



CONSÉQUENCES DE L'ARTHRITE

sur les Canadiennes*

Naomi M. Kasman, M.Sc., (University Health Network), Elizabeth M. Badley, Ph.D.
(University of Toronto)

Historique

Actuellement, l'arthrite est l'une des conditions chroniques les plus prévalentes au Canada, qui représente une principale cause de l'invalidité à long terme, des douleurs et du recours croissant aux soins de santé. [1, 2] On entend par « arthrite » une « inflammation des articulations » et le terme englobe plus de 100 problèmes différents. L'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, la fibromyalgie et le lupus érythémateux systémique sont au nombre des problèmes qu'englobe la désignation « arthrite et rhumatisme ». Les symptômes les plus courants de l'arthrite sont les douleurs articulaires, la raideur, l'enflure et la faiblesse musculaire. Ces symptômes peuvent causer aux articulations des dommages qui peuvent limiter l'amplitude des mouvements ou déformer l'articulation. [3-5]

L'arthrite est beaucoup plus prévalente chez les femmes que chez les hommes.[6-10] De nombreuses études ont montré que la polyarthrite rhumatoïde atteint jusqu'à 2,5 fois plus de femmes que d'hommes et que dans le cas de l'arthrose, le ratio femmes:homme s'établit à environ 2:1. [9, 11-16] Même si l'arthrite ou le rhumatisme sont actuellement incurables, on a démontré que divers traitements disponibles, y compris les médicaments, la chirurgie, la réadaptation et l'autogestion, préviennent l'invalidité de longue durée, maintiennent la fonction et atténuent la douleur associée à ces problèmes. [11]

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Ce chapitre présente de l'information sur la situation et les conséquences de l'arthrite et du rhumatisme sur les femmes au Canada. On mesurera les conséquences de la maladie en fonction de la mauvaise santé, de la douleur, de l'invalidité de longue durée et de l'utilisation des services de santé. Afin de placer les données sur l'arthrite chez les femmes dans un contexte plus général de la santé de la population, nous présentons aussi des données sur les hommes qui ont de l'arthrite et sur divers sous-groupes de femmes, y compris celles qui ont des problèmes chroniques autres que l'arthrite et celles qui ne signalent aucun problème chronique. L'information présentée dans ce rapport provient principalement d'une analyse de données tirées de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, ainsi que du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).

Méthodes

Les analyses présentées dans ce chapitre reposent sur des données transversales relatives aux ménages tirées du troisième cycle (1998-1999) de l'ENSP (voir annexe A). On a pondéré les données tirées du dossier de santé des 14 682 répondants choisis qui avaient plus de 15 ans — en tenant compte de la conception de l'échantillon, des rajustements en fonction des non-réponses et de la poststratification — pour qu'ils représentent quelque 23,8 millions de Canadiens.

On a identifié l'arthrite dans l'ENSP en demandant aux répondants s'ils souffraient d'arthrite ou de rhumatisme comme problème chronique à long terme (défini comme problème diagnostiqué par un professionnel de la santé qui dure depuis six mois ou plus ou devrait durer six mois ou plus). On a aussi demandé aux répondants, au début de l'enquête, d'indiquer leur sexe (homme/femme), ce qui a permis de relier les réponses à toutes les questions subséquentes à la réponse de chacun.

Le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) est un registre national relativement nouveau (lancé en juin 2000) qui recueille de l'information sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou réalisées au Canada et suit au fil du temps les personnes qui ont subi une arthroplastie pour contrôler l'évolution de leur état de santé. Le RCRA est un effort conjoint de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et des chirurgiens orthopédistes du Canada.

Résultats

Caractéristiques démographiques

Selon les données tirées de l'ENSP de 1998-1999, presque 4 millions de personnes de plus de 15 ans ont déclaré souffrir d'arthrite diagnostiquée par un professionnel de la santé : les deux tiers de ces personnes (environ 2,4 millions) étaient des femmes. Ces statistiques représentent une prévalence morbide de 20 % chez les femmes, soit presque deux fois plus que chez les hommes qui se sont déclarés atteints (12 %).

Les taux d'arthrite augmentaient avec l'âge tant chez les femmes que chez les hommes (tableau 1 et figure 2) et c'est pourquoi la prévalence maximale de la maladie se fait sentir chez les 75 ans et plus des deux sexes. Dans chaque groupe d'âge, le taux de prévalence de l'arthrite était plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Plus de 55 % des femmes de plus de 75 ans ont signalé avoir de l'arthrite, ce qui représente presque un demi-million de femmes dans la population canadienne. C'est aussi plus que deux fois le nombre d'hommes du même groupe d'âge qui sont atteints. Même si les taux de prévalence augmentent régulièrement en fonction de l'âge, le nombre réel de personnes qui ont de l'arthrite atteint son maximum chez les 55 à 64 ans et commence ensuite à fléchir chez les plus âgés, à cause de la structure de la population canadienne selon l'âge. En fait, 60 % des personnes qui ont déclaré vivre avec l'arthrite ou le rhumatisme avaient de 15 à 64 ans. Comparativement à la distribution selon l'âge dans le cas de l'arthrite, celle d'autres problèmes chroniques signalés par les femmes a atteint son maximum à un

âge moins élevé (25 à 34 ans) et les taux de prévalence ont fléchi par la suite. Comme on pourrait s'y attendre, le pourcentage des femmes qui ont déclaré n'avoir aucun problème chronique a aussi dégringolé de façon spectaculaire en fonction de l'âge.

Les études qui ont produit des comparaisons internationales de la prévalence de l'arthrite sont peu nombreuses et celles qu'on a réalisées ont porté principalement sur la polyarthrite rhumatoïde (à l'égard de laquelle il existe des critères internationaux de diagnostic), et non sur l'arthrose. Le tableau 3 présente certains des taux de prévalence internationaux publiés, spécifiques au sexe, dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde. [17-22] On s'est aussi penché sur l'origine ethnique en ce qui a trait à la prévalence de l'arthrite et l'on a constaté que les taux de cette dernière étaient plus élevés dans beaucoup de groupes ethniques, y compris les Canadiens autochtones, les Américains autochtones et les Américains d'origine africaine. [13, 15]

Situation socio-économique

La situation socio-économique est un concept qu'on mesure en général en fonction du revenu et de variables liées au niveau d'études ou à l'emploi. L'arthrite est une maladie qui touche des personnes de toutes les classes socioéconomiques. Le pourcentage des femmes qui ont déclaré avoir un revenu faible ou moyen, moins d'années de scolarité, et vivre avec l'arthrite est toutefois plus élevé que celui des femmes des classes socio-économiques supérieures (tableau 1). Par exemple, 30 % des femmes de la catégorie des revenus les plus faibles ont déclaré vivre avec l'arthrite, ce qui est deux fois plus que le pourcentage des femmes à revenu élevé qui ont le même problème. On a aussi constaté des disparités aux niveaux du revenu et de la scolarité chez les hommes atteints d'arthrite, même si les écarts étaient beaucoup moins prononcés. La relation est inverse dans le cas de maladies chroniques autres que l'arthrite : les femmes qui ont déclaré avoir un revenu élevé ou avoir fait des études postsecondaires étaient les plus susceptibles de signaler aussi un problème chronique (figure 4). Les femmes qui avaient un revenu élevé étaient aussi plus susceptibles de ne signaler aucun problème chronique.

Sur le plan de la situation familiale, 40 % des femmes veuves ou divorcées ont déclaré vivre avec l'arthrite, comparativement à moins de 6 % des femmes célibataires. Ces chiffres sont probablement fonction de la répartition selon l'âge des femmes qui vivent avec l'arthrite. Un pourcentage important (44 %) des femmes en âge de travailler (âgées de 16 à 64 ans) vivant avec l'arthrite et 33 % des hommes dans la même situation ont déclaré ne pas faire partie de la population active, comparativement à 21 % des femmes qui ont déclaré avoir un problème chronique autre que l'arthrite et 18 % des femmes qui n'ont signalé aucun problème chronique.

Invalité de longue durée et état de santé

L'arthrite a des conséquences majeures sur l'invalité de longue durée, mesurée dans l'ENSP de 1998-1999 comme étant une limitation à long terme des activités à la maison, au travail, à l'école, ou au cours des loisirs. Environ 50 % des femmes et des hommes vivant avec l'arthrite ont signalé une invalité de longue durée comparativement à quelque 20 % des femmes qui ont d'autres problèmes chroniques et moins de 5 % des femmes qui n'en ont pas (tableau 5 et figure 6). Même si le taux de prévalence globale d'invalité de longue durée était un peu plus élevé chez les hommes vivant avec l'arthrite que chez les femmes dans la même situation, un pourcentage plus élevé des femmes ont signalé que leur invalité était attribuable spécifiquement à leur arthrite, tandis que les hommes étaient plus susceptibles de l'attribuer à d'autres problèmes musculosquelettiques (p. ex., maux de dos chroniques). On a aussi établi un lien solide entre l'arthrite et un mauvais état de santé autoévalué par l'intéressé, car plus de 30 % des femmes vivant avec l'arthrite ont signalé que leur état de santé était moyen seulement ou médiocre. Un pourcentage beaucoup plus faible (10 %) de femmes qui avaient des problèmes chroniques autres que l'arthrite et moins de 2 % des femmes qui n'avaient aucun problème chronique ont jugé leur état de santé moyen ou mauvais.



Environ 45 % des femmes vivant avec l'arthrite ont signalé que la douleur qui les empêchait de se livrer au moins à certaines activités et 21 % ont signalé qu'elle les empêchait de participer à l'ensemble ou à la plupart des activités. Le vécu de la douleur se ressemblait énormément chez les femmes et les hommes atteints d'arthrite. Les femmes qui ont signalé des problèmes chroniques autres que l'arthrite ou qui n'ont signalé aucun problème chronique étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir de la douleur — 87 % et 96 % respectivement ont déclaré que la douleur ne limitait aucune de leurs activités.

Lorsqu'on a demandé aux répondants s'ils avaient besoin d'aide, à cause d'un problème de santé ou autre, pour s'acquitter de tout un éventail de tâches (y compris s'occuper d'eux-mêmes, des tâches ménagères, magasiner, etc.), 43 % des femmes vivant avec l'arthrite ont signalé avoir besoin d'aide pour se livrer à une ou plusieurs de ces activités. Seulement 30 % des hommes avec l'arthrite, moins de 13 % des femmes qui ont d'autres problèmes chroniques et 3 % des femmes qui n'ont pas de problème chronique ont déclaré avoir besoin d'aide.

Utilisation des soins de santé

Un peu plus de femmes (67 %) que d'hommes (62 %) vivant avec l'arthrite ont signalé avoir consulté un chiropraticien (OP) à trois reprises ou plus au cours des 12 mois précédents (tableau 7 et figure 8). Chez les femmes qui ont d'autres problèmes chroniques ou qui n'en ont aucun, le pourcentage était beaucoup moins élevé, à 51 % et 30 % respectivement. Environ autant de femmes (40 %) que d'hommes (38 %) atteints d'arthrite et de femmes vivant avec un problème chronique autre que l'arthrite (36 %) ont signalé avoir consulté un médecin autre qu'un OP au moins une fois au cours de l'année précédente. Le pourcentage des femmes sans problème chronique qui ont consulté un spécialiste au cours de l'année précédente était beaucoup moins élevé, à 21 % seulement.

En ce qui concerne les services paramédicaux, les femmes et les hommes atteints d'arthrite et les femmes vivant avec d'autres problèmes chroniques étaient tout aussi susceptibles — environ 13 % dans tous les groupes — d'avoir consulté un chiropraticien au moins une fois au cours de l'année précédente. Les femmes vivant avec l'arthrite ont toutefois signalé avoir consulté un physiothérapeute plus souvent que les hommes vivant avec l'arthrite, les femmes qui ont des problèmes chroniques autres que l'arthrite ou les femmes sans problème chronique.

Lorsqu'on a demandé spécifiquement aux personnes atteintes d'arthrite d'indiquer quels traitements, s'il en est, elles suivaient contre leur arthrite, presque 50 % des femmes ont déclaré avoir suivi un traitement quelconque, ce qui est un peu plus que les 46 % des hommes qui avaient fait de même. On a ventilé encore davantage les traitements possibles contre l'arthrite selon le type en particulier. Des pourcentages à peu près égaux des deux sexes avaient eu recours aux médicaments (43 %), tandis que les femmes ont signalé plus souvent que les hommes avoir recours à l'alimentation et à l'exercice. Dans l'ENSP de 1998-1999, on a aussi posé des questions sur l'utilisation de certains types particuliers de médicaments. Les femmes atteintes d'arthrite étaient plus susceptibles que les hommes vivant avec l'arthrite et que les femmes qui avaient d'autres problèmes chroniques de signaler qu'elles prenaient des analgésiques (80 % contre 73 % et 74 % respectivement) et des antidépresseurs (11 % contre 5 % et 7 % respectivement), mais elles étaient tout aussi susceptibles que les hommes vivant avec l'arthrite de signaler qu'elles prenaient des médicaments contenant de la codéine (9 % dans les deux cas).

L'arthroplastie totale (AT) est un moyen rentable de traiter principalement l'arthrose. Elle peut soulager considérablement la douleur et améliorer énormément le statut fonctionnel et la qualité de vie de la personne vivant avec l'arthrite. [23] Selon les données les plus récentes publiées dans le rapport de 2002 du Registre canadien des remplacements articulaires (c.-à-d. pour 1999-2000), 62,2 et 73,3 femmes par 100 000 habitants ont subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou respectivement. [24] La figure 9 présente les taux selon l'âge des arthroplasties totales du genou pratiquées sur les hommes et les femmes au Canada en 1999-2000. Même si ces taux étaient en général un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes, il faut considérer ces résultats en fonction du taux global de prévalence de l'arthrite chez les femmes, qui est presque deux fois plus élevé que chez les hommes (figure 2).

Discussion

Caractéristiques des femmes vivant avec l'arthrite

Au Canada, les femmes signalent plus souvent que les hommes qu'elles ont l'arthrite. Selon l'ENSP, comparativement aux femmes qui ont d'autres problèmes chroniques, celles qui vivent avec l'arthrite étaient plus âgées, avaient un revenu moins élevé et moins d'années de scolarité, et étaient plus susceptibles d'être veuves et de ne plus faire partie de la population active. Il semble donc que les femmes vivant avec l'arthrite peuvent être celles qui ont le moins de ressources pour faire face aux conséquences de leur état de santé sur leur vie quotidienne. Pour ce qui est des répercussions de l'arthrite sur la santé, les femmes vivant avec la maladie étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir une invalidité de longue durée que celles qui ont d'autres problèmes chroniques. Elles ont aussi signalé être en moins bonne santé, avoir plus de douleurs qui restreignent leurs activités, et consulter plus souvent des OP, des spécialistes et des physiothérapeutes.

Traitements possibles

La prévalence de l'arthrite augmente de façon tellement spectaculaire avec l'âge que beaucoup de personnes âgées considèrent la maladie comme un aspect normal du vieillissement jusqu'à ce qu'elle devienne suffisamment douloureuse ou invalidante pour les pousser à demander des soins médicaux. [6] On a toutefois tort de croire que l'arthrite est une maladie de la vieillesse puisque les 45 à 64 ans constituent le pourcentage le plus important des personnes vivant avec l'arthrite. Selon une autre conception erronée courante, l'arthrite constitue un aspect inévitable du vieillissement contre lequel il n'y a rien à faire. Même si l'arthrite est actuellement incurable, un traitement approprié aide à éviter l'invalidité de longue durée, à maintenir la fonction et à atténuer la douleur. Un rhumatologue est peut-être le mieux placé pour prendre en charge le traitement de certains types d'arthrite, et en particulier la polyarthrite rhumatoïde, [15] tandis que l'arthroplastie totale constitue un traitement efficace chez les sujets qui ont une arthrose avancée de la hanche ou du genou. [25] Les stratégies d'autogestion, y compris l'exercice et l'éducation, ont en outre démontré qu'elles aident à atténuer la douleur et à réduire l'invalidité à long terme, ainsi que l'obligation de prendre des médicaments. [26]

Utilisation des soins de santé

En dépit des avantages bien documentés qu'offrent les divers traitements disponibles contre l'arthrite, les enquêtes ont montré à maintes reprises que de 40 à 60 % des personnes qui ont des symptômes articulaires ou des signes d'arthrite ou de rhumatisme autodéclarés ne reçoivent pas de traitement. On ne sait pas pourquoi le pourcentage des personnes vivant avec l'arthrite ou le rhumatisme qui consultent un professionnel de la santé est relativement faible, mais on a démontré qu'un vaste éventail de facteurs, y compris le sexe, l'âge et la situation socio-économique, ont un effet sur les taux d'utilisation des soins de santé. [27]

Il est difficile de comparer les taux d'utilisation des services de santé à cause de l'arthrite chez les femmes et les hommes parce qu'il faut tenir compte de différences fondamentales selon les sexes sur le plan des taux de prévalence ou de la gravité de la maladie. Par exemple, même si le taux d'arthroplastie totale est légèrement plus élevé chez les femmes, une étude réalisée récemment au Canada a montré que même si les deux sexes n'ont pas recours suffisamment à l'arthroplastie totale, lorsque l'on tient compte de la prévalence de la maladie et du besoin, la sous-utilisation est plus que trois fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. [27]

La question de l'utilisation des soins de santé par les personnes qui ont de l'arthrite est particulièrement importante puisque des recherches réalisées récemment aux États-Unis indiquent que les personnes vivant avec l'arthrite, qui reçoivent les soins nécessaires (comme ceux d'un rhumatologue) présentent des taux moins élevés d'invalidité de longue durée que les sujets qui reçoivent des soins plus irréguliers [28]. Si les services de soins de santé mis à la disposition des personnes qui ont de l'arthrite ou du rhumatisme ne sont pas utilisés, et en particulier si l'on n'atteint pas un groupe précis de personnes (comme les femmes), les effets de cette maladie peuvent être beaucoup plus invalidants que ce n'est nécessaire et réduire considérablement la qualité de vie. Il y a aussi d'autres enjeux reliés à la disponibilité de services



de santé spécialisés comme l'arthroplastie chirurgicale totale et les services de rhumatologues dans certaines des régions plus rurales du Canada. Une recherche en cours porte sur la variation des services disponibles selon la région, même si les résultats de l'étude n'étaient pas disponibles pour publication dans le présent rapport.

Le fardeau de l'arthrite chez les femmes entraîne aussi des coûts importants pour la société. Un pourcentage élevé des femmes vivant avec l'arthrite ont déclaré ne pas faire partie de la population active. On a signalé ce résultat dans d'autres études aussi, dont beaucoup ont aussi indiqué que des aménagements simples et non coûteux, comme des horaires de travail flexibles, peuvent permettre à beaucoup de personnes de demeurer au travail ou d'y revenir. [29-31] Les femmes ont en outre souvent des rôles de ménagères et de soignantes sur lesquels une invalidité causée par l'arthrite peut avoir des répercussions. Comme la plupart des études sur l'invalidité et l'emploi portent avant tout sur le travail rémunéré seulement, on sait relativement peu de choses au sujet de l'effet de l'arthrite sur les responsabilités domestiques. [23]

Lacunes et recommandations

Les données disponibles actuellement sur l'arthrite et les sexes présentent de nombreuses lacunes. Le manque de données détaillées sur l'utilisation des services de santé par les femmes vivant avec l'arthrite en est une d'importance. La plupart des soins contre l'arthrite, y compris les soins de spécialistes, sont dispensés en contexte ambulatoire sur lequel il n'y a actuellement pas de données systématiques, même si une base de données provinciale sur la facturation des médecins pourrait en principe saisir de telles données. Il existe des données sur les interventions chirurgicales et l'hospitalisation, mais une minorité seulement de femmes vivant avec l'arthrite subissent de telles interventions. Il n'y a pas de données systématiques sur la prescription de médicaments, le recours à des services de réadaptation comme la physiothérapie et l'ergothérapie, ou l'accès à d'autres services comme les appareils et accessoires fonctionnels, les programmes d'exercices thérapeutiques, le soutien communautaire et l'autogestion. On a de plus en plus besoin de données sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance compte tenu des progrès actuels réalisés dans la mise au point d'anti-inflammatoires qui protègent l'estomac (p. ex., inhibiteurs de la COX-2) et de médicaments efficaces mais coûteux contre la polyarthrite rhumatoïde. Les personnes vivant avec l'arthrite sont aussi d'importants consommateurs de services de santé parallèles et d'herbes médicinales. Il s'agit d'un autre domaine où l'on manque d'information fiable sur l'efficacité et l'utilisation.

Les enquêtes nationales et provinciales sur la santé sont nos seules sources de données démographiques complètes. Ces enquêtes comptent sur de l'information autodéclarée qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, aux problèmes médicaux et à l'état de santé, même si la validité de cette méthode soulève des questions. Ces enquêtes posent un autre problème : elles ne permettent pas de distinguer les nombreux types d'arthrite comme l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde. C'est important, puisque les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ont tendance à déclarer une douleur plus fréquente et intense que ceux qui vivent avec l'arthrose et qu'il y a plus de femmes qui sont atteintes de polyarthrite rhumatoïde que d'arthrose. [32] En outre, les données tirées de ces enquêtes ne permettent pas d'établir de lien entre l'état de santé ou l'utilisation des services de santé et une maladie en particulier. C'est pourquoi même si une personne déclare à la fois vivre avec l'arthrite et avoir une invalidité de longue durée, on ne peut déterminer si l'arthrite est la cause directe de l'invalidité de longue durée.

L'information au sujet des conséquences de l'arthrite sur les femmes et leur utilisation connexe des services de santé joue un rôle vital lorsqu'il s'agit de sous-tendre une stratégie visant à réduire les conséquences de la maladie. Une telle stratégie exigerait que les services de santé et les services de soutien soient disponibles en temps opportun et fournis de façon à répondre aux besoins des femmes. Toute stratégie de cette nature devrait porter sur l'accès aux soins primaires et aux services de spécialistes. La prise en charge des soins primaires de l'arthrite présente des lacunes perçues et l'orientation en temps opportun vers des spécialistes, les conseils aux patients au sujet de l'exercice et d'autres interventions non pharmacologiques et l'examen des articulations sont au nombre des aspects

qui préoccupent. [33-36] Nous manquons d'information au sujet du recours aux médecins spécialistes, et en particulier aux rhumatologues, par les femmes qui ont l'arthrite. Il est clair qu'on a besoin de plus de renseignements sur les facteurs associés au recours aux soins par les femmes vivant avec l'arthrite.

L'invalidité associée à l'arthrite réduit souvent l'indépendance, l'activité sur le marché du travail, ainsi que les activités sociales et récréatives, et entraîne une perte de revenu, sans oublier les dépenses supplémentaires qui en découlent. Il faut des services de soutien communautaire et de réadaptation pour aider les personnes à faire face aux invalidités causées par l'arthrite et aux coûts qui en découlent. Ces services constituent un domaine vaste mais inexploré en grande partie. Il y a peu de données à leur sujet et, dans le cas des services communautaires, très peu de documents sur les services disponibles et la façon dont on les utilise. Des données probantes indiquent que des stratégies d'éducation et d'autogestion peuvent réduire considérablement la douleur, l'invalidité et les consultations médicales, et accroître l'autoefficacité. [37-39] Les femmes semblent en outre recourir plus souvent que les hommes à ce type d'intervention « autogérée », [40] ce qui indique qu'il faut pousser la recherche et investir davantage dans des interventions communautaires qui peuvent les aider à gérer leur arthrite au jour le jour.

Conclusion

On s'attend à ce que le vieillissement de la population alourdisse le fardeau que l'arthrite impose tant aux femmes qu'à la société. À cause de la structure actuelle de la population canadienne selon l'âge et du vieillissement de la génération dite « de l'explosion démographique » (dont les membres sont nés entre 1946 et 1960), on prévoit une augmentation importante du nombre de personnes de plus de 65 ans et que le nombre de celles qui ont l'arthrite ou le rhumatisme augmentera par la suite de quelque millions de personnes par décennie au cours des 30 prochaines années. Cette augmentation de la prévalence se produira dans une proportion de 60 % chez les femmes. Ces statistiques démontrent à elles seules le besoin d'une stratégie intégrée en matière de santé afin de réduire les conséquences de l'arthrite. Des réformes majeures s'imposent aussi pour trouver des moyens de saisir l'information sur le recours aux soins ambulatoires, aux services de spécialistes, aux médicaments, aux services de réadaptation et autres, tant par les femmes que par les hommes qui vivent avec l'arthrite.

L'arthrite est un des problèmes chroniques les plus fréquents chez les femmes du Canada. Il faut donc structurer les systèmes de soins de santé et de soutien qui visent à faire face aux conséquences de l'arthrite de façon à dispenser des soins plus longtemps et de telle façon que les soins visent en bout de ligne à améliorer la situation des femmes vivant avec l'arthrite et des membres de leur famille. On espère que ce rapport contribuera à faire inscrire l'arthrite au programme de la santé des femmes.



Références

1. Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 1994;21(3):505-14.
2. Badley EM, Webster G, Rasooly I. The impact of musculoskeletal disorders in the population: Are they just aches and pains? Findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 1995;22(4):733-9.
3. Holm MB, Rogers JC, Kwok CK. Predictors of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1998;11(5):346-55.
4. Guillemin F. Functional disability and quality-of-life assessment in clinical practice. *Rheumatology* 2000;39(Supplement 1):17-23.
5. Badley EM. The impact of disabling arthritis. *Arthritis Care Res* 1995;8(4):221-8.
6. Verbrugge LM. Women, men, and osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 1995;8(4):212-20.
7. Badley EM, Gignac MAM, Rothman LM, Sutton D. *The impact of arthritis on the women of Ontario; supplementary figures and tables for men*. ACREU Working Report Series No. 99-5. Toronto: Arthritis Community Research & Evaluation Unit (ACREU), 1999.
8. Castaneda DM, Bigatti S, Cronan TA. Gender and exercise behavior among women and men with osteoarthritis. *Women Health* 1998;27(4):33-53.
9. Katz PP, Criswell LA. Differences in symptom reports between men and women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1996;9(6):441-8.
10. Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health* 1995;85(2):173-82.
11. Institute for Clinical Evaluative Sciences. *Patterns of health care in Ontario: arthritis and related conditions*. Toronto, 1998.
12. Hopman-Rock M, de Bock GH, Bijlsma JW et al. The pattern of health care utilization of elderly people with arthritis pain in the hip or knee. *Int J Qual Health Care* 1997;9(2):129-37.
13. Bankhead C, Silman A, Barrett B et al. Incidence of rheumatoid arthritis is not related to indicators of socioeconomic deprivation. *J Rheumatol* 1996;23(12):2039-42.
14. Wang PP, Elsbett-Koeppen R, Geng G, Badley EM. Arthritis prevalence and place of birth: findings from the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Am J Epidemiol* 2000;152(5):442-5.
15. Dunlop DD, Manheim LM, Song J, Chang RW. Arthritis prevalence and activity limitations in older adults. *Arthritis Rheum* 2001;44(1):212-21.
16. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology* 2000;39(S2):3-12.
17. Saraux A, Guedes C, Allain J, Devauchelle V, Valls I, Lamour A, Guillemin F, Youinou P, Le Goff P. Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Brittany, France. Société de Rhumatologie de l'Ouest. *J Rheumatol* 1999;26(12):2622-7.
18. Cimmino MA, Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study. *Ann Rheum Dis* 1998;57(5):315-8.
19. Riise T, Jacobsen BK, Gran JT. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in the county of Troms, northern Norway. *J Rheumatol* 2000;27(6):1386-9.
20. Carmona L, Villaverde V, Hernandez-Garcia C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002;41(1):88-95.
21. Simonsson M, Bergman S, Jacobsson LT, Petersson IF, Svensson B. The prevalence of rheumatoid arthritis in Sweden. *Scand J Rheumatol* 1999;28(6):340-3.

22. Stojanovic R, Glajinac H, Palic-Obradovic D, Janosevic S, Adanja B. Prevalence of rheumatoid arthritis in Belgrade, Yugoslavia. *Br J Rheumatol* 1998;37(7):729-32.
23. Brady OW, Masri BA, Garbuz DS, Duncan CP. Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee—when to refer and what to expect. *Can Med Assoc J* 2000;163(10):1285-91.
24. Canadian Institute for Health Information. *Total hip and total knee replacements in Canada: Canadian Joint Replacement Registry 2002 Report*. Ottawa: CIHI, 2002.
25. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, Wilkins A, Badley EM. Determining the need for hip and knee arthroplasty: the role of clinical severity and patients' preferences. *J Clin Epidemiol* 2000;53(12):1200-8.
26. March LM, Stenmark J. Non-pharmacological approaches to managing arthritis. *Med J Aust* 2001;175 (Suppl):S102-7.
27. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, Badley EM. Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. *N Engl J Med* 2000;342(14):1016-22.
28. Ward MM. Rheumatology visit frequency and changes in functional disability and pain in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1997;24(1):35-42.
29. Yelin E, Sonneborn D, Trupin L. The prevalence and impact of accommodations on the employment of persons 51–61 years of age with musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum* 2000;13(3):168-76.
30. DeRoos AJ, Callahan LF. Differences by sex in correlates of work status in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res* 1999;12(6):381-91.
31. Badley EM, Rothman LM, Elsbett-Koeppen RH, Wang PP. *Employment and arthritis in the working age population*. ACREU Working Report Series No 99-3. Toronto: Arthritis Community Research and Evaluation Unit, 1999.
32. Affleck G, Tennen H, Keefe FJ et al. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain* 1999;83:601-9.
33. Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R, Lineker SC. Management of common musculoskeletal problems: a survey of Ontario primary care physicians. *Can Med Assoc J* 1998;158(8):1037-40.
34. Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R. Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. *J Rheumatol* 1996;23(2):351-6.
35. Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol* 1994;21(12):2344-8.
36. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol* 1998;37:1215-9.
37. Edworthy SM. How important is patient self-management? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000;14(4):705-14.
38. Lorig K, Gonzalez VM, Laurent DD, Morgan L, Laris BA. Arthritis self-management program variations: three studies. *Arthritis Care Res* 1998;11(6):448-54.
39. Barlow JH, Turner AP, Wright CC. Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *Br J Rheumatol* 1998;37(12):1315-9.
40. Musil CM. Gender differences in health and health actions among community-dwelling elders. *J Gerontol Nurs* 1998;24(2):30-8.



Figure 1 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants à l'ENSP 1998-1999, réparties par sexe et état de maladie

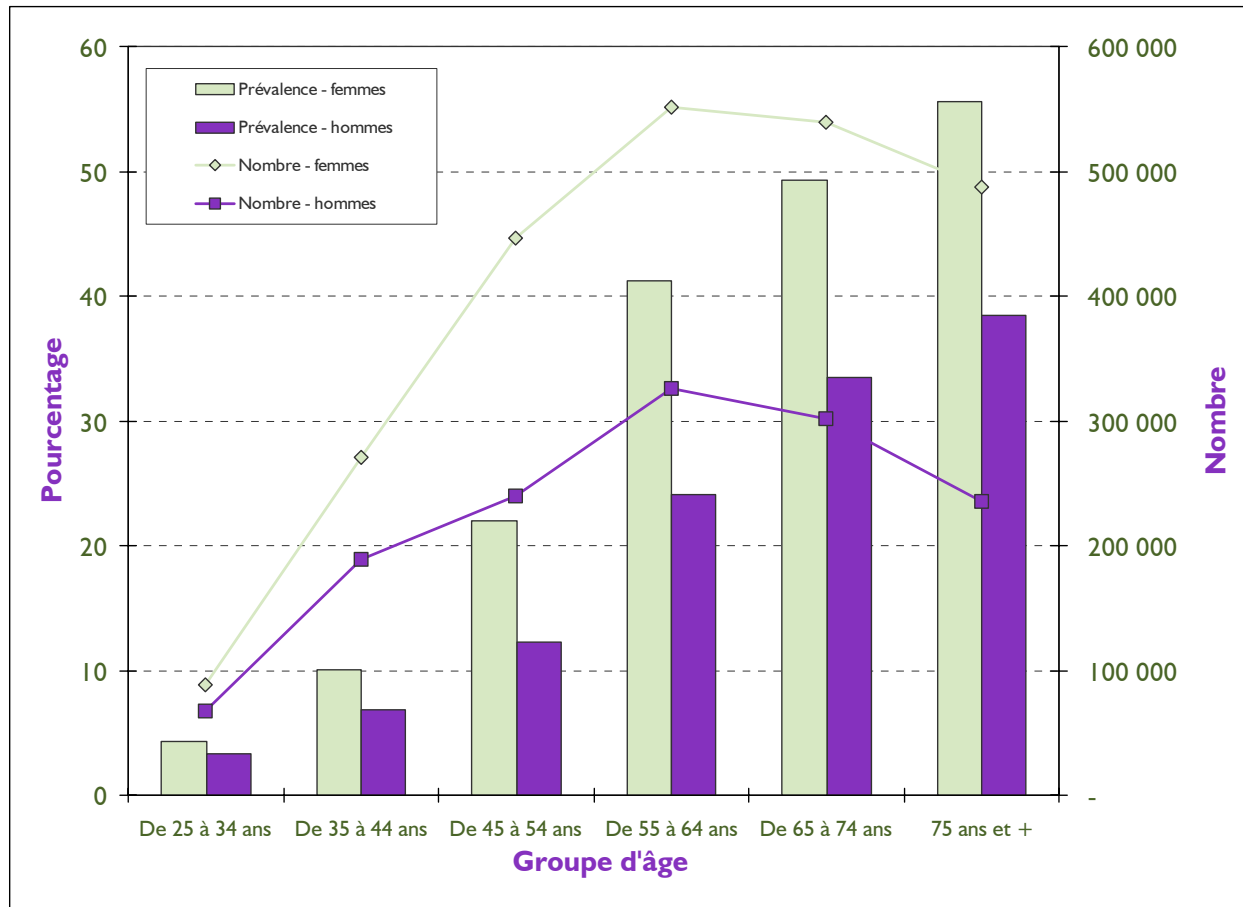
	Femmes souffrant d'arthrite		Hommes souffrant d'arthrite		Femmes avec d'autres problèmes chroniques		Femmes sans problème chronique	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Prévalence de l'arthrite	2 422 366	20	1 374 946	11,8	5 544 154	46	4 138 733	34
Âge								
De 15 à 24 ans	-----	-----	-----	-----	966 198	48,1	1 001 399	49,9
De 25 à 34 ans	88 697	4,3	67 696	3,3	1 063 108	51,1	929 409	44,6
De 35 à 44 ans	270 886	10,1	188 504	6,9	1 336 077	49,8	1 075 641	40,1
De 45 à 54 ans	446 483	22,0	240 135	12,3	983 220	48,4	597 470	29,4
De 55 à 64 ans	551 108	41,2	326 205	24,1	506 188	37,8	279 975	20,9
De 65 à 74 ans	538 958	49,3	301 856	33,5	401 782	36,7	153 432	14,0
75 ans et plus	486 814	55,6	235 296	38,4	287 581	32,8	101 407	11,6
Revenu*								
Inférieur	536 119	29,5	203 976	17,3	755 042	41,5	525 921	28,9
Moyen	797 565	26,1	367 506	13,3	1 312 555	43,0	939 860	30,8
Supérieur	946 940	15,0	725 718	10,5	3 046 226	48,4	2 302 711	36,6
Niveau d'études								
Inférieur au secondaire	932 701	30,5	506 436	16,2	1 147 403	37,5	976 049	31,9
Diplôme d'études secondaires	386 923	19,1	160 784	9,7	888 824	43,9	746 838	36,9
Diplôme d'études postsecondaires	1 102 743	15,7	707 725	10,3	3 505 434	49,9	2 415 845	34,4
Emploi²								
Sans emploi	611 510	43,8	275 124	32,8	1 039 105	21,4	700 643	18,0
État civil								
Marié	1 342 868	19,5	1 057 219	14,6	3 173 276	46,0	2 384 233	34,6
Célibataire	165 552	5,7	105 568	3,1	1 422 792	49,1	1 311 948	45,2
Veuf, divorcé	913 946	39,7	212 159	20,9	948 086	41,1	442 550	19,2

----- Non diffusable selon les directives de Statistique Canada.

* Inférieur = moins de 20 000 \$, moyen = entre 20 000 \$ et 49 999 \$, supérieur \$ 50 000 \$.

** Les statistiques sur l'emploi sont fondées seulement sur la population en âge de travailler, soit entre 16 et 64 ans, inclusivement.

Figure 2 : Nombre et prévalence des cas autodéclarés d'arthrite ou de rhumatisme, selon l'âge et le sexe



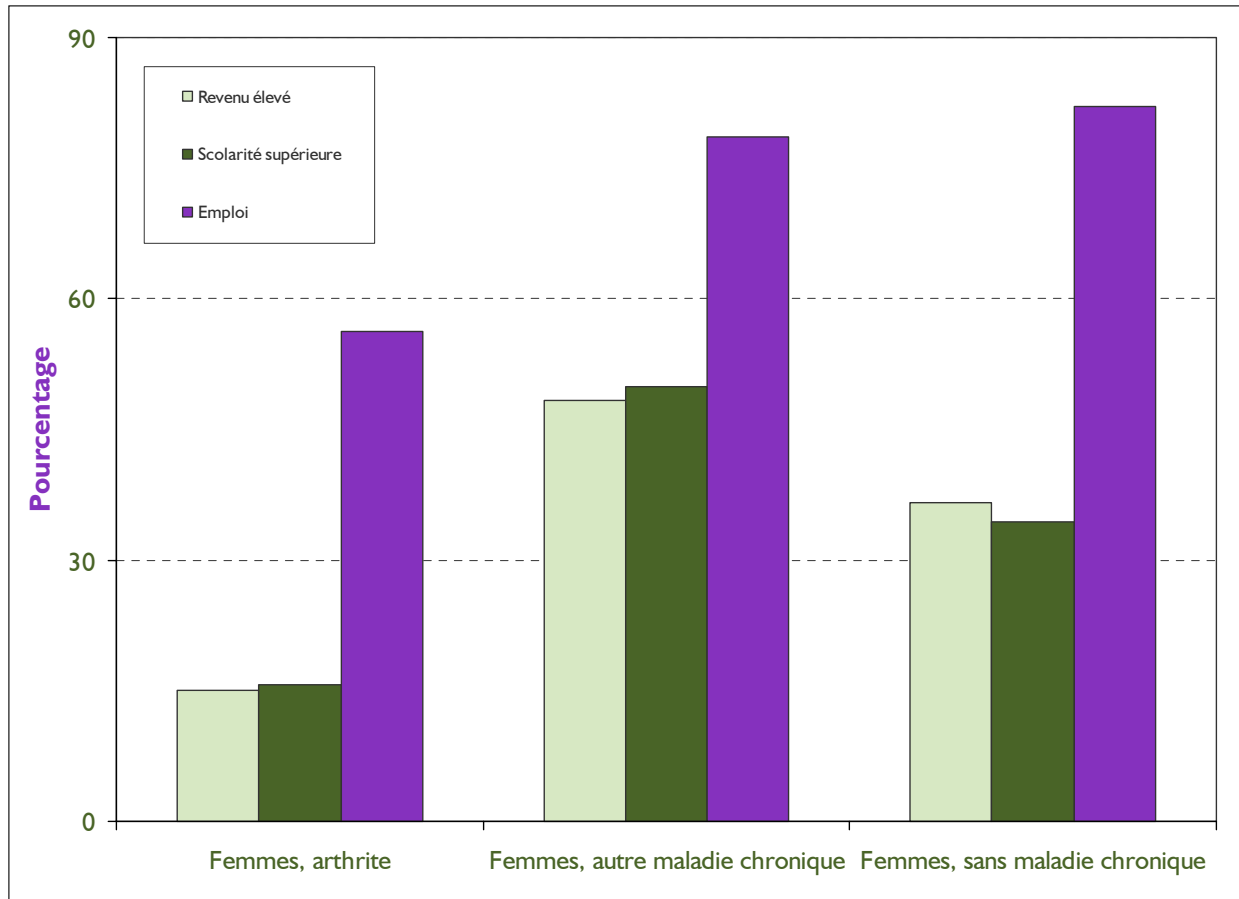
Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1998-1999

Figure 3 : Taux de prévalence internationale de polyarthrite rhumatoïde, par sexe

	Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde (%)		
	Générale	Femmes	Hommes
France [17]	0,62	0,86	0,32
Italie [18]	0,33	0,51	0,13
Norvège [19]	0,47	0,63	0,30
Espagne [21]	0,5	0,8	0,2
Suisse [22]	0,51	0,46	0,56
Yougoslavie [23]	0,18	0,29	0,18



Figure 4 : Pourcentage des femmes dans les catégories de revenu, d'éducation et d'emploi, selon l'état de la maladie



Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1998-1999

Figure 5 : Évaluation de l'état de santé des répondants de l'ENSP à 1998-1999, répartie par sexe et état de maladie

	Femmes souffrant d'arthrite		Hommes souffrant d'arthrite		Femmes avec d'autres problèmes chroniques		Femmes sans problème chronique	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Invalité à long terme*	1 145 159	47,3	700 678	51,0	1 044 844	18,8	147 376	3,6
Invalité à long terme en raison**								
D'arthrite	354 980	14,6	153 438	11,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Des muscles et du squelette†	300 212	12,4	256 112	18,6	304 788	5,5	n.d.	n.d.
D'une autre cause	1 767 174	72,9	965 396	70,2	5 229 574	94,3	4 092 380	98,9
Santé auto-évaluée								
Excellente	200 360	8,3	134 884	9,81	1 128 071	20,3	1 352 343	32,7
Bonne	1 574 373	65,0	855 483	62,2	3 888 797	70,1	2 710 328	65,5
Pauvre, médiocre	647 633	26,7	384 579	28,0	527 286	9,5	76 061	1,8
Douleur limitant les activités								
Aucune	1 362 201	56,2	777 740	56,6	4 807 234	86,7	3 990 009	96,4
Certaines activités	553 965	22,9	319 544	23,2	453 548	8,2	124 745	3,0
La plupart ou toutes les activités	506 201	20,9	277 662	20,2	283 372	5,1	-----	-----
Dépendance‡								
Besoin d'aide	1 031 534	42,6	418 684	30,4	709 357	12,8	108 618	2,6

----- Non diffusable selon les directives de Statistique Canada.
n.d. non disponible.

* L'invalité à long terme est définie comme une limite du genre ou de la quantité d'activités à la suite d'un problème mental ou physique à long terme ou de santé.

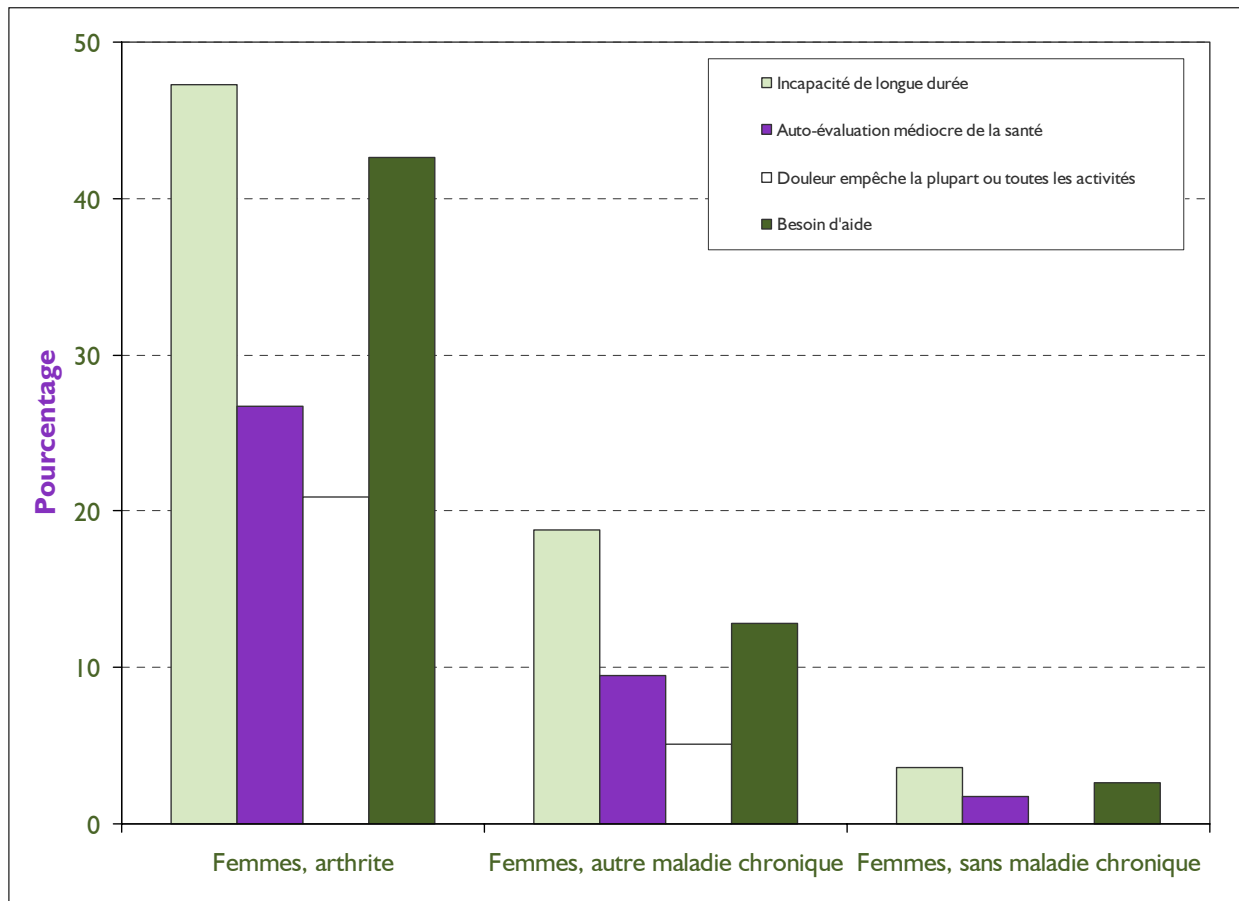
** On demandait aux répondants qui ont déclaré une invalité à long terme de préciser le problème de santé qui causait l'invalité.

†Relatif aux muscles et au squelette.

‡ La dépendance est définie comme le besoin d'aide d'une personne pour préparer les repas, faire l'épicerie, pratiquer des tâches ménagères quotidiennes, effectuer des travaux domestiques, pour les soins personnels ou pour se déplacer dans la maison en raison d'un problème de santé.



Figure 6 : Pourcentage des femmes qui ont des répercussions sur leur état de santé, selon l'état de la maladie



Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1998-1999

Figure 7 : Utilisation des soins de santé des répondants à l'ENSP 1998-1999, répartie par sexe et état de maladie

	Femmes souffrant d'arthrite		Hommes souffrant d'arthrite		Femmes avec d'autres problèmes chroniques		Femmes sans problème chronique	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Consultation*								
Omnipraticien (3 +)	1 617 529	67,0	846 987	61,8	2 846 967	51,4	1 257 055	30,4
Spécialiste (1 +)	957 595	39,6	521 385	37,9	1 983 666	35,8	887 349	21,4
Chiropraticien (1 +)	325 056	13,4	182 901	13,3	749 057	13,5	304 998	7,4
Physiothérapeute (1+)	339 737	14,0	155 015	11,3	479 217	8,6	166 118	4,0
Traité pour l'arthrite**	1 208 761	49,9	631 595	45,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Médicament	1 039 343	42,9	586 983	42,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Régime	145 020	6,0	50 852	3,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Exercice	263 506	10,9	102 079	7,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Autre	119 670	4,9	-----	-----	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Utilisation de médicaments†								
Analgésiques	1 945 701	80,3	1 000 114	72,7	4 082 147	73,7	2 669 806	64,5
Codéine	208 811	8,6	125 155	9,1	376 125	6,8	121 675	2,9
Antidépresseurs	256 111	10,6	72 272	5,3	382 763	6,9	81 441	2,0

----- Non diffusable selon les directives de Statistique Canada.
n.d. non disponible.

* Consultation est le nombre de fois au cours des douze derniers mois que le répondant a vu ou a téléphoné un professionnel de la santé spécialisé au sujet de son problème physique, émotionnel ou mental.

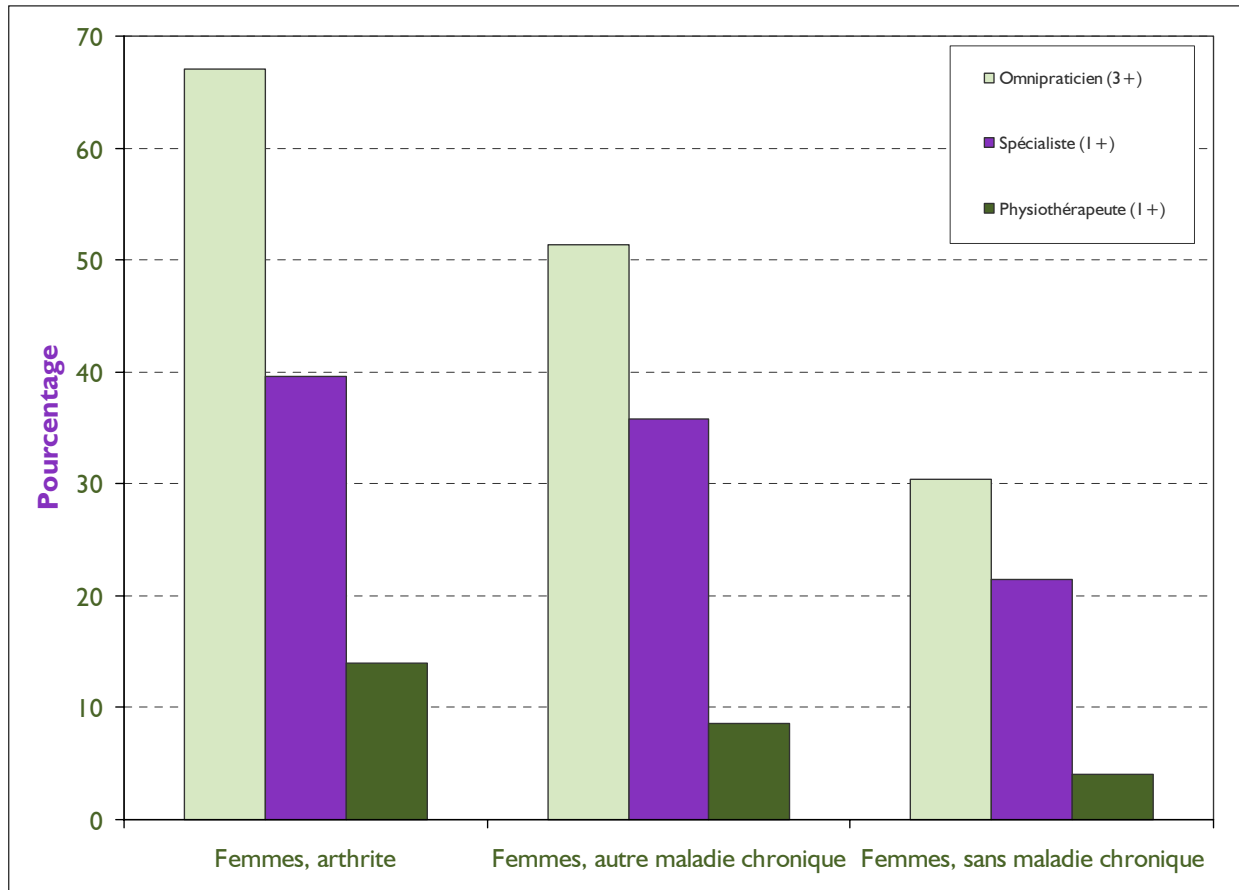
** À la suite d'une réponse affirmative à un diagnostic d'arthrite ou de rhumatisme, on demandait aux répondants s'ils avaient reçu un traitement pour leur problème et si oui, de le préciser.

† Utilisation de médicaments fait référence à l'utilisation, quelle que soit la raison(non précisée), au cours du mois avant la chirurgie.



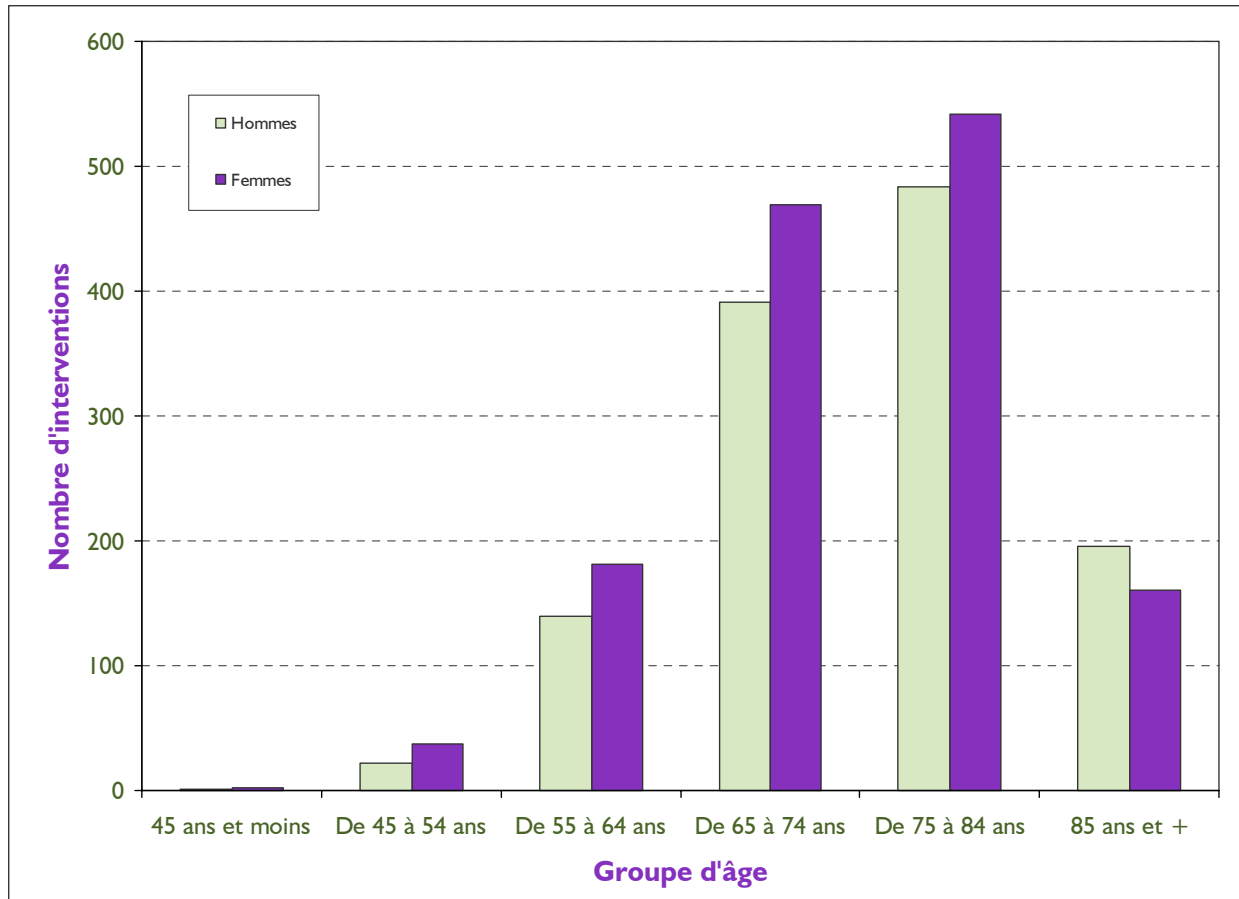
Figure 8 : Pourcentage des femmes qui ont recours aux services de santé, selon l'état de la maladie

7



Source : Statistique Canada, l'ENSP, 1998-1999

Figure 9 : Taux spécifiques à l'âge (par 100 000 habitants) d'arthroplasties totales du genou, selon le sexe, Canada, 1999-2000



Source : RCRA, ICIS, 1999-2000