, who will be affected later? National Arthritis Data Workgroup. *Arthritis Care & Research* 1995;8(4):203–11.
18. Callahan LF. Social epidemiology and rheumatic disease. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15(2):110–5.
19. Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031*. Ottawa, Statistique Canada, 2005. N° au catalogue : 91-520-XIF.



# Chapitre deux

## Prévention et prise en charge

*« J'ai persisté à tenter de conserver mes habitudes de vie malgré les restrictions imposées par les déformations, la douleur et la perte de capacité ou de force pour saisir les objets. Beaucoup de gens seraient étonnés de me voir faire du vélo de montagne, du ski de fond, de la natation et de la marche rapide, étant donné ma maladie. Bien que je sois capable de pratiquer ces activités, la douleur ou la fatigue m'empêchent de le faire aussi longtemps qu'avant (une heure à une heure et demie) chaque jour. J'essaie d'inscrire une activité « cardio » à mon programme tous les deux jours; les jours de repos, je lève des poids et fais des exercices. Je sens que les bienfaits de l'exercice surpassent la souffrance qui survient souvent après coup. Il y a néanmoins un certain nombre de choses que j'ai dû abandonner. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Introduction

L'arthrite est souvent considérée, à tort, comme une manifestation inévitable du vieillissement touchant uniquement les aînés et qu'il est impossible de prévenir ou pour laquelle il n'existe aucun traitement ni aucune intervention efficaces. Des interventions permettant de réduire le risque d'apparition de certains types d'arthrite, particulièrement l'arthrose et la goutte, et de diagnostiquer et de prendre en charge précocement la maladie existent cependant; elles contribuent à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes souffrant d'arthrite<sup>1-5</sup>.

Le présent chapitre traite des facteurs de risque de l'arthrite et des stratégies de prévention et de prise en charge disponibles. Les facteurs de risque sont des caractéristiques associées à la hausse de la probabilité de voir apparaître une maladie ou un état de santé donnés, ou à la progression et la gravité de cette maladie ou de cet état. Les facteurs de risque de l'arthrite peuvent être modifiables ou non modifiables. Le tableau 2-1 résume les conclusions tirées de la documentation scientifique sur le sujet. Les données sur les facteurs de risque extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 sont également présentées; elles montrent la répartition des facteurs de risque associés à l'arthrite dans la population canadienne. Le chapitre présente aussi les interventions visant à abaisser le risque de souffrir de certains types d'arthrite et les moyens de ralentir la progression et d'atténuer les effets néfastes de l'arthrite.





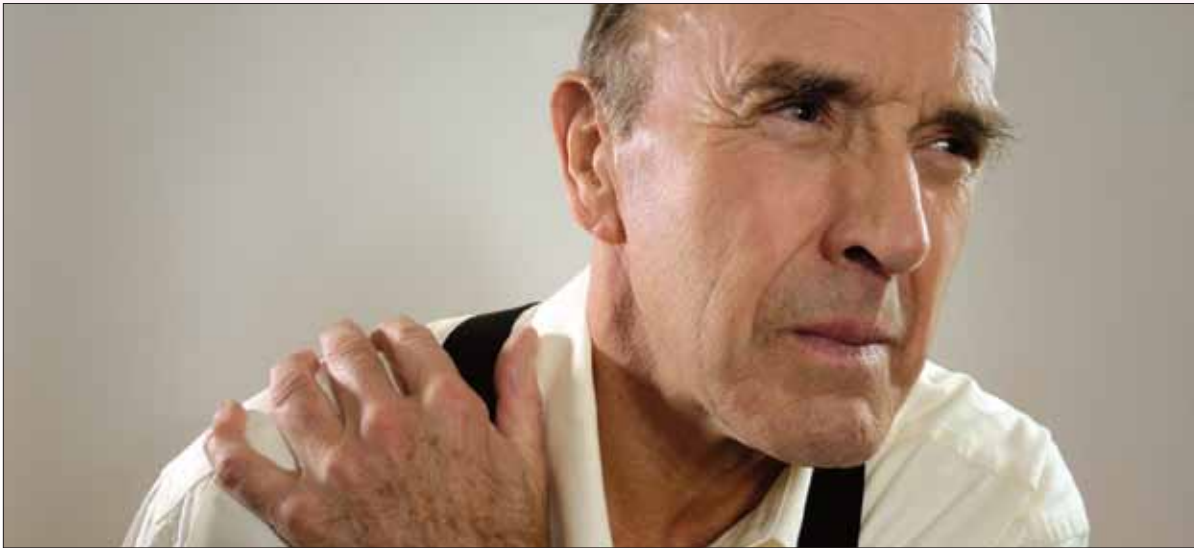
**Tableau 2-1** Récapitulatif de la preuve concernant les facteurs de risque de l'arthrite

Facteur de risque		Niveau de preuve	
Non modifiable			
Âge	L'incidence et la prévalence de l'arthrite augmentent avec l'âge. L'arthrite peut apparaître à n'importe quel âge.	Facteur de risque accepté.	
Sexe	Les femmes sont touchées par toutes les formes d'arthrite en proportion nettement plus élevée que les hommes, à l'exception de la goutte et de la spondylarthrite ankylosante (SA). Être une femme constitue un facteur de risque associé à de moins bons résultats de santé.	Facteur de risque accepté.	
Hormones féminines	Lien hormonal possible dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et le lupus érythémateux disséminé (LED). La maladie peut évoluer lors de la ménopause ou d'une grossesse, particulièrement pour la PR. Associées à la progression de la maladie.	À l'étude.	
Prédisposition génétique	Certains gènes sont spécifiquement associés à un risque accru d'arthrite. Des gènes sont spécifiquement associés à la gravité de la PR.	À l'étude.	
Modifiable			
Excès de poids et obésité	Associés à l'apparition de l'arthrose de la hanche, du genou et de la main. Associés à la progression de l'arthrose de la hanche. Associés à la gravité et à la progression de plusieurs types d'arthrite.	Facteur de risque accepté pour l'arthrose. Facteur de risque accepté pour la gravité ou la progression de plusieurs types d'arthrite.	
Traumatisme articulaire	Facteur de risque reconnu de l'arthrose.	Facteur de risque accepté pour l'arthrose.	
Sédentarité	Associée à l'aggravation et à la progression de nombreux types d'arthrite.	Facteur de risque accepté.	
Tabagisme	Lié à la progression et à la gravité de la PR et du LED. Preuve inadéquate d'une association avec l'apparition de symptômes.	À l'étude.	
Régime alimentaire	Rôle important dans le maintien d'un poids santé, facteur clé dans la prévention ou le ralentissement de la progression de l'arthrite. Facteur de risque reconnu de la goutte (apparition et prise en charge).	Facteur de risque accepté pour la goutte.	
Certaines professions	Apparition de l'arthrose : genou, hanche et main.	À l'étude.	
Infections	Rôle déclencheur possible pour la PR.	À l'étude.	

◆ Niveaux de preuve : • Facteur de risque accepté ; preuve établie par méta-analyse de plusieurs essais aléatoires contrôlés; preuve établie par au moins une étude contrôlée non aléatoire; preuve établie par au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale; preuve établie par plusieurs études descriptives, c.-à-d. des études comparatives, de corrélation et cas témoin. • A l'étude : preuve tirée d'avis ou de rapports de comités d'experts, d'expériences cliniques des autorités compétentes ou des deux; résultats de recherche contradictoires.



## Que savons-nous des facteurs de risque de l'arthrite ?



### Facteurs de risque non modifiables

*« J'avais une conception fataliste selon laquelle la polyarthrite rhumatoïde était une malédiction familiale, car c'est ce qui avait tué ma mère au bout du compte quelques années plus tôt. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

Les facteurs de risque non modifiables incluent l'âge, le sexe, les hormones féminines et la prédisposition génétique. Bien que le risque associé à de tels facteurs ne puisse pas être modifié, il importe de bien comprendre ceux-ci pour évaluer le risque global et éventuellement travailler sur des facteurs de risque modifiables<sup>2</sup>.

### Âge

L'âge est le facteur de risque indépendant le plus influent pour l'arthrite<sup>6,7-9</sup>. Bien que la maladie puisse affecter des personnes de tous âges, chaque forme d'arthrite a un pic d'apparition des symptômes qui lui est propre<sup>10,11</sup>. Pour la polyarthrite rhumatoïde (PR), par exemple, ce pic se situe entre 55 et 64 ans pour les femmes et 65 et 75 ans pour les hommes. La PR apparaît donc dix ans plus tôt en moyenne chez les femmes<sup>11-13</sup>.

Les changements liés à l'âge, comme la perte de force musculaire, le relâchement des ligaments articulaires et l'amincissement du cartilage modifient les articulations, ce qui les rend vulnérables à l'arthrite et à l'arthrose en particulier<sup>14,15</sup>. Cela est tout particulière-

ment vrai pour les articulations du genou, de la hanche et des mains, qui sont les plus fréquemment touchées<sup>9,15</sup>. Après 75 ans, l'incidence de l'arthrose se stabilise<sup>14</sup>.

L'âge à l'apparition des symptômes peut influencer sur la gravité de la maladie. Le LED apparaissant pendant l'enfance, par exemple, peut être plus grave que celui de l'adulte et le LED postménopausique peut être moins aigu que le LED préménopausique<sup>16</sup>.

### Sexe

Les femmes sont touchées par tous les types d'arthrite en plus grandes proportions que les hommes, à l'exception de la polyarthrite psoriasique (proportion similaire chez les hommes et les femmes), la goutte et la spondylarthrite ankylosante (proportions plus élevées chez les hommes)<sup>6,9,16-20</sup>. Neuf personnes atteintes de LED sur dix, par exemple, sont des femmes, avec un pic d'apparition des symptômes à l'âge de procréer<sup>16</sup>. Les femmes déclarent invariablement des taux plus élevés d'arthrite et d'incapacité physique liée à l'arthrite<sup>7,12,15,17,18</sup>.

Le fait d'être une femme semble amplifier la hausse attribuable à l'âge de l'arthrose de la main, du genou et multi-articulaire. Après 50 ans, la fréquence de l'arthrose dans ces articulations est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, alors que la fréquence de l'arthrose de la hanche augmente à peu près au même rythme avec l'âge chez les deux sexes<sup>15</sup>.

Les raisons des différences observées entre hommes et femmes ne sont pas bien comprises<sup>7</sup>.



## Hormones

La recrudescence significative de certaines formes d'arthrite inflammatoire, comme la PR et le LED, observée chez les femmes en âge de procréer ou à la ménopause, suggère que les hormones féminines influeraient sur la progression ou la gravité de ces formes d'arthrite<sup>19-23</sup>.

La preuve la plus frappante se manifeste lors de la grossesse, les concentrations d'œstrogènes et de progestérone augmentant beaucoup au cours du troisième trimestre. De nombreuses études ont documenté une réduction ou une rémission des symptômes de PR pendant la grossesse atteignant notamment leur maximum au cours du troisième trimestre<sup>17,22,24</sup>. L'activité de la maladie reprend au début du post-partum, avec la chute des concentrations d'œstrogènes et de progestérone; l'augmentation est la plus forte après une première grossesse<sup>7,17,22,25</sup>. On pense que la prolactine, hormone pro-inflammatoire produite pendant l'allaitement, serait associée à la réapparition des symptômes en période post-partum<sup>17,22,24,25</sup>. Il est intéressant de noter que les hommes souffrant de PR ont des taux de testostérone significativement moins élevés<sup>26</sup>. L'influence des hormones semble être différente chez les personnes atteintes de LED. Les signes et symptômes associés au LED ont tendance à empirer ou à se maintenir pendant la grossesse<sup>27-29</sup>.

La possibilité d'un effet protecteur contre la PR ou le LED lié à l'utilisation passée ou courante d'un contraceptif oral (pilule anticonceptionnelle) a été étudiée<sup>12,16,22,24</sup>.

La pilule ne semble pas prévenir la PR, mais elle pourrait retarder son apparition<sup>12,22,24</sup>. Globalement, elle fournit une protection modeste contre la PR<sup>22,24</sup>. L'effet protecteur n'a toujours pas été expliqué, notamment en raison du petit nombre d'études ayant analysé le lien en profondeur<sup>12,22,24</sup>. Certaines données confirment le rôle préventif des œstrogènes pour la PR, le LED et le syndrome de Sjögren chez les femmes, mais aucune preuve n'appuie l'utilisation de l'hormonothérapie post-ménopausique à des fins de réduction du risque<sup>12,16,21,23,25</sup>.

## Prédisposition génétique

« Je n'ai pas été surprise; mes parents et ma grand-mère paternelle souffraient d'arthrite. »

— Personne atteinte d'arthrose

L'identification des gènes impliqués dans l'arthrite fera progresser la compréhension des mécanismes de la maladie, de sa biologie et de l'interaction entre les gènes et l'environnement<sup>30</sup>. La tâche est cependant complexe. Ces gènes peuvent différer d'une famille ou d'un groupe ethnique à l'autre<sup>26</sup>. De plus, même si l'on avait affaire aux mêmes gènes, leur expression pourrait varier d'une personne à l'autre<sup>22,24,30,31</sup>.

Des gènes spécifiques sont associés à un risque élevé de développer certains types d'arthrite. On a observé que les types d'arthrite inflammatoire ont tendance à se manifester dans certaines familles et, jusqu'à un certain point, la plupart de ces familles partagent une constitution génétique similaire<sup>12,16,20,30,32,33</sup>. Un groupe de gènes nommés antigènes majeurs d'histocompatibilité (système HLA) a particulièrement attiré l'attention. Les nombreux génotypes HLA sont hérités et ils sont associés à certaines maladies auto-immunes. Les personnes possédant certains génotypes HLA sont plus susceptibles de souffrir de maladies auto-immunes telles que la PR, la SA, le LED et le syndrome de Sjögren<sup>34</sup>. Des preuves scientifiques appuient également le rôle de la génétique dans l'apparition de l'arthrose<sup>8,14,15,35,36</sup>.

Le terrain génétique est modulé par l'environnement d'une personne : le risque de souffrir d'arthrose après une blessure au genou augmente si la personne blessée a des antécédents familiaux d'arthrose<sup>8,12,20,33,37-39</sup>. Cette association confirme l'importance des interactions entre l'environnement et la constitution génétique des personnes dans l'apparition de l'arthrite.



## Facteurs de risque modifiables

*« J'ai commencé à consulter un physiothérapeute. Comme activité physique, il m'a recommandé de marcher dans une piscine, car la flottaison réduirait l'effet de mon surplus de poids. Le premier jour, j'ai pu faire quelques pas. Le lendemain, j'ai marché un peu plus. Puis, j'ai marché encore plus loin le surlendemain. Ensuite, je me suis dit que je pouvais aussi bien nager, puisque j'étais dans l'eau. Alors, j'ai fait une longueur, puis dix, et un beau jour, j'ai pu en faire cent... Je ne voulais plus arrêter. Mais ce n'était pas tout : je devais aussi perdre du poids. En m'alimentant sainement, j'ai pu perdre 45 kilos. Il s'est écoulé sept ans depuis mon diagnostic, et je suis maintenant redevenu heureux. J'ai de nouveaux amis, je prends plaisir à nager et j'aime organiser des randonnées. J'éprouve toujours des douleurs par temps très humide, et j'ignore comment la maladie évoluera, mais aujourd'hui, je préfère penser à d'autres choses, me faire des objectifs à long terme. Je me sens fort, même euphorique. »*

— Personne atteinte d'arthrose

Certains facteurs de risque de l'arthrite sont modifiables, notamment la sédentarité, un mauvais régime alimentaire, l'excès de poids et les traumatismes articulaires. Bien que ces facteurs soient essentiellement associés à l'apparition de l'arthrose et de la goutte, ils peuvent être modifiés dans les populations touchées par n'importe quelle forme d'arthrite afin d'atténuer les douleurs et d'améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des personnes atteintes<sup>2</sup>.

Le niveau de preuve sur l'importance des facteurs de risque modifiables dans l'apparition de l'arthrite varie grandement avec le type d'arthrite (voir le tableau 2-1 pour plus de détails). L'association entre ces facteurs et la maladie s'applique surtout à l'arthrose et à la goutte. Tous ces facteurs ont également été associés à la progression et à la gravité de la maladie, d'où leur fort potentiel pour améliorer la capacité fonctionnelle et réduire les incapacités chez les personnes arthritiques.



## Sédentarité

L'activité physique peut à la fois prévenir l'apparition de certains types d'arthrite et soulager la douleur causée par la plupart, si ce n'est l'ensemble, des types d'arthrite<sup>9,14,15,40-42</sup>.

Le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* intègre le renforcement des os et des muscles à son message sur les bienfaits de l'activité physique<sup>43</sup>.

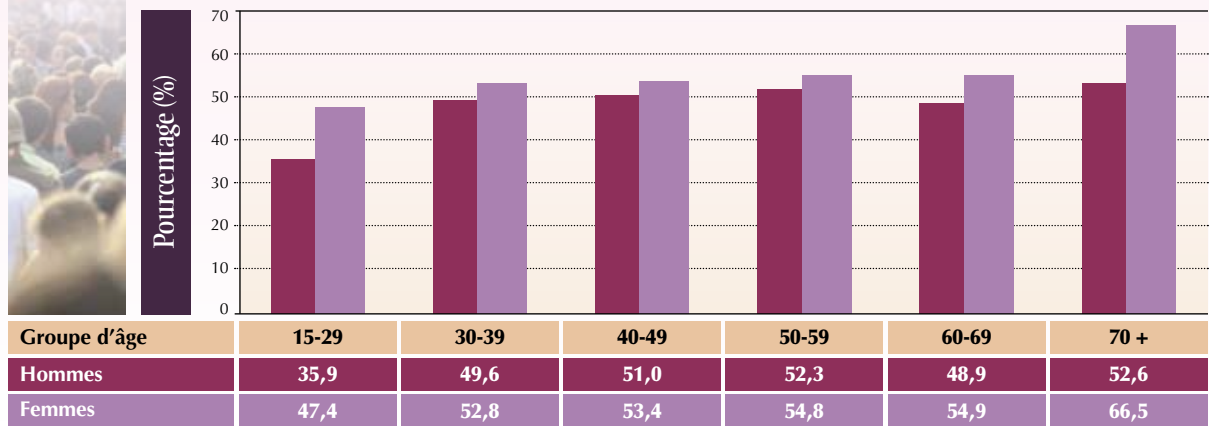
Le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* s'adresse en outre aux personnes souffrant d'arthrite dans les termes suivants :

*Il est d'autant plus important pour vous de faire des exercices en douceur tous les jours afin de maintenir votre souplesse articulaire. De petites séances d'activité quotidienne vous aideront à demeurer souple. Les activités d'assouplissement et de renforcement sont indispensables pour demeurer flexible et conserver des muscles et des articulations en santé. Plus vous serez sédentaire, plus vos articulations seront raides. Au besoin, faites appel à un professionnel pour savoir quels exercices vous conviennent<sup>44</sup>.*

Bien que l'activité physique soit bénéfique pour la santé de tous les Canadiens et Canadiennes, en 2007-2008, la moitié de l'ensemble de la population (50 %) a déclaré être physiquement inactive pendant son temps libre. La proportion de femmes ayant déclaré être physiquement inactives était significativement supérieure à celle des hommes dans les groupes d'âge des 15 à 39 ans et des 60 ans et plus (figure 2-1). Le plus grand écart a été observé chez les personnes de 70 ans et plus, parmi lesquelles 66 % des femmes se sont dites physiquement inactives, contre 53 % des hommes.



**Figure 2-1** Proportion de personnes de 15 ans et plus ayant déclaré être physiquement inactives pendant leur temps libre, selon l'âge et le sexe, population à domicile, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada. ◆ L'activité physique est déterminée par les valeurs de la dépense énergétique quotidienne totale (en kcal/kg/jour) fournie pendant les activités de loisir. La dépense énergétique est calculée en fonction de la fréquence et de la durée des séances d'activité physique et de la valeur MET de l'activité. Le MET ou « équivalent métabolique » est le coût énergétique de l'activité exprimé sous forme de multiple du métabolisme au repos. Les répondants sont classés dans les catégories suivantes : « actifs » ( $\geq 3$  MET), « exercice modéré » (1,5 à  $< 3$  MET) ou « inactifs » (0 à  $< 1,5$  MET). ◆ Les différences entre hommes et femmes sont statistiquement significatives, avec  $p < 0,05$ , sauf dans le cas des sujets de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans.

L'activité physique est une composante importante du maintien d'un poids santé pour tout un chacun. Les efforts pour perdre du poids chez les personnes arthritiques ayant un indice de masse corporelle (IMC) élevé pourraient contribuer à l'amélioration de leur état de santé général et de leur qualité de vie<sup>45-47</sup>.

Il a été démontré que les personnes vivant avec l'arthrite qui ont une activité physique modérée à vigoureuse améliorent leur capacité fonctionnelle sans accroître l'activité de leur maladie ni s'infliger de lésions articulaires<sup>5,48-53</sup>. L'exercice modéré régulièrement pratiqué peut améliorer l'autonomie fonctionnelle, la souplesse, la force et l'endurance musculaires, la forme cardiovasculaire et la santé psychologique<sup>3,54,55</sup>. L'exercice semble être la méthode la plus efficace pour atténuer la douleur causée par l'arthrite<sup>3,55,56</sup>. La participation à des activités récréatives telles que la course, le cyclisme, la marche et la danse a été associée à un impact bénéfique sur la capacité fonctionnelle, la douleur et les incapacités<sup>9,40,42,48-53,56-59</sup>. Il convient cependant de tenir compte de plusieurs éléments comme la douleur, la peur de se blesser, la raideur des articulations ou des muscles, la fatigue ou le manque d'énergie et l'altération de l'équilibre avant d'entamer un programme d'exercice régulier<sup>55</sup>. L'essentiel est de doser adéquatement repos et activité.

L'inactivité peut aggraver l'arthrite en réduisant la mobilité des articulations ainsi que la force et la forme physiques, en accentuant la fatigue et la dépression,

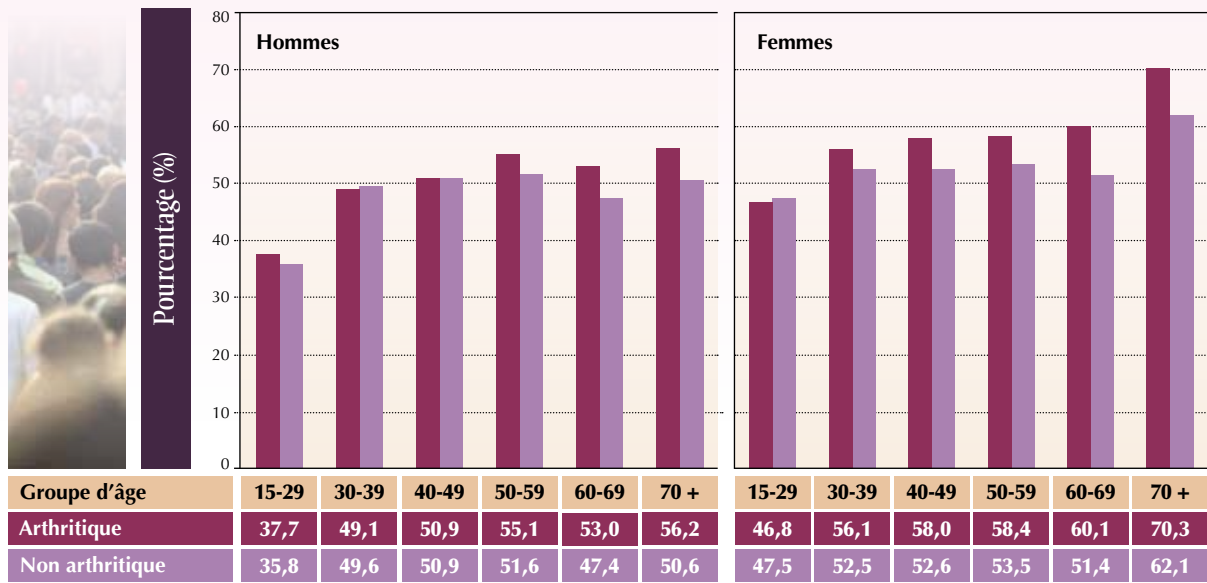
en abaissant la tolérance à la douleur et en accroissant le risque d'avoir d'autres affections chroniques comme les maladies cardiaques et l'ostéoporose. Les personnes souffrant de PR déclarent faire peu d'activité physique, ce qui est préoccupant, car elles sont plus exposées que la population générale à d'autres problèmes médicaux, comme les maladies cardiaques, ou à une mort prématurée. L'inactivité peut également exacerber l'amyotrophie (fonte musculaire) et la raideur articulaire, toutes deux limitantes pour la capacité physique<sup>45,60</sup>. Une tendance similaire est observée dans le cas des personnes atteintes d'arthrose, chez lesquelles la sédentarité peut mener à l'instabilité articulaire<sup>60</sup>.

Malgré l'importance de l'activité physique dans la prévention et la prise en charge de la maladie, la proportion de personnes physiquement inactives pendant leur temps libre était plus élevée chez les personnes souffrant d'arthrite (59 %) que chez les personnes non atteintes (49 %).

La sédentarité croît avec l'âge dans la population canadienne, avec ou sans arthrite (figure 2-2). Par ailleurs, il est inquiétant de constater que jusqu'à 56 % de la population (arthritique ou non) âgée de 15 à 39 ans a déclaré être inactive. Chez les hommes de 60 ans et plus, les personnes souffrant d'arthrite étaient moins actives physiquement que celles ne souffrant pas d'arthrite. Il en allait de même chez les femmes de 40 ans et plus.



**Figure 2-2** Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant ou non d'arthrite ayant déclaré être physiquement inactives, selon l'âge et le sexe, population à domicile, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

### Régime alimentaire

Un régime alimentaire sain est une composante essentielle du maintien d'un poids santé pour les personnes vivant avec l'arthrite. En effet, l'excès de poids favorise la progression de la maladie<sup>49,58,61</sup>. La consommation excessive d'alcool et d'aliments riches en purine, comme la viande rouge et les poissons et fruits de mer, est associée à l'apparition de la goutte<sup>6,62,63</sup>. L'alimentation jouerait également un rôle dans le déclenchement et la gravité de la PR, mais la composition du régime en cause ne fait pas l'objet d'un consensus scientifique à l'heure actuelle<sup>17,22,35,63</sup>.

### Excès de poids et obésité

L'excès de poids et l'obésité, qui sont définis par l'OMS<sup>64</sup> comme le fait d'avoir un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 29,9 (excès de poids) ou égal ou supérieur à 30 (obésité), augmentent le risque de souffrir d'arthrose et de goutte. Ce risque croît avec l'augmentation du poids<sup>5-7,9,46,47,65-67</sup>.

Une forte association a été établie entre l'obésité et l'arthrose du genou et une association plus modeste entre l'obésité et l'arthrose de la hanche. Les personnes obèses sont 2,5 à 3 fois plus à risque de développer de l'arthrose du genou et 2 fois plus à risque de développer de l'arthrose de la hanche que les personnes ayant un

IMC normal<sup>68-70</sup>. L'association entre un IMC élevé et l'arthrose de la main est moins certaine<sup>71</sup>.

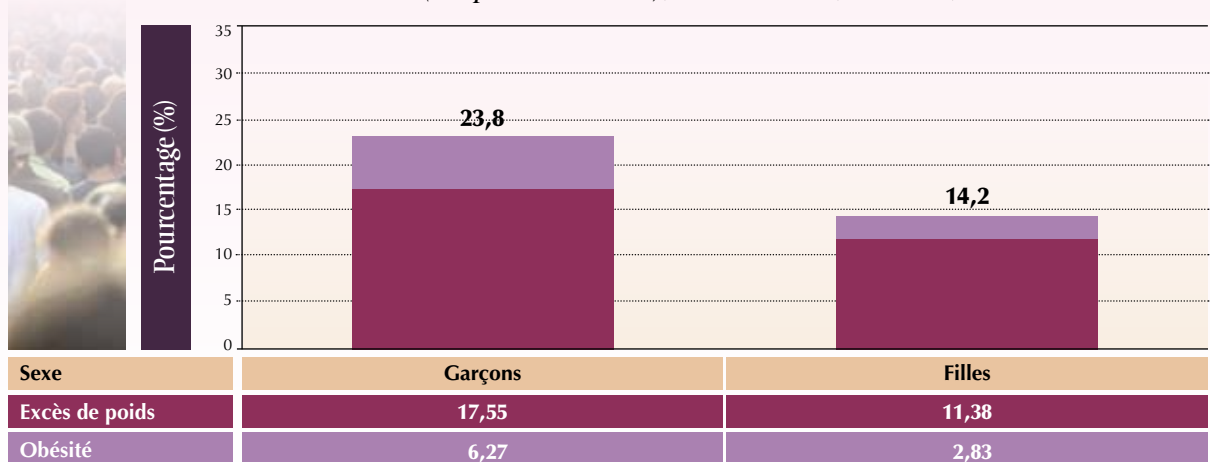
Les personnes obèses atteintes d'arthrite sont plus nombreuses à présenter une symptomatologie plus sévère et une perte de qualité de vie plus marquée que les personnes atteintes d'arthrite qui gardent un poids santé<sup>8,9,12,15,25,66,72</sup>. De plus, la perte de poids diminue la douleur et améliore la capacité fonctionnelle chez les aînés obèses souffrant d'arthrose du genou<sup>73</sup>.

L'excès de poids et l'obésité peuvent accélérer l'apparition ou l'évolution de l'arthrose jusqu'au point où l'arthroplastie de l'articulation doit être envisagée. Les femmes et les hommes qui ont un excès de poids ou qui sont obèses sont deux fois plus nombreux à subir une arthroplastie de la hanche ou du genou que ceux qui maintiennent un poids santé<sup>74</sup>. Le rétablissement fonctionnel après une chirurgie est de surcroît meilleur chez les personnes ayant un poids santé<sup>74</sup>.

En 2007-2008, dans l'ensemble de la population, environ un garçon sur quatre et une fille sur six entre 12 et 17 ans avaient un excès de poids ou étaient obèses (figure 2-3). Les enfants et les jeunes qui ont un excès de poids ou qui sont obèses augmentent leur probabilité d'avoir un excès de poids ou d'être obèses à l'âge adulte.



**Figure 2-3** Proportion de personnes de 12 à 17 ans qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (d'après leur IMC), selon le sexe, Canada, 2007-2008



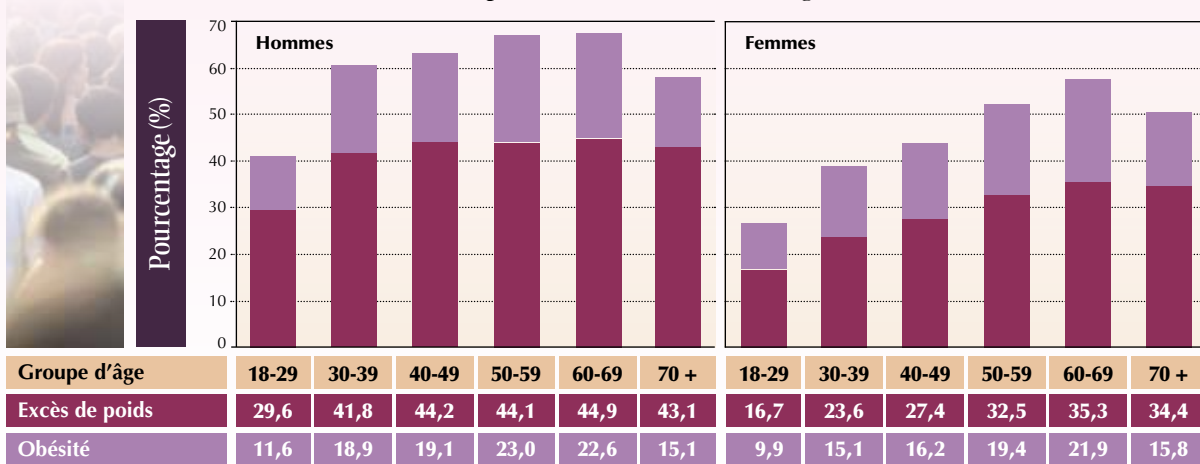
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ Les différences entre garçons et filles sont statistiquement significatives, avec  $p < 0,05$ . ◆ IMC = indice de masse corporelle.



En 2007-2008, un adulte sur deux âgé de 18 ans et plus (51 %) a déclaré une taille et un poids qui le classent dans la catégorie Excès de poids ou Obésité. La proportion d'hommes ayant déclaré un surpoids (IMC compris entre 25 et 29,9) était significativement supérieure à celle des femmes dans tous les groupes d'âge (figure 2-4). La proportion d'hommes souffrant d'obésité (IMC  $\geq 30$ ) était significativement supérieure à celle des femmes dans tous les groupes d'âge excepté chez les 60 à 69 ans et les 70 ans et plus. La plus forte proportion d'hommes et de femmes obèses se trouvait chez les hommes de 50 à 59 ans et les femmes de 60 à 69 ans (23 % et 22 % respectivement). L'arthrose est également fréquente dans ces groupes d'âge.



**Figure 2-4** Proportion de personnes de 18 ans et plus qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (d'après leur IMC), selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ♦ IMC = indice de masse corporelle.

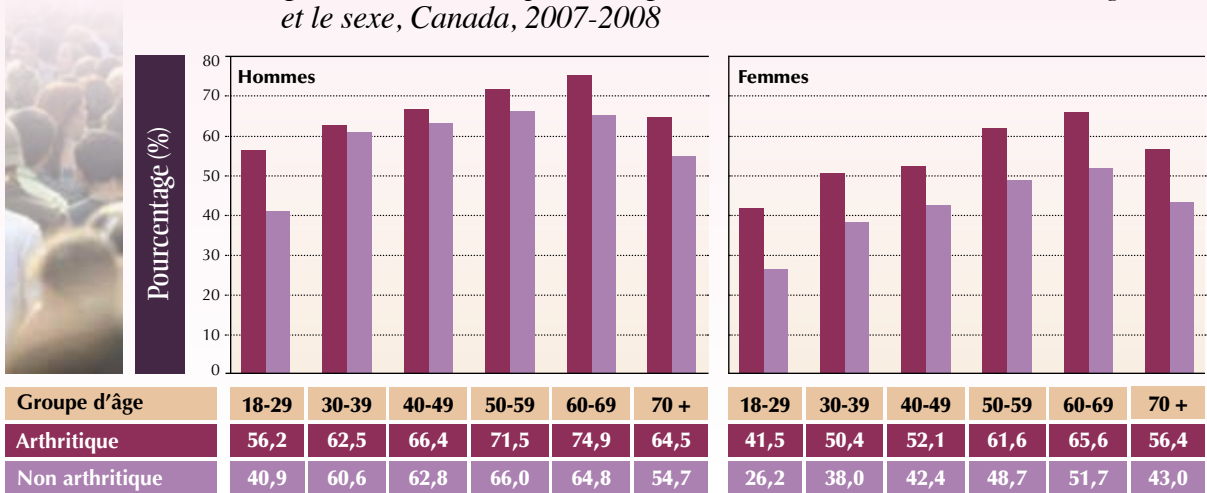


En 2007-2008, 63 % des Canadiens et Canadiennes âgés de 18 ans et plus atteints d'arthrite ont déclaré une taille et un poids qui les classent dans la catégorie Excès de poids ou Obésité, contre 49 % pour les Canadiens et Canadiennes non atteints d'arthrite (figure 2-5). La différence était plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes de 50 à 59 ans, par exemple, 62 % de celles souffrant d'arthrite avaient un surpoids ou étaient obèses, contre 49 % chez celles ne souffrant pas d'arthrite. Chez les hommes du même âge, l'écart entre arthritiques et non-arthritiques était moins grand, les proportions d'hommes souffrant d'un surpoids ou d'obésité étant de 72 % chez ceux atteints d'arthrite et de 66 % chez les autres. De plus, chez les femmes de 18 à 29 ans, la proportion de celles avec un surpoids ou obèses était plus élevée chez les arthritiques (42 %) que chez les non-arthritiques (26 %). Parmi les hommes du même âge, l'écart entre arthritiques et non-arthritiques était moins marqué, les proportions d'hommes en surpoids ou obèses étant de 56 % chez ceux souffrant d'arthrite, contre 41 % chez ceux ne souffrant pas d'arthrite.





**Figure 2-5** Proportion de personnes de 18 ans et plus souffrant ou non d'arthrite qui ont un excès de poids ou qui sont obèses (IMC  $\geq 25$ ), selon l'âge et le sexe, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ Les différences entre personnes souffrant d'arthrite et personnes sans arthrite sont statistiquement significatives, avec  $p < 0,05$ , sauf chez les sujets masculins de 30 à 49 ans. ◆ IMC = indice de masse corporelle.

### Traumatismes articulaires

Les blessures sont un important facteur de risque d'arthrose<sup>9,57</sup>. Les déchirures du ménisque et des ligaments croisés augmentent le risque ultérieur d'arthrose<sup>9,15,75</sup>. Des facteurs tels la présence d'une autre articulation touchée par l'arthrose, le vieillissement, le sexe féminin ou un stress répété à l'articulation blessée pourraient accroître le risque d'arthrose à la suite d'une blessure grave au genou<sup>15</sup>. Bien que les traumatismes articulaires soient évitables, une fois survenus, ils peuvent avoir des conséquences irréversibles.

*« J'ai commencé à ressentir de la douleur en 1967, après un accident de sport (j'ai raté une haie et je suis mal retombé sur le pied). On m'a diagnostiqué une mauvaise entorse — les choses en sont restées là. Pourtant, la douleur s'est maintenue et n'a jamais disparu. »*

— Personne atteinte d'arthrose





## Tabagisme

Le tabagisme est associé à l'apparition et au développement de types d'arthrite inflammatoires, soit la PR et le LED<sup>16,17,24,33,76,77</sup>.

Le risque d'apparition de la PR est supérieur chez les fumeurs, particulièrement les hommes. De plus, le tabagisme semble encourager une forme plus active, voire plus dommageable, de la maladie<sup>12,22,76,78</sup>. Les fumeurs risquent davantage de posséder un facteur rhumatoïde (FR), même s'ils ne présentent pas encore de symptômes de PR<sup>12,22,24,78-84</sup>. Fumer exacerbe les manifestations cutanées liées au LED.

Les mécanismes d'interaction entre la consommation de tabac et les types d'arthrite inflammatoires et l'auto-immunité en général sont multiples et encore mal compris<sup>76,81</sup>. De plus, l'interaction entre le tabac et la susceptibilité génétique individuelle complique l'élimination de ces mécanismes<sup>76</sup>.

## Profession

L'exposition professionnelle à la silice cristalline constitue un facteur de risque élevé pour les types d'arthrite inflammatoires<sup>77</sup>. La poussière minérale et les vibrations ont été pointées du doigt comme facteurs de risque possibles de la PR, particulièrement chez les hommes<sup>11,82</sup>.

Une forte association a été trouvée entre certaines activités effectuées au travail, comme plier les genoux, s'agenouiller, s'accroupir ou monter des marches à répétition, et l'arthrose du genou chez les hommes<sup>9,14</sup>. Une forte association a aussi été observée entre l'agriculture (y compris le travail agricole, la production laitière, l'élevage d'animaux et la production de denrées d'origine animale) et l'arthrose de la hanche. Récemment, l'agriculture a également été associée à l'arthrose du genou<sup>9,57,83</sup>.

## Infections

Depuis de nombreuses années, les infections sont soupçonnées de déclencher l'arthrite de type inflammatoire<sup>12,19,20,77</sup>. Certains virus participeraient notamment à l'apparition de la PR et du LED. On pense que ces virus déclenchent le processus inflammatoire au siège de l'infection en ciblant les cellules immunitaires ou en s'attaquant directement aux tissus articulaires<sup>84</sup>. L'inflammation jouerait ensuite un rôle dans le déclenchement de la PR<sup>22</sup>. La plus concrète des preuves à l'appui de cette hypothèse serait le virus Epstein-Barr (VEB), puisqu'il est considéré comme un facteur de risque potentiel de la PR depuis plus de 25 ans. Il n'a cependant pas été établi si ce virus est une cause ou une conséquence de la PR<sup>16,22</sup>.



## Réduire l'impact de l'arthrite

*« J'étais frustrée par le diagnostic, mais j'ai compris pourquoi : ma mère a été gravement handicapée par la polyarthrite rhumatoïde bien avant l'arrivée des antirhumatismaux à action lente (ARAL) et elle a beaucoup souffert pendant les dernières années de sa vie. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

*« Je sais ce que cela représente que de vivre avec une maladie chronique. Ce n'est pas la fin du monde : on fait confiance aux professionnels de la santé et aux chercheurs, on essaie de tirer le meilleur parti des occasions qui se présentent et, surtout, on se concentre sur ses habiletés et sur les choses formidables que nous réserve l'avenir. »*

— Personne atteinte d'arthrite rhumatoïde juvénile

L'impact de tous les types d'arthrite peut être atténué par :

- l'éducation et la sensibilisation au sujet de la maladie;
- la reconnaissance des symptômes, un dépistage et un diagnostic précoces;
- l'autogestion de la maladie, y compris l'éducation, l'activité physique et les programmes de contrôle du poids ou d'exercices;
- un traitement approprié comprenant des médicaments, la réadaptation et la chirurgie.

Les interventions ci-dessus visent à arrêter ou à ralentir la progression de la maladie et à réduire l'incapacité et les autres complications causées par l'arthrite.



## Éducation et sensibilisation

Des études ont montré que le grand public est peu informé sur l'arthrite et que sa perception de la maladie est faussée par de nombreux mythes (voir « Mythes communs entourant l'arthrite »)<sup>85-88</sup>.

Une étude récente a d'ailleurs conclu que certaines croyances sur l'arthrite perdurent et qu'elles nuisent aux démarches de recherche de soins et à l'adhésion au traitement chez les personnes présentant des symptômes d'arthrite ou ayant reçu un diagnostic d'arthrite<sup>89</sup>.



### *Mythes communs entourant l'arthrite*

#### *« L'arthrite frappe surtout les personnes âgées »*

Bien que le risque d'arthrite augmente avec l'âge, trois personnes arthritiques sur cinq ont moins de 65 ans. Des gens de tous âges sont touchés, y compris des enfants et des adolescents. L'arthrite rhumatoïde juvénile est l'une des maladies chroniques de l'enfance les plus fréquentes.

#### *« L'arthrite est une conséquence naturelle et normale du vieillissement »*

Si cela était vrai, la plupart des aînés souffriraient d'arthrite et aucun enfant ne serait touché. Or 57 % des aînés (soit les plus de 65 ans) ne sont pas atteints. De plus, les deux tiers des personnes arthritiques ont moins de 65 ans et l'arthrite frappe aussi les enfants. Enfin, certaines formes d'arthrite, comme l'arthrose et la goutte, peuvent être évitées.

#### *« L'arthrite n'est pas une maladie grave; elle cause seulement des maux et des douleurs mineurs; mieux vaut l'ignorer »*

La plupart des lésions causées aux articulations par l'arthrite inflammatoire surviennent pendant les premières années après l'apparition des symptômes : un diagnostic précoce et précis est essentiel pour atténuer les effets de la maladie.

#### *« Il n'y a rien à faire contre l'arthrite; il faut apprendre à vivre avec cette maladie »*

Bien qu'il n'existe actuellement aucune cure contre l'arthrite, les personnes atteintes peuvent faire beaucoup pour soulager leur douleur, réduire leur invalidité et conserver leur capacité de vaquer aux occupations qu'elles aiment. Un diagnostic précoce et des stratégies de traitement appropriées peuvent contribuer à réduire l'incapacité et à minimiser les répercussions sur la qualité de vie associées à de nombreux types d'arthrite. L'activité physique, un poids santé, l'enseignement de l'autogestion de la maladie, la réadaptation, la prise de médicaments et, pour les cas graves, la chirurgie peuvent faire toute la différence.

#### *« Les articulations touchées par l'arthrite doivent être laissées au repos »*

La croyance répandue selon laquelle une articulation enflammée ou douloureuse nécessite du repos est erronée. Le manque d'exercice affaiblit les muscles et peut causer douleurs et raideurs. Les personnes souffrant d'arthrite devraient pratiquer les activités physiques recommandées par un médecin, un physiothérapeute ou un ergothérapeute, telles que :

- des exercices de mobilité (p. ex. des étirements) afin d'améliorer ou de conserver l'amplitude de mouvement et la souplesse des articulations;
- des exercices de renforcement, comme des activités de mise en charge, afin d'accroître la force musculaire et la stabilité des articulations et d'améliorer la capacité fonctionnelle;
- des exercices d'aérobic, comme la marche ou le cyclisme, afin d'améliorer la forme cardiovasculaire.



## Reconnaissance des symptômes, dépistage et diagnostic précoces

*« Je suis convaincu qu'un degré adéquat d'attention et d'information aux premiers stades du diagnostic peut accélérer le traitement — c'est ce qu'indiquent toutes les recherches récentes. J'aimerais qu'un programme soit mis sur pied pour les patients nouvellement diagnostiqués, dans lequel ils seraient vus par une équipe de spécialistes susceptibles de les informer relativement à la maladie et de les aider à surmonter le déni qui accompagne un tel diagnostic. J'aimerais également que ces patients puissent suivre un programme de changement du mode de vie (exercice, régime, protection des articulations, massages, etc.) qui leur profiterait et limiterait les torts occasionnés par la maladie. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

Le diagnostic précoce des formes inflammatoires de l'arthrite, comme la PR, est particulièrement important. En effet, entamer tôt un traitement agressif produit de meilleurs résultats<sup>56</sup>. Pour certaines formes d'arthrite, comme le lupus, la présentation clinique est très variable; elle peut inclure ou ne pas inclure des symptômes articulaires. Les antécédents médicaux et un examen complet permettront au médecin de poser un diagnostic différentiel, de prescrire les analyses de laboratoire appropriées et, finalement, d'établir un diagnostic et un plan de traitement<sup>56</sup>.

Il importe de sensibiliser la population à l'utilité de reconnaître les symptômes, d'établir un diagnostic et d'amorcer le traitement de la maladie le plus tôt possible. Beaucoup de personnes atteintes d'arthrite ne parlent pas de leurs symptômes à leur médecin, surtout si leur état de santé général est bon et qu'elles sont peu affectées sur le plan professionnel ou dans leurs autres activités<sup>90</sup>.

Des initiatives comme le programme « Mainmise sur l'arthrite » ont été appliquées avec succès au Canada<sup>91</sup>. Elles accroissent la capacité des fournisseurs de soins et des personnes arthritiques à collaborer pour prendre en charge ensemble la maladie. Pour ce faire, elles s'appuient sur la prestation de soins contre l'arthrite et mettent l'accent sur la prévention, le dépistage précoce, les soins complets, l'accès adéquat et rapide aux soins spécialisés et l'auto-gestion de la maladie.

## Autogestion de la maladie

*« Ma famille tolérait mon problème de santé, mais j'étais souvent laissé à la maison à cause de mon incapacité à participer à plusieurs activités en raison de la douleur, de l'inconfort, de la fatigue et de mes états d'âme. J'ai dû apprendre à changer considérablement de mode de vie et à me concentrer sur les choses faciles pour moi. J'ai suivi les cours du Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite pour affronter la situation, puis une formation pour enseigner aux autres comment s'aider eux-mêmes. C'est un cours très bénéfique et fort utile pour toute personne devant vivre avec l'arthrite. »*

— Personne atteinte d'arthrose

L'autogestion fait référence aux tâches qu'une personne doit accomplir pour bien vivre avec une ou plusieurs affections chroniques. Ces tâches incluent l'acquisition de la confiance en soi nécessaire pour se responsabiliser face aux aspects médicaux et émotionnels de sa ou de ses pathologies, tout en assumant ses autres responsabilités<sup>92</sup>.

Les activités d'autogestion, comme la participation à des programmes d'enseignement et l'activité physique,

sont des composantes essentielles dans la prise en charge non pharmacologique de l'arthrite.

Les directives cliniques de l'American College of Rheumatology\* pour l'arthrose du genou et de la hanche, la PR et le LED indiquent que les programmes d'autogestion et l'éducation du patient sont des volets importants du traitement non pharmacologique<sup>92-94</sup>.

\* Il n'existe pas de directives cliniques canadiennes pour des types d'arthrite précis, actuellement.



Trois activités d'autogestion y sont abordées :

- l'enseignement de l'autogestion, p. ex. l'apprentissage de moyens pour maîtriser les symptômes, l'utilisation de médicaments, etc.;
- l'activité physique régulière et d'intensité modérée;
- le contrôle du poids<sup>2,4,54,90</sup>.

L'enseignement de l'autogestion vise à renforcer la confiance et les compétences des personnes qui doivent apprendre à vivre avec l'arthrite au quotidien. Les programmes en la matière diffèrent de l'éducation du patient ou de la formation axée sur l'acquisition de compétences, car ils sont conçus pour aider les malades chroniques à prendre en charge leur problème de santé<sup>95</sup>. Les participants à ces programmes apprennent à développer leur confiance en leur capacité à atténuer leurs symptômes, à se fixer un plan d'action pour gérer leur maladie et à créer des liens avec d'autres personnes atteintes d'arthrite.

Il existe de nombreux programmes d'autogestion partout au Canada (pour un complément d'information, visiter les sites de la Société de l'arthrite [www.arthritis.ca] et d'Arthritis Consumer Experts [www.jointhehealth.org]). Les bienfaits de ces programmes sont notamment les suivants :

- l'atténuation de la douleur;
- le développement de l'autonomie en matière de santé;
- l'amélioration de la capacité fonctionnelle;
- une plus grande confiance en soi dans la prise en charge de la maladie;
- une meilleure compréhension de l'arthrite;
- le développement de ses capacités d'adaptation;
- une participation plus active à la prise en charge de la maladie<sup>96-98</sup>.

*« La situation a fini par s'améliorer. J'ai commencé à naviguer sur Internet et j'ai trouvé des témoignages d'autres personnes aux prises avec l'arthrite, sur le site Web de la Société de l'arthrite. Cela m'a rassurée et m'a inspirée. C'était une véritable révélation. En lisant ces témoignages, j'ai su que je n'étais pas la seule à vivre avec cette maladie. J'ai compris qu'il y avait de l'espoir. Il y avait des mesures que je pouvais prendre pour atténuer la douleur et recommencer à vivre. »*

— Personne atteinte d'arthrose

*« La meilleure expérience que j'ai vécue en lien avec mon arthrite s'est produite lorsque mon rhumatologue m'a convaincue de devenir une interlocutrice pour la BC Lupus Society et même de former un groupe de soutien sur le lupus. C'est ce que je fais depuis quinze ans maintenant! J'ai constitué un nouveau cercle d'amis et appris beaucoup sur le LED. Il est valorisant d'être appelée à l'hôpital pour parler avec un patient qui vient de recevoir son diagnostic et de lui dire que je vis avec le LED depuis plus de trente ans et que je suis toujours là. Vous pouvez faire mieux encore! »*

— Personne atteinte de lupus

## Médication

Pour la plupart des types d'arthrite, le traitement implique souvent l'utilisation de médicaments visant à soulager la douleur, préserver les articulations et limiter la progression de la maladie. Les médicaments peuvent être utilisés seuls ou en association dans le cadre d'un plan de traitement individuel. Au cours des dernières années, la mise au point de médicaments contre l'arthrite a progressé et a connu des changements notables. Ces médicaments incluent actuellement les analgésiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticostéroïdes, les antirhumatismaux à action lente (ARAL) et les modificateurs de la réponse biologique (également connus sous le nom de « médicaments biologiques »). Ces médicaments, ainsi que leur utilisation dans le traitement de certains types d'arthrite, sont présentés en détail au chapitre 7.

## Réadaptation

Tous les types d'arthrite sont associés à des limitations fonctionnelles, qui peuvent être réduites par un large éventail d'interventions de réadaptation axées sur le patient plutôt que sur la seule partie du corps affectée par la maladie. Ces interventions dépendent du problème et de l'état de santé de la personne traitée ainsi que de ses besoins.

Des exercices spéciaux pour les articulations, des programmes de conditionnement physique, l'utilisation d'aides et d'appareils fonctionnels et orthopédiques et la participation à des programmes d'autogestion peuvent aider les individus à rester autonomes et actifs. Ils favorisent un mode de vie plus dynamique et contribuent à atténuer la douleur causée par l'arthrite, particulièrement l'arthrose et la PR<sup>2,99</sup>.



## Chirurgie

La chirurgie est habituellement envisagée pour les personnes souffrant de douleurs persistantes que les traitements médicamenteux, physiques et de réadaptation optimaux ne parviennent pas à soulager. Plusieurs interventions peuvent être tentées selon le problème de santé, sa gravité, la limitation fonctionnelle ou la douleur. Les interventions chirurgicales les plus connues sont l'arthroscopie, l'ostéotomie et l'arthroplastie (ou le remplacement de l'articulation). La chirurgie est recommandée essentiellement pour les personnes souffrant d'arthrose et de PR avec lésions articulaires de stade final, associées à des douleurs et à une limitation fonctionnelle non tolérables et accompagnées d'atteintes anatomiques importantes<sup>92,93,99</sup>. Elle est également indiquée dans certains cas de spondylarthropathie, comme la polyarthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante<sup>95,99</sup>. Le recours au traitement chirurgical est abordé au chapitre 9.

## Résumé

- Maintenir un poids santé et éviter les blessures articulaires, notamment les blessures sportives et professionnelles, peut aider à prévenir l'arthrose.
- Les changements de mode de vie recommandés pour prévenir la goutte incluent le maintien d'un poids santé, l'exercice physique quotidien et la consommation réduite d'alcool et d'aliments riches en purine, comme la viande rouge, les poissons et les fruits de mer.
- La sédentarité et l'obésité peuvent aggraver de nombreuses formes d'arthrite ou accélérer leur progression.
- La moitié (50 %) de la population canadienne et 59 % des Canadiens et Canadiennes souffrant d'arthrite se disent physiquement inactifs pendant leur temps libre.
- Plus de la moitié (51 %) de la population canadienne et 63 % des Canadiens et Canadiennes souffrant d'arthrite ont déclaré une taille et un poids qui les classent dans la catégorie des personnes ayant un surpoids ou souffrant d'obésité.
- Les infections, le tabagisme et le régime alimentaire peuvent influencer sur l'apparition et la gravité des symptômes de certaines formes d'arthrite inflammatoire telles que la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux disséminé.
- Une prise en charge appropriée et un diagnostic précoce peuvent aider à atténuer l'impact de l'arthrite. Un ensemble de mesures peut être appliqué, notamment :
  - l'enseignement de l'autogestion de la maladie et une formation sur le soulagement de la douleur et sur la maladie elle-même;
  - le conseil et le soutien;
  - l'ergothérapie et la physiothérapie;
  - l'activité physique;
  - la perte de poids;
  - un régime alimentaire sain;
  - la protection des articulations;
  - l'utilisation de médicaments d'ordonnance ou en vente libre;
  - la chirurgie.



## Références

1. Bergman S. Public health perspective—how to improve the musculoskeletal health of the population. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2007;21(1):191–204.
2. The Bone and Joint Decade Foundation (BJDF), The European League Against Rheumatism (EULAR), The European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT), The International Osteoporosis Foundation (IOF). *European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A Public Health Strategy to Reduce the Burden of Musculoskeletal Condition—Turning Evidence into Everyday Practice*. Bone and Joint Decade, Sweden, 2005. ISBN 91-975284-0-4. URL:<http://www.boneandjointdecade.org/ViewDocument.aspx?ContId=534>.
3. National Arthritis and Musculoskeletal Conditions Advisory Group (NAMSCAG). *Evidence to Support the National Action Plan for Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Osteoporosis: Opportunities to Improve Health Related Quality of Life and Reduce the Burden of Disease and Disability*. Australian Government Department of Health and Ageing: Canberra, Australia, 2004. URL:<http://www.healthactive.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pq-arthritis-evid>.
4. Rao JK, Hootman JM. Prevention research and rheumatic disease. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16(2):119–24.
5. Felson DT, Zhang Y. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheum* 1998;41(8):1343–55.
6. Saag KG, Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout. *Arthritis Res Ther* 2006;8(Suppl 1):S2.
7. Busija L, Hollingsworth B, Buchbinder R, Osborne RH. Role of age, sex, and obesity in the higher prevalence of arthritis among lower socioeconomic groups: a population-based survey. *Arthritis Rheum* 2007;57(4):553–61.
8. Bijlsma JW, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2007;21(1):59–76.
9. March LM, Bagga H. Epidemiology of osteoarthritis in Australia. *Med J Aust* 2004;180(5 Suppl):S6–10.
10. Cooper GS, Stroehla BC. The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmunity Rev* 2003;2(3):119–25.
11. Chen K, See A, Shumack S. Epidemiology and pathogenesis of scleroderma. *Australas J Dermatol* 2003;44(1):1–7.
12. Symmons DP. Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2002;16(5):707–22.
13. McCann K. Nutrition and rheumatoid arthritis. *Explore: The Journal of Science & Healing* 2007;3(6):616–8.
14. Felson DT. Risk factors for osteoarthritis: understanding joint vulnerability. *Clin Orthop Relat Res* 2004;(427 Suppl):S16–21.
15. Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2006;20(1):3–25.
16. Simard JF, Costenbader KH. What can epidemiology tell us about systemic lupus erythematosus? *Int J Clin Pract* 2007;61(7):1170–80.
17. Symmons DP. Environmental factors and the outcome of rheumatoid arthritis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2003;17(5):717–27.
18. Theis KA, Helmick CG, Hootman JM. Arthritis burden and impact are greater among U.S. women than men: intervention opportunities. *J Women's Health (Larchmt)* 2007;16(4):441–53.
19. Valentini G, Black C. Systemic sclerosis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2002;16(5):807–16.
20. Dorph C, Lundberg IE. Idiopathic inflammatory myopathies-myositis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2002;16(5):817–32.
21. Danchenko N, Satia JA, Anthony MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. *Lupus* 2006;15(5):308–18.
22. Oliver JE, Silman AJ. Risk factors for the development of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2006;35(3):169–74.



23. Porola P, Laine M, Virkki L, Poduval P, Konttinen YT. The influence of sex steroids on Sjogren's syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1108:426–32.
24. Aho K, Heliövaara M. Risk factors for rheumatoid arthritis. *Ann Med* 2004;36(4):242–51.
25. Silman AJ. Rheumatoid arthritis. In: Silman AJ, Hochberg MC (Eds.), *Epidemiology of the Rheumatic Diseases*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2001.
26. Spector TD, Ollier W, Perry LA, Silman AJ, Thompson PW, Edwards A. Free and serum testosterone levels in 276 males: a comparative study of rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and healthy controls. *Clin Rheumatol* 1989;8(1):37–41.
27. Silver RM, Branch DW. Autoimmune disease in pregnancy. *Bailliere's clinical obstetrics and gynaecology* 1992;6(3):565–600.
28. Lockshin, M. Pregnancy does not cause systemic lupus erythematosus to worsen. *Arthritis Rheum* 1989;32(6):665–70.
29. Petri, M. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. *Rheum Dis Clin N Am* 1994;20(1):87–118.
30. Steinsson K, Alarcon-Riquelme ME. Genetic aspects of rheumatic diseases. *Scand J Rheumatol* 2005;34(3):167–77.
31. Huizinga TW, Pisetsky DS, Kimberly RP. Associations, populations, and the truth: recommendations for genetic association studies in Arthritis & Rheumatism. *Arthritis Rheum* 2004;50(7):2066–71.
32. Delaleu N, Jonsson R, Koller MM. Sjogren's syndrome. *Eur J Oral Sci* 2005;113(2):101–13.
33. Shephelovich D, Shoenfeld Y. Prediction and prevention of autoimmune diseases: additional aspects of the mosaic of autoimmunity. *Lupus* 2006;15(3):183–90.
34. Silman A. Rheumatoid arthritis. In: Silman A, Hochberg MC, editors, *Epidemiology of the Rheumatic Diseases*. Oxford University Press, 2001;31–71.
35. Felson DT, Zhang Y. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheum* 1998;41(8):1343–1355.
36. Felson DT. Risk factors for osteoarthritis: Understanding joint vulnerability. *Clin Orthoped Rel Res* 2004;427S:S16–S21.
37. Klareskog L, Padyukov L, Ronnelid J, Alfredsson L. Genes, environment and immunity in the development of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Immunol* 2006;18(6):650–5.
38. Cerhan JR, Saag KG, Merlino LA, Mikuls TR, Criswell LA. Antioxidant micronutrients and risk of rheumatoid arthritis in a cohort of older women. *Am J Epidemiol* 2003;157(4):345–54.
39. Fernández M, Alarcón GS, Calvo-alén J, Andrade R, McGwin G, Vilá LM, et al. A multiethnic, multicenter cohort of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) as a model for the study of ethnic disparities in SLE. *Arthritis Rheum* 2007;57(4):576–84.
40. Cymet TC, Sinkov V. Does long-distance running cause osteoarthritis? *J Am Osteopath Assoc* 2006;106(6):342–5.
41. Dawson J, Juszcak E, Thorogood M, Marks SA, Dodd C, Fitzpatrick R. An investigation of risk factors for symptomatic osteoarthritis of the knee in women using a life course approach. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(10):823–30.
42. Felson DT, Niu J, Clancy M, Sack B, Aliabadi P, Zhang Y. Effect of recreational physical activities on the development of knee osteoarthritis in older adults of different weights: the Framingham Study. *Arthritis Rheum* 2007;57(1):6–12.
43. Agence de la santé publique du Canada, Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 1998. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/pdf/guide-fra.pdf>.
44. Agence de la santé publique du Canada, Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 1999. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/pdf/guide-older-fra.pdf>.
45. Eurenus E, Stenstrom CH. Physical activity, physical fitness, and general health perception among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53(1):48–55.
46. Messier SP, Gutekunst DJ, Davis C, DeVita P. Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2005;52(7):2026–32.
47. Mehrotra C, Naimi TS, Serdula M, Bolen J, Pearson K. Arthritis, body mass index, and professional advice to lose weight: implications for clinical medicine and public health. *Am J Prev Med* 2004;27(1):16–21.





48. Strombeck B, Jacobsson LT. The role of exercise in the rehabilitation of patients with systemic lupus erythematosus and patients with primary Sjogren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2007;19(2):197–203.
49. Van den Hout WB, De Jong Z, Munneke M, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Cost-utility and cost-effectiveness analyses of a long-term, high-intensity exercise program compared with conventional physical therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53(1):39–47.
50. Neuberger GB, Aaronson LS, Gajewski B, Embretson SE, Cagle PE, Loudon JK, et al. Predictors of exercise and effects of exercise on symptoms, function, aerobic fitness, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2007;57(6):943–52.
51. De Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Jansen A, Runday KH, et al. Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? Results of a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003;48(9):2415–24.
52. De Jong Z, Vlieland TP. Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17(2):177–82.
53. Vlieland TP. Non-drug care for RA—is the era of evidence-based practice approaching? *Rheumatology (Oxford)* 2007;46(9):1397–404.
54. Brady TJ. Self-management strategies. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH (Eds.), *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13<sup>th</sup> ed. New York, NY: Springer, 2008.
55. Westby MD, Minor MA. Exercise and physical activity. In: Bartlett SJ, Bingham CO, Maricic MJ, Iversen MD, Ruffing V (Eds.), *Clinical Care in the Rheumatic Diseases*. 3<sup>rd</sup> ed. Atlanta, GA: Association of Rheumatology Health Professionals, American College of Rheumatology, 2006.
56. Callahan LF, Jordan JM. Arthritis and its impact: challenges and opportunities for treatment, public health and public policy. *NC Med J* 2007;68(6):415–21.
57. Kirkhorn S, Greenlee RT, Reeser JC. The epidemiology of agriculture-related osteoarthritis and its impact on occupational disability. *WMJ* 2003;102(7):38–44.
58. O'Reilly S, Doherty M. Lifestyle changes in the management of osteoarthritis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2001;15(4):559–68.
59. Feinglass J, Thompson JA, He XZ, Witt W, Chang RW, Baker DW. Effect of physical activity on functional status among older middle-age adults with arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;53(6):879–85.
60. Fontaine KR, Haaz S. Risk factors for lack of recent exercise in adults with self-reported, professionally diagnosed arthritis. *J Clin Rheumatol* 2006;12(2):66–9.
61. Barnes EV, Edwards NL. Treatment of osteoarthritis. *South Med J* 2005;98(2):205–9.
62. Choi HK, Curhan G. Gout: epidemiology and lifestyle choices. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17:341–5.
63. Choi HK. Dietary risk factors for rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17(2):141–6.
64. Organisation mondiale de la Santé. *Aide-mémoire : obésité et surpoids*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2006. URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.
65. Seavey WG, Kurata JH, Cohen RD. Risk factors for incident self-reported arthritis in a 20 year followup of the Alameda County Study Cohort. *J Rheumatol* 2003;30(10):2103–11.
66. Pearson-Ceol J. Literature review on the effects of obesity on knee osteoarthritis. *Orthop Nurs* 2007;26(5):289–92.
67. Hochberg MC. Osteoarthritis. In: Silman AJ, Hochberg MC (Eds.), *Epidemiology of the Rheumatic Diseases*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2001.
68. Reijman M, Pols HA, Bergink AP, Hazes JM, Belo JN, Lieveense AM, Bierma-Zeinstra SM. Body mass index associated with onset and progression of osteoarthritis of the knee but not of the hip: the Rotterdam Study. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(2):158–62.
69. Niu J, Zhang YQ, Torner J, Nevitt M, Lewis CE, Aliabadi P, Sack B, Clancy M, Sharma L, Felson DT. Is obesity a risk factor for progressive radiographic knee osteoarthritis? *Arthritis Rheum*. 2009;61(3):329–35.
70. Lieveense AM, Bierma-Zeinstra SM, Verhagen AP, Van Baar ME, Verhaar JA, Koes BW. Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41(10):1155–62.



71. Anandacoomarasamy A, Caterson I, Sambrook P, Fransen M, March L. The impact of obesity on the musculoskeletal system. *International Journal of Obesity*. 2008;32:211–222.
72. Garcia-Poma A, Segami MI, Mora CS, Ugarte MF, Terrazas HN, Rhor EA, et al. Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007;26(11):1831–5.
73. Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:433–439.
74. Wendelboe AM, Hegmann KT, Biggs JJ, Cox CM, Portmann AJ, Gildea JH, et al. Relationships between body mass indices and surgical replacements of knee and hip joints. *Am J Prev Med* 2003;25(4):290–5.
75. Larsen E, Jensen PK, Jensen PR. Long-term outcome of knee and ankle injuries in elite football. *Scand J Med Sci Sports* 1999;9(5):285–9.
76. Harel-Meir M, Sherer Y, Shoenfeld Y. Tobacco smoking and autoimmune rheumatic diseases. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2007;3(12):707–15.
77. Dooley MA, Hogan SL. Environmental epidemiology and risk factors for autoimmune disease. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15(2):99–103.
78. Harrison BJ. Influence of cigarette smoking on disease outcome in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14(2):93–7.
79. Reckner Olsson A, Skogh T, Wingren G. Comorbidity and lifestyle, reproductive factors, and environmental exposures associated with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2001;60(10):934–9.
80. Krishnan E, Sokka T, Hannonen P. Smoking-gender interaction and risk for rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2003;5(3):R158–62.
81. Hutchinson D, Shepstone L, Moots R, Lear JT, Lynch MP. Heavy cigarette smoking is strongly associated with rheumatoid arthritis (RA), particularly in patients without a family history of RA. *Ann Rheum Dis* 2001;60(3):223–7.
82. Olsson AR, Skogh T, Axelson O, Wingren G. Occupations and exposures in the work environment as determinants for rheumatoid arthritis. *Occup Environ Med* 2004;61(3):233–8.
83. Rossignol M, Leclerc A, Allaert FA, Rozenberg S, Valat JP, Avouac B, et al. Primary osteoarthritis of hip, knee, and hand in relation to occupational exposure. *Occup Environ Med* 2005;62(11):772–7.
84. Franssila R, Hedman K. Infection and musculoskeletal conditions: viral causes of arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(6):1139–57.
85. McKenna M, Taylor WR, Marks JS, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR (Eds.), *Chronic Disease Epidemiology and Control*. 2<sup>nd</sup> ed. Washington DC: American Public Health Association, 1998.
86. Price JH, Hillman KS, Toral ME, Newell S. The public's perceptions and misperceptions of arthritis. *Arthritis Rheum* 1983;26(8):1023–8.
87. Badley EM, Wood PH. Attitudes of the public to arthritis. *Ann Rheum Dis* 1979;38(2):97–100.
88. Wardt EM, Taal E, Rasker JJ. The general public's knowledge and perceptions about rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2000;59(1):32–8.
89. Machold KP, Köller MD, Pflugbeil S, Zimmermann C, Wagner E, Stuby U, et al. The public neglect of rheumatic diseases: insights from analyses of attendees in a musculoskeletal disease awareness activity. *Ann Rheum Dis* 2007;66:697–9.
90. Arthritis Foundation, Association of State and Territorial Health Officials, Center for Disease Control. *National Arthritis Action Plan: A Public Health Strategy*. Atlanta, GA: Arthritis Foundation, 1999. URL: <http://www.arthritis.org/naap.php>.
91. Glazier RH, Badley EM, Lineker SC, Wilkins AL, Bell MJ. Getting a grip on arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *J Rheumatol* 2005;32(1):137–42.
92. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis 2002 update. *Arthritis Rheum* 2002;46(2):328–46.
93. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis Rheum* 2000;43(9):1905–15.



94. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Systemic Lupus Erythematosus Guidelines. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. *Arthritis Rheum* 1999;42(9):1785–96.
95. Zochling J, Van der Heijde D, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis Jr JC, Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:442–52.
96. Brady TJ, Kruger J, Helmick CG, Callahan KF, Boutaugh ML. Intervention programs for arthritis and other rheumatic conditions. *Health Educ Behav* 2003;30(1):44–63.
97. Foster G, Taylor SJC, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005108. DOI: 10.1002/14651858.CD005108.pub2.
98. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians. *J Rheumatol* 2007;34(5):1112–7.
99. Bartlett SJ, Bingham CO, Maricic MJ, Iversen MD, Ruffing V. *Clinical Care in the Rheumatic Diseases*. 3<sup>rd</sup> ed. Atlanta, GA: Association of Rheumatology Health Professionals, American College of Rheumatology, 2006.



# Chapitre trois

## Incapacité et qualité de vie

*« Le temps où je pouvais dissimuler mon état est révolu; ma maladie est très visible et, naturellement, les gens regardent. J'aurais beau porter la plus coûteuse des robes, ruisseler de diamants, tout ce qu'ils verraient, c'est elle. »*

— Personne atteinte de spondylarthrite ankylosante

*« Depuis plus de 25 ans, la maladie me fait cheminer sur une voie très difficile. La plus grande frustration provient de l'inconnu, mais aussi de la détérioration progressive de mon état physique et émotionnel, car je lutte chaque jour pour vivre avec la douleur, les déformations, les privations de choses que j'aime et l'embarras d'un corps qui ne coopère tout simplement pas et refuse de se comporter comme je le voudrais. Il n'est vraiment pas facile de participer à des activités et de rester enthousiaste quand on sent la vie s'échapper à petit feu de son corps. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Introduction

L'arthrite est l'une des principales causes de douleur et d'incapacité en Amérique du Nord<sup>1-4</sup>. Le terme « incapacité » fait référence à des difficultés de fonctionnement physiques, émotive ou sociales dans un ou plusieurs domaines de la vie d'une personne ayant un problème de santé où entrent en jeu des facteurs contextuels. L'incapacité associée à toutes les formes d'arthrite résulte des causes suivantes :

- Atteintes fonctionnelles ou structurales : problèmes comme la mobilité réduite des articulations, la douleur ou les raideurs<sup>5</sup>;
- Limitations des activités : impossibilité ou restrictions à pratiquer certaines activités du quotidien, comme les soins personnels (se doucher, faire sa toilette et s'habiller), ou à se déplacer (p. ex. aller du lit à un fauteuil et marcher autour de la maison)<sup>2,3,5-8</sup>;
- Restrictions à la participation : problèmes qu'une personne peut éprouver lorsqu'elle s'engage dans des activités professionnelles ou sociales, par exemple<sup>5</sup>.

L'expérience individuelle des atteintes, des limitations des activités et des restrictions à la participation dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment le type d'arthrite et le nombre d'articulations touchées<sup>5</sup>. Réci-



proquement, ces facteurs modifient la perception que le sujet a de sa propre santé et de son état de santé général : la perception d'une mauvaise santé chez les personnes souffrant d'incapacité attribuable à l'arthrite est fortement liée aux limitations dans l'accomplissement des activités normales du quotidien<sup>5,9</sup>. De plus, des études ont établi que les personnes vivant avec l'arthrite sont plus nombreuses que celles ne souffrant pas d'arthrite à présenter des symptômes de dépression et qu'elles affichent une prévalence plus élevée de troubles anxieux et de l'humeur que la population de même sexe et d'âge comparable épargnée par l'arthrite<sup>2,10</sup>. La dépression mine souvent la motivation à prendre soin de soi, notamment à suivre son traitement, à s'alimenter correctement et à faire de l'exercice.

Les personnes arthritiques dont les symptômes sont apparents peuvent être stigmatisées, ce qui risque de nuire à leur qualité de vie. La présence d'autres problèmes de santé chroniques contribue également à une piètre auto-évaluation de la santé et à un mauvais état de santé, et aggrave éventuellement l'incapacité<sup>5,11</sup>.

Les personnes touchées par l'arthrite ne le sont pas toutes de la même manière. Leur capacité fonctionnelle peut diminuer avec le temps, selon la nature et la gravité de leur maladie, le type d'arthrite et le nombre d'articulations atteintes<sup>5</sup>. Essentiellement, l'arthrite affecte l'ensemble de la vie, souvent sur plusieurs années ou décennies<sup>3</sup>.

Le présent chapitre s'appuie sur des données canadiennes en ce qui concerne l'incapacité attribuable à l'arthrite et l'impact de la maladie sur la qualité de vie — tirées de deux enquêtes nationales auprès de la popu-

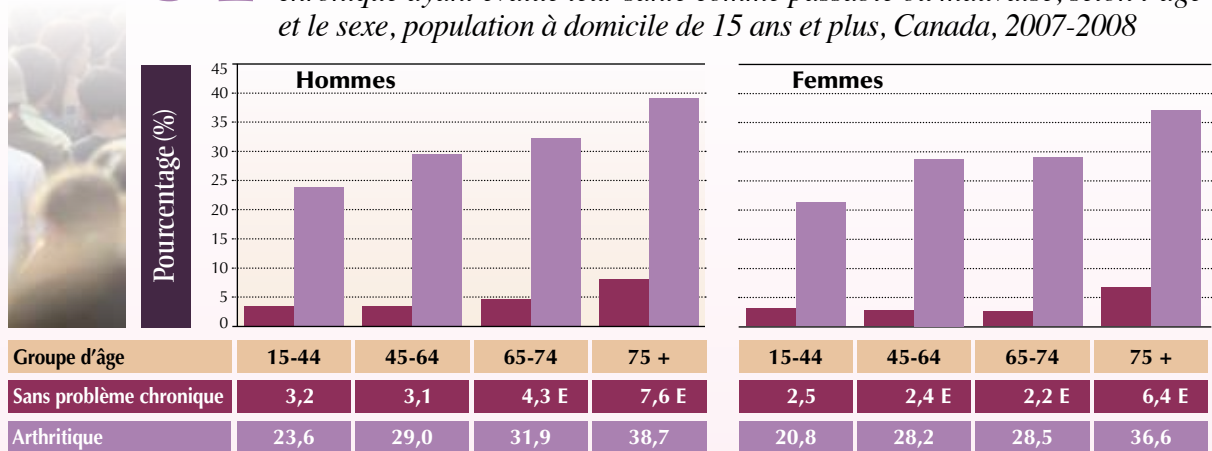
lation : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 et l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001. L'ESCC fournit des données sur l'incapacité que les répondants souffrant d'arthrite ont déclarée, sans toutefois nécessairement la relier à l'arthrite. Elles ont été utilisées pour dresser un portrait général de la perception que les personnes arthritiques ont de leur santé physique et mentale, de leur stress, de leur niveau de satisfaction générale, de leurs douleurs et des limitations d'activités ainsi que de leurs problèmes de santé chroniques concomitants, en comparaison avec les personnes n'ayant pas de problème de santé chronique (lorsque cela était pertinent). Les figures 3-1 à 3-9 sont basées sur l'analyse des données de l'ESCC de 2007-2008.

L'EPLA de 2001 fournit des données sur l'arthrite en tant que principale cause de l'incapacité. Ces données ont été utilisées pour étudier l'impact sur l'activité et la participation directement attribué à l'arthrite par les répondants (p. ex. les limitations et restrictions de mobilité, d'autonomie, au travail, dans les loisirs et dans la vie sociale). Les figures 3-10 à 3-13 sont basées sur les données de l'EPLA de 2001.

## État général de santé

Il a été démontré que l'état de santé est une mesure fiable et valide de la santé individuelle<sup>12</sup>. L'ESCC a demandé aux répondants d'évaluer leur santé sur une échelle comprenant cinq valeurs : « excellente », « bonne », « passable », « mauvaise » ou « très mauvaise ». Globalement, 30,4 % des hommes et 29,1 % des femmes

**Figure 3-1** Proportion de personnes souffrant d'arthrite et sans problème de santé chronique ayant évalué leur santé comme passable ou mauvaise, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
◆ E – Interpréter avec prudence.

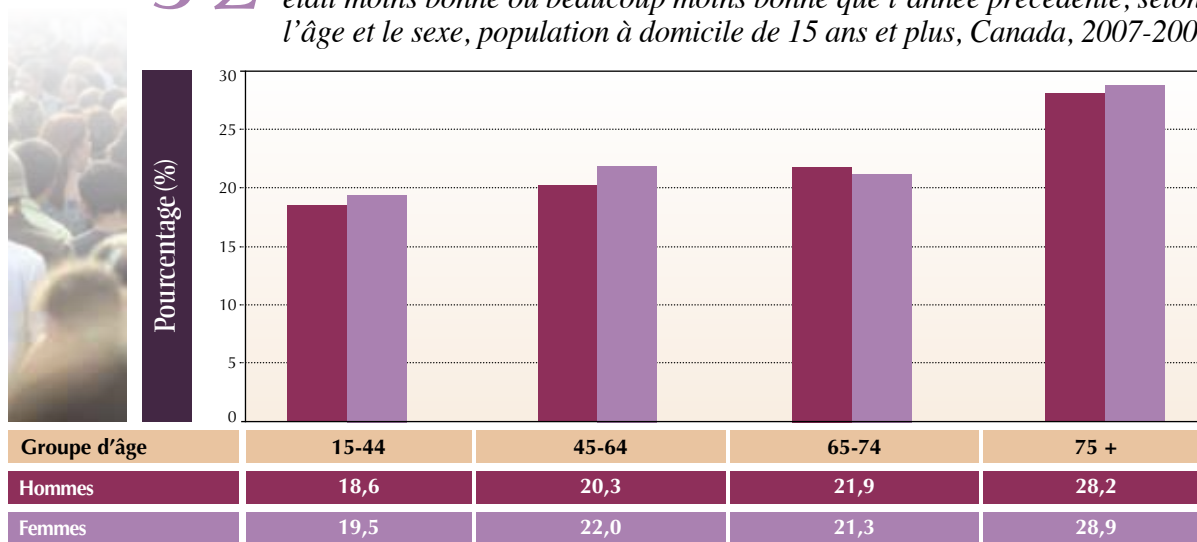


vivant avec l'arthrite ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise (figure 3-1). La proportion de personnes ayant évalué leur santé comme étant passable ou mauvaise était nettement plus élevée chez les personnes arthritiques que chez celles n'ayant pas de problème chronique. Les hommes et les femmes souffrant d'arthrite étaient plus nombreux à déclarer un état de santé passable ou mauvais à 75 ans et plus, que dans les autres groupes d'âge (environ 37 % chez les 75 ans et plus contre 21 % à 32 % dans les autres groupes d'âge).

La proportion d'hommes et de femmes arthritiques estimant que leur santé a empiré depuis l'année précédente était de 21,7 % et de 23,0 %, respectivement (figure 3-2). Cette proportion était la plus élevée dans les groupes d'âges les plus avancés (75 ans et plus). Une différence statistique significative a été constatée entre les deux sexes uniquement pour les 45 à 64 ans : les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'estimer que leur santé s'était dégradée depuis un an.

Une étude portant sur l'impact de sept problèmes de santé chroniques (arthrite, diabète, allergies, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire chronique, hypertension et cardiopathie ischémique) dans huit pays\* a établi que l'arthrite est le problème de santé qui a le plus fort impact sur la qualité de vie liée à la santé<sup>1</sup>.

**Figure 3-2** Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant déclaré que leur santé était moins bonne ou beaucoup moins bonne que l'année précédente, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

## Santé psychologique ou mentale et stress

Beaucoup de personnes vivant avec l'arthrite doivent non seulement assumer les répercussions physiques de la maladie, mais aussi son effet sur leur équilibre mental. La proportion d'hommes et de femmes arthritiques percevant leur santé mentale comme passable ou mauvaise était de 9,6 % et de 8,2 %, respectivement (figure 3-3). La proportion de femmes de moins de 44 ans ayant déclaré un état de santé mentale passable ou

mauvais était pratiquement égale à celle des femmes du groupe d'âge suivant; les hommes de moins de 44 ans étaient plus nombreux à déclarer un tel état que ceux de tous les autres groupes d'âge.

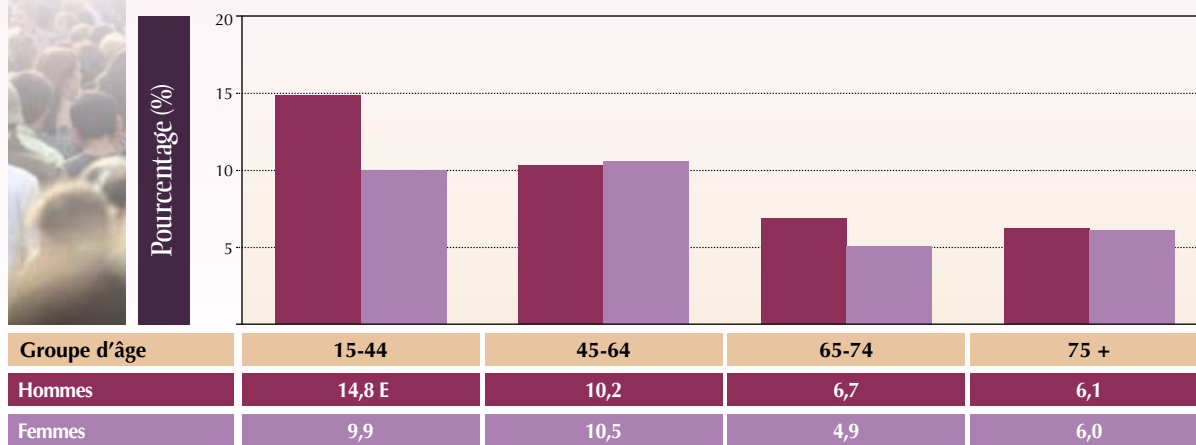
*« Je suis souvent déprimée quand j'envisage un avenir fait de douleurs chroniques et d'activités restreintes. »*

– Personne atteinte d'arthrose

\* Danemark, France, Allemagne, Italie, Japon, Pays-Bas, Norvège et États-Unis.



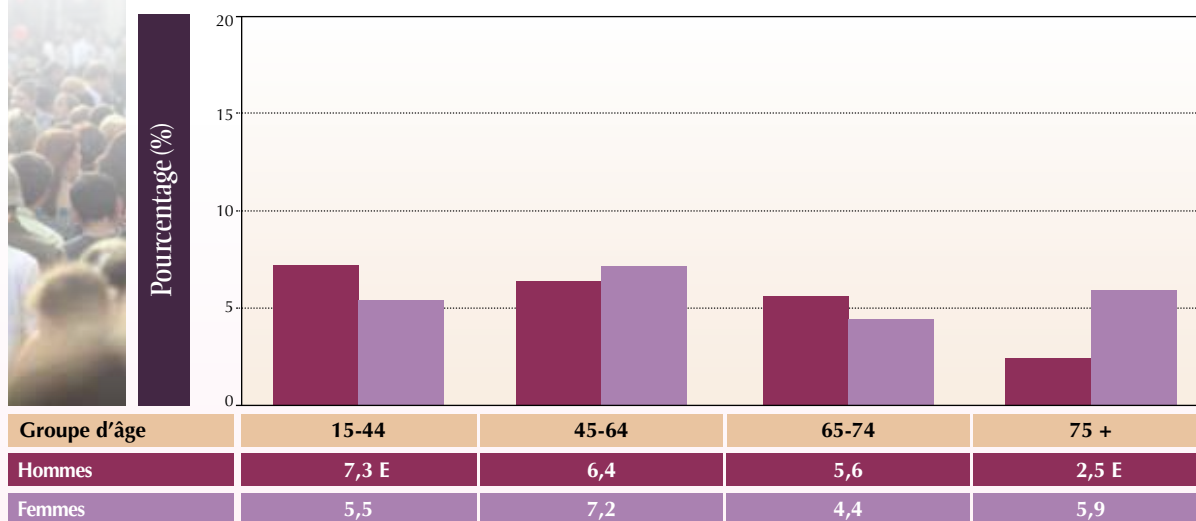
**Figure 3-3** Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ E – Interpréter avec prudence.

Globalement, une petite proportion de personnes arthritiques (5,7 % et 6,0 % d'hommes et de femmes, respectivement) se sont déclarées insatisfaites de leur vie (figure 3-4). Parmi ces personnes, la proportion de celles en âge de travailler était cependant aussi élevée que chez les aînés de plus de 65 ans. Une différence statistique significative a été constatée entre les deux sexes uniquement pour les 75 ans et plus : les femmes atteintes d'arthrite étaient plus nombreuses que les hommes atteints d'arthrite à se déclarer insatisfaites.

**Figure 3-4** Proportion de personnes souffrant d'arthrite s'étant déclarées insatisfaites ou très insatisfaites de leur vie, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008



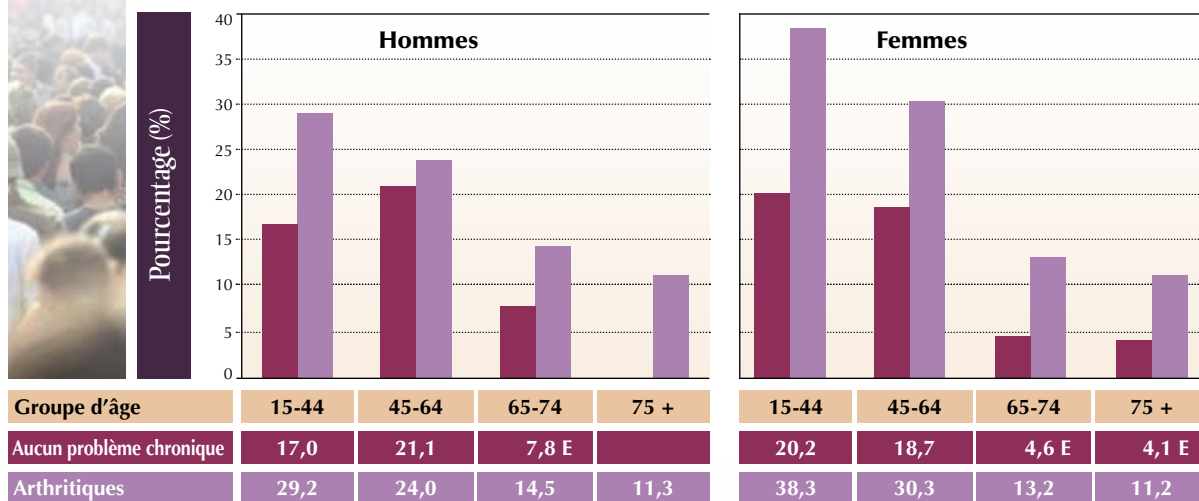
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ E – Interpréter avec prudence.



Globalement, près d'un quart (22 %) des personnes souffrant d'arthrite ont déclaré mener une vie « assez » ou « extrêmement » stressante, contre un cinquième environ (18 %) des personnes sans problème de santé chronique (figure 3-5). Tous âges confondus, la proportion de femmes ayant déclaré leur vie « assez » ou « extrêmement » stressante était plus élevée chez les femmes arthritiques que chez les femmes n'ayant pas de problème de santé chronique. Cette tendance s'observe également chez les hommes arthritiques de 15 à 44 ans et de 65 à 74 ans. Les hommes et les femmes de 15 à 44 ans souffrant d'arthrite étaient plus nombreux à trouver leur vie assez ou extrêmement stressante que ceux des autres groupes d'âge.

L'impact de l'arthrite sur la santé mentale et la vie semble plus fort chez les plus jeunes, comme l'indiquent la décroissance des proportions de personnes souffrant d'arthrite ayant déclaré une mauvaise santé mentale et un état de stress après l'âge de 44 ans, de même que les proportions élevées de personnes souffrant d'arthrite en âge de travailler ayant estimé que leur existence était insatisfaisante. L'arthrite n'est généralement pas perçue comme une maladie affectant les jeunes. Ces personnes, lorsqu'elles souffrent d'arthrite, semblent devoir s'adapter davantage à la situation et faire face à un sentiment de perte plus marqué par rapport à leurs pairs.

**Figure 3-5** Proportion de personnes souffrant d'arthrite et sans problème de santé chronique ayant déclaré que leur vie était assez ou extrêmement stressante, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ E – Interpréter avec prudence. ◆ Valeur pour « Aucun problème chronique » non déclarable chez les hommes de 75 ans et plus.

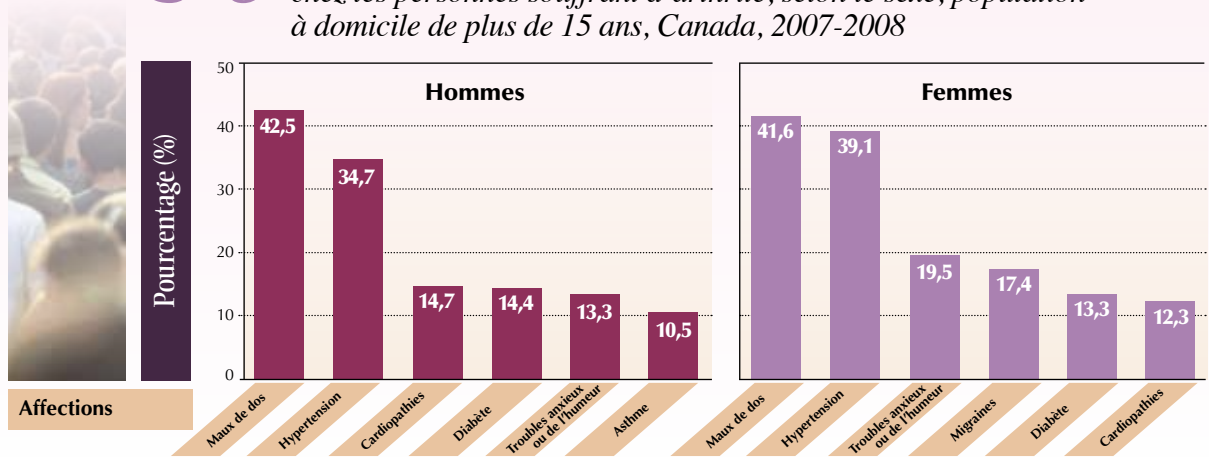
## Affections chroniques concomitantes

Beaucoup de personnes touchées par l'arthrite doivent affronter de surcroît d'autres problèmes de santé chroniques. La coexistence de ces problèmes peut réduire la mobilité et la capacité des personnes à surmonter les obstacles dressés par l'arthrite. Les six problèmes chroniques les plus fréquemment déclarés chez les hommes arthritiques étaient les maux de dos (42,5 %), l'hypertension (34,7 %), les cardiopathies (14,7 %), le diabète (14,4 %), les troubles anxieux ou de l'humeur (13,3 %) et l'asthme (10,5 %) (figure 3-6). Chez les femmes souffrant d'arthrite, les problèmes les plus fréquemment rapportés sont les maux de dos (41,6 %), l'hypertension (39,1 %), les troubles anxieux ou de l'humeur (19,5 %), les migraines (17,4 %), le diabète (13,3 %) et les cardiopathies (12,3 %). Tel qu'il est indiqué précédemment, l'arthrite affecte la qualité de vie des personnes atteintes au-delà de l'aspect physique de la maladie; elle nuit également à leur santé mentale. Les troubles anxieux ou de l'humeur étaient 1,8 à 1,5 fois plus fréquents chez les hommes et les femmes souffrant d'arthrite que dans la population générale.





**Figure 3-6** *Prévalence des six problèmes de santé chroniques les plus fréquents chez les personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008*



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

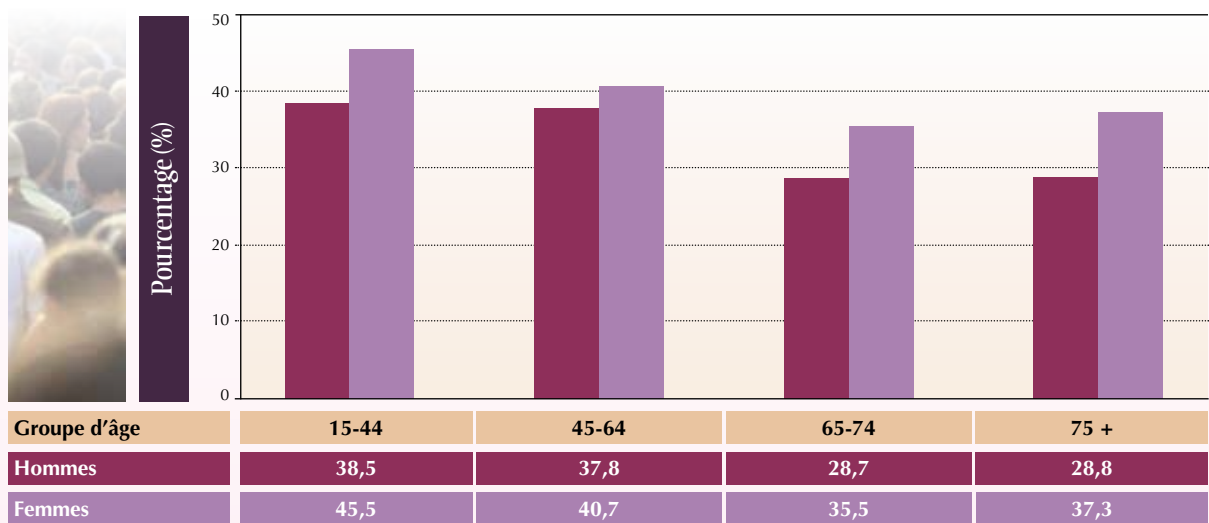
## Douleur et limitations des activités

« *Je ne peux plus soulever mes petits-enfants. Je boite constamment. J'ai presque toujours mal.* »

— Personne atteinte d'arthrose

L'arthrite peut entraîner des douleurs quotidiennes et limiter l'activité des personnes atteintes. Globalement, 34,4 % des hommes et 39,4 % des femmes vivant avec l'arthrite ont fait état de douleurs qui leur interdisent certaines activités (figure 3-7). Les personnes âgées de 15 à 44 ans étaient plus nombreuses à déclarer de telles limitations que celles des autres groupes d'âge, particulièrement les femmes. Il en va de même des hommes et des femmes en âge de travailler (moins de 65 ans), par rapport aux hommes et femmes de 65 ans et plus.

**Figure 3-7** *Proportion de personnes souffrant d'arthrite dont la douleur empêche un petit nombre, plusieurs ou la plupart des activités, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2007-2008*



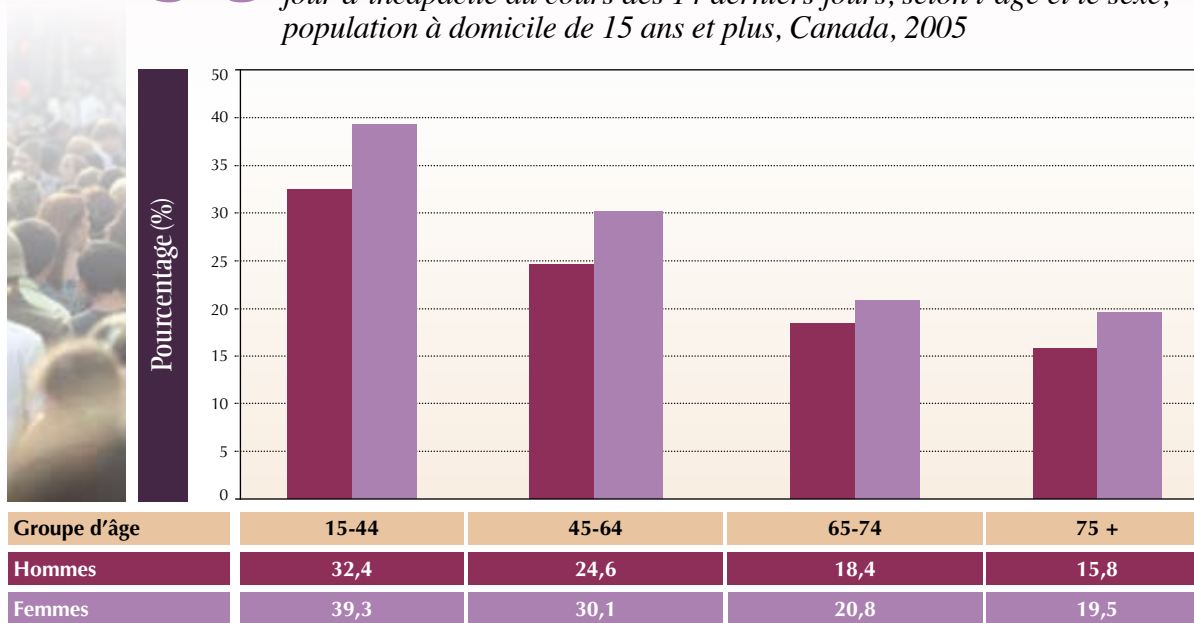
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.



L'ESCC demandait aux répondants de déclarer le nombre de jours d'incapacité pour raisons de santé qu'ils ont connus au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les jours d'incapacité sont des jours pendant lesquels une personne doit rester alitée du matin au soir ou réduire considérablement ses activités. Des problèmes de santé comme la douleur peuvent empêcher les personnes arthritiques d'effectuer leurs tâches habituelles, notamment leur travail.

La proportion d'hommes et de femmes arthritiques ayant déclaré des jours d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'enquête était plus grande chez les 15 à 44 ans que dans les autres groupes d'âge (figure 3-8). Tous âges confondus, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à déclarer des jours d'incapacité. Les personnes en âge de travailler (moins de 65 ans) étaient plus nombreuses que les 65 ans et plus à déclarer au moins un jour d'incapacité au cours des 14 jours précédant l'enquête.

**Figure 3-8** Proportion de personnes souffrant d'arthrite ayant signalé au moins un jour d'incapacité au cours des 14 derniers jours, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2005

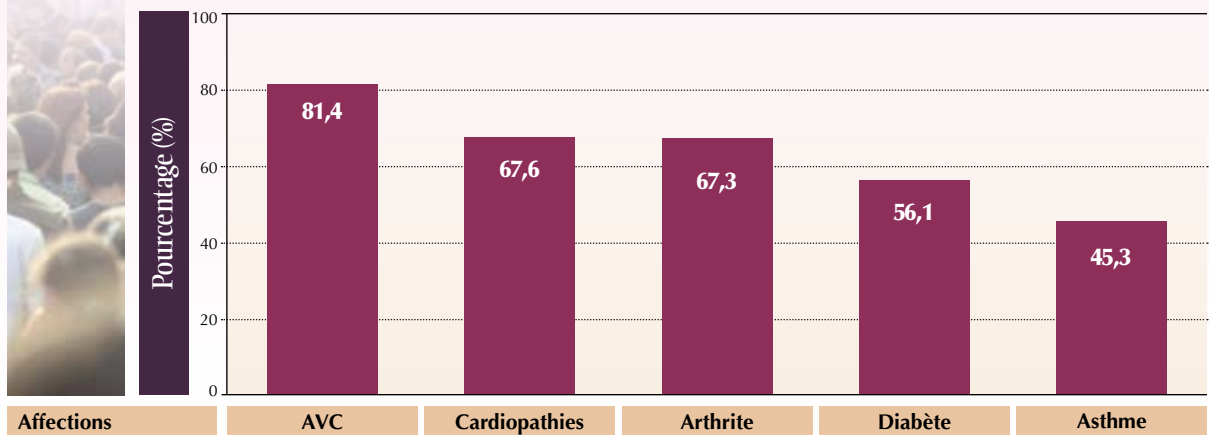


♦ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Statistique Canada. ♦ L'ESCC de 2005 a été utilisée pour le graphique ci-dessus, car cette variable n'était pas disponible dans l'ESCC de 2007-2008.

Beaucoup de personnes touchées par l'arthrite se voient contraintes de restreindre leurs activités quotidiennes. Pour déterminer la nature des limitations des activités, l'ESCC de 2007-2008 a posé la question suivante aux répondants : « Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables ? » Plus des deux tiers (67,3 %) des personnes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite ont fait état de limitations d'activités, soit une proportion similaire à celles des personnes souffrant de cardiopathies (67,6 %) (figure 3-9). Notons que la proportion était significativement plus élevée chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC - 81,4 %) comparativement à ceux souffrant d'arthrite, et significativement moindre chez les personnes souffrant de diabète (56,1 %) et d'asthme (45,3 %).



**Figure 3-9** Proportion de personnes ayant signalé des limitations d'activités occasionnelles ou fréquentes, selon le problème de santé chronique, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ Les catégories de problème de santé chronique ne s'excluent pas mutuellement.

## Incapacité causée par l'arthrite

*« Je ne crois pas qu'il soit possible de se délivrer de la maladie. On la traîne plutôt avec soi et on se laisse mener vers des endroits et des gens qu'on n'aurait autrement pas connus. Je me suis toujours dit que je ne laisserais jamais l'arthrite m'empêcher de faire ce que je voulais faire et de devenir celui que j'allais devenir. »*

— Personne atteinte d'arthrite rhumatoïde juvénile

*« J'ai vraiment hâte de savoir ce que l'avenir me réserve. Oui, je sais que je vivrai toujours avec l'arthrite, mais je ne laisserai jamais la maladie définir qui je suis ou ce que je fais. »*

— Personne atteinte d'arthrite rhumatoïde juvénile

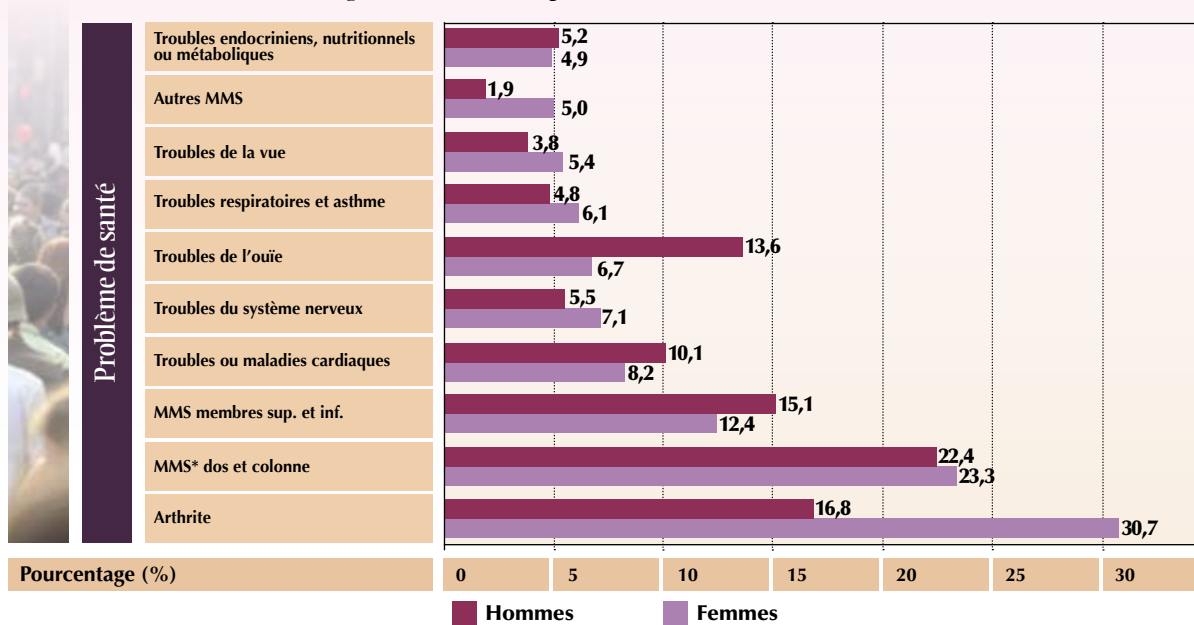
L'arthrite est l'une des principales causes d'incapacité au Canada. En 2001, le sixième (15 %) de la population environ a signalé une incapacité lors de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA). Le quart des répondants ayant déclaré une incapacité (25 % approximativement) a désigné l'arthrite comme cause principale d'incapacité; environ 66 % ont désigné d'autres problèmes chroniques de nature physique et 9 %, des problèmes chroniques psychologiques.

Parmi les dix premières causes d'incapacité, l'arthrite était la plus fréquemment déclarée chez les femmes et le deuxième problème de santé le plus fréquemment mentionné comme cause directe d'incapacité chez les hommes (figure 3-10).





**Figure 3-10** Les dix principales causes d'incapacité chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, Canada, 2001



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada. ◆ \* MMS = maladie musculo-squelettique.

## Aperçu des limitations d'activités causées par l'arthrite

La figure 3-11 offre un aperçu des limitations d'activités que connaissent les répondants à cause de l'arthrite dans cinq domaines de la vie quotidienne (selon la définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ou « CIF »)<sup>16</sup>. Ces cinq domaines sont les suivants :

- la mobilité, elle-même divisée en sous-domaines :
  - ⇒ se déplacer;
  - ⇒ atteindre un objet et se pencher;
  - ⇒ utiliser les transports;
- l'autonomie en matière de soins personnels;
- les tâches domestiques;
- la participation au marché du travail;
- la vie communautaire, sociale et citoyenne (VCSC).

Comme l'indique la figure 3-11, l'arthrite affecte plusieurs facettes de la vie quotidienne de nombreuses personnes atteintes. Plus de la moitié des personnes connaissant des limitations d'activités attribuables à l'arthrite ont du mal à effectuer les tâches suivantes :

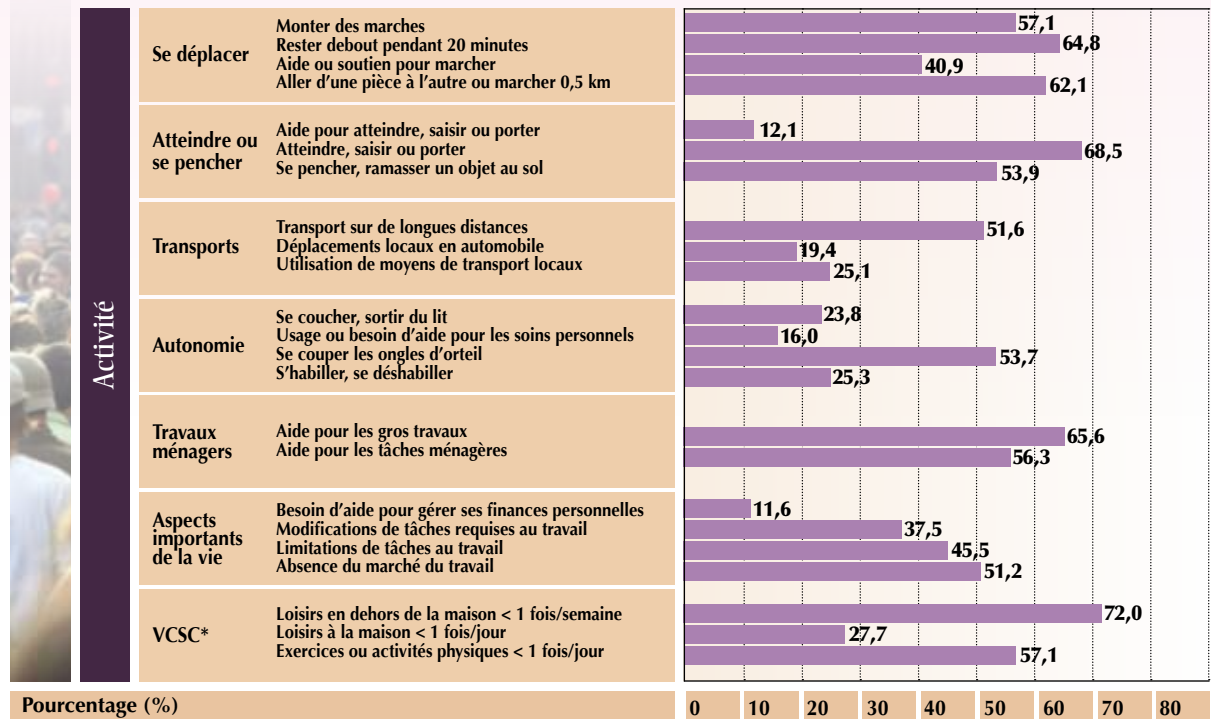
- monter des marches d'escalier (57,1 %);
- rester debout pendant 20 minutes (64,8 %);
- se déplacer d'une pièce à l'autre ou marcher 0,5 km (62,1 %);

- atteindre, saisir et/ou transporter un objet (68,5 %);
- se pencher et ramasser un objet au sol (53,9 %);
- utiliser les transports sur de longues distances (51,6 %);
- se couper les ongles d'orteil (53,7 %);
- effectuer de gros travaux domestiques (65,6 %);
- effectuer des tâches ménagères (56,3 %);
- pratiquer des activités de loisirs à l'extérieur moins d'une fois par semaine (72,0 %);
- faire de l'exercice ou des activités physiques moins d'une fois par jour (57,1 %).

Des données des États-Unis portent à croire que les personnes arthritiques ont plus de difficultés à marcher et à être mobiles que la population non arthritique<sup>17</sup>. Les données du présent chapitre indiquent que des activités aussi élémentaires que se couper les ongles d'orteil ou se déplacer d'une pièce à l'autre deviennent des défis particulièrement ardues pour les répondants connaissant des limitations d'activités causées par l'arthrite. Ces limitations varient en fonction du type d'arthrite. Les personnes souffrant de PR sont les plus gênées pour marcher, monter des marches et saisir et manipuler des objets<sup>18</sup>. Les loisirs, les rencontres sociales, les relations intimes, la mobilité en société, le travail et les gros travaux ménagers sont les activités restreintes les plus souvent mentionnées par les personnes atteintes d'arthrose<sup>19</sup>.



**Figure 3-11** Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations dans certains domaines de la vie, Canada, 2001



♦ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada. ♦ \*VCSC est l'acronyme de « vie communautaire, sociale et citoyenne ».

## Limitations d'activités causées par l'arthrite selon l'âge et le sexe

### Mobilité

Plus de 30 % des hommes et des femmes connaissant des limitations d'activités causées par l'arthrite ont exprimé des difficultés ou requis de l'aide pour se déplacer (tableau 3-1). Les femmes ont eu significativement plus de difficultés que les hommes pour monter des marches, rester debout pendant 20 minutes et aller d'une pièce à l'autre ou marcher. Les proportions d'hommes et de femmes nécessitant ou utilisant de l'aide pour marcher étaient en revanche similaires. Comparativement aux 65 ans et plus, les personnes en âge de travailler (moins de 65 ans) avaient autant ou plus de difficultés pour monter les marches, rester debout pendant 20 minutes et se déplacer d'une pièce à l'autre ou marcher.

Dans tous les groupes d'âge, les femmes arthritiques étaient plus nombreuses que les hommes arthritiques à avoir des difficultés pour atteindre, saisir ou porter des objets (68 à 76 % contre 55 à 64 %, respectivement) (tableau 3-1). Elles étaient également plus nombreuses à utiliser de l'aide pour ce faire (12 à 26 % contre 5 à 10 %, respectivement). Les limitations attribuables à

l'arthrite ne se limitaient pas aux groupes d'âges avancés. Les personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) étaient autant ou plus nombreuses que les 65 ans et plus à faire état de difficultés pour atteindre un objet ou se pencher en raison de l'arthrite.

L'utilisation de moyens de transport posait problème aux personnes jeunes ayant une incapacité attribuable à l'arthrite (tableau 3-1). Les personnes de 15 à 44 ans étaient plus nombreuses à déclarer des difficultés relatives à l'utilisation des transports que celles des autres groupes d'âge. L'utilisation de moyens de transport sur de longues distances constituait un défi pour les personnes jeunes en particulier; près de 60 % d'entre elles ont déclaré éprouver des difficultés dans le domaine. Plus du quart des personnes en âge de travailler ont signalé des difficultés à se déplacer localement en automobile. Ces difficultés peuvent nuire à leur participation au marché du travail ou à leur vie sociale. Une proportion égale d'hommes et de femmes ont exprimé des difficultés à utiliser les divers moyens de transport.



**Tableau 3-1** Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations de mobilité, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001

Activité	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)
<b>Se déplacer</b>			
Aller d'une pièce à l'autre ou marcher 0,5 km	15-44	50,3	52,7
	45-64	50,6	62,5
	65 +	55,4	70,6
Aide ou soutien pour marcher	15-44	33,8	37,2
	45-64	34,1	34,6
	65 +	40,7	47,9
Rester debout pendant 20 minutes	15-44	54,9	62,0
	45-64	61,5	68,4
	65 +	55,7	68,7
Monter des marches	15-44	38,4	47,8
	45-64	53,7	60,5
	65 +	48,3	62,5
<b>Atteindre un objet ou se pencher</b>			
Se pencher, ramasser un objet au sol	15-44	56,3	47,8
	45-64	60,4	57,0
	65 +	49,8	52,4
Atteindre, saisir ou transporter un objet	15-44	63,9	68,3
	45-64	55,5	73,6
	65 +	54,6	75,9
Aide pour atteindre, saisir ou transporter	15-44	9,8	26,4
	45-64	9,0	15,1
	65 +	5,0	12,2
<b>Transport</b>			
Utilisation de transports locaux	15-44	32,7	38,1
	45-64	31,0	29,1
	65 +	15,5	22,5
Voyager localement en automobile	15-44	25,9	28,8
	45-64	29,5	23,1
	65 +	10,2	16,4
Utilisation de transports de longue distance	15-44	59,5	59,9
	45-64	57,5	55,2
	65 +	42,8	49,5

♦ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada.



## Autonomie en matière de soins personnels

« *Ma vie, telle que je la connaissais auparavant, était terminée. J'étais dépendante de l'aide de mon mari, de mes amis et de ma famille. L'incapacité a débuté avec l'impossibilité de me lever du lit, m'habiller, marcher et m'occuper de moi-même. Mon statut de maîtresse de maison était révolu.* »

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde et d'arthrose

Globalement, des proportions similaires d'hommes et de femmes ont déclaré avoir des difficultés à s'occuper seuls d'eux-mêmes (tableau 3-2). Plus de 30 % des hommes et des femmes de 15 à 44 ans ont eu besoin d'aide pour se coucher ou se lever du lit et s'habiller, soit un pourcentage plus élevé que dans le groupe d'âge des 65 ans et plus (jusqu'à 23 %).

**Tableau 3-2** Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations d'autonomie en matière de soins personnels, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001

Activité	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)
S'habiller, se déshabiller	15-44	31,4	26,1
	45-64	28,9	30,3
	65 +	19,4	23,1
Se couper les ongles d'orteil	15-44	29,9	30,4
	45-64	50,6	50,2
	65 +	52,4	62,4
Utiliser de l'aide pour les soins personnels ou en avoir besoin	15-44	8,4	14,7
	45-64	12,8	10,7
	65 +	15,5	21,1
Se coucher, se lever du lit	15-44	30,7	35,0
	45-64	31,8	31,0
	65 +	15,6	18,8

◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada.

## Tâches domestiques

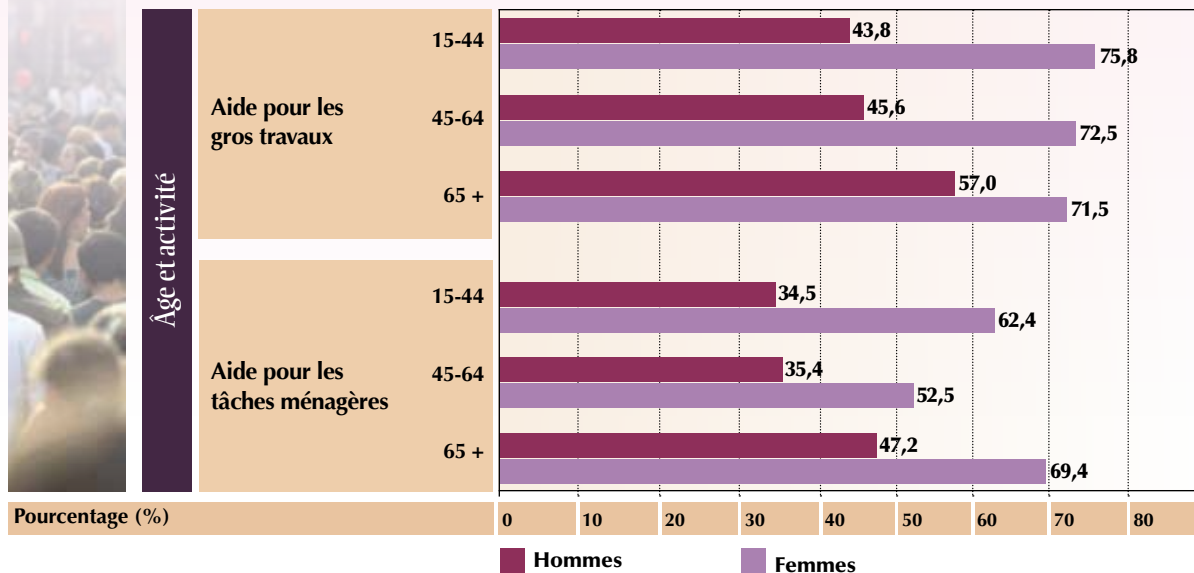
Les hommes et les femmes atteints d'arthrite ont déclaré éprouver des difficultés considérables à effectuer leurs tâches domestiques (figure 3-12). Les différences entre les deux sexes étaient évidentes, les proportions pour les femmes étant 1,8 fois supérieures à celles des hommes.

Une forte proportion des femmes de 15 à 44 ans souffrant d'incapacité attribuable à l'arthrite ont signalé éprouver des difficultés à effectuer les tâches domestiques : 76 % avaient besoin d'aide pour les gros travaux ménagers et 62 % pour les menus travaux. Ces proportions se comparent à celles observées chez les femmes âgées de 65 ans et plus (71 % et 69 %, respectivement).





**Figure 3-12** Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations liées à l'arthrite dans leurs tâches domestiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada.

## Participation au marché du travail

*« Je ne suis plus capable de travailler depuis l'apparition de ma polyarthrite rhumatoïde et au début, cela a eu un effet dévastateur. J'aimais mon travail et le perdre m'a terriblement affectée. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

Les maladies arthritiques peuvent entraîner des pertes d'emploi. Elles ont en outre un impact non négligeable sur la capacité d'effectuer les tâches professionnelles et la possibilité de décrocher un emploi<sup>5,8,20,21</sup>. Les personnes en âge de travailler peuvent ne plus pouvoir occuper le même niveau d'emploi qu'elles auraient eu sans l'arthrite ou avoir besoin d'aménagements au travail<sup>5,6,22</sup>. Certaines se voient contraintes de réduire le nombre d'heures travaillées, d'autres ne sont plus en mesure de travailler à l'extérieur de leur domicile ou encore doivent changer d'emploi<sup>5,8</sup>.

La figure 3-13 indique les proportions de personnes ayant des limitations d'activités causées par l'arthrite qui ne sont pas sur le marché du travail, qui ont besoin d'aménagements au travail et qui sont restreintes professionnellement par leur maladie.

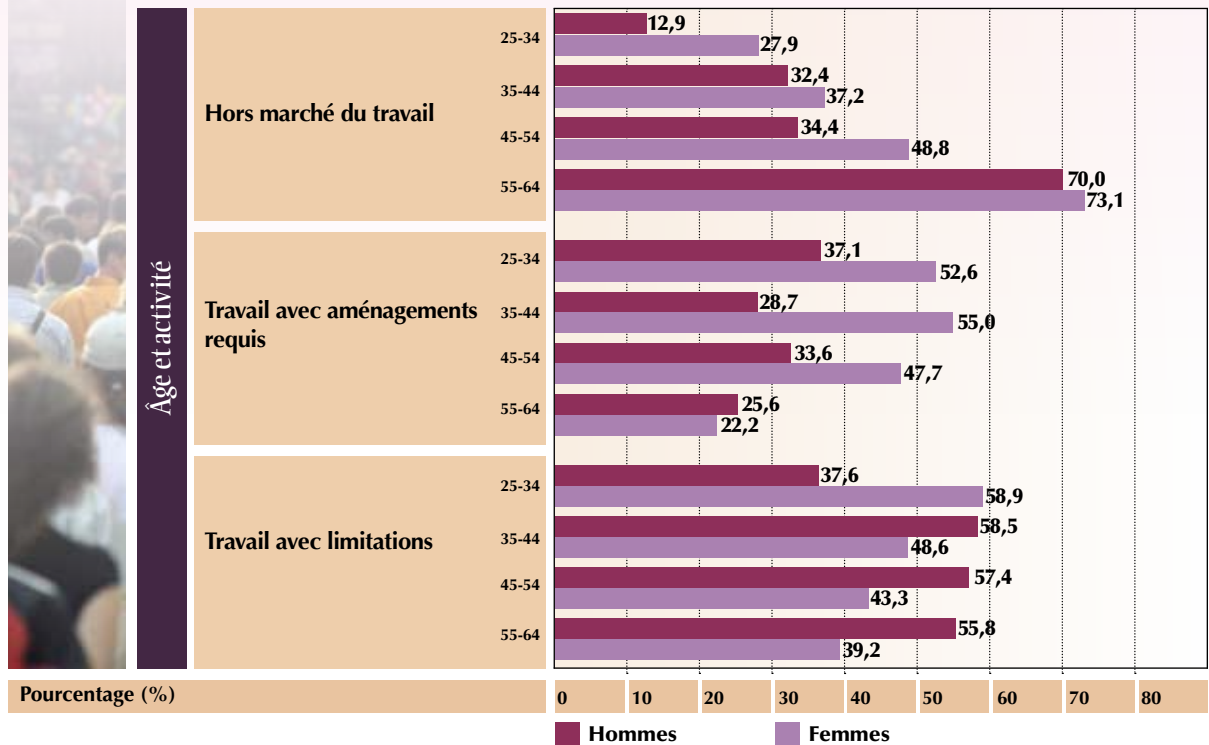
Beaucoup de femmes et d'hommes souffrant d'arthrite sont malgré tout sur le marché du travail; 44 % d'entre eux exercent leur métier avec des limitations et 33 % ont eu besoin d'ajustements au travail. Plus de 70 % des personnes âgées de 55 à 64 ans ont déclaré être absentes du marché du travail. La proportion de jeunes personnes arthritiques ne travaillant pas est préoccupante : en moyenne, plus du quart des hommes et des femmes souffrant d'arthrite âgés de 25 à 44 ans sont écartés du marché du travail par leur maladie.

Les données du présent chapitre ne rendent pas compte de la perte de productivité, de l'absentéisme ou des répercussions sur la situation économique des personnes et de leurs familles. Les maladies concomitantes, mentales ou physiques, peuvent également miner la capacité des personnes arthritiques à se faire une place sur le marché du travail.





**Figure 3-13** Proportion de personnes de 25 à 64 ans souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations dans leur participation au marché du travail, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada.

### Vie communautaire, sociale et citoyenne



« Lorsqu'on passe son temps à chercher des endroits pour s'asseoir, on n'est généralement pas avide de sport! Quand j'étais jeune, j'étais très actif physiquement, mais avec la progression de l'arthrite au cours de ma vingtaine, je me suis orienté vers des passe-temps intellectuels — c'est ainsi que je suis devenu le premier membre de ma famille à fréquenter l'université. Plus tard, mes enfants ont réalisé que je ne jouais pas et que je ne faisais pas le fou avec eux avec autant d'intensité que les autres pères. Nul besoin de préciser que notre famille ne s'amusait pas à faire la course sur les pentes enneigées! Mais tout compte fait, nous étions actifs : nous faisons des voyages estivaux à Victoria chaque année pendant les premières années de ma carrière dans l'enseignement. »

— Personne atteinte de polyarthrite non spécifique



Participer à la vie communautaire, sociale et citoyenne peut constituer un défi pour de nombreuses personnes souffrant d'arthrite. Plus de 50 % des personnes limitées dans leurs activités par l'arthrite ont déclaré avoir des difficultés à participer à des activités physiques et à des activités de loisir à l'extérieur de chez elles (tableau 3-3). Plus de 65 % des hommes et des femmes âgés de 15 à 44 ans ont déclaré être limités dans leur participation à des activités de loisir hebdomadaires en dehors de chez eux et jusqu'à 63 % ont fait part de difficultés à faire de l'exercice ou des activités physiques sur une base quotidienne. Des résultats similaires ont été observés chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Des recherches antérieures ont établi que les personnes souffrant d'arthrite étaient plus nombreuses à faire état

de limitations dans la quantité d'exercice ou d'activité physique qu'elles pouvaient pratiquer en comparaison avec les personnes non arthritiques<sup>23</sup>. Le résultat est préoccupant, car il a été démontré que l'activité physique peut notablement atténuer les limitations d'activités et de participation qu'éprouvent les personnes arthritiques<sup>24,25</sup>. Suivre les recommandations en matière d'exercice physique contribue à améliorer la qualité de vie et à réduire le nombre de jours en mauvaise santé physique ou mentale<sup>26</sup>. Les résultats ci-dessus soulignent la pertinence des efforts de promotion de l'activité physique et de l'exercice adaptés et appropriés auprès des personnes arthritiques, particulièrement dans les groupes d'âges jeunes et la population en âge de travailler.

**Tableau 3-3** *Proportion de personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité causée par l'arthrite ayant déclaré des limitations de participation à la vie communautaire, sociale et citoyenne, selon l'âge et le sexe, Canada, 2001*

Activité	Groupe d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)
Exercice ou activité physique moins d'une fois par jour	15-44	63,0	59,3
	45-64	61,3	62,0
	65 +	48,6	55,7
Loisirs à la maison moins d'une fois par jour*	15-44	32,4	22,8
	45-64	29,6	24,9
	65 +	28,1	28,9
Loisirs à l'extérieur moins d'une fois par semaine	15-44	69,5	65,9
	45-64	73,2	73,7
	65 +	74,9	70,5

◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, 2001, fichier public, Statistique Canada. ◆ \* Faire de l'exercice, garder un lien par courriel avec sa famille ou ses amis, participer à des forums en ligne ou clavarder, surfer sur Internet à la recherche d'information ou pour les cyberchats, s'adonner à des loisirs créatifs, au bricolage ou à d'autres passe-temps, regarder la télévision ou des vidéos, écouter la radio ou de la musique, lire, avoir des conversations téléphoniques avec sa famille ou ses amis.

*« J'ai parfois peur de ce que l'avenir me réserve. Comment mon mari va-t-il s'en sortir quand je ne pourrai plus faire les choses que je fais actuellement ? Les médicaments vont-ils cesser d'être efficaces ? Que va-t-il se passer lorsque mon spécialiste de la PR prendra sa retraite ? Vais-je réussir à trouver quelqu'un d'autre ? Etc., etc. »*

– Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde



## Résumé

- L'arthrite a de graves répercussions sur la vie des Canadiens et Canadiennes aux prises avec les nombreuses formes de la maladie. Ces personnes doivent non seulement vivre avec les atteintes, les limitations d'activités et les restrictions à la participation causées par l'arthrite, mais aussi avec certains problèmes de santé chroniques liés à l'arthrite, notamment les problèmes de santé mentale et les cardiopathies.
- Près du tiers des personnes souffrant d'arthrite estimaient que leur santé était globalement passable ou mauvaise et la proportion de ces personnes augmentait avec l'âge. Jusqu'à un quart des personnes arthritiques ont évalué que leur santé s'était détériorée par rapport à l'année précédente. Les hommes et les femmes arthritiques de 75 ans et plus étaient plus nombreux à déclarer une santé passable ou mauvaise que ceux des autres groupes d'âge.
- Près d'une personne arthritique sur dix percevait sa santé mentale comme passable ou mauvaise et une sur quatre environ estimait que la vie était assez ou extrêmement stressante. Globalement, les personnes de 15 à 44 ans étaient plus nombreuses à faire état d'une mauvaise santé mentale et d'une vie stressante.
- Les six problèmes chroniques les plus fréquents chez les hommes arthritiques étaient les maux de dos, l'hypertension, les cardiopathies, le diabète, les troubles anxieux ou de l'humeur et l'asthme. Chez les femmes souffrant d'arthrite, les problèmes les plus fréquemment signalés étaient les maux de dos, l'hypertension, les troubles anxieux ou de l'humeur, les migraines, le diabète et les cardiopathies.
- Plus du tiers des personnes arthritiques déclaraient être empêchées de pratiquer certaines activités à cause de la douleur; les plus fortes proportions étaient observées chez les personnes jeunes (15 à 44 ans). Les proportions étaient également plus élevées chez les hommes et les femmes en âge de travailler (moins de 65 ans) par rapport aux hommes et femmes de 65 ans et plus.
- Les femmes atteintes d'arthrite étaient plus nombreuses que les hommes souffrant d'arthrite à déclarer des jours d'incapacité pour raisons de santé. Les plus fortes proportions étaient observées dans les groupes d'âge les plus jeunes (39 % et 32 % des femmes et des hommes, respectivement).
- La proportion de personnes arthritiques de 15 ans et plus ayant déclaré des limitations d'activités était comparable à celle des personnes souffrant de cardiopathies (67 % et 68 %).
- L'arthrite est la deuxième cause d'incapacité la plus fréquemment mentionnée chez les hommes et la première chez les femmes.
- Les femmes risquaient davantage que les hommes de connaître des limitations d'activités attribuables à l'arthrite. Les proportions étaient plus élevées chez les femmes, tous âges confondus, le plus grand écart ayant été observé chez les sujets de 55 à 74 ans.
- L'incapacité liée à l'arthrite inclut les limitations d'autonomie en matière de soins personnels et de mobilité (c.-à-d. pour se déplacer, atteindre un objet ou se pencher et utiliser les moyens de transport) et les limitations dans les activités domestiques, communautaires, sociales et citoyennes ainsi que dans d'autres domaines importants de la vie.
- Les femmes arthritiques avaient nettement plus de difficultés que les hommes à monter des marches, rester debout 20 minutes, aller d'une pièce à l'autre ou marcher 0,5 km, atteindre, saisir ou porter un objet et effectuer des tâches domestiques.
- Les personnes en âge de travailler souffrant d'arthrite avaient autant, voire davantage, de difficultés que les personnes âgées arthritiques à se mouvoir (p. ex. monter des marches, rester debout 20 minutes, atteindre un objet ou se pencher, se coucher ou se lever du lit et s'habiller).
- Les jeunes femmes (15 à 44 ans) atteintes d'arthrite ont déclaré avoir besoin d'aide pour les tâches ménagères et avoir de la difficulté à effectuer les gros travaux ménagers en proportions égales ou supérieures aux femmes arthritiques de 65 ans et plus.
- L'utilisation des transports constituait également un problème pour les jeunes personnes (15 à 44 ans) atteintes d'arthrite, particulièrement le transport sur de longues distances, 60 % de ces personnes ayant rencontré des difficultés à cet égard. Plus du quart des personnes en âge de travailler ont fait état de difficultés pour leurs déplacements locaux en automobile.
- En moyenne, le quart des hommes et des femmes souffrant d'arthrite âgés de 25 à 44 ans n'étaient pas sur le marché du travail à cause de leur arthrite.
- Plus de 65 % des jeunes personnes (15 à 44 ans) souffrant d'arthrite ont déclaré avoir des difficultés à participer à des activités de loisir hebdomadaires en dehors de chez elles et jusqu'à 63 %, à faire de l'exercice et des activités physiques sur une base quotidienne. Une situation similaire a été observée chez les 45 à 64 ans.



## Références

1. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health Preventing Arthritis Pain and Disability*. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention (CDC), 2005. URL: [www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/arthritis.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/arthritis.pdf).
2. He Y, Zhang M, Lin EHB, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Survey. *Psychological Medicine* 2008;38:1–12.
3. Verbrugge LM, Juarez L. Profile of arthritis disability: II. *Arthritis Rheum* 2006;55(1):102–13.
4. Badley EM, MacKay C. *Care for People with Arthritis: Evidence and Best Practices*. Toronto, ON: Arthritis Community Research & Evaluation Unit (ACREU), 2005.
5. Australian Institute of Health and Welfare: Rahman N & Bhatia K. *Impairments and disability associated with arthritis and osteoporosis*. Arthritis series no. 4. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare, 2007. Catalogue No.: PHE 90.
6. Ozgül A, Peker F, Taskaynatan MA, Tan AK, Dinçer K, Kalyon TA. Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. *Clin Rheumatol* 2006;25(2):168–74.
7. Jinks C, Jordan K, Croft P. Osteoarthritis as a public health problem: the impact of developing knee pain on physical function in adults living in the community: (KNEST 3). *Rheumatology* 2007; 46(5):877–81.
8. Geusken GA, Burdorf A, Hazes JM. Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles — a literature review. *J Rheumatol* 2007; 34(6):1248–60.
9. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med* 2007;5(5):395–402.
10. Sale JE, Gignac M, Hawker G. The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis. *J Rheumatol* 2008;35(2):335–42.
11. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Calliess IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriatic arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007;25(6):547–54.
12. Verbrugge LM, Lepkowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Q* 1989;67(3-4):450–84.
13. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr., Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13(2):283–98.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Racial/ethnic differences in the prevalence and impact of doctor-diagnosed arthritis: United States, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54: 119–23.
15. Manor O, Matthews S, Power C. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol* 2001;30:600–7.
16. Perruccio AV, Power JD, Badley EM. Arthritis onset and worsening self-rated health: a longitudinal evaluation of the role of pain and activity limitations. *Arthritis Rheum* 2005;53(4):571–7.
17. Miles TP, Flegal K, Harris T. Musculoskeletal disorders: time trends, comorbid conditions, self-assessed health status, and associated activity limitations. *Vital Health Stat* 3 1993;27:275–88.
18. Escalante A, Del Rincon I. The disablement process in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 47(3):333–42.
19. Gignac MA, Davis AM, Hawker G, Wright JG, Mahomed N, Fortin PR, et al. “What do you expect? You’re just getting older”: a comparison of perceived osteoarthritis-related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults. *Arthritis Rheum* 2006;55(6):905–12.
20. Lacaille D, White MA, Backman CL, Gignac MA. Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients’ perspective. *Arthritis Rheum* 2007;57(7):1269–79.



21. Brook RA, Kleinman NL, Patel PA, Melkonian AK, Brizee TJ, Smeeding JE, et al. The economic burden of gout on an employed population. *Curr Med Res Opin* 2006;22(7):1381–89.
22. Shanahan EM, Smith M, Roberts-Thomson L, Esterman A, Ahern M. Influence of rheumatoid arthritis on work participation in Australia. *Intern Med J* 2008;38(3):166–73.
23. Mehrotra C, Chudy N, Thomas V. Obesity and physical inactivity among Wisconsin adults with arthritis. *WMJ* 2003;102(7):24–8.
24. Feinglass J, Lee C, Durazo-Arvizu R, Chang R. Health status, arthritis risk factors, and medical care use among respondents with joint symptoms or physician diagnosed arthritis: findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Rheumatol* 2005;32(1):130–6.
25. Miller ME, Rejeski WJ, Reboussin BA, Ten Have TR, Ettinger WH. Physical activity, functional limitations, and disability in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(10):1264–72.
26. Abell JE, Hootman JM, Zack MM, Moriarty D, Helmick CG. Physical activity and health related quality of life among people with arthritis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(5):380–5.



# Chapitre 4 quatre

## L'arthrite chez les Premières nations, les Métis et les Inuits

*« Ma soif de découvrir tout ce que je pouvais sur ma maladie et mon ouverture d'esprit aux médecines douces ont été de précieux outils pour mener mes premières luttes. Ayant grandi dans une collectivité autochtone, j'ai appris les enseignements traditionnels, la langue et les légendes de notre peuple aux pieds de ma « tama » (grand-mère) et des aînés. Aujourd'hui, je mène une vie active et bien remplie. Grâce à ma détermination, à l'éducation et au soutien de ma famille et des médecins, je suis devenu la preuve vivante que l'arthrite peut être traitée avec un diagnostic précoce, même si elle touche n'importe qui n'importe quand. En faisant connaître mon expérience, je contribue à disséminer le message que nul n'est tenu de souffrir en silence dans les collectivités autochtones. »*

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Introduction

D'après le recensement de 2006, plus d'un million de personnes au Canada ont déclaré être membres de Premières nations (698 025 membres inscrits et non inscrits), métisses (389 780) ou inuites (50 480), ce qui représente environ 3,6 % de la population canadienne. Ce pourcentage sous-estimerait cependant le nombre véritable de membres des populations autochtones, car le dénombrement n'a pas été mené à terme dans 22 réserves<sup>1</sup>.

Parmi les trois populations autochtones, les Métis ont connu la plus forte croissance démographique (91 %) entre 1996 et 2006. Cette croissance est plus de trois fois supérieure à celle qu'ont connue les Premières nations (29 %) et les Inuits (26 %)<sup>1</sup>. Plusieurs facteurs ont contribué aux hausses marquées de population chez les Autochtones (en particulier chez les Métis), notamment un taux de natalité élevé, une augmentation du nombre de personnes s'identifiant comme autochtones (à la suite d'événements politiques et sociaux) et le nombre de réserves où le dénombrement est complet.



## Premières nations

La majorité des membres des Premières nations sont établis en Ontario et dans les provinces de l'Ouest; approximativement 60 % d'entre eux vivent en dehors des réserves. La moitié de la population des Premières nations du Canada a moins de 25 ans<sup>1</sup>.

Les deux sources de données sur l'arthrite chez les Premières nations du Canada utilisées par le présent rapport sont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) — pour les renseignements sur les personnes qui se sont identifiées comme membres d'une Première nation et qui vivent hors réserve — et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) — pour les renseignements sur les personnes habitant les réserves.

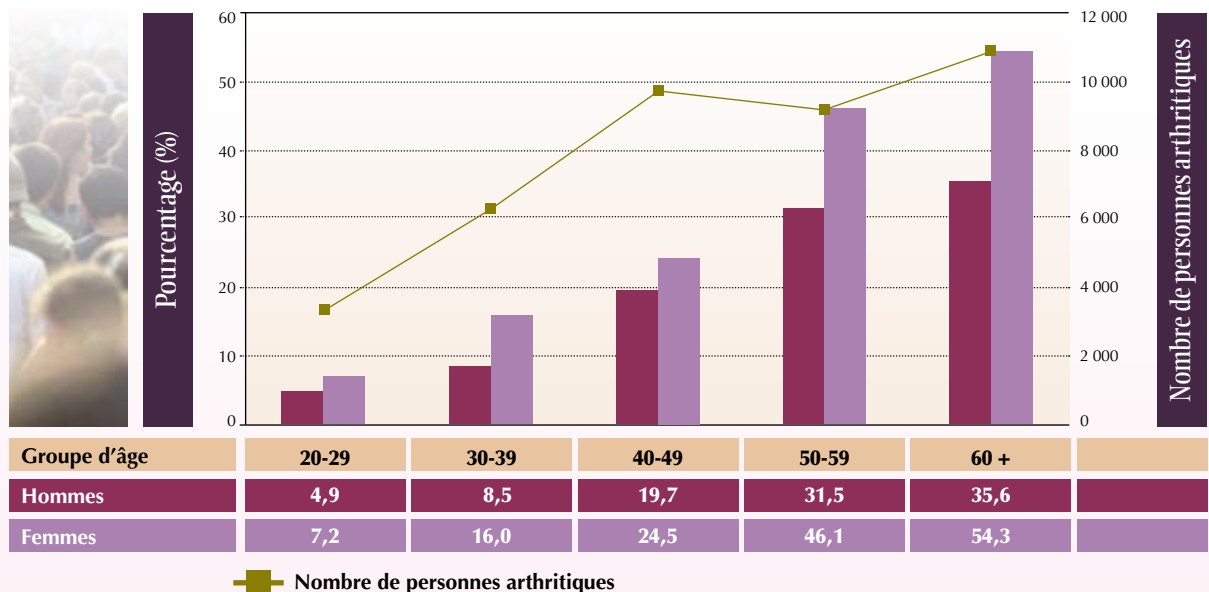


## Membres des Premières nations habitant des réserves

Selon l'ERS, les cinq problèmes de santé les plus fréquents chez les adultes des Premières nations, en 2002-2003, étaient l'arthrite ou le rhumatisme, les allergies, l'hypertension, le diabète et les maux de dos chroniques, soit des problèmes également très communs chez les adultes non autochtones<sup>2</sup>.

En 2002-2003, 19 % des membres des Premières nations de 20 ans et plus habitant une réserve (79 400 personnes) ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme. Le pourcentage de personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme augmente avec l'âge, et la maladie était plus courante chez les femmes que chez les hommes, tous âges confondus (figure 4-1). Près des deux tiers (64 %) des adultes atteints d'arthrite et vivant dans une réserve étaient âgés de 30 à 59 ans.

**Figure 4-1** *Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite ou de rhumatisme chez les membres des Premières nations âgés de 20 ans et plus habitant des réserves, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2002-2003*



◆ Source : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003, phase 1, totalisations personnalisées par l'équipe nationale de l'ERS, Assemblée des Premières Nations.



L'estimation de la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme normalisée selon l'âge (c.-à-d. ajustée pour tenir compte des différences de composition des groupes d'âge dans les populations) chez les adultes des Premières nations de 20 ans et plus habitant des réserves, en 2002-2003, était 1,3 fois supérieure à celle de la population canadienne de 20 ans et plus, en 2003.

Chez les adultes des Premières nations habitant une réserve et souffrant d'arthrite ou de rhumatisme, 60 % (55 % des hommes et 64 % des femmes) ont signalé devoir limiter la quantité ou le genre d'activités à cause de leur arthrite. Des résultats similaires ont été révélés par l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations au Manitoba (ERS du Manitoba) : les adultes arthritiques habitant une réserve ont déclaré une fréquence élevée de limitations des activités (68 % ont fait état de limitations causées par l'un des types d'arthrite)<sup>3</sup>.

Plus de la moitié (53 %) des membres adultes des Premières nations souffrant d'arthrite ou de rhumatisme et habitant une réserve (47 % des femmes et 57 % des hommes) ont déclaré suivre un traitement ou prendre des médicaments. La situation géographique influe sur l'état de santé et l'accès aux soins<sup>4</sup>. Les services de santé étant parfois fournis par un représentant en santé communautaire résident et un médecin se déplaçant

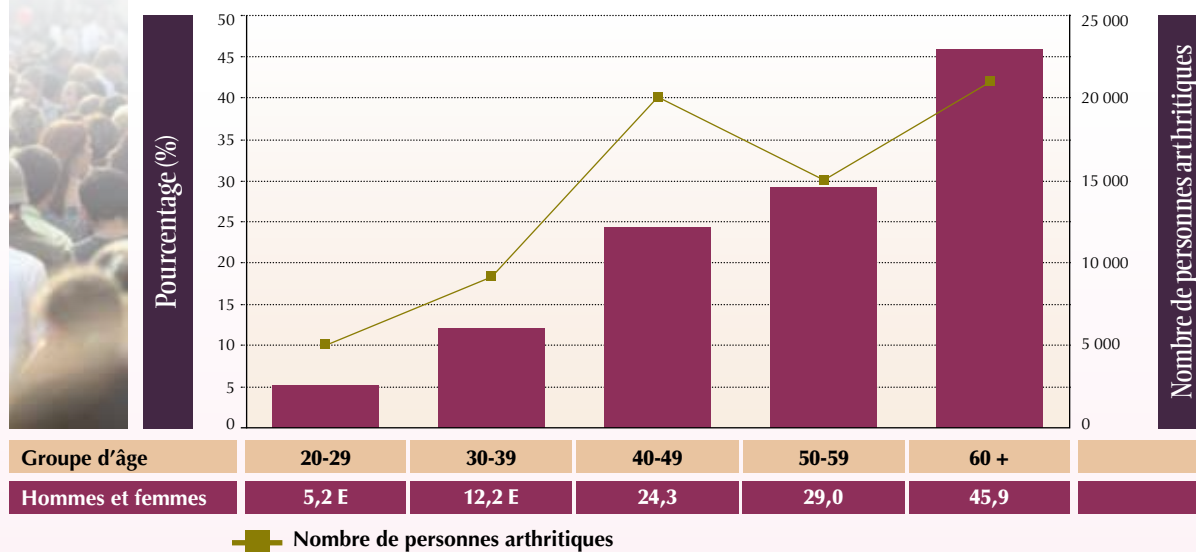
par avion sur une base semi-régulière, ils ne sont pas tous offerts dans toutes les collectivités<sup>2,4</sup>. L'accès aux soins médicaux est souvent plus limité pour les populations des Premières nations des réserves, particulièrement dans les collectivités rurales et éloignées. Au nombre des obstacles, on compte les coûts élevés de transport, la barrière linguistique et le peu de services offerts<sup>2</sup>.

## Membres des Premières nations vivant hors réserve

En 2007-2008, 17,7 % des membres des Premières nations de 15 ans et plus vivant hors réserve (71 704 personnes) ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite. Le pourcentage de personnes souffrant d'arthrite augmentait avec l'âge (figure 4-2) et, globalement, la maladie était plus fréquente chez les femmes (19,9 %) que chez les hommes (15,3 %). Près des deux tiers (61%) des adultes atteints d'arthrite vivant hors réserve étaient âgés de 30 à 59 ans.

L'estimation de la prévalence de l'arthrite normalisée selon l'âge chez les membres des Premières nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, en 2007-2008, était 1,3 fois supérieure à celle de la population canadienne.

**Figure 4-2** Prévalence autodéclarée et nombre de personnes souffrant d'arthrite chez les membres des Premières nations âgés de 20 ans et plus vivant hors réserve, selon le groupe d'âge, Canada, 2007-2008



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.  
 ◆ Groupe d'âge des 15 à 19 ans – non présenté. ◆ E – Interpréter avec prudence.





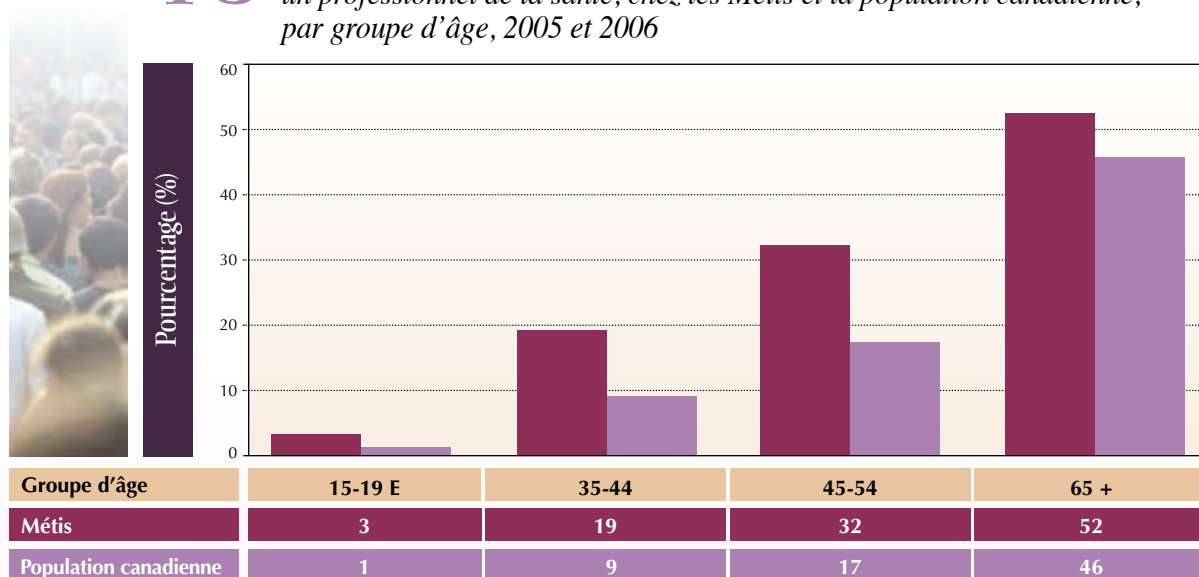
## Métis

Les Métis descendent des Français qui pratiquaient le commerce de la fourrure et des femmes crie des Prairies et, dans le Nord, des commerçants anglais et écossais et des femmes dénées. Aujourd'hui, la plupart des gens qui s'identifient comme Métis vivent dans les centres urbains de l'Ontario (73 605), du Manitoba (71 805), de la Saskatchewan (48 120), de l'Alberta (85 495) et de la Colombie-britannique (59 445). La moitié des Métis du Canada ont moins de 30 ans<sup>1</sup>.

Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006, les problèmes de santé chroniques les plus fréquemment déclarés par les Métis de 15 ans et plus étaient l'arthrite ou le rhumatisme (21 %), suivis de l'hypertension (16 %) et de l'asthme (14 %). Plus de femmes métisses que d'hommes ont déclaré souffrir d'arthrite ou de rhumatisme (24 % et 18 %, respectivement). La prévalence de l'arthrite et du rhumatisme augmente avec l'âge (figure 4-3)<sup>5</sup>.



**Figure 4-3** Prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme autodéclarés diagnostiqués par un professionnel de la santé, chez les Métis et la population canadienne, par groupe d'âge, 2005 et 2006



◆ Source : Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : un aperçu de la santé de la population métisse. Ottawa, Statistique Canada, février 2009, n° 89-637-X, n° 004 au catalogue. ◆ E – Interpréter avec prudence.

Selon les estimations, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme autodéclarés chez les Métis adultes en 2006 était 1,6 fois supérieure à la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme dans la population canadienne de l'ESCC de 2005, après l'ajustement effectué pour tenir compte de la jeunesse de la population métisse<sup>5</sup>.



## Inuits

La plupart des Inuits vivent dans les régions nordiques du Canada, notamment le Nunavut (24 635), le Nunavik dans le nord du Québec (9 565), la région des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest (3 115) et le Nunatsiavut dans le nord du Labrador (4 715). Environ 17 % (8 582) de tous les Inuits vivent dans les grands centres urbains du sud du pays. La moitié des Inuits du Canada ont moins de 22 ans<sup>1</sup>.

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006 a permis de recueillir de l'information sur les Inuits des quatre régions inuites du Nord et sur les Inuits vivant dans le sud du pays. Elle fournit des estimations relatives à l'arthrite à l'échelle nationale<sup>6</sup>.

Selon l'EAPA de 2006, les problèmes de santé chroniques diagnostiqués les plus fréquemment déclarés par les Inuits de 15 ans et plus étaient l'arthrite ou le rhumatisme (13 %) et l'hypertension (12 %). Ces pourcentages étaient similaires à ceux observés dans la population canadienne, après l'ajustement effectué pour tenir compte des différences d'âge. L'arthrite et le rhumatisme étaient plus fréquents chez les femmes inuites que chez les hommes (16 % et 10 %, respectivement)<sup>6</sup>.

Il se peut que la plus faible prévalence estimée de l'arthrite ou du rhumatisme chez les Inuits, par rapport aux autres populations autochtones, soit le résultat d'un

sous-diagnostic. Comme la majorité des Inuits vivent dans l'Arctique canadien et sont vus moins fréquemment par des professionnels de la santé, un bon nombre d'entre eux pourraient ne pas avoir été diagnostiqués<sup>6,7</sup>. La population inuite est par ailleurs plus jeune que les autres populations autochtones et, habituellement, les personnes jeunes sont moins nombreuses à déclarer des problèmes de santé chroniques<sup>7</sup>. De plus, les prédispositions génétiques des Inuits et leur régime alimentaire riche en poisson, donc en acides gras oméga-3, pourraient avoir un effet protecteur contre les maladies auto-immunes et inflammatoires<sup>8,9</sup>.

La prévalence réelle de l'arthrite chez les trois populations autochtones est probablement sous-estimée, car les personnes atteintes qui n'ont pas consulté de médecin ou dont les symptômes ne sont pas diagnostiqués ne sont pas comptabilisées dans les estimations<sup>7</sup>. Au Canada, à l'instar des hommes de la population générale, les hommes autochtones ont moins tendance que les femmes à consulter des professionnels de la santé<sup>10</sup>. De plus, il se peut que certaines personnes ne sachent pas que des problèmes de santé comme la goutte ou le lupus sont des formes d'arthrite et que, par conséquent, elles ne déclarent pas leur problème de santé comme étant de l'arthrite.



## Résumé

- L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez les membres des Premières nations vivant dans les réserves ou en dehors de celles-ci (19 % et 18 %, respectivement), les Inuits (13 %) et les Métis (21 %).
- La prévalence de l'arthrite estimée pour les adultes des Premières nations habitant les réserves, les adultes des Premières nations vivant hors réserve et les adultes métis était 1,3 à 1,6 fois supérieure à celle estimée pour la population adulte canadienne, après l'ajustement effectué pour tenir compte des différences de répartition de l'âge dans ces populations.
- L'estimation de la prévalence pour l'arthrite ou le rhumatisme dans la population inuite était similaire à celle de la population canadienne totale après normalisation selon l'âge.
- La prévalence de l'arthrite était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les trois populations autochtones.
- Près des deux tiers des membres des Premières nations vivant à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves ayant déclaré souffrir d'arthrite étaient âgés de 30 à 59 ans (64 % et 61 %, respectivement).
- Soixante pour cent des membres des Premières nations souffrant d'arthrite ou de rhumatisme et habitant les réserves ont déclaré avoir eu besoin de limiter la quantité ou la nature de leurs activités à cause de leur maladie.
- Cinquante-trois pour cent des membres des Premières nations souffrant d'arthrite ou de rhumatisme et habitant les réserves ont indiqué qu'ils suivaient un traitement ou qu'ils prenaient des médicaments.
- Les Premières nations, les Métis et les Inuits constituent de jeunes populations en croissance. Par conséquent, la prévalence de l'arthrite dans ces populations est appelée à augmenter.

## Références

1. Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations. Recensement de 2006*. Ottawa, Statistique Canada, janvier 2008. N° au catalogue : 97-558-X1F2006001.
2. ERS 2002-2003. *Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa, Assemblée des Premières Nations, mars 2007.
3. Barnabe C, Elias B, Bartlett J, Roos L, Peschken C. Arthritis in Aboriginal Manitobans: evidence for a higher burden of disease. *J Rheumatol* 2008; 35(6):1145–50.
4. Newbold KB. Problems in search of solutions: health and Canadian Aboriginals. *J Community Health* 1998;23(1):59–73.
5. Statistique Canada. *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : un aperçu de la santé de la population métisse*. Ottawa, Statistique Canada, février 2009. N° au catalogue : 89-637-XIF2009004.
6. Statistique Canada. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : santé et situation sociale des Inuits*. Ottawa, Statistique Canada, décembre 2008. N° au catalogue : 89-637-XWF2008001.
7. Statistique Canada. *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : premiers résultats - Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*. Ottawa, Statistique Canada, septembre 2003. N° au catalogue : 89-589-XWF.
8. Harvald B. Genetic epidemiology of Greenland. *Clinical Genetics* 1989;36:364367.
9. Hughes DA. Fish oil and the immune system. *Nutrition and Food Science* 1995;95(2):12-16.
10. Statistique Canada. *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa, Statistique Canada, mars 2006. N° au catalogue : 89-503-XWF.



# Chapitre cinq

## Mortalité liée à l'arthrite

« Mon médecin de l'époque m'a dit que personne ne mourait de l'arthrite. Au cours des années qui ont suivi, il s'est excusé à maintes reprises pour sa remarque. »

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Introduction

Bien que les décès causés par l'arthrite soient rares, l'arthrite accroît le risque de mort prématurée chez les personnes atteintes, en particulier chez celles qui souffrent des formes inflammatoires graves de la maladie. Les formes d'arthrite inflammatoire les plus graves, notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR), le lupus érythémateux disséminé (LED), la sclérodermie et la vascularite, présentent les taux de mortalité les plus élevés. Les personnes souffrant de PR ont un risque de décès accru par rapport à la population générale, non seulement à cause de la maladie, mais aussi en raison des complications connexes (p. ex. les maladies cardiovasculaires, les infections, les maladies rénales)<sup>1-10</sup>. Elles ont en outre un risque plus élevé de mourir prématurément; leur espérance de vie est en moyenne inférieure de 5 à 10 ans à celle de l'ensemble de la population<sup>1,2,11</sup>. En raison de leur nature systémique, les formes inflammatoires de l'arthrite risquent d'entraîner des complications cardiovasculaires et respiratoires éventuellement fatales. De plus, certains traitements affaiblissent le système immunitaire, augmentant par là même la vulnérabilité des personnes aux infections et le risque de maladies reliées au système immunitaire, telles que le cancer<sup>8,10,12-16</sup>.

Les taux de mortalité indiqués dans le présent chapitre ont été calculés à partir de la base de données sur la mortalité annuelle de Statistique Canada fondée sur les certificats de décès enregistrés entre 1999 et 2005. L'analyse tient compte de tous les décès pour lesquels l'un des types d'arthrite a été inscrit comme cause initiale de décès. Les taux de mortalité ont été calculés pour les cinq types d'arthrite suivants :

- l'arthrose;
- la polyarthrite rhumatoïde (PR);
- les autres types d'arthrite inflammatoires (p. ex. la goutte, la polyarthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante);
- les maladies du tissu conjonctif (p. ex. le lupus et la sclérodermie);
- les autres affections arthritiques (p. ex. la pseudo-polyarthrite rhyzomélique, la tendinite, la bursite, la synovite, les lésions intra-articulaires du genou et d'autres arthropathies non précisées).



La cause de décès indiquée pour les personnes arthritiques peut ne pas être l'arthrite, mais une maladie ou un trouble aigu<sup>1</sup>. Par conséquent, la part véritable de l'arthrite dans la mortalité globale est difficile à évaluer<sup>12-20</sup>. Une maladie cardiovasculaire, une infection ou une insuffisance fonctionnelle, par exemple, peuvent être notées comme cause initiale du décès chez les personnes souffrant d'arthrite inflammatoire, alors que des saignements gastro-intestinaux liés à l'utilisation d'anti-inflammatoires ou une infection de l'articulation après une arthroplastie peuvent l'être dans le cas du décès de personnes souffrant d'arthrose<sup>1,17,18</sup>.

Une meilleure compréhension de la mortalité résultant de l'arthrite pourrait être réalisable si les causes ayant contribué au décès étaient incluses dans la base de données sur la mortalité annuelle. Un tel ajout serait également utile en ce qui concerne le diabète, les maladies respiratoires, les autres maladies chroniques et les traumatismes<sup>19,20</sup>.



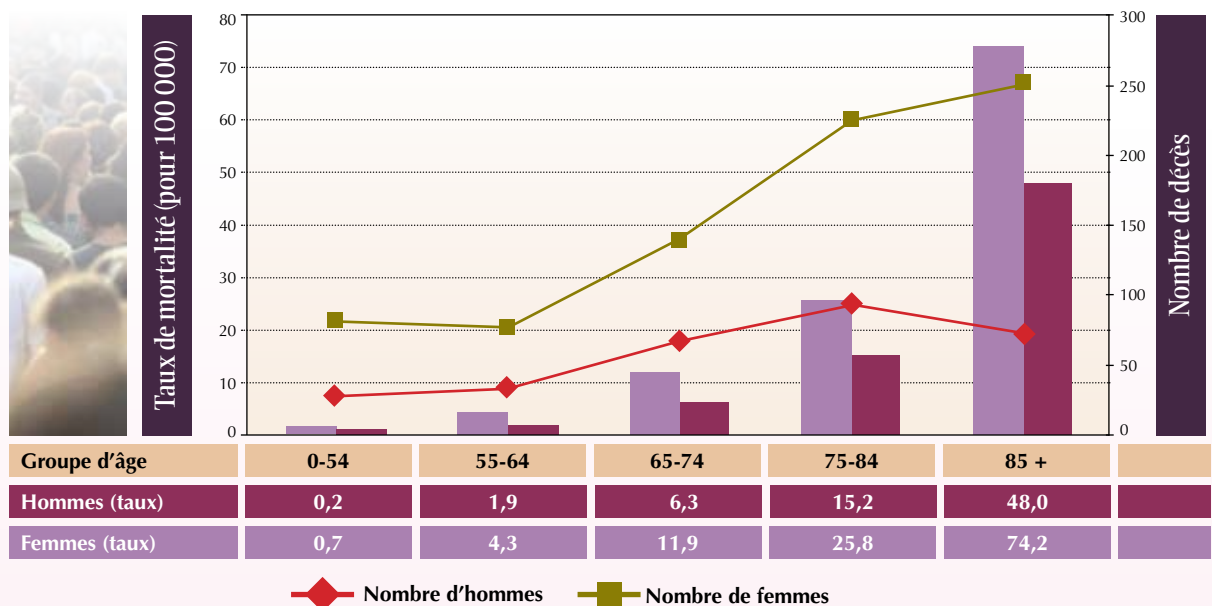
## Mortalité liée à l'arthrite chez les hommes et les femmes

En 2005, selon les certificats de décès, 777 femmes et 296 hommes sont décédés de l'arthrite au Canada. Chez les hommes, les taux de mortalité allaient de 0,2 décès pour 100 000 chez les 54 ans ou moins à 48 décès pour 100 000 chez les 85 ans et plus (figure 5-1). Chez les femmes des mêmes groupes d'âge, les taux allaient de 0,7 à 74 décès pour 100 000. Dans tous les groupes d'âge, les taux de mortalité étaient

supérieurs chez les femmes, avec environ 2,6 décès féminins pour chaque décès masculin.

Le nombre de décès augmente avec l'âge, sauf chez les hommes, chez lesquels la mortalité due à l'arthrite décline à partir de 84 ans (figure 5-1). Plus d'un décès sur cinq (21 %) est survenu chez des hommes et des femmes en âge de travailler (âgés de moins de 64 ans).

**Figure 5-1** Nombre de décès et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) attribuables à l'arthrite, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données annuelles sur la mortalité de Statistique Canada, 2005.



## Mortalité liée à certaines formes d'arthrite

Parmi les cinq catégories d'affections arthritiques, deux sont associées à plus de 60 % de tous les décès causés par l'arthrite : les maladies du tissu conjonctif tel le lupus érythémateux (34 %), et la polyarthrite rhumatoïde (30 %) (tableau 5-1). Les décès causés par les maladies du tissu conjonctif étaient essentiellement attribuables au lupus et à la sclérodermie généralisée, deux des types d'arthrite les plus rares.

**Tableau 5-1** Total des décès attribuables à l'arthrite, selon le type d'arthrite, Canada, 2005

Type d'arthrite	Nombre de décès et proportion du total des décès attribués à l'arthrite	
	Nombre	Proportion (%)
Arthrose	208	19
PR	318	30
Autres types d'arthrite inflammatoires	67	6
Maladies du tissu conjonctif (p. ex. le lupus)	361	34
Autres affections arthritiques	119	11
<b>Toutes formes d'arthrite confondues</b>	<b>1 073</b>	<b>100</b>

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données annuelles sur la mortalité de Statistique Canada, 2005.

## Mortalité prématurée

La mortalité prématurée se définit comme étant la mortalité chez les individus âgés de moins de 75 ans. Quarante pour cent des personnes décédées de l'arthrite (430 décès) sont mortes de façon prématurée (avant l'âge de 75 ans), soit un pourcentage similaire à celui des Canadiens et Canadiennes morts prématurément, toutes causes confondues (39 %). Plus de 80 % des décès prématurés liés à l'arthrite ont été attribués aux maladies du tissu conjonctif (57 %) et à la PR (26 %) (tableau 5-2).

Les profils de mortalité prématurée étaient différents pour les hommes et les femmes; ils reflètent la prévalence supérieure des maladies du tissu conjonctif et de la PR chez les femmes. Chez les hommes, 49 % des décès prématurés étaient attribuables aux maladies du tissu conjonctif, contre 61 % chez les femmes, et 23 % à la PR, contre 27 % chez les femmes (tableau 5-2).

**Tableau 5-2** Nombre et proportion de décès prématurés attribuables à l'arthrite, selon le sexe et le type d'arthrite, Canada, 2005

Type d'arthrite	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)
Arthrose	8	6	13	4	21	5
PR	30	23	81	27	111	26
Autres types d'arthrite inflammatoires	13	10	8	3	21	5
Maladies du tissu conjonctif	64	49	182	61	246	57
Autres affections arthritiques	15	12	16	5	31	7
<b>Toutes formes d'arthrite confondues</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>300</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données annuelles sur la mortalité de Statistique Canada, 2005.



Plusieurs facteurs influent sur le risque de décès précoce (mortalité prématurée), notamment les suivants<sup>11,13-21</sup> :

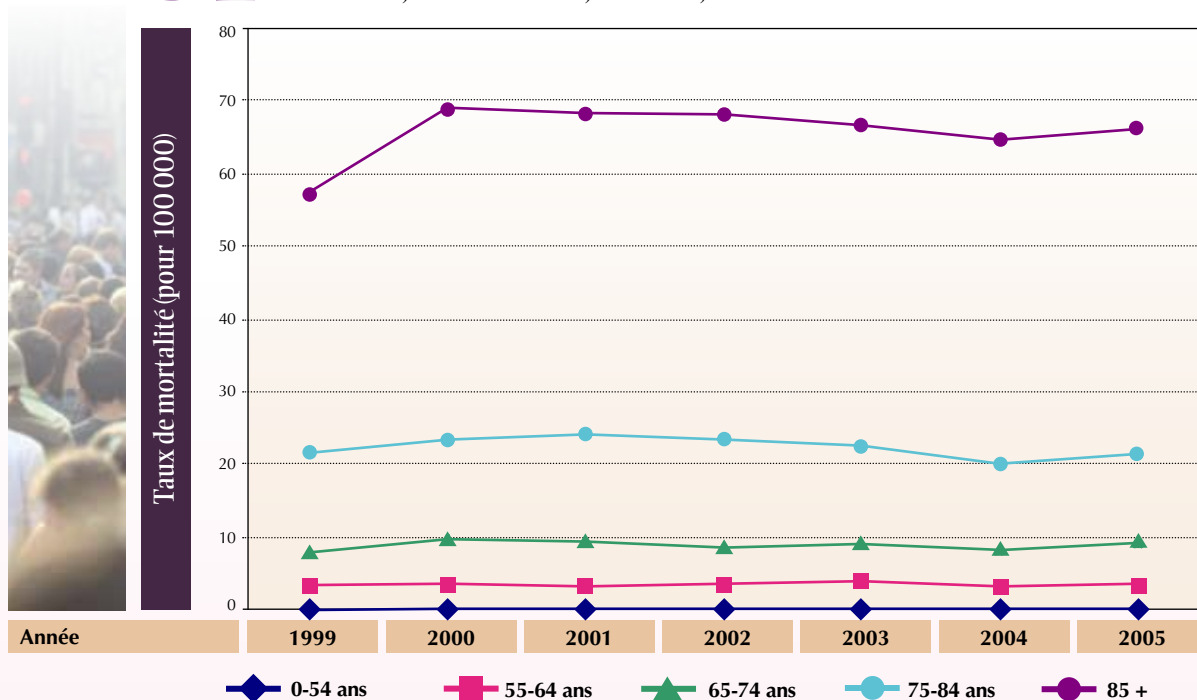
- les limitations physiques causées par la maladie;
- les indicateurs de gravité de la maladie, comme le nombre élevé d'articulations touchées, l'extension à d'autres organes ou la présence du facteur rhumatoïde chez les personnes atteintes de PR;
- le cumul de problèmes de santé tels que les infections, le cancer et les maladies cardiovasculaires, rénales, respiratoires et gastro-intestinales;
- le sexe (être une femme);
- l'âge (le risque croît avec l'âge).

Les prédicteurs de mortalité prématurée ci-dessus sont valables pour la majorité des types d'arthrite. La prévention des décès prématurés causés par l'arthrite exige une reconnaissance des symptômes et un diagnostic précoces, une prise en charge appropriée et l'observance du traitement prescrit<sup>11,12,17</sup>.

## Évolution des taux de mortalité

Les taux de mortalité par âge sont demeurés relativement stables pour l'arthrite entre 1999 et 2005 (figure 5-2). Pour les personnes de 65 ans et plus, un pic est observable en 2000; il pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des provinces et territoires canadiens sont passés de la 9<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> édition de la classification internationale des maladies (CIM-9 à CIM-10) cette année-là. Ce pic pourrait en outre indiquer que la CIM-9 et ses règles de codification auraient pu entraîner une sous-estimation de la mortalité attribuable à l'arthrite, comparativement à la CIM-10. Aucune étude de comparabilité n'a évalué l'impact possible du changement de classification sur la façon de recenser les causes de décès.

**Figure 5-2** Taux de mortalité par âge (pour 100 000 habitants) attribuable à l'arthrite, selon l'année, Canada, 1999-2005



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données annuelles sur la mortalité de Statistique Canada, 2005.



## Résumé

- Bien que les décès causés par l'arthrite soient peu communs, en 2005, au Canada, 777 femmes et 296 hommes sont décédés de maladies arthritiques; la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé et autres maladies du tissu conjonctif comptaient pour plus de 60 % de tous les décès attribués à l'arthrite.
- Les taux de mortalité étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge : 2,6 décès féminins environ ont été dénombrés pour chaque décès masculin, en partie à cause de la prévalence supérieure de l'arthrite chez les femmes.
- Quarante pour cent des décès causés par l'arthrite étaient des décès prématurés (c.-à-d. des décès survenus avant l'âge de 75 ans), soit un pourcentage similaire à celui des Canadiens et Canadiennes morts prématurément, toutes causes confondues (39 %).
- Les taux de mortalité par âge attribuable à l'arthrite sont demeurés relativement stables pour l'arthrite entre 1999 et 2005.





## Références

- Callahan LF, Pincus T. Mortality in the rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research* 1995;8(4):229–41.
- Gonzalez A, Maradit-Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Davis JM III, Therneau TM, et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population. *Arthritis Rheum* 2007;56(11):3583–7.
- Young A, Koduri G, Batley M, Kulinskaya E, Gough A, Norton S, et al. Early Rheumatoid Arthritis Study (ERAS) group. Mortality in rheumatoid arthritis: increased in the early course of disease, in ischaemic heart disease and in pulmonary fibrosis. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46(2):350–7.
- Nicola PJ, Crowson CS, Maradit-Kremers H, Ballman KV, Roger VL, Jacobsen SJ, et al. Contribution of congestive heart failure and ischemic heart disease to excess mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;54(1):60–7.
- Hakoda M, Oiwa H, Kasagi F, Masunari N, Yamada M, Suzuki G, et al. Mortality of rheumatoid arthritis in Japan: a longitudinal cohort study. *Ann Rheum Dis* 2005;64(10):1451–5.
- Maradit-Kremers H, Nicola PJ, Crowson CS, Ballman KV, Gabriel SE. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2005;52(3):722–32.
- Finch WR. Mortality in rheumatoid disease. *J Insur Med* 2004;36(3):200–12.
- Sihvonen S, Korpela M, Laippala P, Mustonen J, Pasternack A. Death rates and causes of death in patients with rheumatoid arthritis: a population-based study. *Scand J Rheumatol* 2004;33(4):221–7.
- Kumar N, Marshall NJ, Hammal DM, Pearce MS, Parker L, Furniss SS, et al. Causes of death in patients with rheumatoid arthritis: comparison with siblings and matched osteoarthritis controls. *J Rheumatol* 2007;34(8):1695–8.
- Watson DJ, Rhodes T, Guess HA. All-cause mortality and vascular events among patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, or no arthritis in the UK General Practice Research Database. *J Rheumatol* 2003;30(6):1196–1202.
- Pinkus T, Sokka T. How can the risk of long-term consequences of rheumatoid arthritis be reduced? *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2001;15(1):139–70.
- Sacks JJ, Helmick CG, Langmaid G. Deaths from arthritis and other rheumatic conditions, United States, 1979–1998. *J Rheumatol* 2004;31(9):1823–8.
- Naz SM, Symmons DPM. Mortality in established rheumatoid arthritis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2007;21(5):871–83.
- Bernatsky S, Boivin JF, Joseph L, Manzi S, Ginzler E, Gladman DD, et al. Mortality in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2006;54(8):2550–7.
- Torres C, Belmonte R, Carmona L, Gomez-Reino FJ, Galindo M, Ramos, et al. Survival, mortality and causes of death in inflammatory myopathies. *Autoimmunity* 2006;39(3):205–15.
- Steen VD, Medsger TA. Changes in causes of death in systemic sclerosis, 1972–2002. *Ann Rheum Dis* 2007;66(7):940–4.
- Sacks J, Helmick C, Langmaid G, Snieszek J. Trends in deaths from systemic lupus erythematosus—United States, 1979–1998. *MMWR* 2002;51(17):371–4.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). *Arthritis and Musculoskeletal Conditions in Australia, 2005*. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2005. Catalogue No.: PHE67.
- Wilkins K, Wysocki M, Morin C, Wood P. Multiple causes of death. *Health Reports* 1997;9(2):19–29.
- Australian Bureau of Statistics. *Multiple Cause of Death Analysis, 1997–2001*. Canberra, Australia: Australian Bureau of Statistics, 2003. Catalogue No.: 3319.0.55.001.
- Boonen A, Van der Linden SJ. The burden of ankylosing spondylitis. *J Rheumatol Suppl* 2006;78:4–11.



# Chapitre six

## *Fardeau économique de l'arthrite*

## Introduction

---

L'arthrite touche une part importante (16 %) de la population canadienne et constitue l'une des principales causes de maladie et d'incapacité (voir chapitres 1 et 3). Les personnes atteintes d'arthrite souffrent de douleurs, de limitations fonctionnelles et ont une qualité de vie réduite, particulièrement en ce qui concerne leur bien-être social, psychologique et financier.

Le présent chapitre traite des coûts les plus récents (année 2000) attribués spécifiquement à l'arthrite dans le cadre du projet « Le fardeau économique de la maladie au Canada » de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les coûts totaux associés à l'arthrite, tels qu'ils sont présentés dans ce chapitre, incluent les coûts directs et indirects. Les coûts directs incluent les dépenses en soins hospitaliers (publics et privés), en médicaments (prescrits par le secteur public ou privé ou en vente libre) et en soins médicaux (paiement à l'acte et autres régimes de remboursement), ainsi que d'autres dépenses de santé. Les coûts indirects sont définis comme la valeur en dollars de la production perdue pour cause de maladie, de blessure ou de décès prématuré; ils représentent la perte de production pour cause d'incapacité de courte et longue durées (coûts liés à la morbidité) et de décès prématuré (coûts liés à la mortalité).

Les coûts liés à l'incapacité de courte durée n'ont pas pu être calculés pour l'arthrite spécifiquement. Par conséquent, les coûts indirects et totaux associés à l'arthrite sont sous-estimés. Les coûts sont indiqués en dollars des années 2000 et 2008 (tableau 6-1). Les chiffres ont été convertis en dollars de 2008 à l'aide de la feuille de calcul de l'inflation fournie par la Banque du Canada<sup>1</sup>.



## Coûts attribués à l'arthrite

En 2000, le coût total des maladies musculo-squelettiques\*, qui incluent l'arthrite, était de 22,3 milliards (\$ CA), ce qui en fait le groupe de maladies le plus coûteux. Le fardeau économique constitué par l'arthrite† au Canada a été estimé à 6,4 milliards (tableau 6-1), soit presque le tiers du coût total des maladies musculo-squelettiques.

Les coûts indirects de l'arthrite sont deux fois supérieurs à ses coûts directs (4,3 milliards et 2,1 milliards, respectivement). En ce qui concerne les coûts directs, l'arthrite comptait pour plus de la moitié des dépenses en soins hospitaliers attribuables aux maladies musculo-squelettiques, environ les trois cinquièmes des dépenses en médicaments et approximativement la moitié des dépenses en soins médicaux. Quant aux coûts indirects, l'arthrite comptait pour plus de 80 % des coûts liés à la mortalité associés aux maladies musculo-squelettiques et plus du quart des coûts liés à la morbidité associés à l'incapacité de longue durée.

**Tableau 6-1** Fardeau économique de l'arthrite (en dollars de 2008), par composante de coût, Canada, 2000

Types de coûts	Composante	Coûts de l'arthrite (millions de dollars)	Proportion des dépenses totales encourues pour les maladies musculo-squelettiques (%)
<b>Coûts directs</b>			
	Soins hospitaliers	987,3 \$ (1 185,8 \$)	54,0
	Médicaments	524,6 \$ (630,1 \$)	57,8
	Soins médicaux	589,4 \$ (707,9 \$)	49,0
	Total coûts directs	2 101,3 \$ (2 523,8 \$)	53,4
<b>Coûts indirects</b>			
	Mortalité	177,9 \$ (213,6 \$)	81,4
	Incapacité de longue durée	4 136,8 \$ (4 968,5 \$)	26,4
	Incapacité de courte durée	n/a	n/a
	Total coûts indirects	4 314,7 \$ (5 182,1 \$)	23,5
<b>Coûts totaux</b>		<b>6 415,9 \$ (7 705,9 \$)</b>	<b>28,9</b>

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, tableaux spéciaux du projet Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2000. ♦ Les coûts liés à l'incapacité de courte durée ne sont pas disponibles pour l'arthrite, mais sont comptabilisés dans les coûts des maladies musculo-squelettiques.

\* CIM-9 710-739, 274.

† CIM-9 99.3, 274, 696.0, 446, 710.0-710.4, 710.9, 711-720, 725-729.



Les coûts liés à la morbidité (4,1 milliards) engendrés par l'incapacité de longue durée comptaient pour près des deux tiers des coûts totaux de l'arthrite en 2000; il s'agit donc sans conteste de la composante la plus lourde dans le fardeau économique imposé par l'arthrite. Les composantes des coûts directs les plus importantes étaient les dépenses en soins hospitaliers (987 millions) et les dépenses en soins médicaux (589 millions).

Les coûts totaux attribués à l'arthrite étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (4,1 milliards et 2,3 milliards, respectivement). Cet écart reflète la prévalence plus élevée de la maladie chez les femmes. Les deux tiers environ (65 %) des coûts totaux de l'arthrite ont été engendrés par les personnes de 35 à 64 ans (4,1 milliards); 1,7 milliard et 493,8 millions ont été dépensés respectivement dans les groupes des 65 ans et plus et des 15 à 34 ans. Ces sommes soulignent l'ampleur du fardeau économique infligé par l'arthrite aux Canadiens et Canadiennes en âge de travailler ainsi qu'aux aînés. Les coûts générés par le groupe d'âge le plus jeune (0 à 14 ans) s'élevaient à 49,3 millions.

Les personnes de 55 ans et plus seront celles qui contribueront le plus à la hausse du nombre de personnes souffrant d'arthrite à l'avenir (voir le chapitre 1). Une grande proportion de ces personnes pourraient voir leur participation au marché du travail diminuer (voir le chapitre 3). Les coûts liés à la morbidité attribuables à l'arthrite sont de fait appelés à croître substantiellement. Leur hausse pourrait cependant être atténuée par la prévention, l'amélioration de la santé et la réduction de l'incapacité. On pourrait ainsi réduire les coûts liés à l'incapacité de courte et longue durées et favoriser la participation active à la société des personnes atteintes, y compris leur maintien sur le marché du travail.



## Résumé

- En 2000, le coût total de l'arthrite était de 6,4 milliards de dollars, ce qui représente presque le tiers du coût total attribué aux maladies musculo-squelettiques, le groupe de maladies le plus onéreux au Canada.
- L'incapacité de longue durée est la plus lourde composante du fardeau économique de l'arthrite.
- Les coûts indirects associés à l'incapacité de longue durée étaient deux fois supérieurs aux coûts directs de l'arthrite.
- Les coûts totaux de l'arthrite étaient plus élevés chez les femmes (4,1 milliards) que chez les hommes (2,3 milliards) en raison de la prévalence accrue de la maladie chez celles-ci.
- Les dépenses totales générées par les personnes arthritiques sur le marché du travail (35 à 64 ans) étaient plus de deux fois supérieures à celles générées par les aînés (65 ans et plus), soit 4,1 milliards et 1,7 milliard, respectivement.

## Références

1. Banque du Canada, feuille de calcul de l'inflation.  
URL : [http://www.banqueducanada.ca/fr/taux/inflation\\_calc-f.html](http://www.banqueducanada.ca/fr/taux/inflation_calc-f.html).



# Chapitre sept

## Médicaments prescrits contre l'arthrite

*« Je n'avais pas eu de succès avec deux médicaments biologiques et un tas d'autres médicaments, mais maintenant j'en prends un qui donne d'excellents résultats. La plupart des gens ne se rendraient même pas compte que je suis malade. J'ai été opérée à la main; j'étais sur une liste d'attente pour un remplacement du genou quand j'ai commencé à prendre ce médicament, qui m'a tout simplement placée sur la voie de la rémission. »*

— Personne atteinte de la maladie de Still

## Introduction

Le terme « arthrite » couvre un groupe de maladies complexes contre lesquelles il n'existe actuellement aucune cure. Les médicaments jouent un rôle clé dans la prise en charge de l'arthrite; ils permettent de soulager la douleur, de préserver les articulations et de ralentir la progression de la maladie<sup>1</sup>.

Pour certains types d'arthrite, particulièrement les formes inflammatoires de la maladie, il est vital de poser un diagnostic précoce et de commencer le traitement rapidement afin d'atténuer la douleur et l'inflammation, d'empêcher ou de réduire l'incapacité et d'améliorer globalement la qualité de vie des patients<sup>2-9</sup>. Sans traitement efficace, la progression de nombreuses formes d'arthrite, notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondylarthrite ankylosante (SA), mène à l'incapacité fonctionnelle<sup>4,8</sup>.

Les médicaments actuellement utilisés contre l'arthrite sont les suivants : les analgésiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticostéroïdes, les antirhumatismaux à action lente (ARAL) et les modificateurs de la réponse biologique (MRB, également connus sous le nom de « médicaments biologiques »). Au cours des dernières années, l'introduction de nouveaux médicaments, tels les produits biologiques, a considérablement accru l'efficacité du traitement pharmacologique de l'arthrite. De plus, une nouvelle génération de médicaments contre l'arthrose, capables notamment de freiner la progression de la maladie dans ses premiers stades ou de modifier son évolution, se profile à l'horizon<sup>10</sup>.

Le présent chapitre traite de l'utilisation de médicaments en fonction du type d'arthrite, de l'âge et du sexe des individus, de l'année et de la catégorie des médicaments. Il s'appuie sur les données d'IMS Health Canada. Les différents types d'arthrite ont été groupés en cinq catégories :



- l'arthrose;
- la polyarthrite rhumatoïde (PR);
- les autres formes inflammatoires de l'arthrite (p. ex. la goutte, la polyarthrite psoriasique [PP] ou la spondylarthrite ankylosante [SA]);
- les maladies du tissu conjonctif (p. ex. le lupus érythémateux disséminé ou la sclérodermie);
- les autres affections arthritiques (p. ex. la pseudo-polyarthrite rhizomélique, la tendinite, la bursite, la synovite, les lésions intra-articulaires du genou et d'autres arthropathies non précisées).

## Analgésiques (médicaments antidouleur)

Les *analgésiques simples* incluent des médicaments comme l'acétaminophène. Bien qu'ils soient considérés comme le traitement de premier recours contre les douleurs arthritiques (principalement celles causées par l'arthrose), ils n'ont pas d'effet sur l'inflammation<sup>1,2,11</sup>. Comme ils ne sont pas prescrits sur ordonnance, il s'avère difficile de faire la surveillance de leur utilisation<sup>1,11</sup>.

## Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS comptent parmi les médicaments les plus utilisés dans le traitement de l'arthrite en raison de leurs propriétés analgésiques (particulièrement en cas de douleur aiguë) et anti-inflammatoires<sup>1,3,12</sup>. Ils sont utilisés dans le traitement de la plupart des formes d'arthrite, notamment l'arthrose, la PR, la goutte, la SA, la PP et les maladies du tissu conjonctif<sup>2,7,11-18</sup>. Certains AINS sont en vente libre, et d'autres doivent être prescrits par un médecin.

## Protecteurs gastro-intestinaux (PGI)

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires recommandent que les protecteurs gastro-intestinaux soient prescrits pour traiter ou prévenir les complications gastro-intestinales, tels les saignements, associées à la prise d'AINS chez les personnes présentant des facteurs de risque de problèmes gastro-intestinaux (âge avancé, association de plusieurs AINS ou antécédents d'ulcère). Ces protecteurs sont également prescrits pour soulager entre autres le reflux gastro-œsophagien pathologique, les ulcères gastroduodénaux primaires et de nombreux symptômes gastriques et intestinaux, qui n'ont aucun lien avec la prise d'AINS<sup>19</sup>.

## Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes ont été utilisés avec succès pour réduire l'inflammation des articulations et l'activité des formes inflammatoires de la maladie<sup>20</sup>. Il existe deux modes d'administration des corticostéroïdes : la voie orale ou l'injection. Ces deux modes sont efficaces pour atténuer la douleur et l'enflure accompagnant de nombreux types d'arthrite<sup>1-6,11-14,16,18,21-23</sup>.

## Antirhumatismaux à action lente (ARAL)

Les ARAL sont des médicaments qui suppriment l'inflammation et préviennent l'atteinte articulaire<sup>1,4,11,20,24</sup>. Les lignes directrices encadrant actuellement le traitement clinique de la PR recommandent l'utilisation des ARAL dès la confirmation du diagnostic. Les ARAL ne produisent pas d'effet immédiat; le soulagement intervient ultérieurement. Par conséquent, les AINS et les corticostéroïdes sont souvent utilisés dans le traitement initial, en association avec les ARAL<sup>4</sup>. Les ARAL sont également prescrits dans le traitement de la SA, de la PP et des maladies du tissu conjonctif<sup>2,5,7,16,18,21</sup>.

## Modificateurs de la réponse biologique (MRB)

Les MRB forment la dernière génération de médicaments contre l'arthrite. À l'instar des ARAL, ils ont un effet anti-inflammatoire et contribuent à éviter les lésions articulaires<sup>20</sup>. Ils permettent en outre de stabiliser les symptômes et d'améliorer la fonction physique des patients réfractaires au traitement à base d'un ou de plusieurs ARAL. Ils sont souvent utilisés en association avec ces derniers<sup>11,20</sup>.

« Je suis hantée par la peur que le médicament actuel cesse d'être efficace et qu'aucun autre ne le soit davantage ou ne soit disponible pour moi. »

— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde





## Médicaments prescrits aux personnes souffrant d'arthrite —

### Ordonnances selon le type d'arthrite

En 2007, plus de 4 millions d'ordonnances d'AINS ont été délivrées au Canada à des personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrite : il s'agit du plus grand nombre d'ordonnances parmi toutes les catégories d'ordonnances liées à l'arthrite. Le tiers environ (30 %) des ordonnances d'AINS délivrées pour l'arthrite l'ont été pour l'arthrose; 9 %, pour la PR, les maladies du tissu conjonctif et autres types d'arthrite inflammatoires; et le reste (61 %), pour d'autres types d'arthrite tels que les lésions articulaires, la pseudo-polyarthrite rhizomélique, la synovite, la bursite et les arthropathies non précisées.

Les AINS peuvent irriter la paroi de l'estomac et le système GI. Des médicaments protecteurs sont par conséquent prescrits pour réduire le risque d'irritation. La plupart des ordonnances de PGI ont été prescrites à des personnes souffrant d'arthrose ou à des personnes souffrant d'une autre affection arthritique (40 % et 53 %, respectivement).

Les ARAL sont aussi utilisés couramment pour traiter l'arthrite : plus d'un million d'ordonnances ont été délivrées en 2007. La majeure partie (plus de 70 %) des ordonnances ont été prescrites aux personnes souffrant de PR.

Les ordonnances de corticostéroïdes ont été délivrées le plus souvent (62 %) à des personnes ayant reçu un diagnostic dans la catégorie des « autres affections arthritiques ».

Plus de 90 % des ordonnances de MRB ont été prescrites pour des personnes ayant reçu un diagnostic de PR.



**Tableau 7-1** *Nombre et pourcentage d'ordonnances d'AINS, d'ARAL, de corticostéroïdes, de MRB et de PGI délivrées à des personnes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite, Canada, 2007*

	Nombre d'ordonnances pour l'arthrite		Pourcentage du total des ordonnances à l'intention de personnes atteintes de diverses formes d'arthrite			
		Arthrose	PR	Maladies du tissu conjonctif	Autres types d'arthrite inflammatoires	Autres affections arthritiques
<b>AINS</b>	4 165 700	30,0	4,5	0,6	3,9	61,3
<b>ARAL</b>	1 101 230	0,9	72,2	9,9	5,7	8,0
<b>Corticostéroïdes</b>	908 230	13,1	12,6	8,2	2,0	61,8
<b>MRB</b>	149 610	-	90,1	-	2,5	-
<b>PGI</b>	283 650	40,0	6,1	0,1	10,3	52,8

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.





« Si les nouveaux médicaments biologiques avaient existé lorsque j'étais dans la vingtaine, je pense que je serais en meilleur état aujourd'hui. L'effet de ces médicaments aux stades précoces de l'arthrite est tout à fait remarquable. La clé du succès réside dans un diagnostic précoce et un traitement vigoureux de la maladie. »

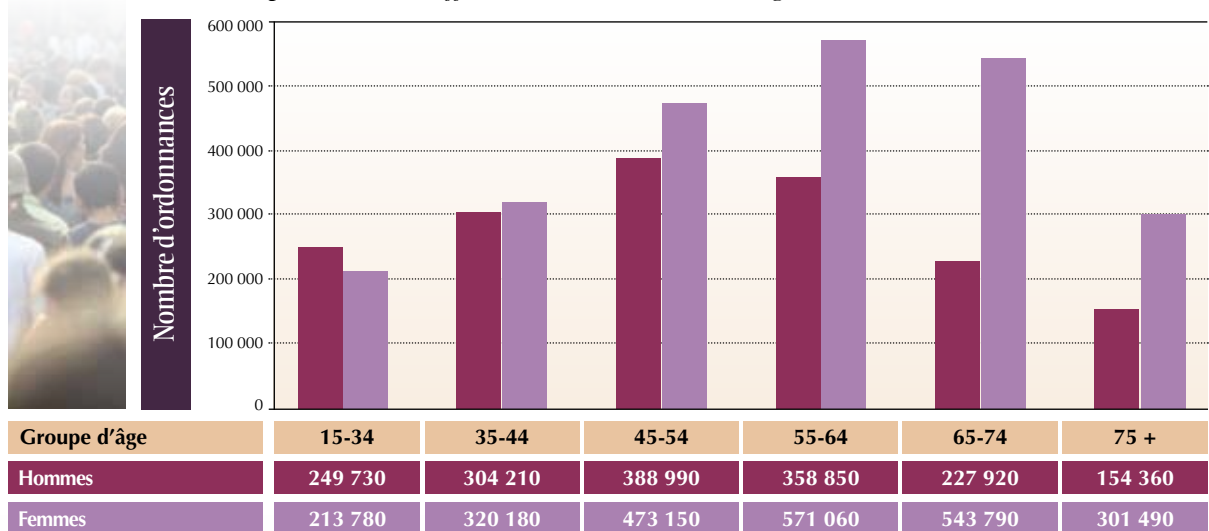
— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

## Ordonnances selon l'âge, le sexe et l'année

### AINS et PGI

En 2007, dans tous les groupes d'âge, davantage d'ordonnances ont été délivrées aux femmes arthritiques qu'aux hommes, sauf entre 15 et 34 ans (figure 7-1). Le nombre d'ordonnances d'AINS a atteint un pic chez les hommes de 45 à 54 ans et les femmes de 55 à 64 ans, puis a diminué. Ces données concordent avec l'observation d'une plus forte prévalence de l'arthrite chez les femmes, et le fait que la majorité des personnes vivant avec l'arthrite sont en âge de travailler.

**Figure 7-1** Estimation du nombre total d'ordonnances d'AINS\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon l'âge et le sexe, Canada, 2007



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.

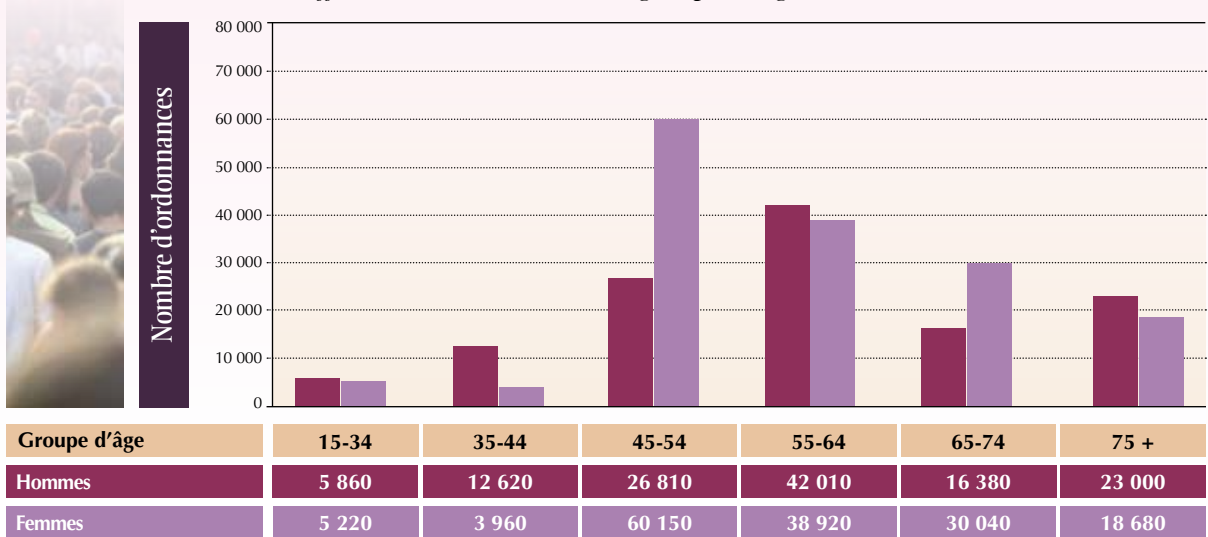
♦ \* AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Davantage d'ordonnances de PGI ont été rédigées pour des hommes que pour des femmes souffrant d'arthrite, sauf pour ceux âgés entre 45 et 54 ans et 65 et 74 ans (figure 7-2). Le nombre d'ordonnances de PGI délivrées aux hommes a crû jusqu'à l'âge de 64 ans, tandis que chez les femmes, ce nombre a connu une hausse marquée entre 35 et 54 ans, avant de redescendre de façon constante par la suite.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires recommandent que des PGI soient prescrits pour traiter ou prévenir les complications associées à la prise d'AINS chez les personnes présentant des facteurs de risque de problèmes gastro-intestinaux (p. ex. un âge avancé, l'association de plusieurs AINS ou des antécédents d'ulcère). Bien que le nombre d'ordonnances de PGI visant à traiter l'arthrite soit inférieur au nombre d'ordonnances d'AINS, il n'est pas possible d'évaluer l'écart potentiel entre les lignes directrices et la pratique clinique sans connaître la proportion de personnes qui présentaient des facteurs de risque de problèmes gastro-intestinaux.



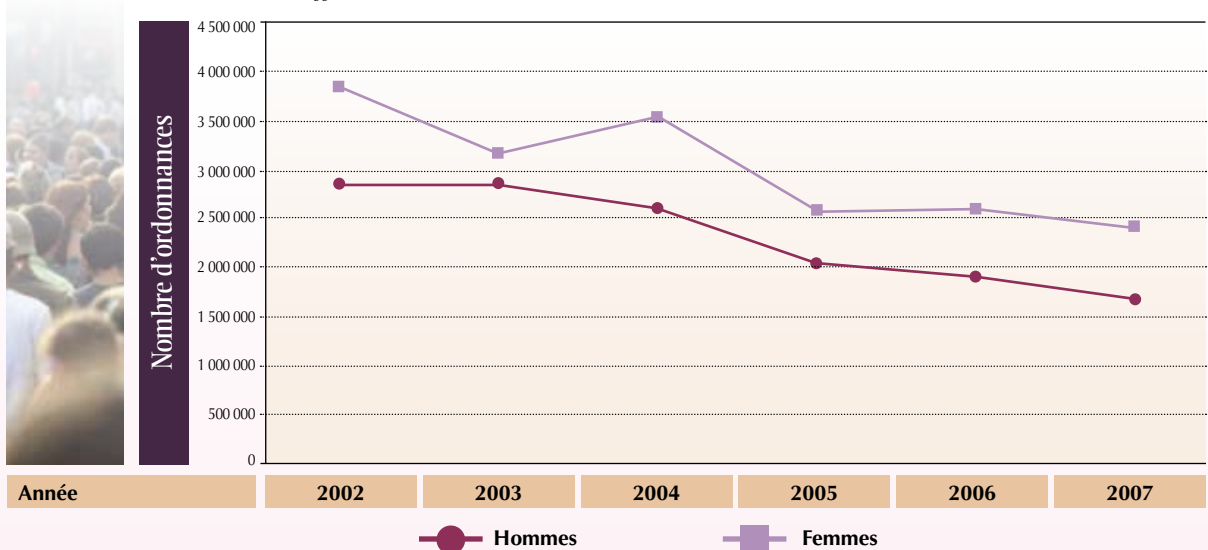
**Figure 7-2** Estimation du nombre total d'ordonnances de PGI\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.  
 ♦ \* PGI = protecteurs gastro-intestinaux.

Le nombre d'ordonnances d'AINS a décliné au fil du temps chez les femmes et les hommes (figure 7-3). En ce qui concerne les femmes, le nombre d'ordonnances délivrées a connu un sommet en 2004, puis un déclin marqué l'année suivante. Ce déclin pourrait résulter du retrait du rofécoxib (inhibiteur sélectif de la COX-2) du marché canadien en septembre 2004. Les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ont été mis au point expressément pour réduire les complications gastro-intestinales; ils se sont avérés efficaces, mais ils ont été associés à une hausse du risque cardiovasculaire<sup>12</sup>. Le déclin du nombre d'ordonnances pourrait résulter d'un recours accru aux AINS en vente libre, aux dépens des AINS sur ordonnance<sup>25</sup>.

**Figure 7-3** Estimation du nombre total d'ordonnances d'AINS\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007

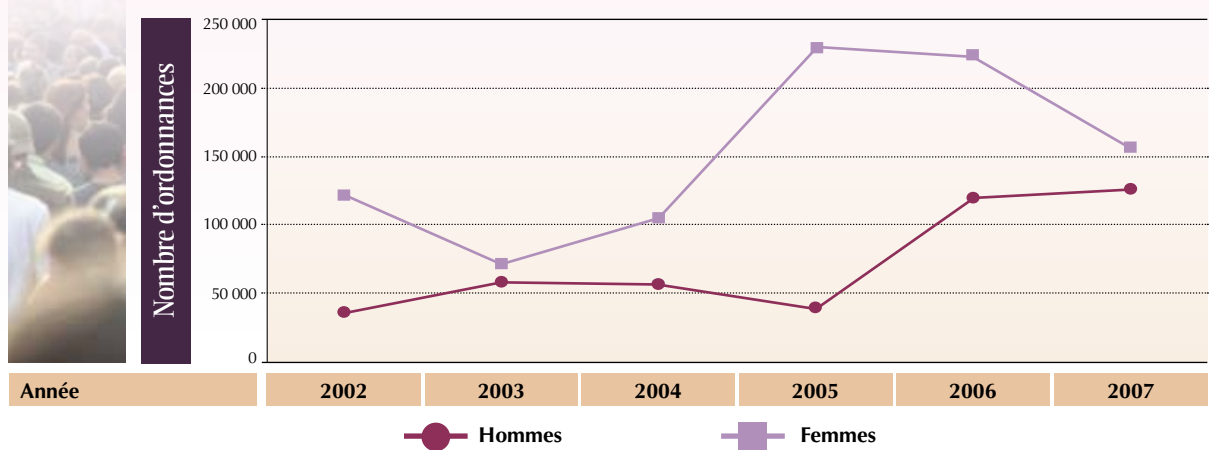


♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.  
 ♦ \* AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens.



Le nombre de PGI prescrits aux femmes et aux hommes a connu une forte croissance entre 2004 et 2005 et entre 2005 et 2006, respectivement (figure 7-4). Chez les femmes, la décroissance abrupte entre 2006 et 2007 est préoccupante, car le nombre d'ordonnances d'AINS n'a pas décliné aussi fortement pendant la même période.

**Figure 7-4** Estimation du nombre total d'ordonnances de PGI\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007

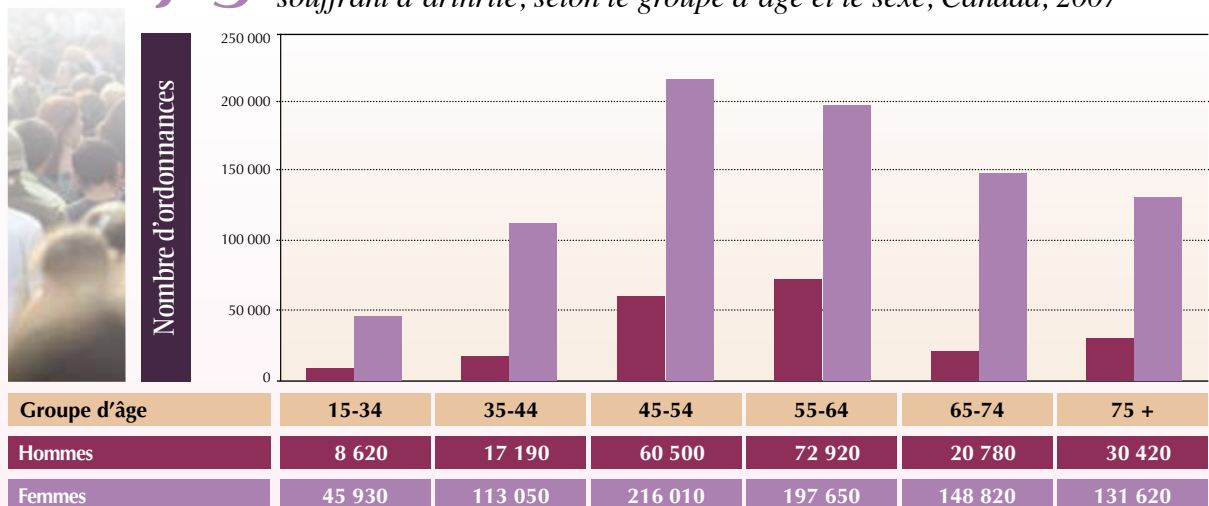


◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.  
 ◆ \* PGI = protecteurs gastro-intestinaux.

## ARAL

Les ARAL sont recommandés comme traitement principal de la PR. Le nombre d'ordonnances d'ARAL rédigées pour les femmes souffrant d'arthrite était plus élevé que pour les hommes dans tous les groupes d'âge (figure 7-5). Cela s'explique par le fait que les formes d'arthrite qui exigent un traitement par des ARAL, notamment la PR, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le nombre maximal d'ordonnances d'ARAL a été atteint chez les femmes de 45 à 54 ans, après quoi ce nombre a décliné; chez les hommes, il a été atteint entre 55 et 64 ans, ce qui concorde avec l'observation que la majeure partie des personnes arthritiques sont en âge de travailler.

**Figure 7-5** Estimation du nombre total d'ordonnances d'ARAL\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007

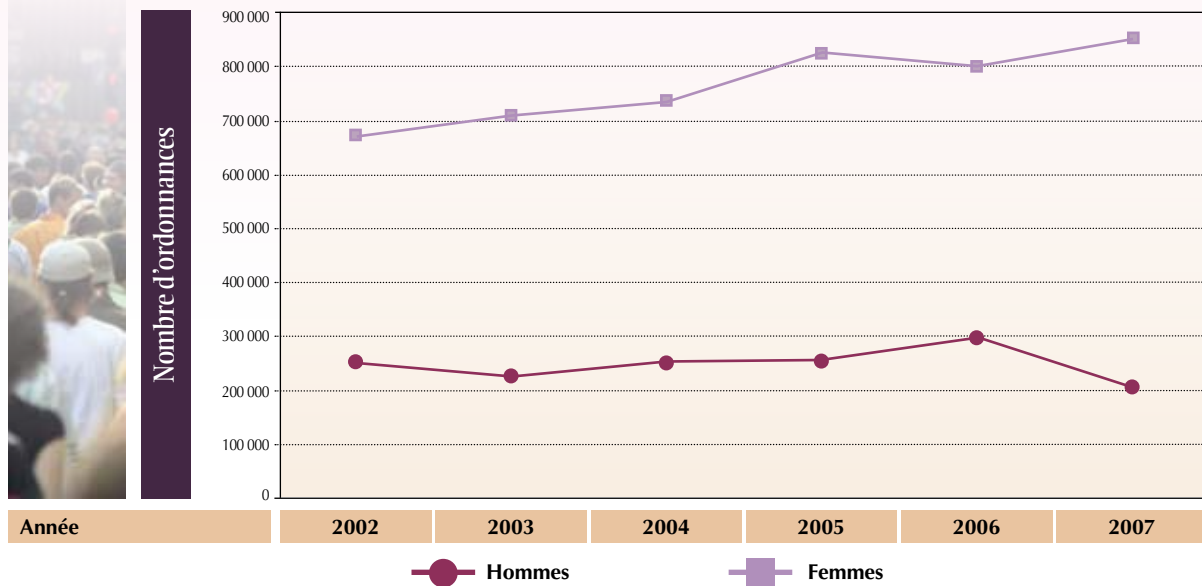


◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.  
 ◆ \* ARAL = antirhumatismaux à action lente.



Les tendances temporelles en matière de prescription d'ARAL ont été différentes selon le sexe. Le nombre d'ordonnances rédigées pour des femmes souffrant d'arthrite a augmenté entre 2002 et 2007; il est resté stable pour les hommes jusqu'en 2006, puis il a connu une baisse en 2007 (figure 7-6). La raison de cet écart n'est pas établie.

**Figure 7-6** Estimation du nombre total d'ordonnances d'ARAL\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007

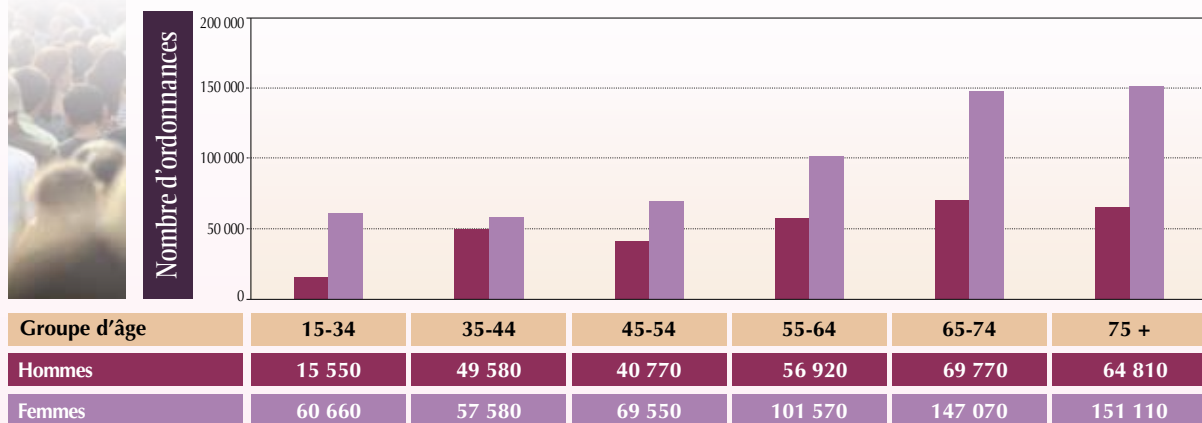


♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.  
 ♦ \* ARAL = antirhumatismaux à action lente.

### Corticostéroïdes

Dans tous les groupes d'âge, le nombre d'ordonnances de corticostéroïdes (voies orale et intraveineuse combinées) était plus élevé chez les femmes atteintes d'arthrite que chez les hommes (figure 7-7), ce qui est cohérent avec l'observation que la prévalence de la maladie est supérieure chez les femmes. Le nombre d'ordonnances prescrites à l'intention de femmes arthritiques a augmenté avec l'âge.

**Figure 7-7** Estimation du nombre total d'ordonnances de corticostéroïdes délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007

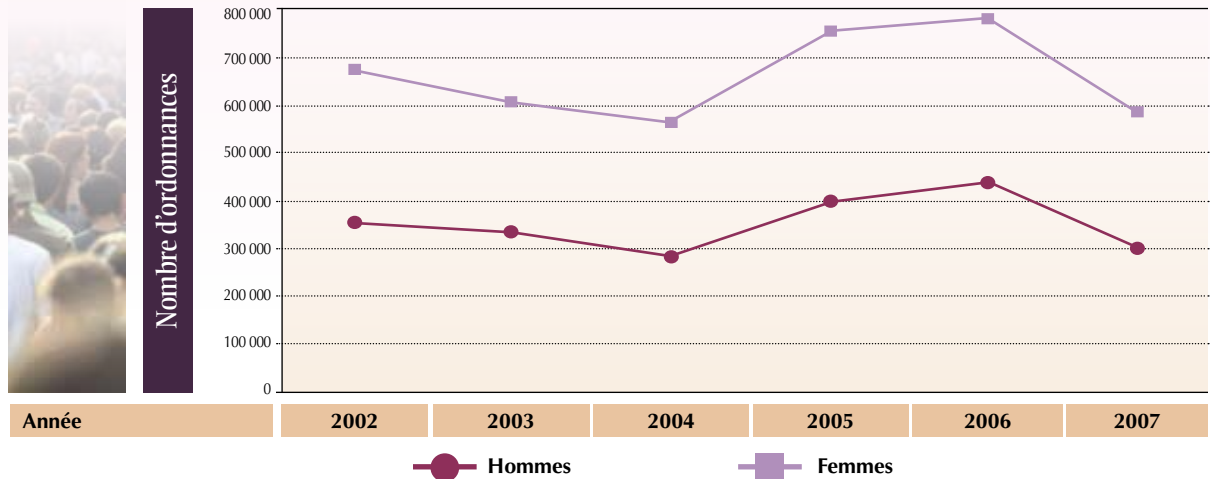


♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.



Une tendance similaire quant aux ordonnances de corticostéroïdes (voies orale et intraveineuse combinées) a été observée chez les hommes et les femmes : le nombre d'ordonnances a diminué entre 2002 et 2004, suivi d'une augmentation entre 2004 et 2006, puis il a baissé en 2007 (figure 7-8).

**Figure 7-8** Estimation du nombre total d'ordonnances de corticostéroïdes délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007

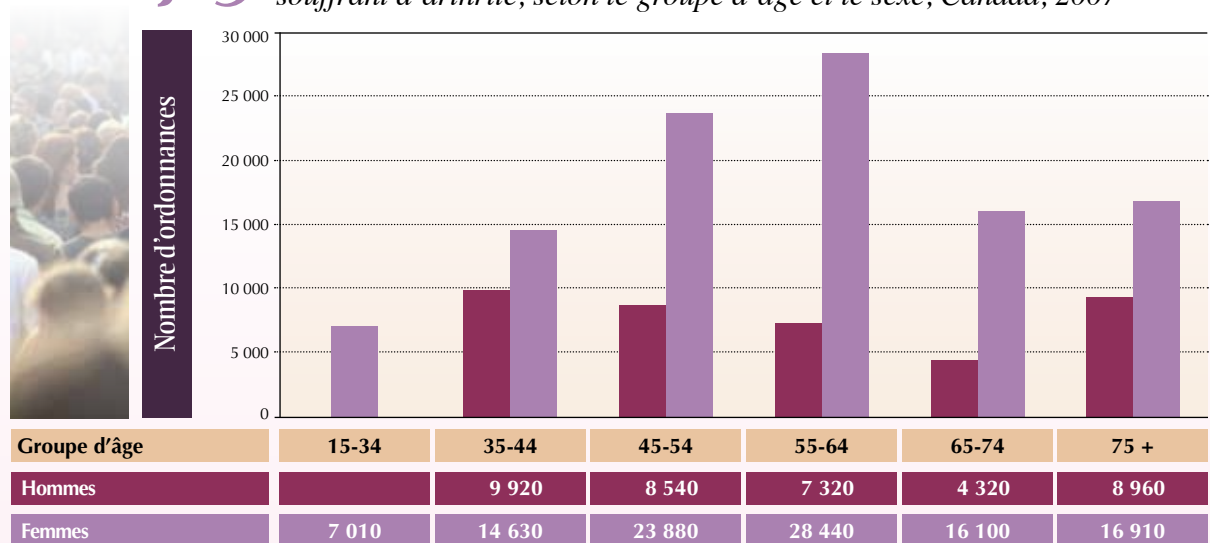


◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.

### MRB

Les femmes ont reçu davantage d'ordonnances de MRB que les hommes (figure 7-9). L'observation concorde avec la prévalence supérieure des formes d'arthrite inflammatoire (comme la PR) chez les femmes. Le nombre d'ordonnances a augmenté avec l'âge jusqu'à 64 ans chez les femmes, alors qu'il a diminué chez les hommes des mêmes groupes d'âge.

**Figure 7-9** Estimation du nombre total d'ordonnances de MRB\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007



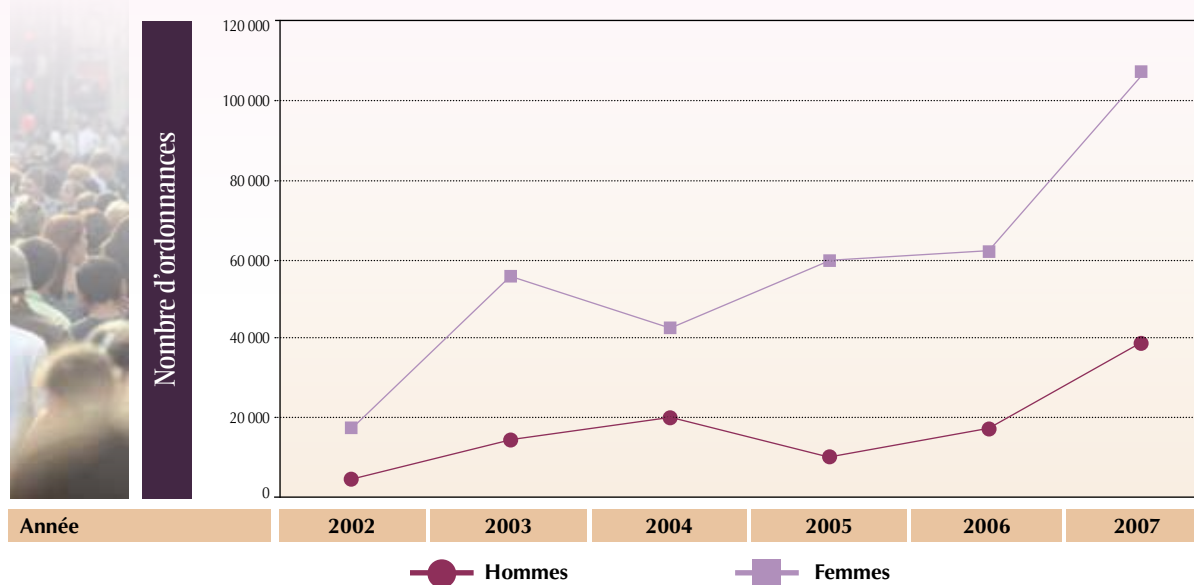
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.

◆ \* MRB = modificateurs de la réponse biologique. ◆ Aucune ordonnance n'a été déclarée par les médecins interrogés pour les hommes âgés de 15 à 34 ans en 2007.



Le nombre d'ordonnances de MRB rédigées pour les femmes a connu une hausse marquée entre 2002 et 2003 et entre 2006 et 2007 (figure 7-10). La hausse des ordonnances a été très marquée entre 2006 et 2007 chez les hommes et les femmes. Ces hausses seraient attribuables en partie aux modifications apportées aux listes de médicaments provinciales, la couverture des MRB ayant été élargie.

**Figure 7-10** Estimation du nombre total d'ordonnances de MRB\* délivrées à des personnes souffrant d'arthrite, selon le sexe et l'année, Canada, 2002-2007



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Index canadien des maladies et traitements, IMS Health Canada.

♦ \* MRB = modificateurs de la réponse biologique.

## Résumé

- Cinq grands types de médicaments sont utilisés dans le traitement de l'arthrite : les analgésiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticostéroïdes, les antirhumatismaux à action lente et les modificateurs de la réponse biologique.
- L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de corticostéroïdes pour lutter contre l'arthrite a baissé; cependant, l'utilisation de nouveaux médicaments, c.-à-d. des antirhumatismaux à action lente et des modificateurs de la réponse biologique, a connu une hausse.
- En 2007, plus de quatre millions d'ordonnances d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été délivrées au Canada à des personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrite : 30 % des ordonnances visaient à traiter l'arthrose, 9 % la polyarthrite rhumatoïde, les maladies du tissu conjonctif et autres types d'arthrite inflammatoire, et 61 % d'autres affections arthritiques.
- Plus d'un million d'ordonnances d'antirhumatismaux à action lente ont été prescrites à des personnes souffrant d'arthrite en 2007, et la majorité de ces ordonnances (plus de 70 %) étaient destinées à des personnes ayant reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.
- Près d'un million d'ordonnances de corticostéroïdes ont été prescrites en 2007, et ce, surtout à des personnes ayant reçu un diagnostic dans la catégorie des « autres affections arthritiques » (62 %).
- En 2007, environ 150 000 ordonnances de modificateurs de la réponse biologique ont été prescrites : 90 % de ces ordonnances étaient destinées à des personnes ayant reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.
- Si l'on exclut les données sur les corticostéroïdes, ce sont les femmes et les personnes en âge de travailler qui ont reçu le plus d'ordonnances de médicaments liés à l'arthrite.



## Références

1. Kasman N, Power J, Mamdani M, Badley E. Use of medication. In: Badley E, Glazier R (Eds.), *Arthritis and Related Conditions in Ontario ICES Atlas*. 2<sup>nd</sup> ed. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), 2004.
2. Bijlsma JW, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2007;21(1):59–76.
3. Keith MP, Gilliland WR. Updates in the management of gout. *Am J Med* 2007;120(3):221–4.
4. Gaffo A, Saag KG, Curtis JR. Treatment of rheumatoid arthritis. *Am J Health Syst Pharm* 2006;63(24):2451–65.
5. La Société de l'arthrite. *La polyarthrite psoriasique : un aperçu des options de traitement*. Toronto, La Société de l'arthrite, 2007. URL : <http://www.arthrite.ca/local%20programs/ca/publications%20and%20resources/publications/default.asp?s=1>.
6. Mavragani CP, Moutsopoulos NM, Moutsopoulos HM. The management of Sjogren's syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2(5):252–61.
7. Alenius GM. Psoriatic arthritis—new insights give new options for treatment. *Curr Med Chem* 2007;14(3):359–66.
8. Mader R, Keystone E. Optimizing treatment with biologics. *J Rheumatol* 2007;35(80 Suppl):16–24.
9. Boonen A, Van der Linden SM. The burden of ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2006;33(78 Suppl):4–11.
10. Pelletier JP, Martel-Pelletier J. DMOAD developments: present and future. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2007;65(3):242–8.
11. Badley EM, MacKay C. *Care for People with Arthritis: Evidence and Best Practices*. Toronto, ON: Arthritis Community Research & Evaluation Unit (ACREU), University Health Network, 2005.
12. Kidd BL, Langford RM, Wodehouse T. Arthritis and pain. Current approaches in the treatment of arthritic pain. *Arthritis Res Ther* 2007;9(3):214.
13. Moore SC, Desantis ER. Treatment of complications associated with systemic sclerosis. *Am J Health Syst Pharm* 2008;65(4):315–21.
14. Stummvoll GH. Current treatment options in systemic Sclerosis (Scleroderma). *Acta Med Austriaca* 2002;29(1):14–9.
15. Majithia V, Geraci SA. Rheumatoid Arthritis: Diagnosis and Management. *Am J Med* 2007;120(11):936–9.
16. La Société de l'arthrite. *La spondylarthrite ankylosante : un aperçu des options de traitement*. Toronto, La Société de l'arthrite, 2007. URL : <http://www.arthrite.ca/local%20programs/ca/publications%20and%20resources/publications/default.asp?s=1>.
17. Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2006;20(3):401–17.
18. Jonsson R, Moen K, Vestrheim D, Szodoray P. Current issues in Sjögren's syndrome. *Oral Dis* 2002;8(3):130–40.
19. Lanza FL. A guideline for the treatment and prevention of NSAID-induced ulcers. Members of the Ad Hoc Committee on Practice Parameters of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2037–66.
20. La Société de l'arthrite. *Guide du consommateur sur les médicaments contre l'arthrite*. Toronto, La Société de l'arthrite, 2007. URL : <http://www.arthrite.ca/local%20programs/ca/publications%20and%20resources/publications/default.asp?s=1>.
21. Goldblatt F, Isenberg DA. New therapies for systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Immunol* 2005;140(2):205–12.
22. Pongratz D. Therapeutic options in autoimmune inflammatory myopathies (dermatomyositis, polymyositis, inclusion body myositis). *J Neurol* 2006;253 Suppl 5:V64–5.
23. Baer AN. Advances in the therapy of idiopathic inflammatory myopathies. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(3):236–41.
24. La Société de l'arthrite. *Lignes directrices pour de meilleures pratiques*. Toronto, La Société de l'arthrite, 2004. URL : <http://www.arthrite.ca/local%20programs/ca/publications%20and%20resources/publications/default.asp?s=1>.
25. Moore, N. Ibuprofen: a journey from prescription to over-the-counter use. *J R Soc Med* 2007;100 Suppl 48:2-6.



# Chapitre huit

## Utilisation des services de soins ambulatoires

*« Ce long parcours semé de médicaments, d'opérations et autres traitements m'a pris un temps fou, m'a exténué et m'a découragé — c'est le moins qu'on puisse dire. Je parviens cependant à distinguer les aspects positifs de chaque situation et à me concentrer sur ces aspects, pour ne pas sombrer dans les abîmes du désespoir. L'équipe qui me soigne fait toute la différence : rien qu'avec son assiduité à la tâche et sa compassion, elle m'aide à affronter les difficultés qui se présentent les unes après les autres. »*

— Personne atteinte de spondylarthrite ankylosante

## Introduction

L'arthrite est l'une des principales causes de douleur chronique et d'incapacité de longue durée, et cela entraîne des demandes importantes au système de santé<sup>1,2</sup>. Au Canada, les soins prodigués pour traiter l'arthrite le sont majoritairement dans les services ambulatoires ou de consultation externe. Les médecins de première ligne jouent un rôle capital dans le diagnostic précoce et la coordination de la prise en charge de la maladie ainsi que dans le suivi de l'état de santé de la personne et l'accès à d'autres services, tels que les consultations auprès de spécialistes et de professionnels de la réadaptation<sup>2-4</sup>.

Les recommandations de pratiques exemplaires pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) (et des autres types d'arthrite potentiellement graves) insistent sur l'importance d'être référé à un rhumatologue le plus tôt possible<sup>4</sup>. Ce dernier peut confirmer le diagnostic, amorcer rapidement le traitement, évaluer la réponse de l'individu au traitement et réviser périodiquement son plan de traitement<sup>5,6</sup>. Les internistes généraux participent également à la prise en charge de l'arthrite, surtout dans les milieux où il n'y a pas de rhumatologues, ou s'ils ont développé une expertise dans les soins de l'arthrite<sup>4</sup>.

L'efficacité d'interventions telles que le remplacement d'articulation est largement reconnue dans le traitement de l'arthrose et de la PR avancées. Ainsi, les chirurgiens orthopédistes interviennent fréquemment lorsque la personne atteinte ne répond pas au traitement de première intention après un certain temps<sup>4,7,8</sup>.

Le présent chapitre traite de l'utilisation des soins ambulatoires à partir de l'analyse des consultations de médecins de première ligne et de spécialistes. Les données de facturation des médecins pour l'arthrite ont été recueillies dans cinq provinces canadiennes (Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Ontario et Québec)\*





pendant l'exercice de 2005-2006. L'analyse porte sur tous les individus de 15 ans et plus ayant utilisé au moins une fois des services ambulatoires au cours de l'exercice 2005-2006 et pour lesquels la demande de règlement du médecin indiquait un code de diagnostic d'arthrite.

Le présent chapitre se réfère aux catégories d'affections arthritiques suivantes :

- la polyarthrite rhumatoïde;
- l'arthrose;
- les autres types d'arthrite inflammatoire (p. ex. le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie, la goutte, la polyarthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante);
- les autres affections arthritiques (p. ex. la pseudo-polyarthrite rhizomélique, la tendinite, la bursite, la synovite, les lésions intra-articulaires du genou et d'autres arthropathies non précisées);
- toutes les affections arthritiques ci-dessus combinées.

Un taux canadien (excepté les territoires) a été calculé afin d'estimer le nombre total de consultations liées à l'arthrite au pays. Les territoires ont été exclus du calcul parce que leurs modalités d'utilisation des services de soins ambulatoires diffèrent de celles des provinces.

\* Ces provinces ont participé à une étude de faisabilité sur l'utilisation de données administratives pour la surveillance de l'arthrite. Une partie de ces données a été mise à disposition par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, l'Unité de recherche sur la santé de la population de l'Université Dalhousie et l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario, financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Bien que la présente recherche soit basée sur ces données, les observations et opinions exprimées sont celles de l'auteur ou des auteurs et non celles des organismes mentionnés précédemment.

## Consultations médicales — (toutes catégories de médecins)

En 2005-2006, le nombre total de consultations liées à l'arthrite au Canada (territoires exclus) était estimé à 8,5 millions (tableau 8-1). Environ 14 % des Canadiens et Canadiennes de 15 ans et plus ont consulté au moins une fois un médecin pour un diagnostic d'arthrite. En moyenne, 2,3 consultations liées à l'arthrite par personne ont eu lieu pendant l'exercice 2005-2006, et davantage de femmes que d'hommes ont consulté un médecin pour de l'arthrite (ratio femmes/hommes : 1,4 pour 1).

Environ 5 % de la population canadienne a consulté au moins une fois un médecin pour un diagnostic consigné d'arthrose (30 % de toutes les visites liées à l'arthrite), ce qui est inférieur au pourcentage de personnes ayant déclaré souffrir d'arthrite dans la population. Ainsi, de nombreuses personnes atteintes d'arthrose ne consultent pas leur médecin chaque année ou si elles le font, un autre motif de consultation peut avoir été indiqué.

Moins de un pour cent des Canadiens et Canadiennes (0,6 %) ont consulté pour la PR, soit un pourcentage semblable à celui des estimations épidémiologiques publiées (0,6 % à 0,76 % de la population adulte)<sup>11,12</sup>. La PR est une forme grave d'arthrite; il est probable que les personnes qui en sont atteintes voient leur médecin au moins une fois par année pour un suivi.

Pendant l'exercice 2005-2006, 2,0 consultations par personne ont eu lieu pour l'arthrose et 3,2 pour la PR, en moyenne (tableau 8-1).

**Tableau 8-1** Consultations médicales (toutes catégories de médecins) pour l'arthrite et les affections apparentées chez les adultes de 15 ans et plus au Canada, à l'exclusion des territoires (intervalle des résultats fourni pour les provinces participantes)\*, 2005-2006

	Personnes ayant consulté pour 1 000 habitants	Ratio femmes/hommes	Nombre moyen de visites par personne	Nombre total estimé de visites**
<b>Tous types d'arthrite</b>	<b>136,7</b> (112,5 - 205,5)	<b>1,4:1</b> (1,4:1 - 1,5:1)	<b>2,3</b> (2,1 - 2,7)	<b>8 548 588</b>
<b>Arthrose</b>	45,6 (32,1 - 53,8)	1,7:1 (1,5:1 - 1,9:1)	2,0 (1,8 - 2,3)	2 503 078
<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	6,4 (5,2 - 7,8)	2,5:1 (2,3:1 - 2,9:1)	3,2 (2,5 - 4,6)	564 644
<b>Autres types d'arthrite inflammatoire</b>	8,8 (5,9 - 13,6)	0,8:1 (0,7:1 - 0,9:1)	1,8 (1,7 - 2,2)	441 740
<b>Autres affections arthritiques</b>	94,4 (57,2 - 171,8)	1,3:1 (1,3:1 - 1,5:1)	1,9 (1,6 - 2,3)	5 041 705

♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.). ♦ \* Au moins une visite chez le médecin. ♦ \*\* Le taux canadien a été calculé à partir des données des provinces participantes; le nombre de consultations dans les provinces non participantes a été estimé en appliquant ce taux aux populations respectives de ces provinces en 2005.

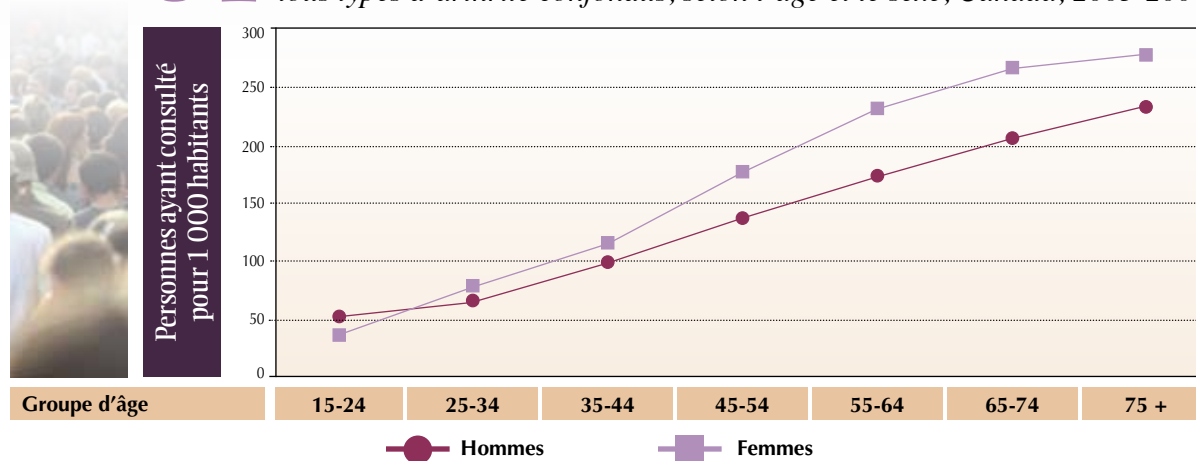


Les femmes ont vu un médecin 1,7 fois plus souvent que les hommes pour l'arthrose et 2,5 fois plus souvent pour la PR, ce qui reflète la prévalence plus élevée de l'arthrose et de la PR chez les femmes.

## Consultations médicales par âge, sexe et type d'arthrite

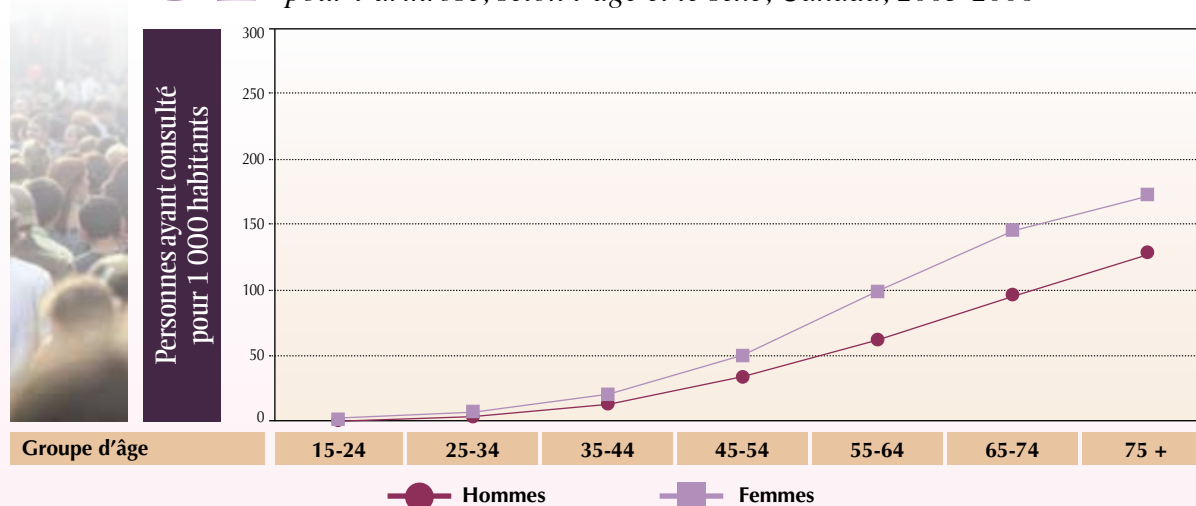
Globalement, les taux de personne-consultation pour 1 000 habitants pour tous les types d'arthrite et pour l'arthrose ont augmenté avec l'âge (figures 8-1 et 8-2). Ils étaient supérieurs chez les femmes dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 24 ans. En ce qui concerne la PR, les taux ont augmenté avec l'âge, puis décliné chez les femmes de 75 ans et plus (figure 8-3). Les variations pourraient s'expliquer par le fait que le vieillissement augmente la probabilité de problèmes de santé chroniques concomitants. Il se peut que le médecin ait inscrit une autre maladie que l'arthrite comme motif principal de la visite sur le formulaire de remboursement.

**Figure 8-1** Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) tous types d'arthrite confondus, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.).

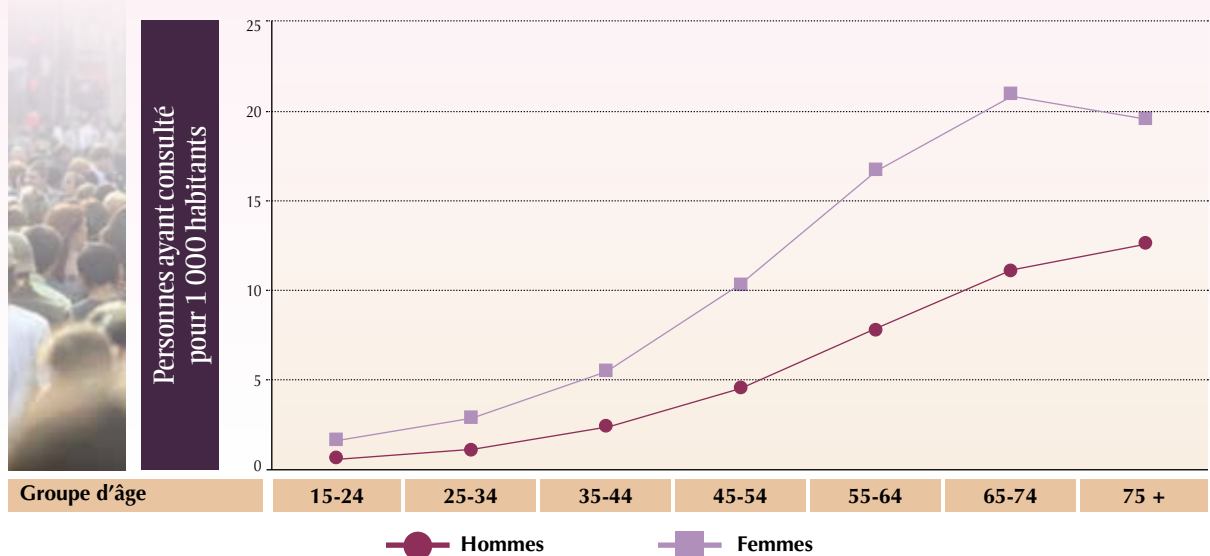
**Figure 8-2** Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) pour l'arthrose, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.).



**Figure 8-3** Taux de personne-consultation médicale (toutes catégories de médecins) pour la polyarthrite rhumatoïde, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006

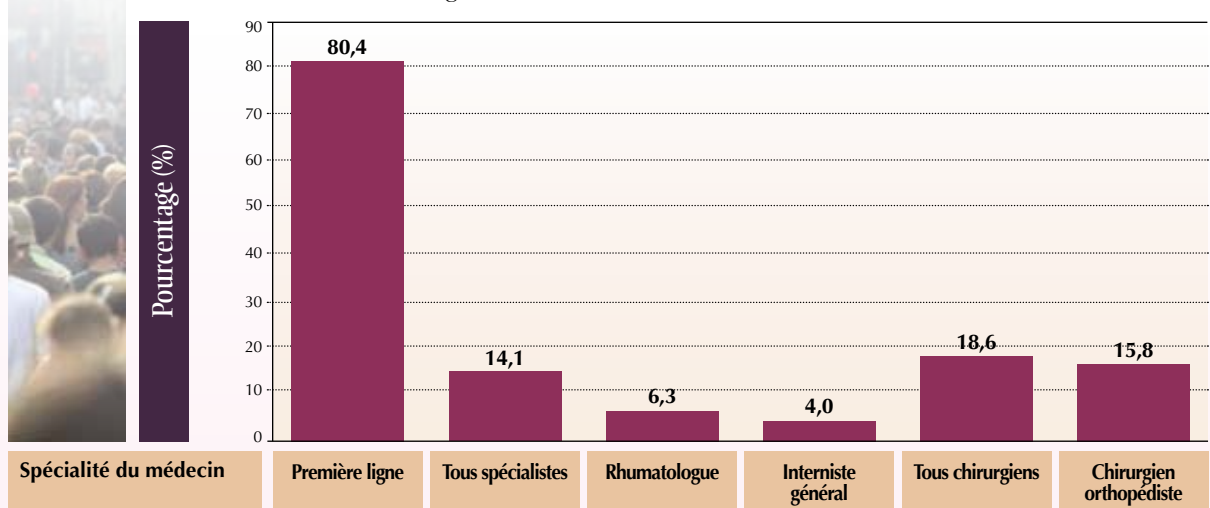


◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.).

### Consultations par type de médecin

En 2005-2006, la plupart des patients (80 %) ayant consulté un médecin en raison de l'arthrite ont vu un médecin de première ligne (figure 8-4). Environ 19 % des patients ont vu un chirurgien et un peu moins (14 %) ont consulté un spécialiste. Parmi tous les chirurgiens, les chirurgiens orthopédistes ont été les plus fréquemment consultés (85 %). Ces données soulignent l'importance du médecin de première ligne dans la prise en charge de l'arthrite (en collaboration avec des spécialistes, le cas échéant).

**Figure 8-4** Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite (tous types confondus) ayant consulté un médecin de première ligne, un spécialiste ou un chirurgien, Canada, 2005-2006\*



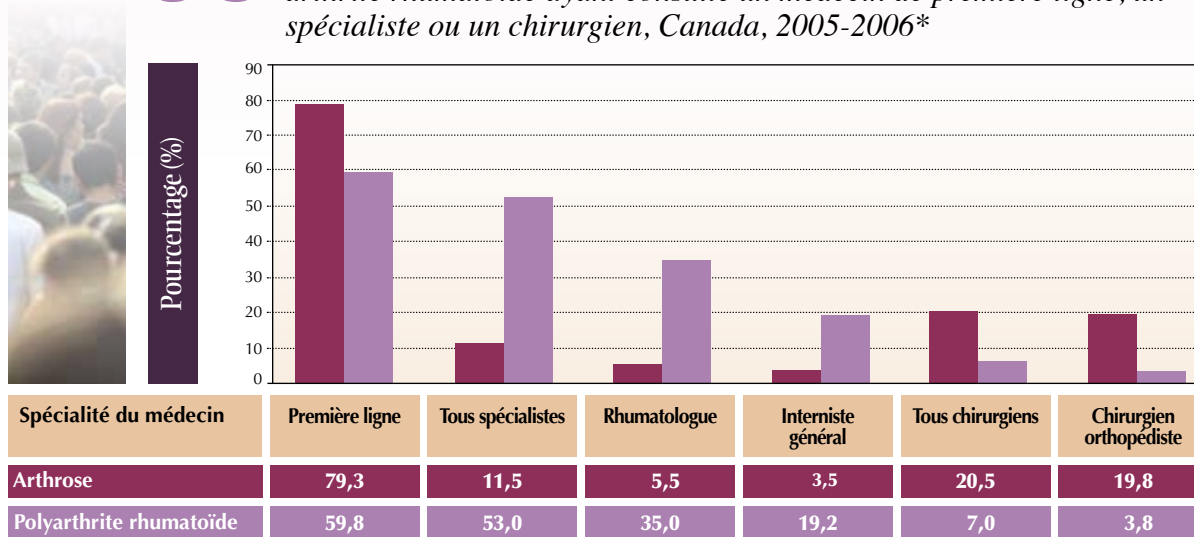
◆ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.). ◆ \* La somme des pourcentages n'égalé pas 100 %, car une personne donnée peut consulter plus d'une catégorie de médecins durant une année.



De ceux qui ont consulté un médecin pour de l'arthrose, 79 % ont vu un médecin de première ligne (figure 8-5). Davantage de patients souffrant d'arthrose ont consulté un chirurgien (20,5 %) plutôt qu'un spécialiste (11,5 %). Parmi tous les chirurgiens, les chirurgiens orthopédistes ont été les plus fréquemment consultés (97 %).

Plus de la moitié des personnes (60 %) qui ont consulté pour la PR ont vu un médecin de première ligne; un grand nombre d'entre elles ont également consulté un spécialiste (53 %). Parmi tous les spécialistes consultés, les rhumatologues étaient les plus vus (67 %), suivis des internistes généraux (37 %). Un pourcentage nettement moindre de personnes atteintes de PR ont vu un chirurgien (7 %), dont plus de la moitié ont consulté un chirurgien orthopédiste.

**Figure 8-5** Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde ayant consulté un médecin de première ligne, un spécialiste ou un chirurgien, Canada, 2005-2006\*



♦ Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données provinciales de facturation des médecins (Alb., Man., Ont., Qc, N.-É.). ♦ \* La somme des pourcentages n'égalé pas 100 %, car une personne donnée peut consulter plus d'une catégorie de médecins durant une année.

## Résumé

- Au Canada, environ 14 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont consulté un médecin au moins une fois en 2005-2006 pour l'un ou l'autre des types d'arthrite, ce qui représente un total de 8,5 millions de visites environ dans les provinces du pays, territoires exclus.
- Environ 5 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus a consulté un médecin au moins une fois en 2005-2006 avec un diagnostic consigné d'arthrose.
- Moins d'un pour cent de la population a vu un médecin pour la PR (0,6 %) et les autres types d'arthrite inflammatoire (0,9 %).
- Davantage de femmes que d'hommes ont consulté pour un motif lié à l'arthrite, et le taux de consultation était supérieur chez les personnes âgées des deux sexes.
- Les médecins de première ligne jouent un rôle clé dans la prise en charge de l'arthrite : 80 % des personnes ayant consulté pour une affection arthritique ont vu ce type de médecin.
- Parmi les personnes ayant consulté au moins une fois pour l'arthrite au cours de l'année, 19 % ont vu un chirurgien et 14 % un spécialiste. Parmi tous les chirurgiens, les chirurgiens orthopédistes ont été les plus fréquemment consultés (85 %).
- La plupart des personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde (60 %) ont consulté un médecin de première ligne et un grand nombre d'entre elles ont également vu un spécialiste (53 %). Les rhumatologues sont les médecins spécialistes les plus consultés (35 %), suivis des internistes généraux (19 %) et des chirurgiens (7 %).



## Références

1. Power JD, Perruccio AV, DesMeules M, Lagace C, Badley EM. Ambulatory physician care for musculoskeletal disorders in Canada. *J Rheumatol* 2006;33:133–9.
2. Hootman JM, Helmick CG, Schappert SM. Magnitude and characteristics of arthritis and other rheumatic conditions on ambulatory medical care visits, United States, 1997. *Arthritis Rheum* 2002;47(6):571–81.
3. Van der Waal JM, Bot SD, Terwee CB, Van der Windt DA, Schellevis FG, Bouter LM, et al. The incidences of and consultation rate for lower extremity complaints in general practice. *Ann Rheum Dis* 2006;65(6):809–15.
4. Power JD, Glazier RH, Boyle E, Badley EM. Primary and specialist care. In: Badley EM, Boyle E, Corrigan L, DeBoer D, Glazier RH, Guan J, et al. (Eds.), *Arthritis and Related Conditions in Ontario*. 2<sup>nd</sup> ed. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), 2004.
5. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update. *Arthritis Rheum* 2002;46:328–46.
6. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61(4):290–7.
7. Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet* 2007;370(9597):1508–19.
8. Ward MM. Health services in rheumatology. *Curr Opin in Rheumatol* 2000;12(2):99–103.
9. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008;58(1):26–35.
10. Kopec JA, Mushfiqur Rahman M, Berthelot JM, Le Petit C, Aghajanian J, Sayre EC, et al. Descriptive epidemiology of osteoarthritis in British Columbia. *J Rheumatol* 2007;34:386–93.
11. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al. for the National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: part I. *Arthritis Rheum* 2008;58(1):15–25.
12. Lacaille D, Anis AH, Guh DP, Esdaile JM. Gaps in care for rheumatoid arthritis: a population study. *Arthritis Rheum* 2005;53(2):241–8.



# Chapitre neuf

## *Soins hospitaliers pour la prise en charge de l'arthrite*

## Introduction

Bien que la majorité des personnes arthritiques reçoivent des soins en milieux ambulatoires, beaucoup d'entre elles requièrent un diagnostic ou des services thérapeutiques à l'hôpital et subissent des chirurgies d'un jour<sup>1,2</sup>. Les hospitalisations se produisent pour des raisons soit médicales, soit chirurgicales.

Les hospitalisations à caractère médical peuvent être requises pour des manifestations non articulaires associées à l'arthrite, les douleurs et incapacités causées par l'arthrite ou les effets indésirables du traitement médicamenteux, comme les complications gastro-intestinales.

La chirurgie orthopédique est l'intervention chirurgicale la plus fréquente chez les personnes souffrant de douleurs intenses et de lésions articulaires graves lorsque les traitements non chirurgicaux ont atteint leur efficacité maximale<sup>3-5</sup>. Ce type d'interventions va de la fusion au remplacement d'articulations. L'arthroplastie est une intervention efficace pour atténuer la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle des sujets atteints d'arthrite avancée<sup>3</sup>. La technique s'applique à diverses articulations, la hanche et le genou le plus souvent, suivis de l'épaule.

Le présent chapitre porte sur les soins hospitaliers, c.-à-d. les hospitalisations (médicales et chirurgicales) et les chirurgies d'un jour, prodigués aux résidents canadiens de 15 ans et plus souffrant d'arthrite. Il présente également des données sur les arthroplasties totales, c.-à-d. les chirurgies de remplacement total des articulations. L'information concernant les temps d'attente, les réadmissions et les complications liés aux arthroplasties totales n'est pas incluse dans ce chapitre, mais elle a été publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)<sup>6,7</sup>. Les données du présent chapitre proviennent de plusieurs bases de données nationales administrées par l'ICIS pour les exercices de 2001-2002 à 2005-2006.

Les hospitalisations auxquelles un code de diagnostic de l'arthrite a été associé sont réparties dans les cinq catégories suivantes :

- l'arthrite inflammatoire (p. ex. la polyarthrite rhumatoïde ou PR);
- l'arthrose;



- les maladies du tissu conjonctif généralisées (p. ex. le lupus);
- les affections des tissus mous (p. ex. les syndromes de la coiffe des rotateurs et la synovite);
- les « autres types d'arthrite » (p. ex. la spondylarthrose

et les affections apparentées ainsi que les lésions intra-articulaires).

À des fins de comparaison, des données d'hospitalisations sont également présentées pour des diagnostics autres que l'arthrite.

## Hospitalisations et chirurgies ambulatoires liées à l'arthrite

*« Si, à l'âge de 24 ans, je n'avais pas été hospitalisée, j'aurais sûrement fini en fauteuil roulant. Le corps médical a été capable de traiter plusieurs articulations en même temps. Mes épaules, mes mains, mes genoux et mes coudes me faisaient atrocement souffrir. Mais si la situation s'était produite aujourd'hui, on m'aurait demandé de choisir l'articulation à traiter, car les chirurgiens n'ont plus le droit que d'en opérer une à la fois. Quelle articulation choisiriez-vous de sauver ? »*

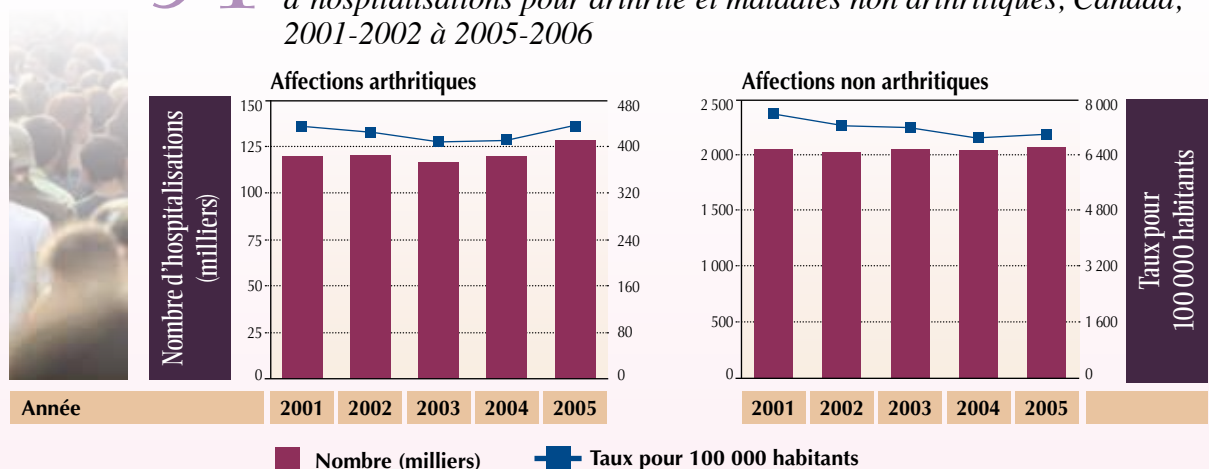
— Personne atteinte de polyarthrite rhumatoïde

En 2005-2006, il y a eu 2,2 millions d'hospitalisations de personnes de 15 ans et plus au Canada, soit 1,5 million pour des soins médicaux et 721 000 pour des chirurgies. L'arthrite était associée à plus de 5,9 % (129 205) des hospitalisations totales, mais davantage encore à celles de nature chirurgicale, soit 12,7 % (91 556). Les hospitalisations médicales incluaient 37 649 (2,6 %) motivées principalement par un diagnostic d'arthrite. Parmi toutes les hospitalisations, les hospitalisations chirurgicales (71 %) étaient plus communes que celles de nature médicale. Le contraire a été observé pour les affections non arthritiques : les hospitalisations chirurgicales étaient moins communes (elles représentent 32 % du total des hospitalisations pour des diagnostics autres que l'arthrite).

Le nombre d'hospitalisations pour des affections arthritiques est demeuré relativement stable entre 2001-2002 et 2004-2005. Il a connu une légère hausse en 2005-2006, alors que le nombre d'hospitalisations pour des motifs autres que l'arthrite est resté relativement stable (figure 9-1). Le taux d'hospitalisations liées à l'arthrite normalisé selon l'âge et le sexe a diminué entre 2001-2002 et 2004-2005, puis il a augmenté légèrement entre 2004-2005 et 2005-2006; le taux d'hospitalisations pour des motifs autres que l'arthrite a diminué durant cette période.

Le nombre d'hospitalisations peut demeurer stable alors que les taux baissent, car les populations comparées (personnes arthritiques et non arthritiques) ont des répartitions par âge et par sexe différentes. Les taux calculés ont été normalisés (ajustés) pour déterminer si ces différences subsistaient.

**Figure 9-1** Nombre et taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations pour arthrite et maladies non arthritiques, Canada, 2001-2002 à 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

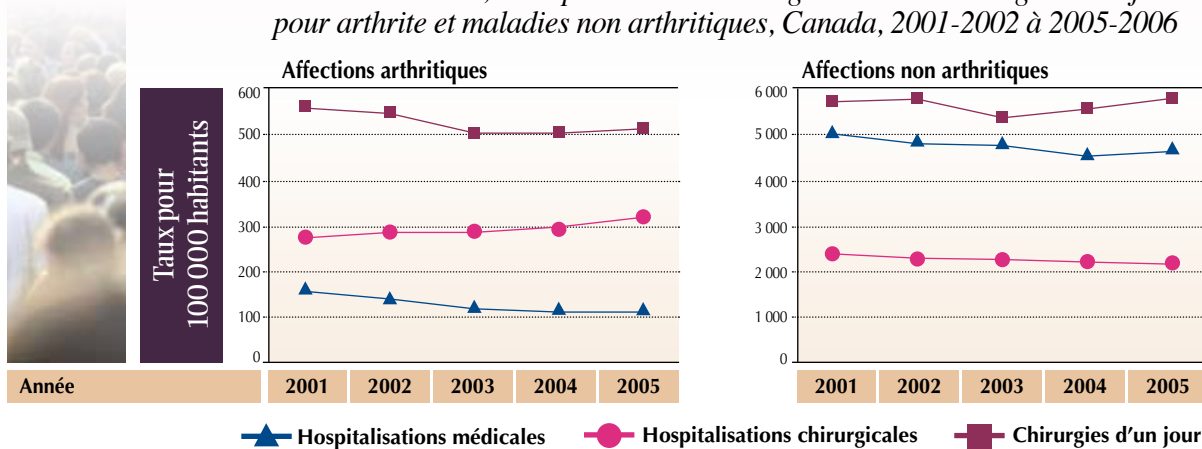


Entre 2001-2002 et 2005-2006, les taux normalisés selon l'âge d'hospitalisations médicales et pour chirurgies d'un jour en raison d'arthrite ont diminué (figure 9-2).

Les taux d'hospitalisations chirurgicales pour cause d'arthrite ont augmenté pendant la même période. Leur croissance, surtout en 2005-2006, pourrait être la conséquence de mesures visant à réduire les temps d'attente pour des interventions prioritaires telles que les arthroplasties de la hanche ou du genou<sup>2-4</sup>.

Parmi les cinq types d'arthrite, les taux d'hospitalisations médicales étaient plus élevés pour les affections des tissus mous les plus communes (p. ex. la synovite et la bursite), l'arthrite inflammatoire et les « autres types d'arthrite » (p. ex. les lésions intra-articulaires) que pour l'arthrose ou les maladies du tissu conjonctif généralisées (p. ex. le lupus) (figure 9-3). Les taux d'hospitalisations médicales ont baissé après 2001-2002, sauf dans la catégorie des maladies des tissus mous, qui a connu une légère hausse en 2005-2006.

**Figure 9-2** Taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations médicales, d'hospitalisations chirurgicales et de chirurgies d'un jour\* pour arthrite et maladies non arthritiques, Canada, 2001-2002 à 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS. ◆ \* Données sur les chirurgies d'un jour non disponibles pour l'Alberta et le Québec.

Entre 2001-2002 et 2005-2006, le nombre d'hospitalisations chirurgicales pour tous les types d'arthrite est demeuré stable, sauf en ce qui concerne l'arthrose, dont le taux a augmenté, particulièrement entre 2004-2005 et 2005-2006 (figure 9-3). Tel qu'il a été avancé plus haut, la croissance du nombre d'hospitalisations chirurgicales pour cause d'arthrose est probablement attribuable à plusieurs mesures prises à la fin de 2004-2005 afin de réduire les temps d'attente des arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées dans le cadre de traitements de l'arthrose.

Les chirurgies d'un jour, le plus souvent des chirurgies arthroscopiques, étaient plus courantes chez les personnes atteintes d'« autres types d'arthrite » et probablement liées à des traumatismes articulaires (p. ex. des lésions articulaires du genou), des affections des tissus mous et l'arthrose (figure 9-3)<sup>8</sup>. Les taux de chirurgies d'un jour ont diminué entre 2001-2002 et 2003-2004 pour la plupart des groupes de diagnostics, puis se sont stabilisés.

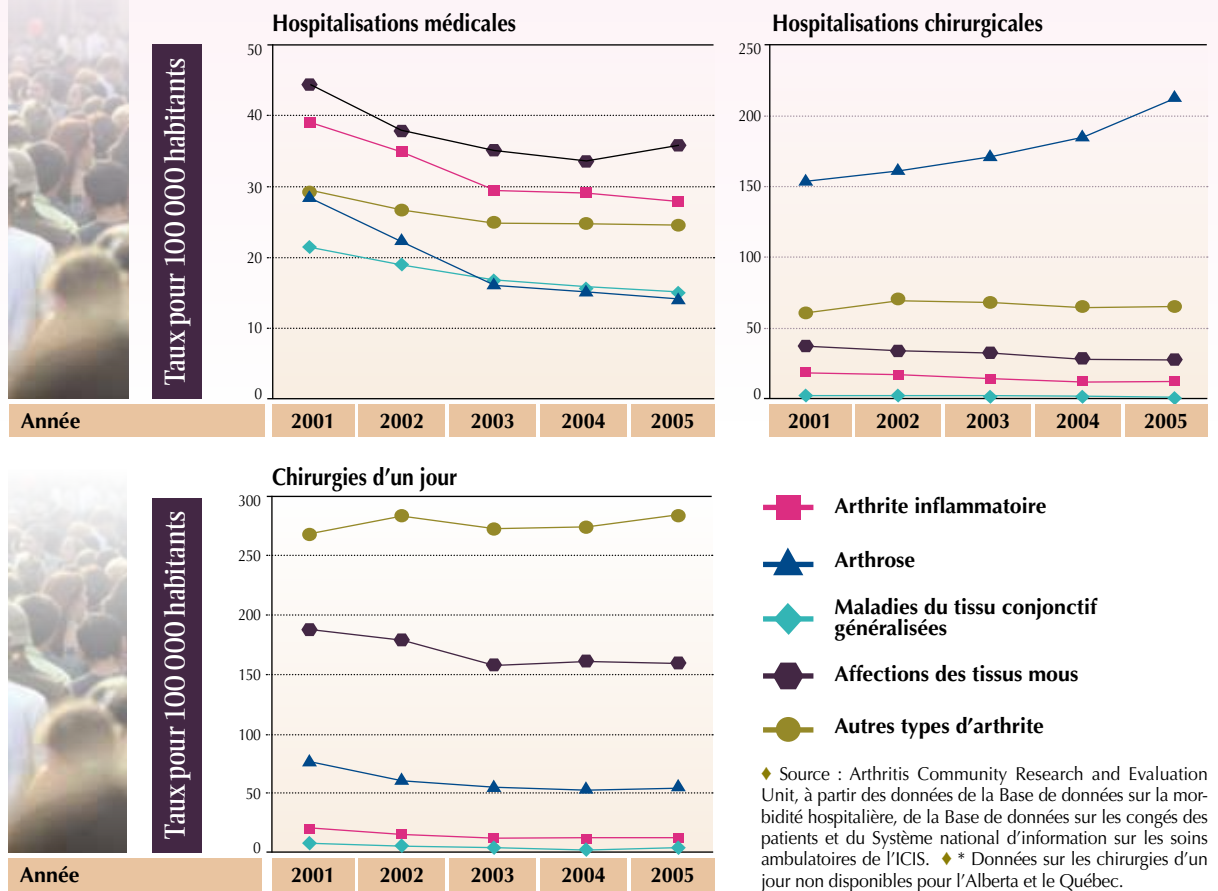
Globalement, l'arthrose était à l'origine de la majorité des hospitalisations liées à l'arthrite, et surtout les hospitalisations chirurgicales. La fréquence de l'arthrose étant élevée, les arthroplasties du genou et de la hanche étaient également fréquentes; elles comptaient pour plus de 60 % des hospitalisations chirurgicales associées à l'arthrite. Des fréquences similaires ont été observées aux États-Unis<sup>2,9</sup>. Les types d'arthrite inflammatoires représentaient environ le quart de l'ensemble des hospitalisations médicales liées à l'arthrite, probablement à cause des complications reliées à ces maladies.







**Figure 9-3** Taux normalisés selon l'âge et le sexe d'hospitalisations médicales et chirurgicales et de chirurgies d'un jour\* par regroupements de diagnostics d'arthrite, Canada, 2001-2002 à 2005-2006



## Hospitalisations chez les hommes et les femmes

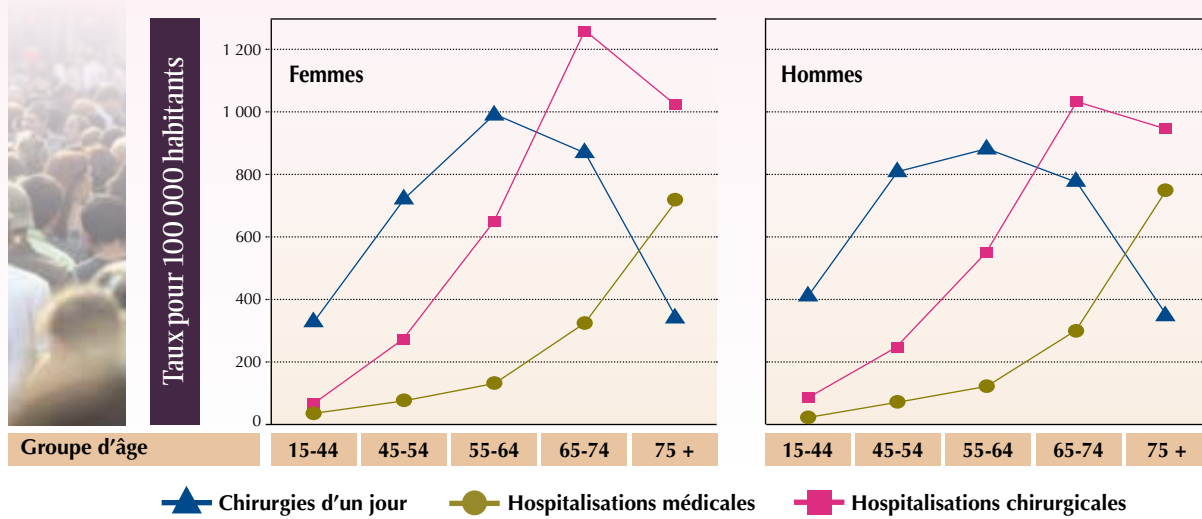
Le taux d'hospitalisations médicales a augmenté avec l'âge et était plus du double dans le groupe des 75 ans et plus comparativement à celui des 65 à 74 ans (figure 9-4). Le taux d'hospitalisations chirurgicales a quant à lui augmenté jusqu'à l'âge de 65 à 74 ans, puis il a diminué chez les hommes comme chez les femmes. Le taux de chirurgies d'un jour a atteint un sommet chez les personnes âgées entre 55 et 64 ans des deux sexes, puis il a décliné. Ces observations pourraient s'expliquer par le fait que d'autres méthodes de prise en charge de la maladie sont utilisées dans le groupe d'âge le plus avancé, compte tenu du risque accru de complications opératoires.

Le taux d'hospitalisations chirurgicales était supérieur au taux d'hospitalisations médicales chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge (figure 9-4). En général, les taux d'hospitalisations étaient légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, à l'exception des chirurgies d'un jour. Pour ces dernières, les jeunes hommes (âgés de 15 à 44 ans) ont connu des taux de chirurgies d'un jour plus élevés que les jeunes femmes. Cela pourrait être attribuable à la fréquence supérieure de traumatismes articulaires chez les jeunes hommes.





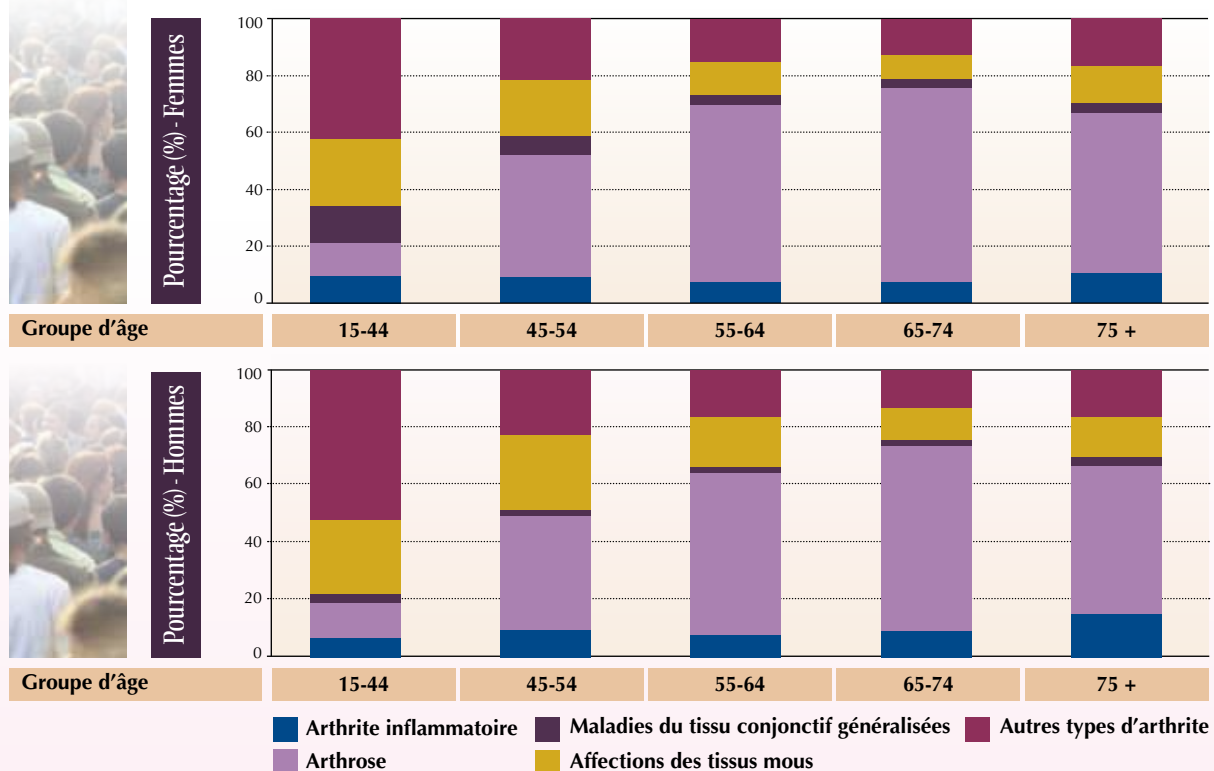
**Figure 9-4** Taux d'hospitalisations et de chirurgies d'un jour\* liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS. ◆ \* Données sur les chirurgies d'un jour non disponibles pour l'Alberta et le Québec.

Parmi toutes les hospitalisations liées à l'arthrite, la plus forte proportion a été attribuée à l'arthrose chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 44 ans (figure 9-5). Par contre, la proportion attribuée aux affections des tissus mous ou aux « autres types d'arthrite » était supérieure chez les hommes et les femmes de moins de 45 ans.

**Figure 9-5** Répartition selon l'âge et le sexe des hospitalisations liées à l'arthrite, par regroupements de diagnostics, Canada, 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

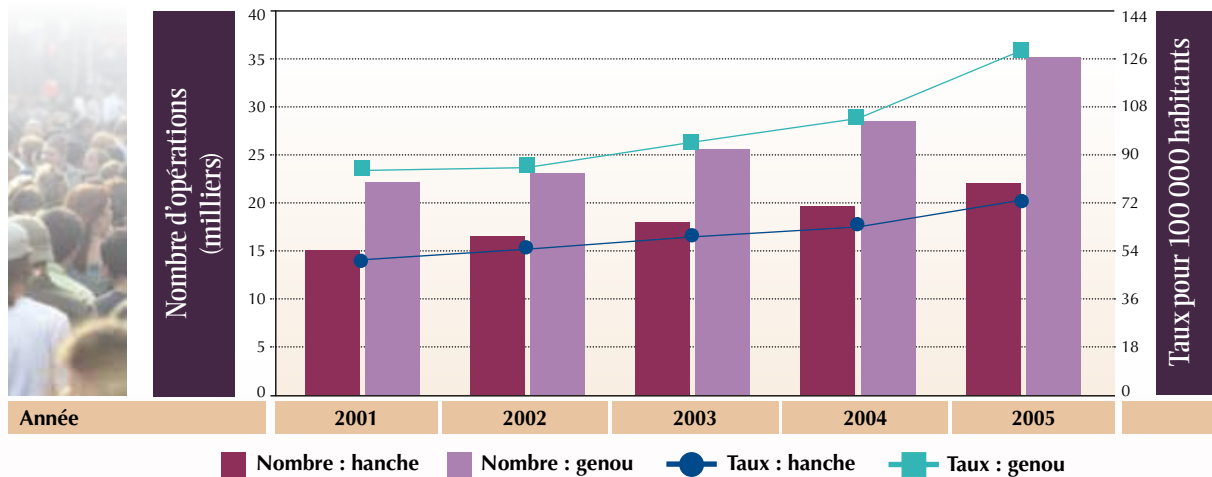


## Arthroplastie de la hanche et du genou

En 2005-2006, 59 200 arthroplasties ont été effectuées au Canada pour traiter l'arthrite. La presque totalité de ces interventions (57 300) concernait la hanche ou le genou (figure 9-6). Chaque année, entre 2001-2002 et 2005-2006, le nombre d'arthroplasties du genou a dépassé le nombre d'arthroplasties de la hanche, et l'écart s'est creusé avec le temps (figure 9-6). Le nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche a crû de 59 % et de 47 %, respectivement. Après ajustement effectué pour le groupe d'âge le plus avancé ayant subi une arthroplastie de la hanche et pour tenir compte du vieillissement de la population pendant la période, la croissance du nombre d'arthroplasties du genou était toujours 1,3 fois plus élevée que celles de la hanche. Les croissances observées pourraient s'expliquer par les investissements dans les « garanties de délai d'attente pour les patients » visant à réduire les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou combinés à la hausse du nombre de personnes atteintes d'arthrite.



**Figure 9-6** Nombre et taux normalisés selon l'âge et le sexe (pour 100 000 habitants) d'arthroplasties de la hanche et d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite, Canada, 2001-2002 à 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

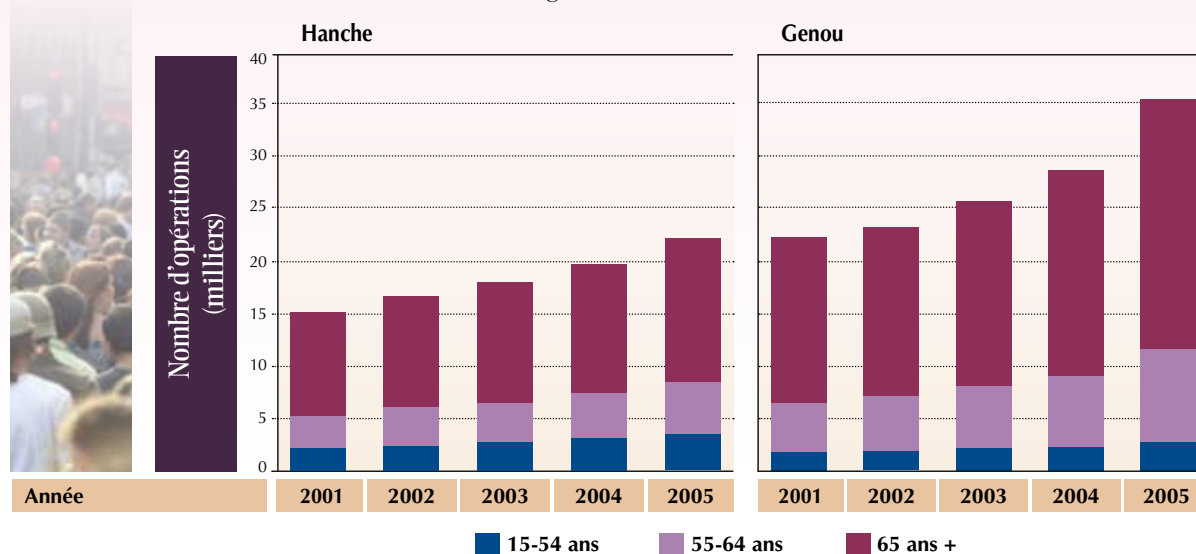


### Hommes et femmes

Le nombre d'arthroplasties a augmenté dans tous les groupes d'âge entre 2001-2002 et 2005-2006 (figure 9-7). Cette augmentation souligne le fait que de plus en plus de Canadiens et de Canadiennes subissent de telles interventions, y compris dans les jeunes groupes d'âges. Une augmentation similaire a été récemment signalée aux États-Unis<sup>10</sup>. Ces augmentations pourraient ajouter une pression supplémentaire sur le système de santé, car les jeunes personnes subiront probablement une reprise chirurgicale (c.-à-d. une intervention de remplacement d'une composante artificielle vieille ou usée de la hanche ou du genou) ultérieurement.



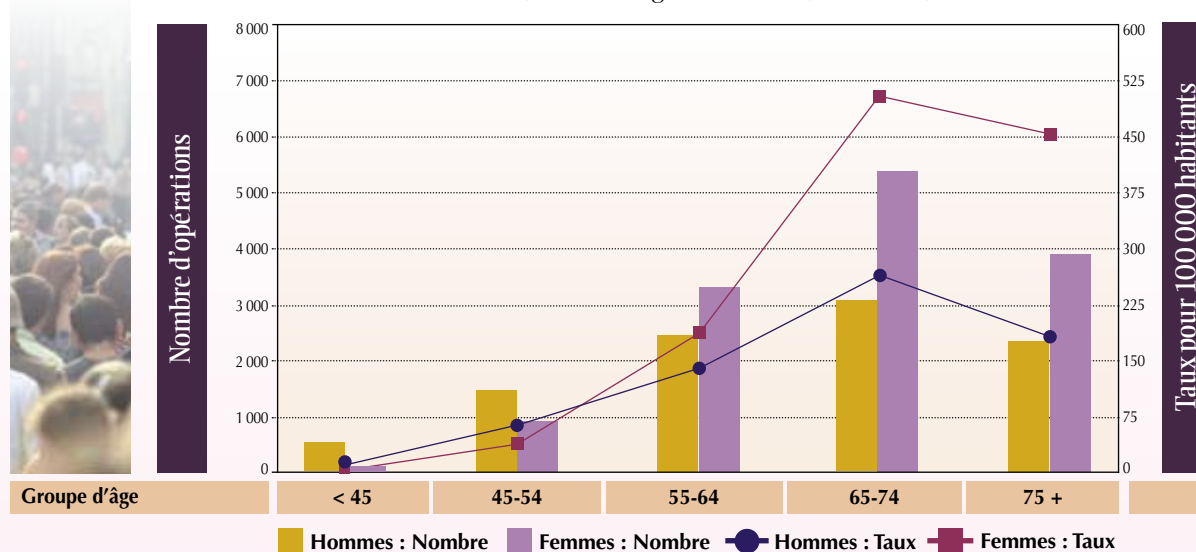
**Figure 9-7** Nombre d'arthroplasties de la hanche et d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite, selon l'âge, Canada, 2001-2002 à 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

Le taux d'arthroplastie de la hanche a augmenté avec l'âge au Canada en 2005-2006 et a atteint un sommet entre 65 et 74 ans chez les deux sexes (figure 9-8). Le taux d'arthroplastie du genou a aussi augmenté avec l'âge en 2005-2006; il a atteint un sommet entre 65 et 74 ans chez les femmes et après 75 ans chez les hommes (figure 9-9). La majorité des opérations effectuées l'ont été pour traiter l'arthrose. Selon le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), l'arthrose est à l'origine de plus de 83 % des arthroplasties de la hanche et de plus de 93 % des arthroplasties du genou au Canada en 2005-2006<sup>6</sup>. Les adultes de 65 ans et plus ont connu le plus grand nombre d'arthroplasties, ce qui témoigne du vieillissement de la population.

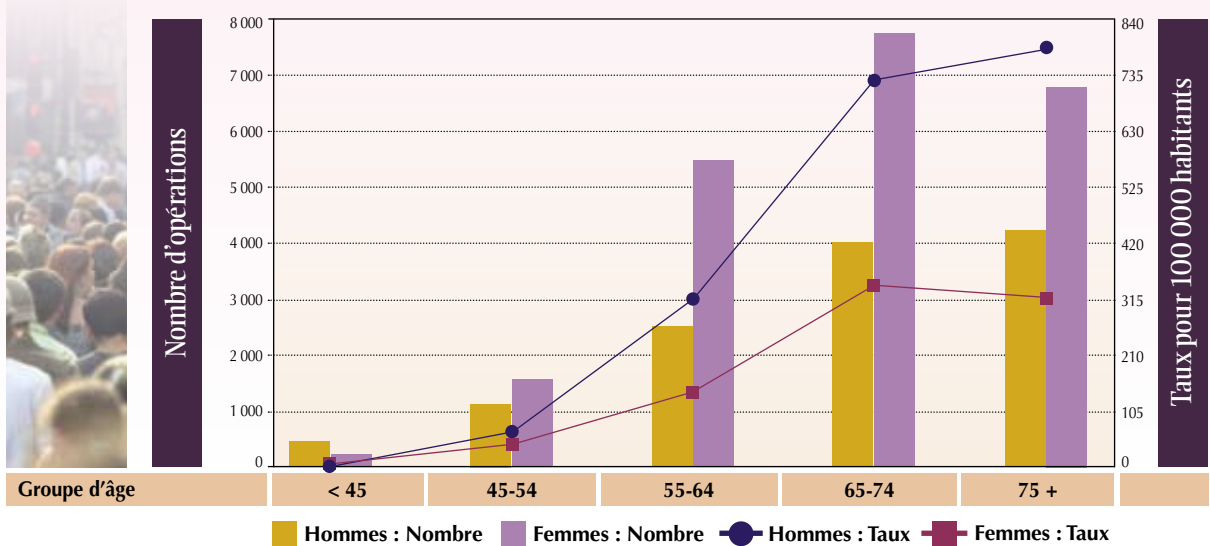
**Figure 9-8** Nombre et taux d'arthroplasties de la hanche liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.



**Figure 9-9** Nombre et taux d'arthroplasties du genou liées à l'arthrite pour 100 000 habitants, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.



## Arthroplastie et obésité

L'obésité est un facteur important dans l'apparition de l'arthrose, particulièrement de l'arthrose du genou et chez les personnes obèses au début de l'âge adulte<sup>3,11-14</sup>. L'obésité est également associée au besoin d'une arthroplastie totale de la hanche et d'une arthroplastie totale du genou<sup>14</sup>.

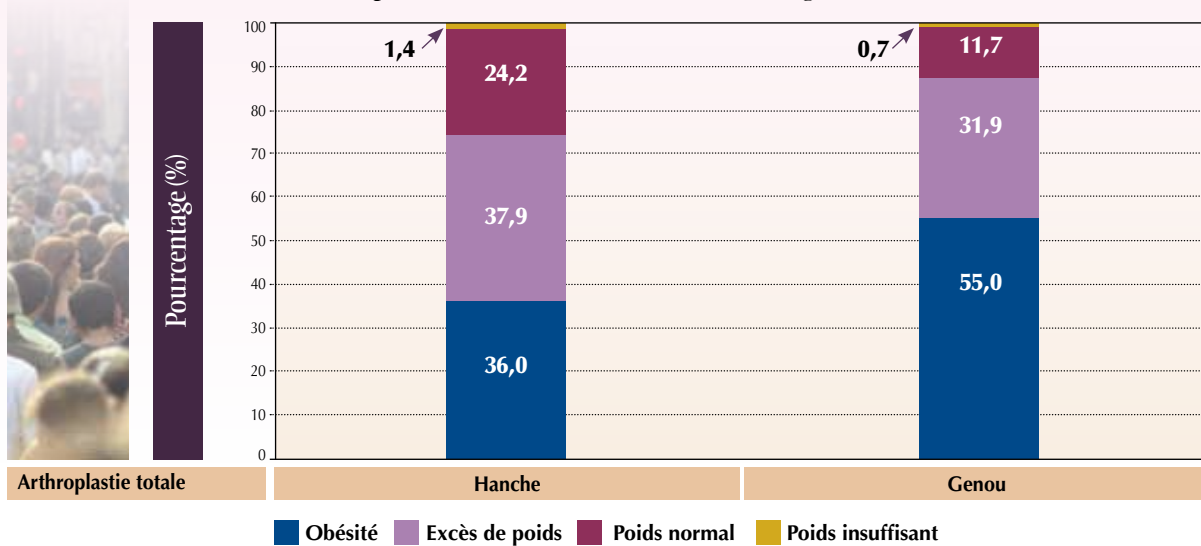
Le RCRA contient des renseignements recueillis par les chirurgiens sur le poids et la taille des personnes subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou. Les données utilisées dans ce qui suit proviennent du rapport de 2007 du RCRA<sup>6</sup>.

En 2005-2006, 74 % des personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche et 87 % des personnes ayant subi une arthroplastie du genou présentaient un excès de poids ou étaient obèses (figure 9-10).

Étant donné la croissance de l'obésité dans la population canadienne au cours des dernières décennies, le nombre de personnes qui présentent un excès de poids ou qui sont obèses et qui ont besoin d'une arthroplastie totale devrait continuer à augmenter<sup>15</sup>. Les programmes de promotion de la santé visant à réduire l'excès de poids sont essentiels pour contrer cette tendance.



**Figure 9-10** Répartition des catégories d'IMC\* chez les personnes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, Canada, 2005-2006

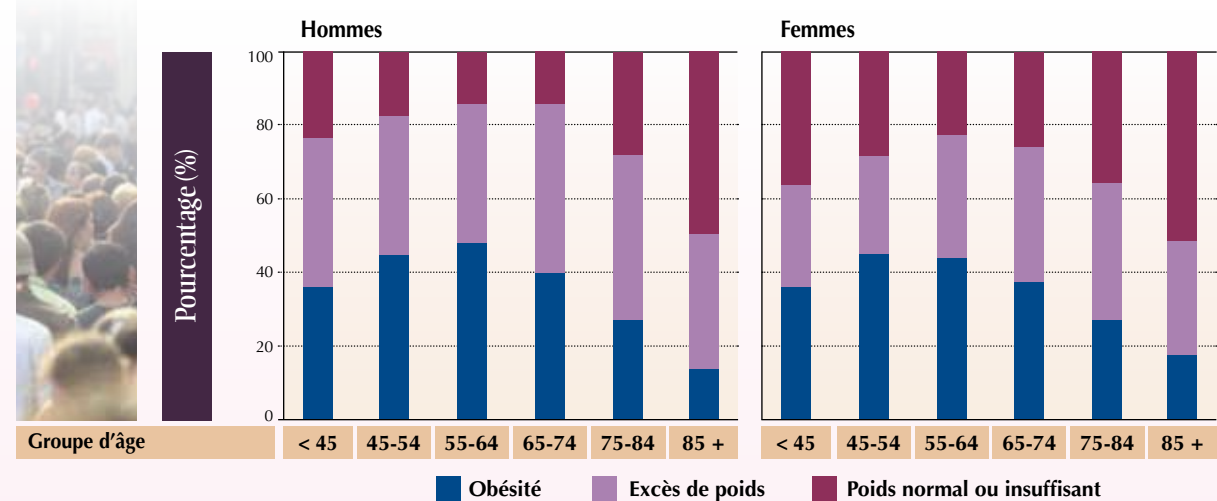


◆ Source : Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS. ◆ \* IMC = indice de masse corporelle.

Davantage d'hommes que de femmes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou présentaient un excès de poids ou étaient obèses (85 % et 80 %, respectivement). La proportion de personnes obèses chez les opérés du genou était supérieure à celle chez les opérés de la hanche, chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge (figures 9-11 et 9-12).

Une forte proportion de personnes obèses ayant subi une arthroplastie du genou ou de la hanche étaient en âge de travailler, c.-à-d. qu'ils avaient moins de 65 ans (66 % et 44 %, respectivement). Ces interventions sont survenues plus tôt chez les personnes qui présentaient un excès de poids ou qui étaient obèses que chez les personnes qui avaient un poids normal ou insuffisant. Ces observations indiquent que l'obésité est un facteur qui contribue à accélérer la nécessité d'une arthroplastie.

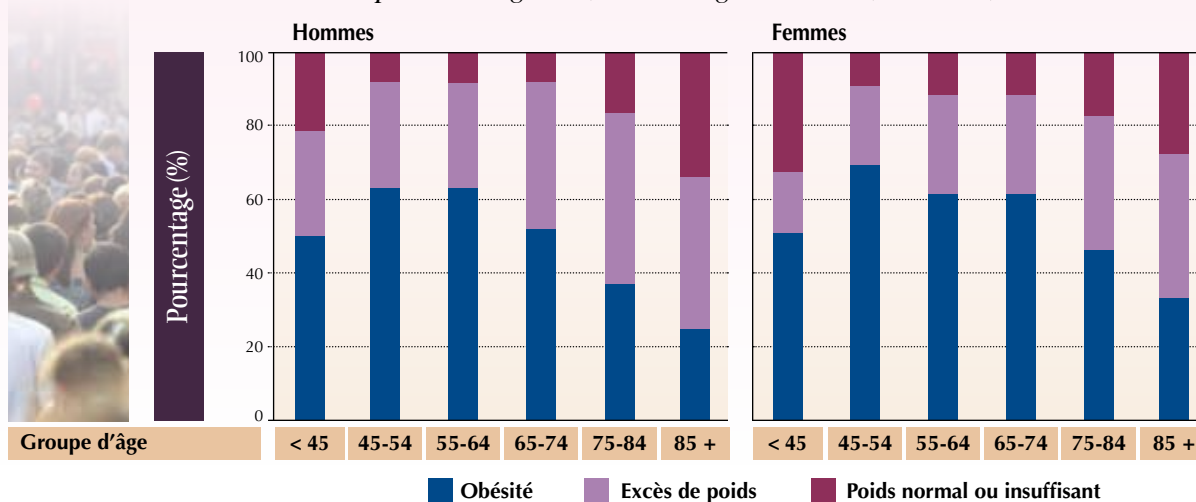
**Figure 9-11** Répartition des catégories d'IMC\* chez les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



◆ Source : Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS. ◆ \* IMC = indice de masse corporelle.



**Figure 9-12** Répartition des catégories d'IMC\* chez les personnes ayant subi une arthroplastie du genou, selon l'âge et le sexe, Canada, 2005-2006



♦ Source : Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS. ♦ \* IMC = indice de masse corporelle.

## Variations provinciales et territoriales

Les taux d'arthroplastie de la hanche et d'arthroplastie du genou ont considérablement varié d'une province à l'autre entre 2001-2002 et 2005-2006 (tableau 9-1). Les taux les moins élevés ont été observés au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador. Ces taux ont augmenté dans toutes les provinces, à l'exception des territoires, pendant la période.

**Tableau 9-1** Taux d'arthroplastie normalisé selon l'âge et le sexe, pour 100 000 habitants, par province de résidence, Canada, 2001-2002 et 2005-2006

Province	Arthroplastie de la hanche		Arthroplastie du genou		Autres arthroplasties	
	2001-2002	2005-2006	2001-2002	2005-2006	2001-2002	2005-2006
Colombie-Britannique	55,6	82,4	70,0	112,4	4,9	6,8
Alberta	74,7	94,7	107,3	146,0	8,1	10,0
Saskatchewan	67,0	93,2	97,0	132,0	6,5	11,3
Manitoba	61,2	88,3	108,7	143,4	7,9	5,9
Ontario	66,4	85,9	107,4	151,2	6,8	8,6
Québec	34,8	45,7	49,3	76,8	1,7	2,3
Nouveau-Brunswick	54,1	66,5	91,6	119,2	8,8	6,9
Nouvelle-Écosse	52,2	76,7	91,4	117,8	9,5	8,4
Île-du-Prince-Édouard	68,4	85,6	84,7	148,2	4,4	4,5
Terre-Neuve-et-Labrador	34,3	55,3	53,1	96,1	5,4	3,1
Territoires	67,1	56,7	173,3	123,1	-	-
Canada	56,2	75,0	85,5	122,9	5,5	6,7

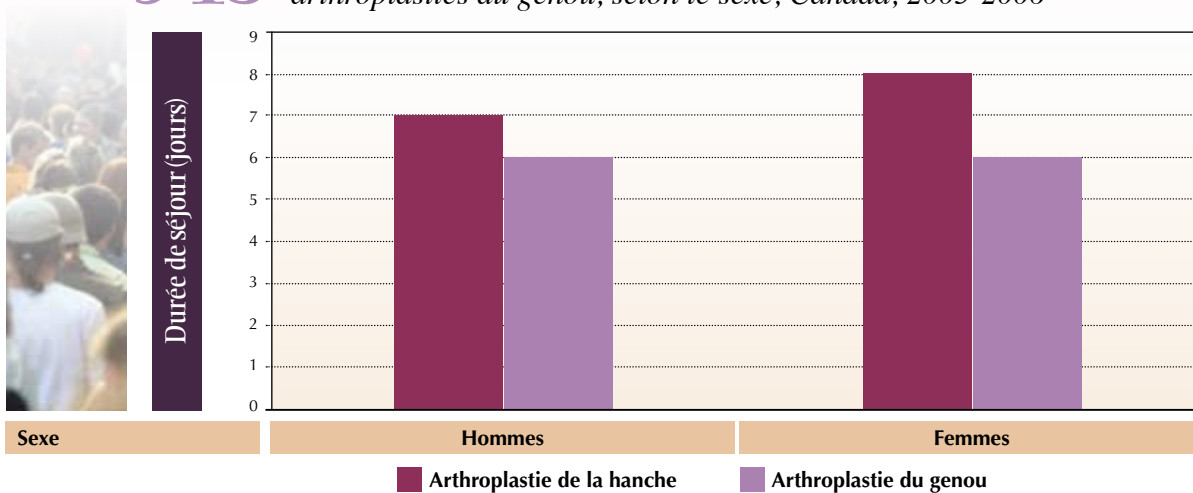
♦ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS. ♦ - = Données non présentées en raison de nombres trop petits.



## Durée de séjour à l'hôpital

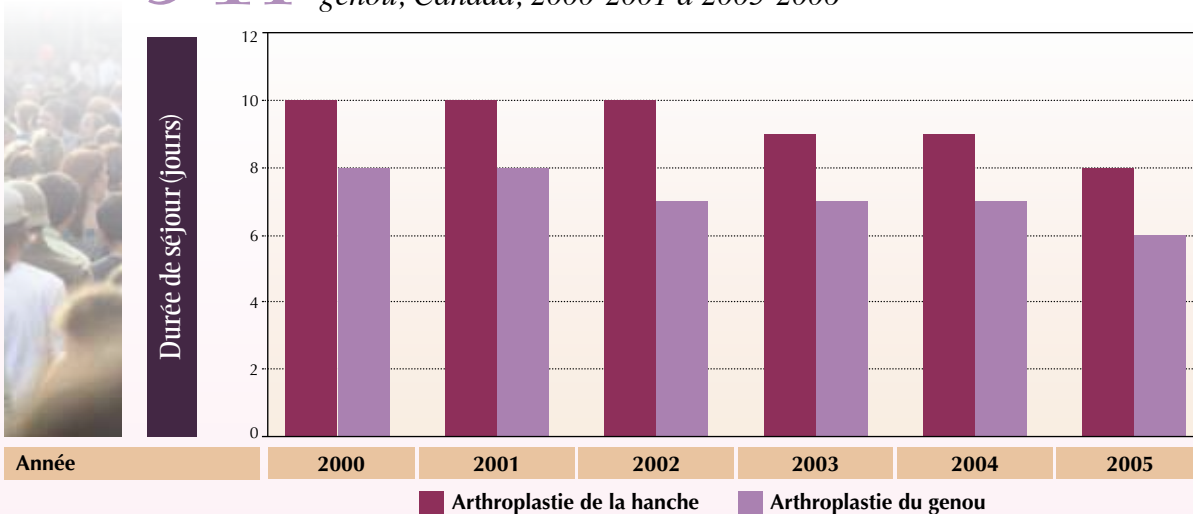
La durée moyenne de séjour pour les arthroplasties était légèrement plus longue dans le cas de la hanche que dans celui du genou. Dans le cas de la hanche, en 2005-2006, elle était plus longue chez les femmes que chez les hommes; aucune différence entre les sexes n'a été observée dans le cas du genou (figure 9-13). Entre 2000-2001 et 2005-2006, cette durée a diminué, passant de 10 à 8 jours pour les arthroplasties de la hanche et de 8 à 6 jours pour les arthroplasties du genou (figure 9-14). Ces observations pourraient refléter partiellement l'inclusion des chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche effectuées d'urgence (environ 5 % de toutes les arthroplasties totales de la hanche) dans l'analyse<sup>6</sup>.

**Figure 9-13** *Durée moyenne de séjour pour les arthroplasties de la hanche et les arthroplasties du genou, selon le sexe, Canada, 2005-2006*



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données du Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS.

**Figure 9-14** *Durée moyenne de séjour pour les arthroplasties de la hanche et du genou, Canada, 2000-2001 à 2005-2006*



◆ Source : Arthritis Community Research and Evaluation Unit, à partir des données du Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS.





## Résumé

- En 2005-2006, 2,2 millions d'hospitalisations ont été recensées au Canada, dont 132 000 (6 %) associées à l'arthrite.
- L'arthrite était liée à 3 % des 1,5 million d'hospitalisations pour soins médicaux (45 000 hospitalisations par année) et à 13 % des 721 000 hospitalisations pour chirurgie (93 730 hospitalisations par année).
- L'arthrose était à l'origine de la majorité des hospitalisations liées à l'arthrite, particulièrement les hospitalisations chirurgicales pour arthroplastie.
- Le taux d'hospitalisations pour cause d'arthrite a augmenté au Canada entre 2001-2002 et 2005-2006, alors qu'il a baissé pour les causes autres que l'arthrite. Cela est attribuable en partie à la hausse des hospitalisations pour des arthroplasties.
- Le nombre total d'arthroplasties a augmenté de 54 % entre 2001-2002 et 2005-2006. Ce sont les adultes de 65 ans et plus qui ont connu le plus grand nombre d'arthroplasties de la hanche et d'arthroplasties du genou.
- En 2005-2006, 74 % des personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche et 87 % de celles ayant subi une arthroplastie du genou présentaient un excès de poids ou étaient obèses.
- Une forte proportion de patients obèses ayant subi une arthroplastie du genou ou de la hanche (66 % et 44 %, respectivement) étaient en âge de travailler, c.-à-d. qu'ils avaient moins de 65 ans.
- Étant donné la prévalence actuellement élevée et croissante de l'excès de poids et de l'obésité dans la population, le nombre de personnes ayant besoin d'une arthroplastie totale devrait continuer à croître.



## Références

1. Hootman JM, Helmick CG, Schappert SM. Magnitude and characteristics of arthritis and other rheumatic conditions on ambulatory medical care visits, United States, 1997. *Arthritis Rheum* 2002; 47(6):571–81.
2. Lethbridge-Cejku M, Helmick CG, Popovic JR. Hospitalizations for arthritis and other rheumatic conditions: data from the 1997 National Hospital Discharge Survey. *Med Care* 2003;41(12):1367–73.
3. Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, McAlindon T, Dieppe PA, Minor MA, et al. Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann Intern Med* 2000;133(9):726–37.
4. SBU. Rheumatic diseases-surgical treatment: a systematic literature review by SBU-the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Acta Orthop Scand* 2000;71(Suppl 294):1–88.
5. Simmen BR, Bogoch ER, Goldhahn J. Surgery Insight: orthopedic treatment options in rheumatoid arthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008; 4(5):266–73.
6. Institut canadien d'information sur la santé, Registre canadien des remplacements articulaires. *Rapport annuel de 2007 : Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2008.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations, reprises précoces et infections à la suite d'un remplacement articulaire*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2008.
8. Canizares M, Badley E, Davis A, MacKay C, Mahomed N. *Orthopaedic Surgery in Ontario in the Era of the Wait Time Strategy. Part II: Geographic variation in the use of orthopaedic services in Ontario*. Toronto, ON: Arthritis Community Research & Evaluation Unit (ACREU), 2007.
9. United States Bone and Joint Decade. *The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2008.
10. Jain NB, Higgins LD, Ozumba D, Guller U, Cronin M, Pietrobon R, et al. Trends in epidemiology of knee arthroplasty in the United States, 1990–2000. *Arthritis Rheum* 2005;52(12):3928–33.
11. Lementowski PW, Zelicof SB. Obesity and osteoarthritis. *Am J Orthop* 2008;37(3):148–51.
12. Sadr AO, Adami J, Lindstrom D, Eriksson KO, Wladis A, Bellocco R. High body mass index is associated with increased risk of implant dislocation following primary total hip replacement: 2,106 patients followed for up to 8 years. *Acta Orthop* 2008;79(1):141–7.
13. Wendelboe AM, Hegmann KT, Biggs JJ, Cox CM, Portmann AJ, Gildea JH, et al. Relationships between body mass indices and surgical replacements of knee and hip joints. *Am J Prev Med* 2003;25(4):290–5.
14. Harms S, Larson R, Sahnoun AE, Beal JR. Obesity increases the likelihood of total joint replacement surgery among younger adults. *Int Orthop* 2007; 31(1):23–6.
15. Katzmarzyk PT, Mason C. Prevalence of class I, II and III obesity in Canada. *CMAJ* 2006;174(2): 156–7.



## Sources de données

### *Base canadienne de données sur la mortalité*

Les taux de mortalité ont été calculés à partir de la Base canadienne de données sur la mortalité pour les années 1999-2005. L'analyse a porté sur tous les décès pour lesquels l'un des types d'arthrite a été inscrit comme cause sous-jacente (initiale). Dans la Base de données sur la mortalité, la cause du décès est classée selon la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La CIM-9 était en usage de 1979 à 1999 et la CIM-10 est utilisée depuis 2000. Les codes de la CIM ont servi à repérer les décès attribuables à certains types d'arthrite, qui ont ensuite été regroupés en cinq catégories (voir au tableau 1 la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 concernant l'arthrite).

#### **Le Certificat médical de décès**

Lorsque quelqu'un meurt, la personne qui atteste le décès (généralement un médecin) doit inscrire sur le certificat tous les troubles causals ou consécutifs. Conformément aux règles administratives appliquées à l'échelle internationale, chaque décès est classé selon une seule cause initiale simple. La cause initiale du décès est définie comme suit :

- la maladie ou le traumatisme à l'origine de la suite d'événements ayant entraîné la mort; ou
- les circonstances de l'accident ou de l'acte de violence ayant entraîné un traumatisme mortel<sup>4</sup>.

La personne qui atteste le décès doit également dresser la liste des causes immédiates, antécédentes et contributives, dans leur ordre chronologique. Dans les faits, le décès est souvent attribuable à un ensemble de troubles comorbides et non à une série de causes clairement définie. Il peut donc être difficile d'attester avec précision dans quel ordre les causes sont survenues<sup>4</sup>.

Reconnaissant cette difficulté et soucieuse d'uniformiser la procédure d'attribution d'une cause simple lorsqu'un décès est attribuable à un ensemble de troubles, l'OMS a élaboré des règles régissant le choix de la cause initiale à partir des renseignements inscrits sur le certificat de décès<sup>4</sup>.

En général, on retient comme cause initiale la cause inscrite seule sur la dernière ligne de la première section du Certificat médical de décès s'il est raisonnable de

croire qu'elle est responsable des troubles mentionnés dans cette section. Bien qu'il faille inscrire la cause initiale sur la dernière ligne de la première section, il n'est pas rare que plusieurs troubles figurent sur cette ligne ainsi qu'ailleurs sur le certificat. Lorsque l'ordre dans lequel sont inscrites les causes de décès sur le certificat ne respecte pas les normes établies, on détermine la cause initiale à l'aide des règles additionnelles de l'OMS<sup>4</sup>.

### *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*

La Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) est une banque de données nationale qui contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les patients hospitalisés. Elle fournit des données statistiques nationales sur les départs des établissements de soins de santé au Canada selon le diagnostic et l'intervention. La BDMH a servi à estimer les taux d'hospitalisation au Canada et dans les provinces et territoires de 2001-2002 à 2005-2006 (voir au tableau 3 la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 utilisés pour l'arthrite). On trouvera un complément d'information sur la BDMH à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

### *Base de données sur les congés des patients (BDPCP)*

La Base de données sur les congés des patients (BDPCP) contient des données démographiques, administratives et cliniques (départs des hôpitaux par suite d'une hospitalisation pour soins de courte durée, de soins chroniques ou de réadaptation) et des données sur les chirurgies d'un jour pour chaque province et territoire, sauf le Québec. Elle renferme des données démographiques, administratives et cliniques sur les congés des patients hospitalisés. La BDPCP a servi à estimer le nombre de chirurgies d'un jour effectuées dans toutes les provinces, sauf le Québec et l'Alberta, de 2001-2002 à 2005-2006, et en Ontario et dans certains établissements de la Nouvelle-Écosse, à partir de 2003-2004 (voir au tableau 3 la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 qui ont été utilisés pour l'arthrite). On trouvera un complément d'information sur la BDPCP à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).



## **Données provinciales sur les demandes de remboursement des médecins**

Au Canada, le système de soins de santé public est administré à l'échelle des provinces et des territoires par les 10 régimes provinciaux et les 3 régimes territoriaux d'assurance maladie qui couvrent les services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins. La grande majorité des médecins canadiens fonctionnent selon la formule de rémunération à l'acte : ils doivent soumettre une demande de remboursement au régime d'assurance maladie de la province ou du territoire pour chacune des consultations effectuées afin de recevoir leurs honoraires.

La formule de demande de remboursement comporte un code de diagnostic indiquant le motif de la consultation, et chaque province utilise le système de Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). Les codes de la CIM ont été utilisés pour repérer les patients atteints de types d'arthrite particuliers, puis ont été regroupés dans cinq catégories (voir au tableau 2 la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 qui ont été utilisés).

Les médecins et les personnes inscrits aux autres modes de paiement ne sont habituellement pas inclus. Certains médecins soumettent cependant au régime d'assurance maladie de leur province des factures *pro forma* contenant de l'information diagnostique. Cette information a été incluse dans les données, lorsque disponible.

## **Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2006**

L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) est une enquête nationale canadienne menée auprès des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits âgés de 6 à 14 ans et de 15 ans et plus vivant en milieu urbain et rural et dans les collectivités du Nord. Elle exclut les personnes vivant dans les établissements amérindiens ou dans les réserves (les Autochtones vivant dans les territoires sont cependant inclus) et les personnes placées en institution. L'enquête fournit des données sur les sujets suivants : l'identité et l'ascendance autochtones, la scolarité, la langue, l'activité sur le marché du travail, le revenu, la santé, la technologie des communications, la mobilité, le logement et les antécédents familiaux.

Il s'agit d'une enquête transversale par échantillon post-censitaire. L'échantillon a été sélectionné à partir des personnes vivant dans des ménages dont les réponses au questionnaire du Recensement de 2006 indiquaient :

- qu'elles ont des ancêtres autochtones et/ou
- sont membres des Premières nations et/ou Métis et/ou Inuits, et/ou
- qu'elles sont Indiens visés par un traité ou Indiens inscrits et/ou
- qu'elles appartiennent à une bande indienne.

L'échantillon comptait 61 041 personnes. Les données concernant les personnes âgées de 15 ans et plus sont tirées directement des répondants à l'enquête.

L'EAPA comportait des questions sur les problèmes de santé à long terme qui durent depuis ou que l'on s'attend à voir durer six mois ou plus. La question suivante a été posée aux répondants à propos de l'arthrite et du rhumatisme :

- Un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il appris que vous aviez de l'arthrite ou un rhumatisme ?

## **Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003**

L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS) est une enquête longitudinale nationale qui recueille de l'information sur la santé, le bien-être et les déterminants de la santé auprès des membres des Premières nations vivant dans les réserves ou sur des terres de la Couronne dans les collectivités des Premières nations du Canada<sup>5</sup>.

La phase 1 de l'ERS (2002-2003) a permis de recueillir les données de référence pour cette enquête longitudinale. Elle comportait trois questionnaires destinés aux adultes (18 ans et plus), aux jeunes (12 à 17 ans) et aux enfants (0 à 11 ans). Les données ont été recueillies entre 2002 et 2003. En tout, 22 602 questionnaires ont été remplis par les membres de 238 collectivités des Premières nations de 10 régions.

Le cadre d'échantillonnage incluait toutes les collectivités sauf celles des Innus et des Cris de la baie James. Les collectivités ont été définies selon leur sous-région et leur taille (petite, moyenne, grande). Toutes les grandes collectivités ont été invitées à participer, et les petites et moyennes collectivités ont été choisies au hasard. Les collectivités comptant moins de 75 habitants ont été jugées « trop petites ». Les échantillons ont été répartis par groupe d'âge et selon le sexe. Les répondants ont été choisis au hasard à partir des listes locales des effectifs des bandes. Des pondérations ont été établies pour l'ensemble des données finales afin de pouvoir générer des estimations à l'échelle de la population<sup>6</sup>.



Le Comité de gouvernance de l'information des Premières nations (un comité permanent mis sur pied par le Comité des chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations) encadre et dirige la réalisation de l'Enquête.

L'ERS comportait des questions à l'intention des adultes des Premières nations. Ces questions portaient sur des problèmes de santé qui persistaient depuis au moins six mois, ou que l'on s'attendait à voir durer au moins six mois, et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Voici quelles étaient les trois questions posées aux répondants à propos de l'arthrite et du rhumatisme :

- Un professionnel de la santé vous a-t-il appris que vous étiez atteint(e) d'arthrite ou de rhumatismes ?
- Suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments pour cette maladie ?
- Cela a-t-il limité la nature ou le nombre de vos activités ?

On a estimé la prévalence normalisée selon l'âge en fonction des données du Recensement canadien de 1991 afin de pouvoir comparer cet indicateur avec d'autres populations et pour tenir compte de la distribution différente des groupes d'âge entre les peuples des Premières nations et la population canadienne.

### ***Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001***

L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 utilise les données du Recensement canadien de 2001 pour recueillir de l'information sur les adultes et les enfants ayant des incapacités, c.-à-d. dont les activités quotidiennes sont limitées en raison d'un problème de santé. L'EPLA fournit de l'information précise sur la prévalence de diverses incapacités, les types de soutien à la disposition des personnes ayant des incapacités, le profil d'emploi de ces dernières, leur revenu et leur participation aux activités sociales.

Les données de l'EPLA incluent les répondants qui ont attribué à l'arthrite la raison principale de leurs limitations. Les répondants ayant indiqué une incapacité dans le questionnaire du recensement et à au moins une des questions filtres ou de sélection de l'EPLA sont considérés comme appartenant à la population « ayant une incapacité ».

La population cible de l'enquête comprend les personnes vivant à domicile et dans certains ménages collectifs des dix provinces. La population des collectivités autochtones, y compris celle vivant dans les réserves des Premières nations, a été exclue de l'EPLA, comme l'ont été la popu-

lation des trois territoires du Nord et les résidents des logements collectifs institutionnels. En outre, les gens qui vivaient sur les bases militaires, les navires des Forces armées canadiennes, marchands et de la Garde côtière ainsi que les terrains de camping ou dans les parcs en ont été exclus pour des raisons opérationnelles.

L'échantillon de l'EPLA de 2001 comptait 43 276 personnes, soit 35 424 adultes (de plus de 15 ans) et 7 853 enfants (de moins de 15 ans), vivant dans des ménages privés et des logements collectifs. Le taux de réponse global se situait à 82,5 %. L'analyse des données de l'EPLA a porté sur la population âgée de 15 ans et plus dont l'arthrite est la principale cause d'incapacité.

### ***Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008***

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale sur la santé de la population qui recueille de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé auprès de la population canadienne.

L'ESCC de 2007-2008 disposait d'un vaste échantillon et visait à fournir des estimations fiables à l'échelle des régions sociosanitaires. On trouvera ci-après une brève description de l'enquête; on peut en obtenir une version plus détaillée en s'adressant à Statistique Canada<sup>1</sup>.

La population cible de l'ESCC comprenait la population à domicile des 12 ans et plus des 10 provinces et 3 territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves amérindiennes ou sur les terres de la Couronne, les personnes vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. Le taux de réponse global s'est établi à 76 %; 124 844 personnes ont pris part à l'enquête. Le présent rapport porte sur les données concernant les personnes de 15 ans et plus.

Depuis 2007, la question sur l'arthrite est formulée différemment. Le mot « rhumatisme » figurait dans la question posée en 2001, 2003 et 2005. Il a été retiré dans la question de 2007-2008.

- Question des enquêtes de 2001 à 2005 : Souffrez-vous d'arthrite/de rhumatisme, sauf la fibromyalgie ?
- Question de l'enquête de 2007-2008 : Souffrez-vous d'arthrite, sauf la fibromyalgie ?



Toutes les analyses réalisées à partir des données de l'ESCC ont été pondérées pour s'assurer que les estimations calculées étaient représentatives de la population canadienne cible dans son intégralité (population de 15 ans et plus). Les estimations où la variabilité de l'échantillonnage était élevée (coefficient de variation fluctuant entre 16,6 % et 33,3 %) ont été signalées par le symbole « E » pour indiquer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les estimations des sous-échantillons dont la taille était inférieure à 30 n'ont pas été publiées, conformément aux directives de Statistique Canada en la matière. Pour réduire au minimum les problèmes de taille d'échantillon, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ont été regroupés sous la catégorie « Territoires ». Pour établir la signification statistique des différences entre ratios (p. ex. les différences de proportions entre les hommes et les femmes), la méthode bootstrap (inférence statistique) recommandée par Statistique Canada a été employée<sup>1-3</sup>.

## ***Index canadien des maladies et traitements (ICMT) d'IMS Health Canada***

L'Index canadien des maladies et traitements (ICMT) est une enquête continue conçue pour fournir de l'information sur les maladies et les modes de traitement des médecins exerçant en cabinet au Canada. L'ICMT permet de comprendre comment les médicaments vendus sur ordonnance sont utilisés à l'échelle nationale au Canada. Les données de l'ICMT contribuent à dégager les tendances actuelles et à long terme de l'utilisation des médicaments et des traitements médicamenteux ainsi que les problèmes médicaux pour lesquels ils sont prescrits.

Un échantillon de 652 médecins est prélevé parmi 45 800 médecins exerçant en cabinet au Canada, stratifié selon la région et la spécialité. Les médecins choisissent un journal (compte rendu textuel) contenant des renseignements précis sur chaque patient soigné durant deux jours consécutifs de chaque trimestre. L'information recueillie est extrapolée pour dégager un portrait d'ensemble sur les quelque 45 000 médecins du Canada. Aux fins de l'enquête, l'uniformité de l'échantillon de médecins est conservée le mieux possible d'un trimestre à l'autre.

Les données démographiques des patients (p. ex. l'âge et le sexe), l'information sur les diagnostics principal et concomitant ainsi que la pharmacothérapie (p. ex. nom du produit, teneur de l'ingrédient actif et forme) sont saisies dans l'ICMT. Les données de l'ICMT ont été extraites selon le type de médicament, l'âge, le sexe du

patient et le type d'arthrite. Ces données permettent d'analyser les ordonnances rédigées pour les personnes atteintes d'arthrite.

### **Classes de médicaments**

La Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada attribue un numéro d'identification (DIN) à chaque médicament approuvé au Canada. Grâce à la Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP) de Santé Canada, on a pu déterminer le DIN de tous les médicaments prescrits pour le traitement de l'arthrite.

Les DIN ont été regroupés dans les cinq classes suivantes de médicaments :

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS);
- les corticostéroïdes;
- les antirhumatismaux à action lente (ARAL);
- les modificateurs de la réponse biologique (MRB);
- les protecteurs gastro-intestinaux (PGI).

### **Définition de l'arthrite**

Les diagnostics de l'arthrite sont classés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). Les codes de la CIM-9 ont servi à repérer les personnes atteintes de certains types d'arthrite particuliers et ont été regroupés en cinq catégories (voir au tableau 1 la liste des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 qui ont été utilisés).

## ***Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)***

Le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) est un registre national qui recueille des données sur les arthroscopies initiales et les reprises d'arthroscopies de la hanche et du genou effectuées au Canada. Les données sont soumises au RCRA sur une base volontaire par les chirurgiens participants de l'ensemble du Canada. En 2006, 70 % des chirurgiens du pays ont participé à la collecte des données. La base de données comporte des renseignements démographiques, précise le type de remplacement, la méthode chirurgicale, les modes de fixation et les types d'implants. Elle renferme également des données sur le poids et la taille des patients. Le RCRA a servi à l'analyse des remplacements de hanche et de genou au Canada en 2005-2006 (voir au tableau 4 la liste des codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) et de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA) utilisés pour les chirurgies de remplacement articulaire). On trouvera plus d'information sur le RCRA à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).



**Tableau 1** Codes de la CIM-9 et de la CIM-10 concernant l'arthrite utilisés dans les chapitres 5 et 7

Catégorie	Affections	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10
<b>Lupus et autres maladies du tissu conjonctif</b>	Lupus érythémateux disséminé	710.0	M32.1, M32.8, M32.9
	Vascularite	446.x	M30.x, M31.x
	Myopathies inflammatoires; dermatomyosite	710.3, 710.4	M33.x
	Sclérose/sclérodémie progressive	710.1	M34.x
	Syndrome de Gougerot-Sjögren	710.2	M35.0
	Autres formes de passage	s. o.	M35.1
	Maladies associées du tissu conjonctif	710.9	M35.8, M35.9
<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	Polyarthrite rhumatoïde	714.x	M05.x-M06.x
<b>Arthrose</b>	Arthrose	715.x	M15.x-M19.x
<b>Autres arthrites inflammatoires</b>	Maladie de Reiter	99.3	M02.3
	Goutte	274.x	M10.x
	Polyarthrite psoriasique	696.0	M07.0-M07.3
	Arthropathies associées à des infections	711.x	M00-M03.x excluant M02.3
	Arthropathies dues à des microcristaux	712.x	M11.x
	Arthropathies associées à d'autres affections classées ailleurs	713.x	M14.x
	Spondylarthrite ankylosante	720.x	M45.x
<b>Autres types d'arthrite</b>	Arthropathies, autres et sans précision	716.x	M12.x-M13.x
	Lésions articulaires du genou	717.x	M23.x
	Autres lésions des articulations	718.x	M24.x
	Manifestations articulaires, autres et sans précision	719.x	M25.x
	Pseudo-polyarthrite rhizomélique	725.x	M35.3
	Maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés	726.x	M75.x, M76.x, M77.x
	Autres atteintes des synoviales, des tendons et des bourses	727.x	M65.x-M68.x
	Atteintes des muscles, ligaments et aponévroses	728.x	M60.x-M63.x
	Autres atteintes des tissus mous	729.x	M79.x



**Tableau 2** Codes de la CIM-9 et de la CIM-10 concernant l'arthrite utilisés dans le chapitre 8

Catégorie	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10
<b>Toutes les affections arthritiques</b>	Tous les codes énumérés ci-dessous combinés ensemble	M00-M25 M45 M46 M30-M36 M65-M79
<b>Arthrose</b>	715.x	M15-M19
<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	714.x	M05-M06
<b>Autres maladies inflammatoires et du tissu conjonctif</b>	99.3 274.x 446.x 696.0 710.x 711.x 712.x 713.x# 720.x	M07 M10 M11-M14 M30-M36
<b>Autres types d'arthrite</b>	716.x 718.x 728.x 717.x# 719.x# 725.x# 726.x# 727.x 728.x 729.x	M00-M03 M20-M25 M65-M79

♦ # = codes inutilisés en Ontario ♦ Les codes de l'arthropathie psoriasique (polyarthrite psoriasique) et de la maladie de Reiter (codes 696.0 et 99.3 de la CIM-9, respectivement) ont été exclus dans le cas des provinces pour lesquelles on ne disposait pas des codes à quatre chiffres de la CIM-9.





**Tableau 3** Codes de la CIM-9 et de la CIM-10 concernant l'arthrite utilisés dans le chapitre 9

Catégorie	Affections	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10
<b>Arthrite inflammatoire</b>	Arthropathies dues à des microcristaux	274.x 712.x	M10.X (excluant M10.1) M11.X
	Arthropathies associées à d'autres affections classées ailleurs	713.x (excluant 713.2)	M07.x M14.x
	Polyarthrite rhumatoïde	714.x	M05.x-M06.x
	Spondylarthrite ankylosante	720.x 722.9	M45.x M46.x
	Arthropathies, autres et sans précision	716.x (excluant 716.7 et 716.8) 719.2 719.3	M12.x M13.x M08.x M09.x
<b>Arthrose</b>	Arthrose	715.x	M15.x-M19.x
<b>Maladies du tissu conjonctif généralisées</b>	Périartérite noueuse et affections apparentées	446.x 447.5	M30.x M31.x
	Maladies disséminées du tissu conjonctif	710.x 725.x 279.4 728.5	M32.x-M36.x
<b>Affections des tissus mous</b>	Maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés	726.x	M70.0-M70.1 M70.3-M70.5 M70.9 M75.x-M77.x M73.8
	Autres atteintes des synoviales, des tendons et des bourses	727.x (excluant 727.1)	M65.x M67.3 M68.0 M70.2 M70.6-M70.8
	Atteintes des muscles, ligaments et aponévroses	728.x (excluant 728.4 et 728.5)	M60.x-M63.x M72.x M79.x
	Autres atteintes des tissus mous	729.x	M66.x M67.x (excluant M67.3) M68.8 M71.x M73.0 M73.1
<b>Autres types d'arthrite</b>	Arthropathies associées à des infections	711.x 716.8	M00.x-M03.x
	Lésions articulaires du genou	717.x-719.x (excluant 719.2 et 719.3)	M23.x-M25.x
		721.x 727.1 728.4	M20.x-M22.x M47.x-M48.x K07.68



**Tableau 4** Codes de la CCI et de la CCA pour les arthroplasties utilisés dans le chapitre 9

Catégorie	Interventions (exemples)	Codes de la CCA	Codes de la CCI
<b>Arthroplastie de la hanche</b>	Arthroplastie totale de la hanche (initiale et reprise)	9351 9352 9353 9359	VA.53.LAPN
<b>Arthroplastie du genou</b>	Arthroplastie totale ou partielle du genou (initiale et reprise)	9340 9341	VG.53.LAPN VG.53.LAPP
<b>Autre arthroplastie</b>	Autre arthroplastie (initiale et reprise)	9331 9339 9348 9371 9381 9384 9385 9386 9387	TA TM UB UC UG UK VP WA W WM, 53



## Références

1. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Guide de l'utilisateur : fichiers de microdonnées 2007*. Ottawa, Statistique Canada, Division de la statistique de la Santé, juin 2008. URL : [http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226\\_D7\\_T9\\_V4-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V4-fra.pdf).
2. St-Pierre M, Béland Y. Imputation of proxy respondents in the Canadian Community Health Survey. In: *2002 Proceedings of the Survey Methods Section*, Statistical Society of Canada. Ottawa, ON: Statistical Society of Canada, 2002.
3. Yeo D, Mantel H, Liu T-P. Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey. *American Statistics Association Conference*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada, 1999.
4. Wilkins K, Wysocki M, Morin C, Wood P. Causes multiples de décès. *Rapports sur la santé*. 1997;9(2).
5. Assemblée des Premières Nations. *L'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Questionnaire—adultes*. Ottawa, Assemblée des Premières Nations, octobre 2002. URL: <http://www.rhs-ers.ca/francais/phase1.asp>.
6. Assemblée des Premières Nations. *L'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Rapport sur les méthodes et processus*. Ottawa, Assemblée des Premières Nations, juin 2006. URL: <http://www.rhs-ers.ca/francais/phase1.asp>.



## Glossaire

**Activité physique** : ensemble des déplacements et mouvements mesurés en fonction de la valeur de la dépense énergétique quotidienne totale (en kcal/kg/jour) fournie pendant les activités de loisir. La dépense énergétique est calculée d'après la fréquence et la durée des séances d'activité physique et la valeur MET de l'activité. Le MET ou « équivalent métabolique » est le coût énergétique de l'activité exprimé sous forme de multiple du métabolisme au repos. Les répondants sont classés dans les catégories suivantes : « actifs » ( $\geq 3$  MET), « exercice modéré » ( $1,5$  à  $< 3$  MET) ou « inactifs » ( $0$  à  $< 1,5$  MET), selon la valeur de leur dépense énergétique quotidienne totale.

**Arthrite** : terme utilisé pour décrire plus de 100 maladies et troubles rhumatismaux touchant les articulations et les tissus qui entourent les articulations et d'autres tissus conjonctifs. La plupart des types d'arthrite se caractérisent par des douleurs, des raideurs et une enflure aux articulations, aux régions articulaires ou à une autre partie de l'appareil locomoteur. L'arthrite peut affecter la structure et le fonctionnement des articulations, en causant des douleurs et des incapacités, et gêner l'accomplissement des tâches et des activités quotidiennes.

**Arthrite juvénile idiopathique (AJI) ou « arthrite infantile »** : maladie chronique rare qui frappe les enfants et les adolescents. Bien qu'elle soit rarement mortelle, il s'agit d'une maladie de longue durée qui est associée à une incapacité physique grave.

**Arthrite réactionnelle ou maladie de Reiter** : maladie auto-immune qui se déclenche à la suite d'une infection dans une autre partie du corps.

**Arthrite traumatique** : type d'arthrite résultant d'un traumatisme contondant, pénétrant ou répété, ou d'un mouvement forcé dépassant la limite physiologique d'une articulation ou d'un ligament.

**Arthroplastie** : intervention chirurgicale consistant à remplacer l'articulation atteinte, habituellement la hanche, le genou, l'épaule ou la cheville, par une articulation artificielle.

**Arthroscopie** : technique d'exploration articulaire réalisée à l'aide d'un arthroscope, petit tube rigide relié à une caméra.

**Arthrose** : maladie causée par la détérioration du cartilage d'une ou de plusieurs articulations. Elle provoque des lésions articulaires, des douleurs et des raideurs. Elle touche généralement les mains, les pieds, les genoux, la colonne vertébrale et les hanches. Il s'agit du type d'arthrite le plus répandu.

**Autogestion** : fait référence aux tâches qu'une personne doit accomplir pour bien vivre avec une ou plusieurs affections chroniques.

**CIM-9** : Classification internationale des maladies, 9<sup>e</sup> édition.

**CIM-10** : Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition.

**Coûts directs** : valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins ou de la réadaptation liés à une maladie ou à un traumatisme. Ces coûts englobent les dépenses en soins hospitaliers (publics et privés), en soins médicaux (paiement à l'acte et autres modes de paiement) et en médicaments (prescrits par le secteur public ou privé ou achetés en vente libre) ainsi que les dépenses en soins dispensés dans d'autres établissements et les autres dépenses de santé directes (p. ex. services d'autres professionnels de la santé, autres dépenses relatives à la santé et frais d'immobilisation, de santé publique ou d'administration).

**Coûts indirects** : valeur de la production économique perdue en raison de maladies, traumatismes ou décès prématurés. Ces coûts correspondent à la perte de production attribuable à l'incapacité (coûts liés à la morbidité) et aux décès prématurés (coûts liés à la mortalité). Le coût de l'incapacité est mesuré en fonction du nombre de jours d'activité perdus en raison des incapacités de courte durée (d'une durée inférieure à six mois) et de longue durée (durée supérieure à six mois).

**Décès prématuré** : décès survenant avant l'âge de 75 ans.

**Définition de cas** : ensemble de critères à remplir pour déterminer si une personne constitue un cas pour une maladie donnée. Les critères peuvent être géographiques, cliniques ou fondés sur des analyses de laboratoire, ou combiner ces trois aspects, et correspondent aux caractéristiques de la maladie.



**Dépenses en médicaments** : incluent les dépenses publiques et privées en médicaments délivrés sur ordonnance ou offerts en vente libre, mais excluent le coût des médicaments fournis dans les hôpitaux et autres établissements.

**Dépenses en soins hospitaliers** : incluent l'ensemble des dépenses d'exploitation des hôpitaux publics et privés du Canada, quel que soit le type de services rendus. Ces dépenses incluent également les coûts des médicaments, les coûts pour le diagnostic et le traitement des patients externes et certains coûts de recherche directs et indirects.

**Dépenses en soins médicaux** : incluent les honoraires versés par les régimes d'assurance maladie des provinces et territoires aux médecins rémunérés à l'acte exerçant en pratique privée et les paiements effectués au titre de régimes de rémunération autres (c.-à-d. d'autres formes de remboursement des médecins comme les salaires, la rémunération par séance et la capitation). Les coûts relatifs aux professionnels des médecines douces et autres professionnels de la santé ne sont cependant pas inclus, ni les coûts des soins dispensés par les médecins dans les hôpitaux, qui sont inclus dans la catégorie « Dépenses en soins hospitaliers ».

**Goutte** : forme d'arthrite causée par un excès d'acide urique mal éliminé par les reins. Elle touche le gros orteil le plus souvent, mais aussi la cheville, le genou, le pied, la main, le poignet ou le coude. Elle se manifeste habituellement par des poussées douloureuses de plusieurs jours, voire plusieurs semaines, suivies de périodes asymptomatiques.

**Incapacité** : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'incapacité englobe un ensemble de niveaux de fonctionnement, qu'il s'agisse du corps (atteintes fonctionnelles et structurales), de la sphère personnelle (limitations des activités) ou de la vie en société (restrictions de la participation). L'incapacité suppose donc un dysfonctionnement à au moins un de ces niveaux, c.-à-d. des atteintes fonctionnelles, des limitations d'activités ou des restrictions à la participation.

**Incapacité de courte durée** : période d'activité restreinte de moins de six mois. Les coûts relatifs à l'incapacité de courte durée étaient disponibles pour l'ensemble des maladies musculo-squelettiques, mais ils n'ont pas pu être calculés pour l'arthrite spécifiquement. Par conséquent, ils ne sont pas inclus dans les chiffres fournis, ce qui entraîne une sous-estimation des coûts indirects et totaux attribués à l'arthrite.

**Incapacité de longue durée** : période d'activité restreinte de six mois et plus ou résidant d'un établissement de soins de longue durée.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas d'une maladie (nombre de personnes étant tombées malades) dans une population pendant une période donnée. Plus généralement, il s'agit du nombre d'événements de santé de même nature survenus dans une population pendant un intervalle de temps précis. L'incidence est exprimée en fréquence, taux ou proportion.

**Indice de masse corporelle (IMC)** : mesure de corpulence du corps humain qui correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres. Elle sert de référence pour établir notamment si une personne a un excès de poids ou est obèse. Selon les normes internationales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes dont l'IMC est inférieur ou égal à 18 présentent une insuffisance pondérale, un poids normal correspondant à un IMC compris entre 19 et 24,9. Les personnes ayant un excès de poids ont un IMC compris entre 25 et 29,9 et les personnes obèses, un IMC égal ou supérieur à 30.

**Lupus érythémateux disséminé (LED)** : trouble du tissu conjonctif qui provoque des éruptions cutanées, des douleurs et l'enflure des articulations et des muscles. Il peut en outre affecter les organes. Les symptômes évoluent avec le temps, alternant poussées et périodes de rémission. Le LED est rare, mais il peut être très invalidant.

**Morbidité** : tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à un état de bien-être physiologique ou psychologique.

**Myopathies** : maladies affectant les muscles qui s'attachent aux os (muscles squelettiques). Elles peuvent être provoquées par des anomalies transmises génétiquement (p. ex. dystrophies musculaires) ou des troubles endocriniens, inflammatoires (p. ex. dermatomyosite, polymyosite) ou métaboliques.

**Normalisation ou « standardisation » selon l'âge** : méthode d'ajustement des taux (p. ex. taux de mortalité et prévalence) visant à supprimer les effets que peuvent avoir, sur les taux, les différences de composition d'âge des populations comparées. La méthode peut aussi servir à atténuer les effets des différences de composition de sexe ou d'autres variables pertinentes.

**Ostéotomie** : intervention chirurgicale au cours de laquelle un os est sectionné afin de le raccourcir, de l'allonger ou de redresser son alignement.



**Polyarthrite psoriasique (PP) :** cause l'enflure des articulations et des douleurs. Elle touche habituellement les poignets, les genoux, les chevilles, les doigts et les orteils et peut également affecter le dos. Elle est liée au psoriasis, trouble causant l'inflammation de zones cutanées qui se couvrent de squames grises ou argentées.

**Polyarthrite rhumatoïde (PR) :** maladie inflammatoire causée par le système immunitaire qui s'attaque aux articulations (essentiellement des mains et des pieds). Elle se traduit par une inflammation, des douleurs et des lésions articulaires. La PR peut également toucher des organes tels que les yeux, le cœur et les poumons. Il s'agit du deuxième type d'arthrite le plus répandu.

**Prévalence :** mesure de l'occurrence ou de la fréquence d'une maladie ou d'un état de santé — souvent utilisée pour indiquer la proportion de personnes atteintes dans une population à un moment donné.

**Projections :** estimations de ce que seront la taille ou la composition d'une population dans le futur. D'après les plus récentes données de recensement, les projections démographiques de Statistique Canada pour les années 2007 à 2031 permettent d'estimer le nombre de personnes qui souffriront d'arthrite et la prévalence de la maladie dans les 25 prochaines années. Statistique Canada fournit trois scénarios de croissance démographique : « forte croissance », « croissance moyenne » et « faible croissance ». Les chiffres avancés dans le présent rapport sont basés sur le scénario de croissance moyenne, qui suppose des projections de croissance, des taux de fécondité, une espérance de vie, une immigration et des migrations interprovinciales moyens. Le scénario fait l'hypothèse de taux de fertilité et de soldes migratoires similaires à ce qu'ils étaient au cours des dernières années et d'une croissance modérée de l'espérance de vie. C'est ce type de scénario qu'on utilise habituellement pour prévoir la prévalence et estimer le nombre de personnes qui souffriront d'arthrite. Les estimations présentées au chapitre 1 sont basées sur les estimations de la prévalence selon l'âge et le sexe les plus récentes fournies par l'ESCC de 2007 (cycle 4.1). Les projections supposent que les estimations de la prévalence de l'arthrite selon l'âge et le sexe ne changeront pas au fil du temps. Cette dernière hypothèse a été adoptée pour assurer une cohérence avec les rapports antérieurs, mais elle ne tient pas compte des tendances en matière d'obésité ou d'autres facteurs qui pourraient causer l'arthrite.

**Qualité de vie :** ensemble des conditions physiques, psychologiques et sociales qui sous-tendent la santé et qui sont considérées comme des sphères distinctes influencées par l'expérience, les croyances, les attentes et les perceptions individuelles.

**Sclérodermie :** il existe deux formes de la maladie : la sclérodermie locale, qui affecte surtout la peau et peut également toucher les muscles et les articulations, et la sclérodermie généralisée, qui atteint la peau ainsi que les organes internes.

**Spondylarthrite ankylosante (SA) :** type d'arthrite inflammatoire touchant la colonne vertébrale. Elle est à l'origine de douleurs et de raideurs dans le dos associées à une posture voûtée. Dans la plupart des cas, la maladie est caractérisée par des épisodes douloureux aigus entrecoupés de rémissions. Sa gravité varie considérablement d'une personne à l'autre.

**Surveillance :** dépistage et prévision de tout événement relatif à la santé ou de tout déterminant de la santé grâce à la collecte continue de données de haute qualité, à l'intégration, l'analyse et l'interprétation de ces données en produits de surveillance (p. ex. rapports, conseils et mises en garde), et à la diffusion de ces produits à des fins de santé publique précises ou d'élaboration de politiques.

**Syndrome de Sjögren :** maladie chronique qui affecte les glandes salivaires et lacrymales et entraîne une sécheresse buccale ou oculaire selon le cas. Elle peut affecter d'autres parties du corps comme les articulations, les muscles, les nerfs, les organes ou d'autres glandes.

**Synovite :** terme désignant l'inflammation de la synoviale, membrane qui tapisse la face interne de la capsule des articulations mobiles, ou « diarthroses ». La synovite est douloureuse, particulièrement lorsque l'articulation est bougée. L'articulation enfle habituellement à cause de l'accumulation de liquide.

**Taux :** mesure de la fréquence de survenue d'un phénomène dans une population donnée. Un taux est formé d'un numérateur et d'un dénominateur.

**Taux de mortalité :** estimation de la portion de population qui décède pendant une période donnée.

**Vascularite :** groupe hétérogène de troubles caractérisés par une inflammation menant à la destruction des vaisseaux sanguins; les artères et les veines peuvent être affectées.



