

L'arthrite au Canada

Une bataille à gagner





MERCK FROSST

Discovering today for a better tomorrow.
Découvrant toujours plus. Vivre toujours mieux.

Merck Frosst Canada & Cie est une société de recherche pharmaceutique de premier ordre au Canada. Le Centre de recherche thérapeutique Merck Frosst a pour mandat de découvrir de nouveaux agents thérapeutiques pour le traitement des maladies respiratoires, inflammatoires et autres.

En 2002, l'entreprise a investi plus de 120 millions de dollars en recherche et développement au Canada. Pour sa part, Merck Frosst Canada Ltée commercialise une vaste gamme de produits indiqués pour le traitement des maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'insuffisance cardiaque, ainsi qu'un large éventail de vaccins. Merck Frosst est reconnue en tant que chef de file dans le traitement de l'arthrite, de l'asthme, de l'ostéoporose, du sida et de l'infection par le VIH, du glaucome, de l'hypertrophie bénigne de la prostate, des migraines et des maladies infectieuses. Merck Frosst Canada & Cie et Merck Frosst Canada Ltée sont deux sociétés affiliées de Merck & Co., Inc. de Whitehouse Station, au New Jersey.



www.pfizer.ca

Chez Pfizer Canada, nous croyons que les gens ont droit à la dignité et l'indépendance tout au long de leur vie en ayant accès aux meilleurs médicaments et traitements, ainsi qu'à la plus récente information sur les soins de santé. Nous nous engageons à ce que à tout âge, les Canadiens soient en santé, et ce en travaillant étroitement avec les professionnels de la santé, les groupes de patients, les gouvernements ainsi qu'avec les institutions de recherche.

Wyeth À la recherche de médicaments innovateurs pour traiter l'arthrite... dès maintenant

Chez Wyeth Canada, une seule mission nous tient à cœur : ouvrir la voie vers un monde plus sain.

Fière de son passé et promise à un brillant avenir, Wyeth Canada continue de se consacrer à la découverte de médicaments innovateurs en vue d'améliorer la vie des Canadiens atteints d'arthrite.

En tant que chef de file dans le traitement de l'arthrite, Wyeth Canada a le plaisir de commanditer la publication de *L'arthrite au Canada*.

Citation suggérée : Santé Canada. *L'arthrite au Canada. Une bataille à gagner*. Ottawa : Santé Canada, 2003 (N° de cat. # H39-4/14-2003F)

© Reproduction avec la permission du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003
N° de cat. # H39-4/14-2003F
ISBN 0-662-89834-6

L'arthrite au Canada

Une bataille à gagner

REMERCIEMENTS

Direction scientifique

Elizabeth Badley

Directrice, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
Chef, Division of Outcomes and Population Health, Toronto Western Research Institute, University Health Network, Toronto
Professeure, Département de santé publique, Université de Toronto

Marie DesMeules

Chef, Section de l'Évaluation de la santé de la population
Division de la Surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Groupe de travail technique

Présidente : Elizabeth Badley

- ▶ Winanne Downey, Saskatchewan Health
- ▶ Jun Guan, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
- ▶ Naomi Kasman, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
- ▶ George Kephart et Alison James, Unité de recherche sur la santé de la population, Université Dalhousie, Halifax
- ▶ Erich Kliewer et Wendy Fonsecaholt, Cancer Care Manitoba
- ▶ Jacek Kopec, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada, Vancouver
- ▶ Claudia Lagacé, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada
- ▶ Anthony Perruccio, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
- ▶ J. Denise Power, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
- ▶ Elham Rhame et Martin Ladouceur, Hôpital général de Montréal, Université McGill, Montréal
- ▶ Deborah Shipton, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto
- ▶ Larry Svenson, Alberta Health

Comité consultatif scientifique

Présidente : Elizabeth Badley

- ▶ Ann Clarke, Hôpital général de Montréal, Université McGill, Montréal, Canada

- ▶ Gillian Hawker, Division of Rheumatology, Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Canada
- ▶ Chad Helmick, National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie, États-Unis
- ▶ Rosemarie Hirsh, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control, Maryland, États-Unis
- ▶ Arminee Kazandjian, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada
- ▶ Jacek Kopec, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada, Vancouver, Canada
- ▶ Reva Lawrence, National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, Bethesda, Maryland, États-Unis
- ▶ Doug Manuel, Institut des sciences de l'évaluation clinique, Toronto, Canada
- ▶ Mark McNeil, Consommateur, Société d'arthrite, Canada
- ▶ Deborah Symmons, Arthritis Research Campaign Epidemiology Unit, Manchester University, Manchester, R.-U.
- ▶ Linda Turner, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, Canada
- ▶ Jack Williams, Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, Canada

Conseil des intervenants

Président : Denis Morrice, Société d'arthrite

- ▶ Réseau canadien de l'arthrite, Association canadienne d'orthopédie, Société canadienne de rhumatologie, Alliance canadienne des arthritiques, Registre canadien des remplacements articulaires, Collège des médecins de famille du Canada, Société d'arthrite division du Manitoba, Association des pharmaciens du Canada, Cochrane Musculoskeletal Group, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, IRSC, Fondation canadienne d'orthopédie, The Industry Government Relations Group, Arthritis Health Professionals Association et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Réviseurs

- ▶ Lorna Bailie, Statistique Canada
- ▶ Ann Clarke, Centre universitaire de santé McGill
- ▶ Winanne Downey, Saskatchewan Health
- ▶ Paul Fortin, Toronto Western Research Institute
- ▶ Rick Glazier, Inner City Health Research Unit, St. Michael's Hospital
- ▶ Gillian Hawker, Division of Rheumatology, Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre
- ▶ Chad Helmick, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis
- ▶ Rosemarie Hirsh, National Center for Health Statistics, Centres for Disease Control, Maryland, États-Unis
- ▶ Helen Klassen, Alliance canadienne des arthritiques
- ▶ Jacek Kopec, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada

- ▶ Kira Leeb, Institut Canadien d'information sur la santé
- ▶ Elham Rahme, Centre universitaire de santé McGill
- ▶ Larry Svenson, Alberta Health
- ▶ Deborah Symmons, Arthritis Research Campaign Epidemiology Unit, Manchester University, Manchester, R.-U.
- ▶ Linda Turner, Institut canadien d'information sur la santé
- ▶ Jack Williams, Toronto Rehabilitation Institute

Production

Données/analyses statistiques

- ▶ Nous souhaitons remercier les organismes suivants pour les données fournies (par ordre alphabétique): Alberta Health, Cancer Care Manitoba, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada (Vancouver, C.-B.), Hôpital général de Montréal (Université McGill, Montréal), Institut canadien d'information sur la santé, Institut des sciences de l'évaluation clinique (Ontario), Population Health Research Unit, Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse), Santé Canada et Saskatchewan Health.
- ▶ Nous voudrions aussi remercier les personnes suivantes pour leur assistance technique : Zhenyuan Cao, Paul Fortin et Muhammad Mamdani.

Révision et mise en page

- ▶ Paul Sales, Douglas Consulting; Services de publications scientifiques et multimédias, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada,

Soutien administratif

- ▶ Olga Manuk, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite

Coordination Scientifique

- ▶ Claudia Lagacé, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, J. Denise Power, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Toronto

En reconnaissance du Bone and Joint Decade



RÉSUMÉ

L'arthrite et les affections apparentées constituent un groupe important de pathologies qui touchent les articulations, les ligaments, les tendons, les os et d'autres éléments de l'appareil locomoteur. L'arthrite est une des principales causes de douleur, d'incapacité physique et de recours aux soins de santé au Canada. À ce jour, toutefois, les activités de surveillance de l'arthrite sont restées très sommaires.

L'arthrite au Canada est le premier rapport à brosser un tableau complet de l'impact de l'arthrite au Canada. Il rassemble des données tirées des enquêtes nationales sur la santé de la population, des bases de données provinciales sur la facturation des médecins, des bases de données sur l'utilisation des médicaments, sur les hospitalisations et les interventions chirurgicales pratiquées dans les services de soins ambulatoires, ainsi que sur la mortalité. Il s'agit aussi du premier rapport national à regrouper les données tirées des bases de données provinciales sur les services de santé, pour les besoins de la surveillance.

Les principales observations de ce rapport sont résumées ci-dessous et sont suivies d'une analyse des implications pour la main-d'œuvre, la formation et l'accès aux soins et des améliorations à apporter aux données pour affiner la surveillance.

Principales observations

Impact de l'arthrite sur les Canadiens

- ▶ Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2000 (ESCC), l'arthrite et les maladies rhumatismales touchent près de 4 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus, soit environ 1 personne sur 6. Les deux tiers des personnes souffrant d'arthrite sont des femmes et près de 3 arthritiques sur 5 ont moins de 65 ans.
- ▶ D'ici 2026, on estime que plus de 6 millions de Canadiens de 15 ans et plus souffriront d'arthrite.
- ▶ Comparés aux personnes atteintes d'autres maladies chroniques, les arthritiques ressentent plus de douleur, sont davantage restreints dans leurs activités, sont plus touchés par l'invalidité de longue durée et plus nombreux à avoir besoin d'aide pour l'accomplissement de leurs activités quotidiennes; ils évaluent aussi beaucoup moins bien leur état de santé que la majorité et ont un sommeil plus perturbé, tout en étant plus sujets à la dépression; ils signalent également avoir consulté plus souvent des professionnels de la santé au cours de l'année précédant l'enquête.
- ▶ Globalement, 19 % des Autochtones déclarent souffrir d'arthrite, ce qui équivaldrait à 27 % si la composition de la population autochtone était identique à celle de la population canadienne générale.

Le fardeau de l'arthrite au Canada : mortalité, espérance de vie et espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES), fardeau économique

- ▶ En 1998, l'arthrite ou les affections apparentées étaient signalées comme cause sous-jacente de décès dans 2,4 cas pour 100 000 au Canada, faisant de l'arthrite une cause de décès sous-jacente plus fréquente que le mélanome, l'asthme, et le VIH/sida, surtout chez les femmes.
- ▶ On sous-estime le fardeau que l'arthrite et les maladies qui lui sont apparentées font peser sur les chiffres de la mortalité, car les données sur les causes ayant contribué au décès (comme les complications résultant d'un traitement contre l'arthrite) ne sont pas disponibles. Les personnes souffrant d'arthrite consomment plus souvent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), ce qui cause des saignements gastro-intestinaux. Les saignements gastro-intestinaux ont été responsables de 1 322 décès en 1998.
- ▶ L'élimination de l'arthrite permettrait de faire gagner 1,5 année de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) à chaque femme et près d'un an à chaque homme de la population canadienne, et ferait progresser l'espérance globale de vie de 0,16 an pour les hommes et de 0,35 an pour les femmes.
- ▶ En 1998, le fardeau économique de l'arthrite sur la société canadienne se chiffrait, selon les estimations, à 4,4 milliards de dollars. Ce chiffre sous-estime vraisemblablement les coûts totaux, car nous ne disposons d'aucune donnée sur certaines dépenses (comme les coûts liés aux professionnels de la santé autres que les médecins et aux médicaments en vente libre). En outre, les estimations n'utilisent qu'un sous-ensemble des maladies apparentées à l'arthrite dont il est question dans ce rapport.
- ▶ Les invalidités de longue durée représentaient près de 80 % du coût économique de l'arthrite en 1998, soit l'équivalent de près de 3,4 milliards de dollars; jusqu'à 70% de ces coûts étaient attribués au groupe d'âge 35-64 ans.
- ▶ Le fardeau économique des maladies musculo-squelettiques au Canada représentait 10,3 % du fardeau économique total de toutes les maladies, alors que seulement 1,3 % du budget de la recherche en santé leur était consacré.

Soins ambulatoires

- ▶ Près de 160 personnes de plus de 15 ans pour 1 000 ont consulté un médecin en 1998-1999 pour l'arthrite ou une affection apparentée – ce qui représentait un total d'environ 8,8 millions de consultations au Canada. Les consultations en rapport avec l'arthrite étaient davantage le fait des femmes que des hommes. Le taux de consultation était plus élevé chez les personnes âgées des deux sexes.
- ▶ Quatre-vingt-deux pour cent des patients ayant consulté pour l'arthrite ou une affection apparentée avaient consulté au moins une fois un médecin de première ligne. Globalement, 18,5 % des personnes ayant consulté pour un problème en rapport avec l'arthrite avaient vu un chirurgien au moins une fois, et 13,7 % un spécialiste au moins une fois.

- ▶ Les taux de consultation variaient d'une province à l'autre, allant de 146 à 207 pour 1 000 personnes de plus de 15 ans. Les différences dans les bases de données provinciales sur la facturation des médecins peuvent expliquer ces écarts. Les différences dans la disponibilité des médecins, et notamment des spécialistes, peuvent également s'inscrire au nombre des facteurs à l'origine de ces variations.
- ▶ Un compromis semble s'être établi à l'échelle provinciale entre les consultations auprès d'un rhumatologue et celles auprès d'un interniste, pour l'arthrite et les affections apparentées et notamment pour la polyarthrite rhumatoïde.

Médicaments prescrits contre l'arthrite

- ▶ Le pourcentage de personnes qui prennent des antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM) prescrits, qui sont efficaces pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, a augmenté régulièrement au fil du temps. Quoi qu'il en soit, le taux global de délivrance de ces médicaments est bien inférieur à la prévalence estimée de la maladie.
- ▶ La prescription d'AINS classiques a affiché un recul notable depuis 1998 chez les personnes de plus de 65 ans. La mise sur le marché des inhibiteurs de la COX-2 au Canada en 1999 a probablement contribué à cette tendance.
- ▶ Certaines des augmentations/diminutions dans les chiffres applicables aux médicaments prescrits peuvent résulter de changements dans les médicaments inscrits dans les formulaires provinciaux au fil du temps.
- ▶ Les modes de prescription de médicaments contre l'arthrite variaient également selon les provinces. Ces variations peuvent être liées en partie à l'inscription de certains médicaments sur les formulaires provinciaux.

Services hospitaliers

- ▶ Le nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite par habitant est resté remarquablement stable depuis 1994.
- ▶ Les hospitalisations par habitant pour l'arthrite et les affections apparentées ont légèrement diminué de 1994 à 2000, quoique cette baisse soit légèrement inférieure à celle observée pour toutes les autres causes d'hospitalisation.
- ▶ Les seules interventions dont les taux ont augmenté sensiblement sont les remplacements de la hanche et du genou.
- ▶ Le nombre d'interventions en ambulatoire a augmenté, probablement à la suite du développement exponentiel de la chirurgie arthroscopique.
- ▶ La prévalence supérieure de l'arthrite chez les femmes se traduit partiellement dans les taux de chirurgies orthopédiques; le taux légèrement supérieur de remplacements de la hanche et du genou ne reflète pas entièrement leurs plus grands besoins.
- ▶ Le taux de chirurgies orthopédiques a atteint un plateau parmi les groupes plus âgés, mais le taux d'hospitalisations a continué de progresser.

- ▶ Des écarts provinciaux considérables dans les interventions orthopédiques et les hospitalisations ont été dégagés, même après ajustement pour tenir compte des différences d'âge et de sexe des populations provinciales.

Implications

- ▶ Approximativement 1 Canadien de 15 ans et plus sur 6 a déclaré l'arthrite comme problème de santé chronique. En l'espace de dix ans, un million de Canadiens de plus devraient présenter des symptômes d'arthrite ou d'affections apparentées. Il est par conséquent urgent de bien évaluer le fardeau considérable que l'arthrite fait peser sur les Canadiens et la société dans son ensemble.
- ▶ Il est possible de développer et d'assurer la surveillance de l'arthrite en intégrant les données nationales et provinciales tirées des enquêtes sur la population ainsi que des bases de données provinciales sur la facturation des médecins, sur les départs des hôpitaux et les interventions chirurgicales, les médicaments prescrits et la mortalité.
- ▶ Les futurs efforts de surveillance devront englober des initiatives de collecte de données sur l'arthrite chez les enfants et sur les services de soutien et de réadaptation communautaires pour les personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées, quel que soit leur âge.

Main-d'œuvre et formation

- ▶ Les problèmes de main-d'œuvre, comme la pénurie de rhumatologues et de chirurgiens orthopédiques, sont des questions auxquelles il convient de s'intéresser en recrutant davantage de spécialistes dans ces domaines et en assurant leur formation.
- ▶ Les médecins de première ligne jouent un rôle capital dans la prise en charge de l'arthrite, mais plusieurs lacunes dans l'enseignement relatif aux maladies musculo-squelettiques ont été documentées au niveau de la formation médicale de premier cycle et deuxième-troisième cycles. Lors de la préparation des programmes d'études, les spécialistes de l'enseignement de la médecine pourraient davantage tenir compte du nombre de cas, des invalidités et du recours aux soins de santé correspondant à ces pathologies dans la population.
- ▶ Puisqu'une quantité considérable de soins sont prodigués par des internistes (pour la polyarthrite rhumatoïde) et des chirurgiens orthopédistes (soins non chirurgicaux de l'arthrose), ces spécialistes pourraient peut-être envisager une formation ou des séances de formation continue sur l'arthrite.

Accès aux soins

- ▶ Il importe de mener une enquête sur les obstacles qui limitent l'accès aux services spécialisés (comme la rhumatologie), ainsi que sur le manque de services disponibles à l'échelle locale et le faible taux de patients adressés par les médecins de première ligne.

- ▶ L'accès aux médicaments qui ont donné la preuve de leur efficacité dans la prévention des lésions articulaires est fondamental. Ces médicaments englobent les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM) ainsi que les nouveaux médicaments biologiques.
- ▶ Des écarts dans la délivrance des médicaments contre l'arthrite ont été identifiés entre les différentes provinces.
- ▶ En dépit de l'augmentation de la prévalence des cas d'arthrite au Canada, la stabilité des taux de chirurgies orthopédiques donne à penser que le système fonctionne à pleine capacité et qu'il y aura peut-être des problèmes d'accueil pour faire face à l'augmentation projetée du nombre de personnes souffrant d'arthrite.
- ▶ Les causes et les conséquences des écarts provinciaux dans les taux de chirurgies en rapport avec l'arthrite et les affections apparentées à l'échelle individuelle comme au niveau de la population générale, doivent être déterminées.
- ▶ La diminution des taux d'interventions chirurgicales avec l'âge ainsi que les différences entre les sexes soulèvent des questions d'inégalités dans l'accès aux soins auxquelles il convient de s'intéresser.
- ▶ Même s'ils augmentent, les taux d'interventions chirurgicales pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou ne suffisent pas à satisfaire aux besoins actuels et futurs. En témoignent les délais d'attente très longs pour ce type d'interventions.
- ▶ Actuellement, les données publiées sur la chirurgie arthroscopique du genou en cas d'arthrose ne permettent de tirer de conclusions définitives sur l'efficacité de cette procédure. D'autres recherches sont nécessaires dans ce domaine pour bien en définir les indications adéquates.

Améliorations des données pour les besoins de la surveillance

- ▶ Les futures enquêtes nationales doivent inclure davantage de questions diagnostiques détaillées sur l'arthrite. Des mesures physiques de l'arthrite (comme l'évaluation du fonctionnement physique) pourraient aussi être incluses dans les questionnaires des futures enquêtes.
- ▶ L'ESCC 2000 interrogeait les répondants sur l'arthrite et les rhumatismes « diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Cette question a néanmoins le défaut de ne pas permettre de répertorier les nombreuses personnes présentant des symptômes d'arthrite ou des douleurs articulaires chroniques qui ne consultent pas un médecin pour ces symptômes et qui échappent par conséquent à un diagnostic. L'insertion d'une question sur les « symptômes articulaires chroniques » pourrait permettre de broser un tableau plus complet du fardeau de l'arthrite au Canada.
- ▶ Pour décrire précisément les conséquences de l'arthrite, les enquêtes pourraient recueillir des données sur l'état de santé et l'utilisation des soins de santé attribuables directement à l'arthrite.

- ▶ Pour décrire précisément les conséquences globales de l'arthrite sur la mortalité pour les besoins de la surveillance, les causes ayant contribué au décès pourraient être rendues disponibles.
- ▶ La poursuite du développement des registres nationaux et provinciaux en rapport avec les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou pourrait aider à garantir une couverture complète. Si leur portée est adéquate, ces registres pourraient permettre de surveiller les délais d'attente, les indicateurs des besoins des patients, les complications après les interventions chirurgicales et les taux d'échec après la mise en place d'une prothèse.
- ▶ Pour être véritablement soutenus, les efforts de surveillance doivent pouvoir compter sur des définitions normalisées des termes courants et sur leur utilisation cohérente dans différents milieux. Un consensus sur les définitions pourrait autoriser une surveillance coordonnée et constante au Canada. Si les provinces le souhaitent, elles pourraient envisager les solutions suivantes :
 - ▶ Utiliser les mêmes codes de diagnostic pour la facturation serait une étape essentielle vers la standardisation des données de facturation des médecins à l'échelle provinciale. Permettre aux médecins de saisir trois codes de diagnostic pour chaque demande de règlement, comme c'est le cas à l'heure actuelle en Alberta et en Nouvelle-Écosse, pourrait aussi donner une idée plus précise des motifs de chaque consultation.
 - ▶ Les spécialités des médecins pourraient être déterminées de la même manière dans chaque base de données provinciale du régime d'assurance-maladie et ces informations pourraient être mises à jour activement pour refléter les changements dans la formation dans les spécialités et sous-spécialités.
 - ▶ Les codes de diagnostic figurant dans les données de facturation des médecins devraient être validés. Les algorithmes utilisant un nombre donné de visites au cours d'une période donnée pour un diagnostic précis devraient être étudiés de manière plus approfondie et être validés, en s'inspirant des travaux déjà effectués pour la polyarthrite rhumatoïde et le diabète.
- ▶ La future surveillance de l'arthrite et des affections apparentées pourrait inclure ce qui suit :
 - ▶ Surveillance des changements dans l'état de santé (y compris la mortalité et l'EVAES) et dans l'utilisation des soins de santé qui peuvent être liés aux traitements médicamenteux ou à d'autres nouveaux traitements.
 - ▶ Surveillance des coûts directs de l'arthrite par rapport aux coûts indirects (comme l'augmentation des dépenses de médicaments conduisant à une diminution des coûts des invalidités de longue durée).
 - ▶ Établissement de liens entre les données sur les ordonnances et les diagnostics pour permettre de mieux examiner les modes de prescription des médicaments contre l'arthrite et les affections apparentées.
 - ▶ Établissement de liens entre les données d'hospitalisation et les données de facturation des médecins à l'échelle provinciale pour mieux comprendre le

processus de prise en charge de l'arthrite et les résultats des interventions chirurgicales.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Résumé	vi
<u>CHAPITRE 1</u> Introduction	1
<u>CHAPITRE 2</u> Impact de l'arthrite sur les canadiens	9
Introduction.	9
Aperçu de l'arthrite et du rhumatisme au Canada	9
■ Fréquence de l'arthrite.	9
■ Projections	12
■ Caractéristiques des sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme	14
Qualité de vie des sujets souffrant d'arthrite	15
Consultations de professionnels de la santé et consommation de médicaments	23
■ Utilisation des services de santé	23
■ Accès aux soins de santé.	26
■ Consommation de médicaments	26
Autochtones hors réserve	29
■ Introduction	29
■ Prévalence de l'arthrite parmi les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones	29
■ Qualité de vie des Autochtones hors réserve souffrant d'arthrite et des non-Autochtones souffrant d'arthrite	29
Discussion	31
Implications	33
Bibliographie	34
Chapitre 2 – Annexe méthodologique.	36
<u>CHAPITRE 3</u> Le fardeau de l'arthrite au Canada.	41
Mortalité	41
Introduction.	41
Méthodes.	41
Résultats	42
■ Mortalité attribuable à l'arthrite, selon l'âge et le sexe.	42
■ Mortalité par type d'arthrite.	43
■ Tendances de la mortalité au fil du temps et comparaisons provinciales/territoriales.	43

■ Comparaisons avec la mortalité attribuable à d'autres causes	44
■ Mortalité attribuables aux complications des traitements – saignements gastro-intestinaux	45
Discussion	46
Espérance de vie et espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES)	47
Introduction	47
Conséquences de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie et l'EVAES	47
Discussion	48
Fardeau économique	49
Introduction	49
Coût des maladies musculo-squelettiques	49
Coûts attribués à l'arthrite	50
Discussion	52
Implications	53
Chapitre 3 – Annexe méthodologique	55
<u>CHAPITRE 4</u> Soins ambulatoires	59
Introduction	59
Données de facturation des médecins	60
Consultations auprès des médecins chez les adultes	60
Discussion	66
Implications	68
Chapitre 4 – Annexe méthodologique	70
<u>CHAPITRE 5</u> Médicaments prescrits contre l'arthrite	75
Introduction	75
■ Type de médicaments pour le traitement de l'arthrite	75
Méthodes	76
■ Identification numérique de la drogue (DIN)	76
■ Régimes provinciaux d'assurance-médicaments	77
Résultats	78
■ Tendances temporelles des médicaments prescrits contre l'arthrite, selon les provinces	78
■ Ordonnances et diagnostics apparentés	81
Discussion	83
Implications	84
Chapitre 5 – Annexe méthodologique	85

CHAPITRE 6	Services hospitaliers	89
	Introduction	89
	■ Soins hospitaliers	89
	■ Interventions chirurgicales	90
	Sources des données	91
	■ Arthrite et diagnostics apparentés	91
	■ Chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite ou une affection apparentée	91
	Résultats	91
	■ Hospitalisations	91
	■ Chirurgies orthopédiques	93
	■ Autres chirurgies orthopédiques	98
	Discussion	103
	Implications	105
	Chapitre 6 – Annexe méthodologique	106
	■ Questions liées à la qualité des données	109
	■ Techniques	109
	Glossaire	113

Liste des figures

CHAPITRE 1	Introduction	
Figure 1-1	Éléments d'une approche globale de soins pour la prise en charge de l'arthrite et des affections apparentées	2
CHAPITRE 2	Impact De L'arthrite Sur Les Canadiens	
Figure 2-1	Prévalence autodéclarée de certains problèmes de santé de longue durée, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2000	10
Figure 2-2	Prévalence autodéclarée et nombre de sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	11
Figure 2-3	Nombre de sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	11
Figure 2-4	Prévalence brute (normalisée selon l'âge et le sexe) de l'arthrite/du rhumatisme, par province/territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	12
Figure 2-5	Nombre de sujets qui souffriront d'arthrite/de rhumatisme, selon l'année et le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2001-2026	13

Figure 2-6	Proportion de sujets avec et sans arthrite/rhumatisme n'ayant pas terminé leurs études secondaires, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	14
Figure 2-7	Proportion de sujets avec et sans arthrite/rhumatisme dans la catégorie de revenu inférieure/intermédiaire inférieure, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	15
Figure 2-8	Proportion de sujets de 20 à 64 ans présentant de l'embonpoint, selon l'âge, population à domicile, Canada, 2000	15
Figure 2-9	Proportion de sujets ayant signalé des jours d'invalidité au cours des 14 jours précédant l'enquête, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	16
Figure 2-10	Proportion de sujets signalant des douleurs moyennes à fortes, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	16
Figure 2-11	Proportion de sujets dont le HUI révèle la présence d'une invalidité, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	17
Figure 2-12	Proportion de sujets ayant signalé des limitations d'activités, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	17
Figure 2-13	Proportion de sujets ayant besoin d'aide pour les activités quotidiennes, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	18
Figure 2-14	Proportion de sujets ayant évalué leur santé comme passable ou mauvaise, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	19
Figure 2-15	Proportion de sujets ayant déclaré que leur santé était moins bonne que l'année précédente, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	19
Figure 2-16	Proportion de sujets ayant signalé dormir moins de 6 heures par nuit, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	20
Figure 2-17	Proportion de sujets ayant signalé des problèmes de sommeil la plupart du temps, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	21
Figure 2-18	Proportion de sujets ayant déclaré que leurs journées étaient extrêmement stressante, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	21
Figure 2-19	Proportion de sujets présentant une dépression, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	22
Figure 2-20	Proportion de sujets ne faisant pas partie de la population active, selon l'âge, population à domicile de 25 ans et plus, Canada, 2000	22
Figure 2-21	Proportion de sujets ayant déclaré être physiquement inactifs, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	23
Figure 2-22	Proportion de sujets ayant consulté un médecin de première ligne au moins quatre fois au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	24
Figure 2-23	Proportion de sujets ayant consulté un spécialiste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	24

Figure 2-24	Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté un médecin de première ligne ou un spécialiste, par province, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	25
Figure 2-25	Proportion de sujets ayant indiqué ne pas avoir obtenu les soins de santé nécessaires au cours de l'année précédente, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	27
Figure 2-26	Proportion de sujets ayant pris des analgésiques (y compris des médicaments contre l'arthrite et des anti-inflammatoires) au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999	27
Figure 2-27	Proportion de sujets ayant pris des narcotiques au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999	28
Figure 2-28	Proportion de sujets ayant pris des antidépresseurs au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999	28
Figure 2-29	Taux normalisés de prévalence de certains problèmes de santé chroniques chez les Autochtones hors réserve et chez les non-Autochtones de 15 ans et plus, population à domicile, Canada, 2000	30
Figure 2-30	Prévalence autodéclarée de l'arthrite chez les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	30
Figure 2-31	Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant déclaré un score HUI révélateur d'une invalidité, selon l'âge, Autochtones hors réserve et non-Autochtones, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	31
Figure 2-32	Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant déclaré limiter leurs activités, selon l'âge, Autochtones hors réserve et non-Autochtones, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	31
CHAPITRE 3 Le fardeau de l'arthrite au Canada		
Figure 3-1	Nombre de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuables à l'arthrite et aux affections apparentées, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998	42
Figure 3-2	Taux de mortalité normalisés (pour 100 000 sujets) pour tous les âges, par type d'arthrite, Canada, 1985-1998	43
Figure 3-3	Taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuable à l'arthrite et aux affections apparentées, par année et groupe d'âge, 1985-1998, Canada	44
Figure 3-4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe (TMAS) (pour 100 000 sujets) attribuables à l'arthrite et aux affections apparentées, par province/territoire, Canada, 1985-1998	44
Figure 3-5	Fardeau économique de l'arthrite, par composante de coût, Canada, 1998	51
CHAPITRE 4 Soins ambulatoires		
Figure 4-1	Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées, selon l'âge, Canada, 1998-1999	62

Figure 4-2	Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrose, selon l'âge, Canada, 1998-1999	62
Figure 4-3	Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour la polyarthrite rhumatoïde, selon l'âge, Canada, 1998-1999	63
Figure 4-4	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite et d'affections apparentées ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999	64
Figure 4-5	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999	65
Figure 4-6	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant de polyarthrite rhumatoïde ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999	65
Figure 4-7	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose qui ont consulté un chirurgien, selon l'âge, Canada, 1998-1999	66
Figure 4-8	Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui ont consulté un chirurgien, selon l'âge, Canada, 1998-1999	66
Figure 4-9	Nombre moyen de consultations pour l'arthrite et les affections apparentées, l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde par adulte de 15 ans et plus, selon la catégorie de médecin, Canada, 1998-1999	67
CHAPITRE 5 Médicaments prescrits contre l'arthrite		
Figure 5-1	Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance d'AINS classiques dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	79
Figure 5-2	Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'AINS classiques dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	79
Figure 5-3	Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'inhibiteurs de la COX-2 dans cinq provinces, Canada, 2000	80
Figure 5-4	Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance de corticostéroïdes dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	80
Figure 5-5	Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance de corticostéroïdes dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	81
Figure 5-6	Pourcentage de personnes âgées de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance d'AMEM dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	81
Figure 5-7	Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'AMEM dans cinq provinces, Canada, 1994-2000	82
CHAPITRE 6 Soins hospitaliers		
Figure 6-1	Soins hospitaliers pour les personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées	89
Figure 6-2	Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge et le sexe, par diagnostic, Canada, 1994-2000	92

Figure 6-3	Taux d'hospitalisations en rapport avec l'arthrite pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000.	92
Figure 6-4	Taux d'hospitalisations médicales pour 100 000, normalisé selon l'âge et le sexe, des personnes souffrant d'une affection en rapport avec l'arthrite, par province, Canada, 1994-2000	93
Figure 6-5	Nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite chez des patients hospitalisés et non hospitalisés pour l'arthrite, dans certaines provinces, Canada, 1994-2000	94
Figure 6-6	Nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite dans certaines provinces, Canada, 2000.	95
Figure 6-7	Nombre d'interventions pour le remplacement total de la hanche et du genou pour 100 000 habitants, Canada, 1994-2000.	95
Figure 6-8	Remplacement total de la hanche ou du genou : taux normalisé selon l'âge de pour 100 000 habitants, selon le sexe, Canada, 1994-2000 . . .	96
Figure 6-9	Remplacement total du genou : nombre et taux brut pour 100 000 habitants, selon l'âge, Canada, 2000	96
Figure 6-10	Remplacement total de la hanche : nombre et taux brut pour 100 000 habitants, selon l'âge, Canada, 2000	97
Figure 6-11	Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total de la hanche ou du genou, selon le sexe, Canada, 2000	98
Figure 6-12	Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total de la hanche, selon le sexe et la province, Canada, 2000	98
Figure 6-13	Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total du genou, selon le sexe et la province, Canada, 2000	99
Figure 6-14	Taux normalisés selon l'âge des autres remplacements articulaires pour 100 000 habitants, dans certaines provinces, Canada, 1994-2000.	99
Figure 6-15	Taux des autres remplacements articulaires pour 100 000 habitants, dans certaines provinces, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994-2000 . . .	100
Figure 6-16	Taux normalisés selon l'âge et le sexe de chirurgies du genou (à l'exclusion du remplacement total du genou) dans certaines provinces, pour 100 000 habitants, Canada, 1994-2000	100
Figure 6-17	Taux d'arthroscopies du genou pour 100 000 habitants, dans certaines provinces, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000	101
Figure 6-18	Taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou, normalisés selon l'âge et le sexe, pour 100 000 habitants, dans certaines provinces, Canada, 1994-2000	101
Figure 6-19	Taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou pour 100 000 habitants, dans certaines provinces, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000	102

Liste des tableaux

CHAPITRE 1 Introduction		
Tableau 1-1	Principaux types d'arthrite	5
CHAPITRE 2 Impact de l'arthrite sur les canadiens		
Tableau 2-1	Nombre projeté de sujets de 15 et plus souffrant d'arthrite/de rhumatisme et prévalence de cette affection selon le sexe, Canada, 2001-2026	13
Tableau 2-2	État matrimonial des sujets avec et sans arthrite/rhumatisme, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	14
Tableau 2-3	Proportion de sujets ayant consulté au moins une fois un professionnel donné de la santé, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000	26
CHAPITRE 3 Le fardeau de l'arthrite au Canada		
Tableau 3-1	Nombre (<i>N</i>) de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) pour tous les âges, par cause sous-jacente, Canada, 1998	45
Tableau 3-2	Nombre (<i>N</i>) de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuables à des saignements gastro-intestinaux, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998	45
Tableau 3-3	Effet de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie à la naissance, Canada, 1997 (1996-1998)	48
Tableau 3-4	Effet de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) à la naissance, Canada, 1997 (1996-1998)	48
Tableau 3-5	Fardeau économique de l'arthrite, par composante de coût, Canada, 1998	50
Tableau 3A-1	Codes pour la mortalité attribuable aux saignements gastro-intestinaux et à l'arthrite	55
Tableau 3A-2	Méthodes de calcul de l'espérance de vie et de l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) pour les sujets souffrant d'arthrite	55
CHAPITRE 4 Soins ambulatoires		
Tableau 4-1	Consultations auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées, adultes de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999	61
Tableau 4-2	Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées dans la population adulte de 15 ans et plus, par province, Canada, 1998-1999	61
Tableau 4-3	Distribution des catégories de médecin consultées par les adultes de 15 ans et plus pour l'arthrite et les affections apparentées, Canada, 1998-1999	63
Tableau 4A-1	Codes de diagnostic de l'arthrite et des affections apparentées	70

CHAPITRE 5 Médicaments prescrits contre l'arthrite

Tableau 5-1	Nombre et pourcentage d'AINS, de corticostéroïdes et d'AMEM prescrits à des personnes ayant fait l'objet d'au moins un diagnostic de maladie musculo-squelettique au cours de l'année précédente, Québec, 1998.	82
Tableau 5A-1	Catégories de médicaments.	85
Tableau 5A-2	Particularités des régimes provinciaux d'assurance-médicaments en janvier 2003	85

CHAPITRE 6 Services hospitaliers

Tableau 6-1	Remplacement total de la hanche et du genou : taux normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, par province, Canada, 1994 et 2000.	97
Tableau 6-2	Variation dans le taux normalisé selon l'âge et le sexe de certaines interventions chirurgicales en rapport avec l'arthrite, par province, Canada, 2000	103
Tableau 6A-1	Arthrite et diagnostics apparentés	106
Tableau 6A-2	Codes de la CCADTC pour les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite	106

Introduction

Elizabeth Badley, Marie DesMeules

L'arthrite et les affections apparentées constituent un important groupe de pathologies touchant les articulations, les ligaments, les tendons, les os et d'autres éléments de l'appareil locomoteur. L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes au Canada et une des principales causes de douleur, d'incapacité physique et de recours aux soins de santé¹⁻⁷. Tous ces éléments ont non seulement des répercussions importantes sur les personnes concernées, mais ils affectent inévitablement leurs familles et se répercutent sur l'ensemble de la population. Les invalidités que cause l'arthrite se répercutent notamment sur les loisirs et la participation à la vie sociale et à la population active, quel que soit l'âge^{4,8}. L'arthrite est également l'une des maladies parmi les plus coûteuses du point de vue économique⁹. Toutefois, puisqu'elle n'est généralement pas fatale, les médecins (et même ceux qui en souffrent) la considèrent souvent comme un « simple mal » et un élément inévitable du vieillissement¹⁰. De ce fait, les arthritiques reçoivent rarement l'aide dont ils ont besoin et les services destinés à les aider ne font généralement pas partie des priorités. La pauvreté des renseignements disponibles sur les conséquences de l'arthrite sur les Canadiens vient s'ajouter à cette difficulté.

C'est cette absence de données essentielles qui a donné naissance à *L'arthrite au Canada*. Il s'agit du premier rapport complet à documenter les conséquences de cette affection au Canada. Son objectif est de dresser un état des lieux de la situation au Canada pour les professionnels de la santé, les décideurs, le public et plus particulièrement pour les personnes atteintes d'arthrite.

D'une manière plus précise, les objectifs de *L'arthrite au Canada* sont les suivants :

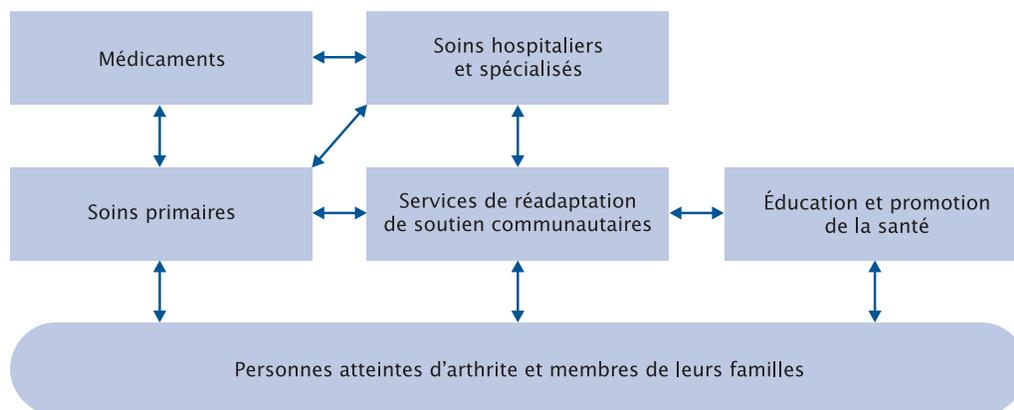
- ▶ donner un aperçu de l'ampleur de l'impact de l'arthrite sur la population canadienne, sous l'angle de ses répercussions sanitaires et sociales et de l'utilisation des soins de santé;
- ▶ identifier les stratégies qui pourraient réduire les conséquences néfastes de l'arthrite et améliorer l'accès aux soins et aux services; et
- ▶ explorer les approches de surveillance de l'arthrite au Canada.

L'acquisition de données nationales dans le but de documenter l'impact de l'arthrite au Canada soulève un certain nombre de défis. Premièrement, le terme « arthrite » recouvre diverses affections dont les plus connues font l'objet d'une description au tableau 1-1. Bien que tout ait été fait pour adopter une définition uniforme dans tous les chapitres du présent rapport, l'exploitation de diverses sources de données nous a obligés à modifier

parfois l'éventail des affections apparentées à l'arthrite pris en compte. Ces écarts et variations sont signalés lorsque cela s'impose. Deuxièmement, l'arthrite n'est pas toujours signalée comme diagnostic sous-jacent dans les bases de données administratives, comme celles qui concernent les hospitalisations ou les décès, ce qui complique sa surveillance. *L'arthrite au Canada* est le premier rapport national à brosse le tableau de l'impact d'une catégorie spécifique de pathologies, en regroupant des données issues des bases de données provinciales sur la facturation des médecins et des régimes d'assurance-médicaments. Il fournit aussi des informations sur l'impact de l'arthrite sur les Canadiens, tirées des enquêtes nationales sur la population, et en évalue le coût économique.

Toutes les formes d'arthrite présentent un certain nombre de symptômes communs comme la douleur, le gonflement ou la raideur des articulations. Faute de traitement, ces symptômes peuvent affecter la structure et le fonctionnement des articulations, et ainsi exacerber les douleurs, causer des incapacités et gêner l'accomplissement des activités quotidiennes^{11,12}. Même s'il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement curatif de l'arthrite, certaines interventions peuvent prévenir les invalidités, préserver un certain niveau de fonctionnement et soulager les douleurs^{11,13}. Bien que la nature exacte du traitement médical varie selon le type d'arthrite, les stratégies générales de réadaptation et de prise en charge sont comparables pour tous les types d'arthrite. En règle générale, une fois installée, l'arthrite persiste toute la vie et son évolution fluctue entre poussées et rémissions. Des soins doivent donc être prodigués tout au long de l'évolution de la maladie. La figure 1-1 présente les éléments d'une approche globale de soins pour la prise en charge de l'arthrite.

Figure 1-1 Éléments d'une approche globale de soins pour la prise en charge de l'arthrite et des affections apparentées



L'approche globale de soins pour la prise en charge de l'arthrite et des affections apparentées recouvre plusieurs éléments, dont des services de soins primaires, des médicaments, des soins hospitaliers et spécialisés, des services de réadaptation et de soutien communautaires, ainsi que des services d'éducation et de promotion de la santé. L'objectif essentiel de cette approche est d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'arthrite et des membres de leurs familles.

Les éléments de cette approche globale de soins peuvent être envisagés comme des sous-éléments du système existant de soins de santé. Même si la plupart des services sont déjà en place, les questions d'adéquation, de disponibilité et d'accessibilité pour les personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées peuvent néanmoins donner des résultats qui sont loin d'être optimaux. La coordination des éléments au sein du système de soins de santé a également un impact considérable sur la réussite globale de l'intégration des soins. La coordination des soins englobe le triage et l'aiguillage des patients, la globalité et la continuité des services et l'adéquation des soins aux différents stades de la maladie.

Le chapitre 2 de *L'arthrite au Canada* débute par une analyse de l'impact de l'arthrite sur les Canadiens, selon les déclarations des Canadiens eux-mêmes, puis compare cet impact à celui d'autres maladies chroniques. Le chapitre 2 utilise des données tirées d'enquêtes nationales sur la santé à savoir, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), pour examiner l'impact de différentes variables sur le plan de la santé, comme la douleur, l'invalidité, l'état de santé déclaré par les personnes interrogées, la participation à la population active et la consommation de médicaments ainsi que le recours aux services de soins de santé. Des projections du nombre de personnes qui auront de l'arthrite au Canada d'ici les 20 prochaines années sont également présentées.

Le chapitre 3 est consacré à la mortalité en rapport avec l'arthrite au Canada et étudie l'impact de l'arthrite sous l'angle de l'espérance de vie moyenne et de l'espérance de vie moyenne ajustée selon l'état de santé (EVAES). L'EVAES donne plus de signification à une vie plus longue en permettant de déterminer si l'augmentation de l'espérance de vie moyenne s'accompagne d'une meilleure qualité de vie. Enfin, le chapitre présente le fardeau économique de l'arthrite au Canada sous l'angle de ses coûts totaux et de ses composantes directes et indirectes. Les coûts directs englobent les coûts hospitaliers, les coûts médicaux et le coût des médicaments, alors que les coûts indirects recouvrent les invalidités de courte et de longue durée.

L'arthrite et les affections apparentées figurent parmi les motifs de consultation les plus fréquents auprès des médecins de première ligne¹⁴. Ces médecins délivrent la majorité des ordonnances pour les médicaments contre l'arthrite et contrôlent l'accès aux autres services comme les consultations auprès des spécialistes et des professionnels de la réadaptation. Les consultations auprès des médecins de première ligne et des spécialistes et plus particulièrement des rhumatologues, des internistes ou des chirurgiens orthopédistes font l'objet du chapitre 4; ce chapitre est fondé sur les données provinciales sur la facturation des médecins. Les taux de consultation auprès de ces médecins sont présentés pour différents types d'arthrite, et sont axés sur le regroupement de toutes les catégories d'arthrite et d'affections apparentées en général, et plus particulièrement sur l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde.

D'une manière générale, l'arthrite et les affections apparentées donnent lieu à un traitement médicamenteux. Le chapitre 5 examine la consommation des médicaments les plus fréquemment prescrits contre ce type d'affection, y compris les anti-inflammatoires non stéroïdiens classiques (AINS) et les nouveaux inhibiteurs de la COX-2, ainsi que les corticostéroïdes et les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM).

Les données du chapitre 5 ont été compilées à partir des demandes de remboursement de médicaments dans les provinces. Les données sur les nouveaux modificateurs de la réponse biologique, qui forment une nouvelle classe de médicaments pour le traitement des maladies inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, n'étaient pas encore disponibles pour pouvoir être incluses dans ce chapitre.

Même si les personnes souffrant d'arthrite sont traitées généralement en consultation externe, certaines doivent être hospitalisées et (ou) subir une intervention chirurgicale. Les hospitalisations peuvent être nécessaires pour la prise en charge des conséquences complexes de l'arthrite, des douleurs et invalidités qu'elle occasionne ou des effets secondaires provoqués par les médicaments prescrits en guise de traitement. La chirurgie orthopédique présente une option valable pour les personnes chez lesquelles les tentatives de prise en charge non chirurgicales ont échoué et n'ont pas permis de prévenir les douleurs ou les lésions articulaires. Le chapitre 6 est consacré aux soins hospitaliers concernant l'arthrite et les affections apparentées et précise les taux d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales.

Même si ce rapport examine en profondeur l'arthrite au Canada, certains points n'ont pas pu être abordés, faute de données. L'arthrite afflige plus fréquemment les personnes âgées, mais il faut savoir que les enfants aussi sont atteints. Toutefois, les données sur l'arthrite chez les enfants font généralement défaut. La nouvelle Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 comportera des questions sur l'arthrite, dans la section sur les problèmes de santé causant des invalidités chez les enfants. Cette enquête, dont les résultats devraient être divulgués prochainement, devrait permettre de recueillir des données essentielles sur les enfants souffrant d'arthrite et sur l'impact de cette maladie sur leur existence.

La réadaptation, qui englobe la physiothérapie et l'ergothérapie, permet de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et d'autoriser leur rétablissement après une intervention chirurgicale ou des poussées sévères d'arthrite inflammatoire^{15,16}. Les informations sur la réadaptation des personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées ne font pas pour l'heure l'objet d'une collecte systématique. En outre, il n'existe aucune source d'information systématique sur les autres services de soutien communautaires offerts aux personnes souffrant d'arthrite. Il s'agit notamment de services fournis par les travailleurs sociaux ou encore de programmes d'exercices et d'activités aquatiques offerts par les collectivités.

L'éducation et la promotion de la santé sont des éléments importants et essentiels d'une approche globale de prise en charge de l'arthrite et des affections apparentées. De nombreux types d'arthrite et autres affections sont mineurs et auto-limitatifs et, par conséquent, ne nécessitent pas d'intervention médicale. L'éducation axée sur la prise en charge et la prévention des complications de ces affections devrait fournir des informations non seulement sur l'utilisation des médicaments en vente libre et de remèdes très simples (application de glace, de chaleur ou soutien mécanique), mais aussi sur le moment où des soins médicaux doivent être sollicités. Les résultats de certaines recherches montrent que l'efficacité des interventions éducatives menées auprès des patients est, dans 20 % à 30 % des cas, équivalente aux traitements pharmaceutiques pour soulager les douleurs et que, dans

Tableau 1-1 Principaux types d'arthrite

	Arthrose	Polyarthrite rhumatoïde (PR)	Lupus érythémateux disséminé (LED)	Spondylarthrite ankylosante (SA)	Goutte
Description	L'arthrose est causée par la détérioration du cartilage d'une ou de plusieurs articulations. Elle provoque la détérioration des articulations, des douleurs et des raideurs. Elle touche généralement les mains, les pieds, les genoux, la colonne vertébrale et les hanches.	Dans la polyarthrite rhumatoïde, le système immunitaire s'attaque aux articulations (essentiellement des mains et des pieds). Ce phénomène se traduit par une inflammation, des douleurs et des lésions articulaires. La PR peut également toucher d'autres organes, comme les yeux, le cœur et les poumons.	Le lupus érythémateux disséminé est un trouble du tissu conjonctif qui provoque des éruptions cutanées, une enflure des articulations et des muscles et cause des douleurs. D'autres organes peuvent également être touchés. Cette maladie, comme la PR, évolue avec le temps, et elle est ponctuée de poussées et de périodes de rémission.	La spondylarthrite ankylosante est une forme d'arthrite qui touche la colonne vertébrale. Elle cause des douleurs et des raideurs dans le dos ainsi qu'une courbure de la colonne vertébrale. Dans la plupart des cas, la maladie est caractérisée par des épisodes douloureux aigus et des rémissions. Sa gravité varie considérablement d'une personne à l'autre.	La goutte est une forme d'arthrite qui se caractérise par un taux trop élevé d'acide urique dans l'organisme. Normalement, l'acide urique est éliminé par les reins. Le plus souvent, la goutte touche le gros orteil, mais elle atteint aussi la cheville, le genou, la main, le poignet ou le coude.
Prévalence	L'arthrose est la forme d'arthrite la plus répandue et elle touche environ 10 % des <i>Canadiens adultes</i> .	La PR touche environ 1 % des <i>Canadiens adultes</i> et au moins deux fois plus de femmes que d'hommes.	Le LED touche 0,05 % des <i>Canadiens adultes</i> . Les femmes sont 10 fois plus concernées que les hommes.	La SA touche jusqu'à 1 % des <i>Canadiens adultes</i> . Les hommes risquent 4 fois plus que les femmes d'en souffrir.	La goutte touche 3 % des <i>Canadiens adultes</i> . Les hommes risquent 4 fois plus que les femmes d'en souffrir.
Facteurs de risque possibles	Âge avancé, hérédité, obésité, anciens traumatismes articulaires.	Hormones sexuelles, hérédité, race (forte prévalence parmi les Autochtones).	Hérédité, hormones et différents facteurs environnementaux.	Hérédité et, éventuellement, infections gastro-intestinales ou génito-urinaires.	Hérédité, certains médicaments (comme les diurétiques), alcool et certains aliments.
Prise en charge	<i>Il n'existe aucun moyen de guérir l'arthrose.</i> Plusieurs interventions permettent d'atténuer les douleurs et d'améliorer la mobilité des articulations; il s'agit de médicaments (analgésiques, anti-inflammatoires), d'exercices physiques, de séances de physiothérapie et d'un régime amaigrissant. Dans les cas sévères, toute l'articulation (notamment celle de la hanche ou du genou) peut être remplacée dans le cadre d'une intervention chirurgicale.	<i>Il n'existe aucun moyen de guérir la PR.</i> Un traitement précoce et dynamique prodigué par un rhumatologue peut prévenir les lésions articulaires. Les médicaments prescrits sont les suivants : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), corticostéroïdes, antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM) et modificateurs de la réponse biologique (MRB).	<i>Il n'existe aucun moyen de guérir le LED.</i> L'objectif du traitement est de contrôler les symptômes, d'atténuer le nombre de poussées et de prévenir les lésions. Les médicaments les plus fréquemment administrés sont les analgésiques, les anti-inflammatoires, la cortisone et les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM). L'alimentation et l'exercice physique jouent également un rôle important dans la prise en charge du lupus.	<i>Il n'existe aucun moyen de guérir la SA.</i> Des médicaments comparables à ceux administrés pour d'autres types d'arthrite sont souvent prescrits pour traiter la SA. L'exercice est essentiel à la prise en charge de cette pathologie. Si les lésions sont sévères, une intervention chirurgicale peut être envisagée.	<i>Il n'existe aucun moyen de guérir la goutte.</i> Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont souvent prescrits pour atténuer les douleurs et l'enflure des articulations et soulager les raideurs. La cortisone peut également être administrée à cette fin. Certains médicaments comme l'allopurinol peuvent être administrés à long terme pour réduire les concentrations d'acide urique et prévenir de futures crises. Parmi les autres prises en charge figurent également les changements alimentaires, la perte de poids et l'exercice physique.

Source : www.arthrite.ca

40 % des cas, ces interventions soulagent aussi efficacement les incapacités, ce qui devrait diminuer le nombre de consultations auprès des médecins¹⁷. Il a été établi que les programmes d'exercices pour les personnes souffrant d'arthrite pouvaient atténuer de manière significative les douleurs et incapacités, tout en diminuant la nécessité de prendre des médicaments¹⁸⁻²⁰. Les données de surveillance dans ces domaines font encore défaut pour l'instant.

L'arthrite et les affections apparentées font peser, sur le plan de la morbidité et des invalidités, un lourd fardeau sur la population et par conséquent coûtent cher à la société. Le système de soins de santé canadien est orienté vers les soins aigus et les besoins à court terme et n'est peut-être pas bien armé pour prendre en charge les maladies chroniques évolutives comme l'arthrite et les affections apparentées. Avec le vieillissement de la population, ce fardeau ne peut que s'alourdir. Ce rapport propose une première série de mesures en vue d'édifier un système de surveillance national de l'arthrite au Canada et pave la voie à la mise en oeuvre d'interventions qui permettront d'atténuer l'impact de l'arthrite sur la population canadienne.

Bibliographie

1. Badley EM. *The effect of osteoarthritis on disability and health care use in Canada*. J Rheumatol 1995;22(suppl 43):19-22.
2. Badley EM, Wang PP. *Arthritis and the aging population: projections of arthritis prevalence in Canada 1991 to 2031*. J Rheumatol 1998;25:138-44.
3. Badley EM, Rothman LM, Wang PP. *Modeling physical dependence in arthritis: the relative contribution of specific disabilities and environmental factors*. Arthritis Care and Research 1998;11:335-45.
4. Badley EM, Wang PP. *The contribution of arthritis and arthritis disability to nonparticipation in the labor force: a Canadian example*. J Rheumatol 2001;28(5):1077-82.
5. Raina P, Dukeshire S, Lindsay J, Chambers LW. *Chronic conditions and disabilities among seniors: an analysis of population-based health and activity limitation surveys*. Ann Epidemiol 1998;8(6):402-09.
6. Coyte P, Wang PP, Hawker G, Wright JG. *The relationship between variations in knee replacement utilization rates and the reported prevalence of arthritis in Ontario, Canada*. J Rheumatol 1997;24:2403-12.
7. Clarke AE, Zowall H, Levinton C, Assimakopoulos H, Sibley JT, Haga M, et al. *Direct and indirect medical costs incurred by Canadian patients with rheumatoid arthritis: a 12 year study*. J Rheumatol 1997;24:1051-60.
8. Badley EM. *The impact of disabling arthritis*. Arthritis Care and Research 1995;8:221-8.
9. Health Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 1998* (Catalogue # H21-136/1998E). Ottawa: Public Works and Government Services Canada; 2002.
10. Verbrugge LM. *Women, men and osteoarthritis*. Arthritis Care and Research 1995;8(4):212-20.
11. Russel A, Haraoui B, Keystone E, Klinkhoff A. *Current and emerging therapies for rheumatoid arthritis, with a focus on infliximab: clinical impact on joint damage and cost of care in Canada*. Clin Ther 2001;23:1824-38.
12. Lisse J, Espinoza L, Zhao SZ, Dedhiya SD, Osterhaus JT. *Functional status and health-related quality of life of elderly osteoarthritis patients treated with Celecoxib*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 Mar; 56(3):M167-M0175.
13. Schiff M. *Emerging treatments for rheumatoid arthritis*. Am J Med 1997;102(suppl 1A):11S-15S.
14. 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;21:505-14.
15. Guccione AA. *Physical therapy for musculoskeletal conditions*. Rheum Dis Clin North Am 1996;22:551-62.

16. Helewa A. *Physical therapy management of patients with rheumatoid arthritis and other inflammatory conditions*. In: Walker JM, Helewa A, editors. *Physical therapy in arthritis*. Philadelphia: Saunders; 1996. p. 245-63.
17. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig K. *Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment*. *Arthritis Care and Research* 1996;9:292-301.
18. Minor MA, Hewett JE, Webel RR, Anderson SK, Kay DR. *Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis*. *Arthritis Care and Research* 1989;32:1396-1405.
19. McKeag DB. *The relationship of osteoarthritis and exercise*. *Clinical Sports Medicine* 1991;11:471-87.
20. US Department of Health and Human Services. *Physical activity and health. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: The Department, Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.

Impact de l'arthrite* sur les canadiens

Claudia Lagacé, Anthony Perruccio, Marie DesMeules, Elizabeth Badley

Introduction

L'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques les plus fréquents au Canada et une des principales causes de morbidité, d'invalidité et de recours aux soins de santé¹⁻³. L'arthrite constitue donc un fardeau économique et sanitaire important pour notre société. On trouve dans le présent chapitre des données sur l'arthrite au Canada et sur son impact sur la population générale et sur la vie des particuliers. On y brosse également un tableau de l'arthrite : sujets atteints, impact sur la vie quotidienne, utilisation autodéclarée des services de santé et consommation de médicaments. Le chapitre 2 présente par ailleurs des données sur les Autochtones hors réserve, car l'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes parmi cette population⁴⁻⁶. La fin du chapitre est consacrée aux implications sur les activités de surveillance et les politiques de santé.

L'annexe en fin de chapitre décrit les sources de données et les approches méthodologiques employées dans le cadre de ce chapitre[†]. Elle fournit des définitions des variables/indicateurs utilisés dans le chapitre et décrit également les méthodes employées pour leur regroupement/répartition en catégories. Le symbole « (m) » dans les graphiques désigne les estimations où la variabilité de l'échantillonnage est élevée. De même, si un sous-ensemble des populations étudiées (comme les groupes âge-sexe) était trop petit, aucune estimation n'a alors été consignée.

Aperçu de l'arthrite et du rhumatisme au Canada

Fréquence de l'arthrite

L'arthrite est souvent une affection qui dure toute la vie. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comportait une série de questions sur les problèmes de santé chroniques. L'« arthrite/le rhumatisme » faisait partie de la liste des problèmes de santé accompagnant l'énoncé suivant : « Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée diagnostiqués chez vous par un professionnel de la

* Dans le chapitre 2, le terme « arthrite » renvoie à l'arthrite/le rhumatisme, conformément à la question posée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2000.

† L'analyse est fondée sur la bande de microdonnées de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000). Tous les calculs sur ces microdonnées ont été effectués par Santé Canada; l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent exclusivement de la responsabilité des auteurs du présent chapitre.

santé. » Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus.

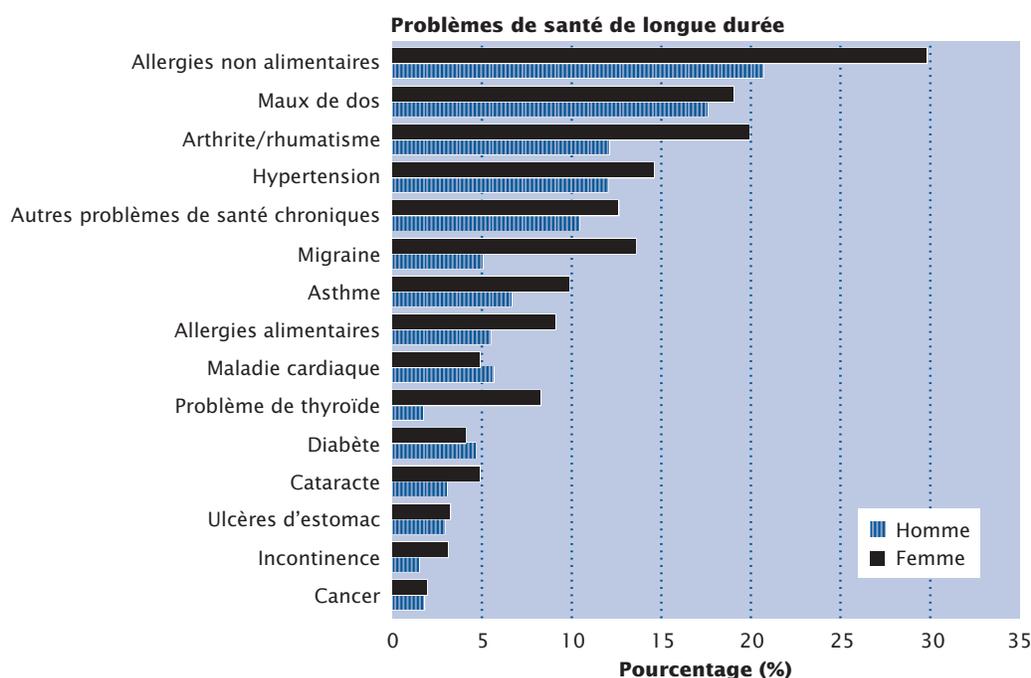
En 2000, l'arthrite et le rhumatisme affligeaient près de 4 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 16 % de la population. L'arthrite est le deuxième et le troisième problème de santé chronique le plus fréquent signalé respectivement par les femmes et par les hommes (figure 2-1).

Selon l'ESCC 2000, la prévalence de l'arthrite/du rhumatisme augmente avec l'âge. Les femmes âgées de 35 ans et plus ont signalé des taux statistiquement plus élevés d'arthrite/ de rhumatisme que les hommes (figure 2-2). En raison de l'importance numérique de la génération du baby-boom au Canada, la plupart des sujets souffrant d'arthrite avaient entre 45 et 75 ans. Les deux tiers des sujets touchés par l'arthrite étaient des femmes; la prévalence de l'arthrite chez les femmes était près du double de celle des hommes (respectivement 19 % et 11 %).

Alors que l'arthrite est fréquemment perçue comme une maladie de la vieillesse, près de 3 sujets sur 5 ayant signalé souffrir d'arthrite/de rhumatisme en 2000 avaient en réalité moins de 65 ans (figure 2-3). Ce ratio est valable pour les hommes comme pour les femmes.

La prévalence brute de l'arthrite/du rhumatisme varie considérablement d'une région du Canada à l'autre (figure 2-4). C'est en Nouvelle-Écosse que l'arthrite/le rhumatisme est plus fréquemment signalée (23%); viennent ensuite la Saskatchewan et l'Île-du-

Figure 2-1 Prévalence autodéclarée de certains problèmes de santé de longue durée, selon le sexe, population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2000

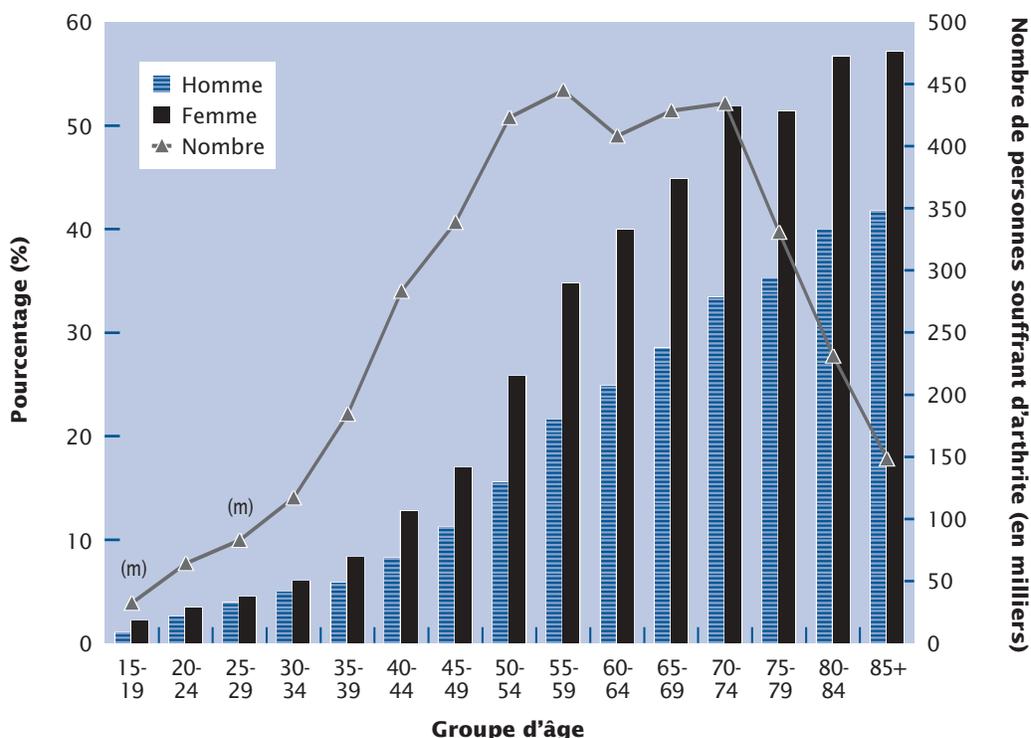


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Prince-Édouard avec près de 20 %. Les résidents des territoires sont ceux qui signalent le moins souvent souffrir d'arthrite/de rhumatisme (11,6 %).

La figure 2-4 précise entre parenthèses les estimations de la prévalence normalisées selon l'âge et le sexe. Ces estimations permettent de supprimer l'effet de toute différence

Figure 2-2 Prévalence autodéclarée et nombre de sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

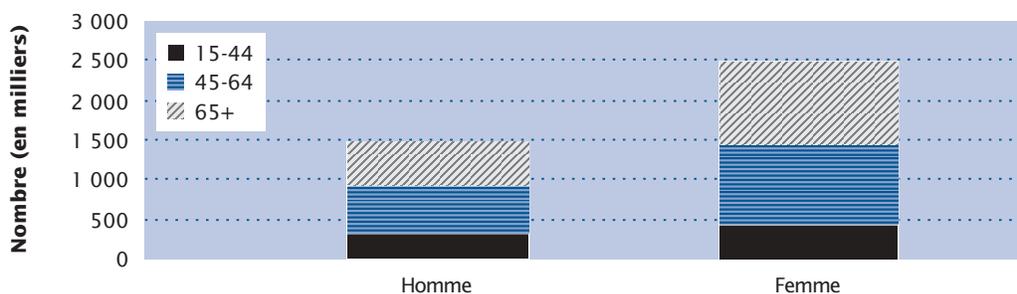


Remarque : Les valeurs pour les femmes sont significativement supérieures aux valeurs des hommes avec $p < 0,05$, sauf pour les groupes d'âge 20-24, 25-29 et 30-34.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

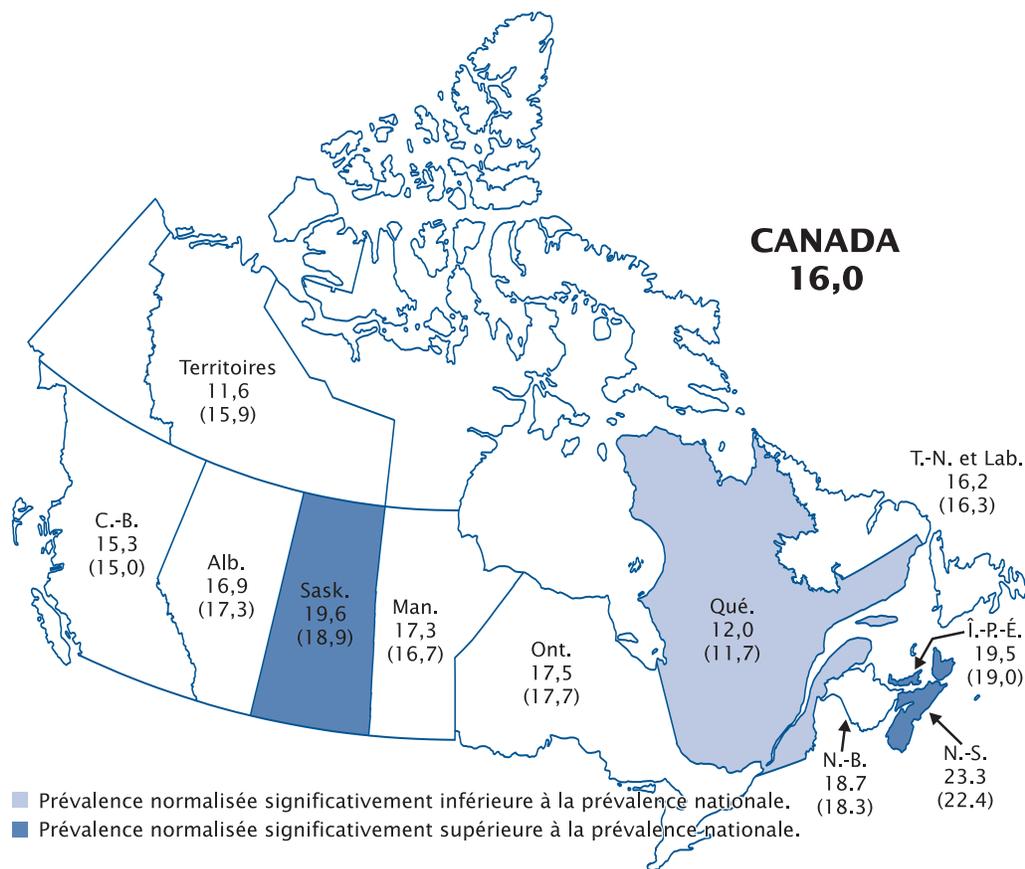
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-3 Nombre de sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-4 Prévalence brute (normalisée selon l'âge et le sexe) de l'arthrite/du rhumatisme, par province/territoire, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

dans la composition âge-sexe dans les provinces/territoires respectifs et d'effectuer des comparaisons directes avec la prévalence générale canadienne. Les estimations normalisées de la prévalence pour la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard sont significativement supérieures à la prévalence nationale, alors que la prévalence enregistrée au Québec est significativement inférieure.

Projections

La prévalence de l'arthrite/du rhumatisme augmente de façon marquée avec l'âge (figure 2-2). En conséquence, la pyramide générale des âges de la population aura des répercussions importantes sur la prévalence et le nombre de sujets souffrant d'arthrite. Les projections démographiques de Statistique Canada⁷ pour les années 2001 à 2026 permettent d'estimer le nombre de sujets qui souffriront d'arthrite et la prévalence de l'arthrite pour les 20 prochaines années. Ces projections reposent sur les estimations de la prévalence de l'arthrite selon l'âge et le sexe tirées de l'ESCC de 2000-2001, dans l'hypothèse où elles resteront constantes au fil du temps.

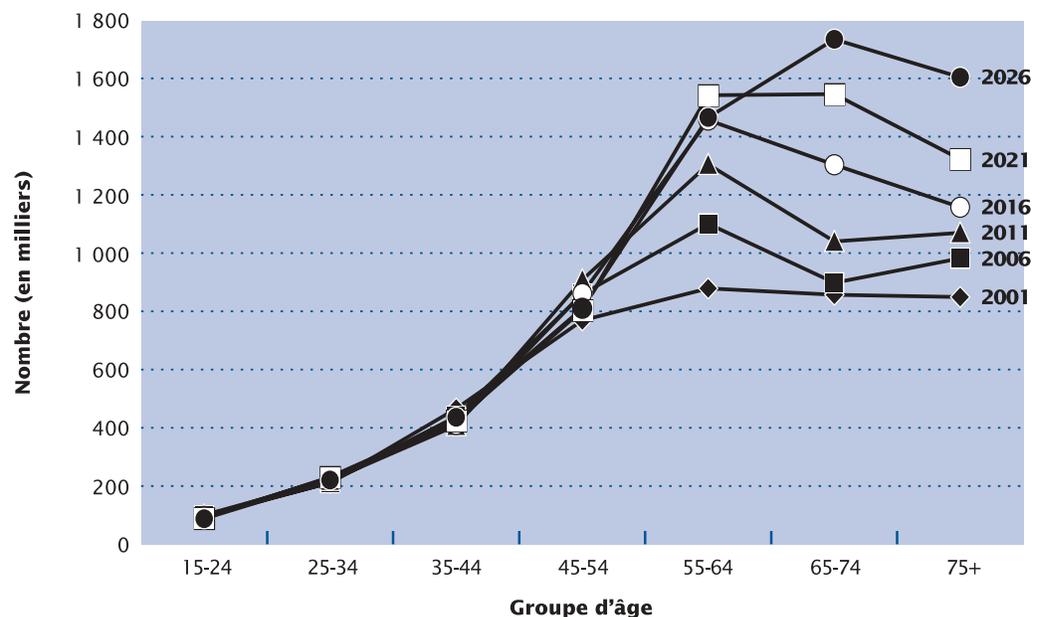
La prévalence de l'arthrite parmi les Canadiens âgés de 15 ans et plus devrait augmenter de près de 1 % tous les cinq ans, et la prévalence projetée sera supérieure à 20 % d'ici 2026 (tableau 2-1). Cela représente une augmentation de 54 % du nombre de sujets souffrant d'arthrite. On estime que d'ici 25 ans, 6,4 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus seront affligés de cette maladie, les augmentations les plus marquées concerneront les adultes âgés de 55 ans et plus (figure 2-5).

Tableau 2-1 Nombre projeté de sujets de 15 et plus souffrant d'arthrite/de rhumatisme et prévalence de cette affection selon le sexe, Canada, 2001-2026

Année	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre de sujets souffrant d'arthrite	Prévalence	Nombre de sujets souffrant d'arthrite	Prévalence	Nombre de sujets souffrant d'arthrite	Prévalence
2001	1 510 000	12,2 %	2 620 000	20,4 %	4 130 000	16,4 %
2006	1 680 000	12,8 %	2 910 000	21,4 %	4 590 000	17,2 %
2011	1 850 000	13,4 %	3 190 000	22,3 %	5 050 000	18,0 %
2016	2 030 000	14,2 %	3 480 000	23,5 %	5 510 000	18,9 %
2021	2 210 000	14,9 %	3 750 000	24,6 %	5 960 000	19,8 %
2026	2 370 000	15,6 %	3 990 000	25,5 %	6 360 000	20,6 %

Remarque : Chiffres provenant du scénario de croissance moyenne, et établis à partir de la population estimée en 2000. Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2000, Statistique Canada; projections démographiques 2001-2026, Statistique Canada

Figure 2-5 Nombre de sujets qui souffriront d'arthrite/de rhumatisme, selon l'année et le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2001-2026



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2000, Statistique Canada; projections démographiques 2001-2026, Statistique Canada

Caractéristiques des sujets souffrant d'arthrite/de rhumatisme

Comparativement aux sujets qui ne souffrent pas d'arthrite, les sujets atteints d'arthrite/de rhumatisme sont plus nombreux à être veufs/séparés/divorcés (tableau 2-2), à être moins instruits (figure 2-6) et à avoir un faible revenu (figure 2-7). Les différences dans l'état matrimonial sont vraisemblablement dues au fait que les sujets souffrant d'arthrite sont plus âgés.

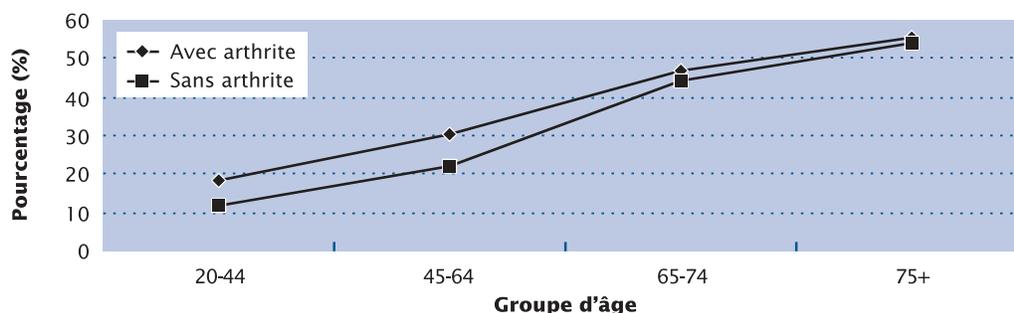
Tableau 2-2 État matrimonial des sujets avec et sans arthrite/rhumatisme, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

Situation matrimoniale	Avec arthrite, %		Sans arthrite, %	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Marié/conjoint de fait	74,3	58,5	60,8	59,1
Célibataire	12,1	8,6	32,0	27,4
Veuf/séparé/divorcé	13,5	32,8	7,1	13,4

Remarque : Les différences entre les sujets avec et sans arthrite sont statistiquement significatives avec $p < 0,05$, sauf pour les femmes mariées.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-6 Proportion de sujets avec et sans arthrite/rhumatisme n'ayant pas terminé leurs études secondaires, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

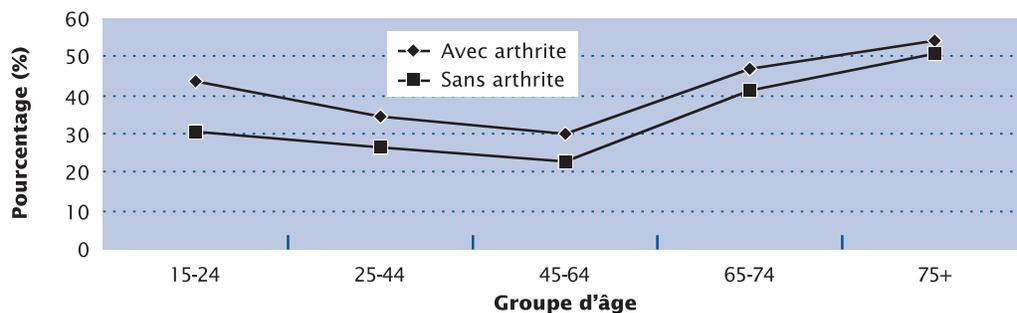


Remarque : Les différences entre les sujets avec et sans arthrite sont statistiquement significatives avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets de 65-74 ans et de 75 ans et plus.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

L'embonpoint (défini par un indice de masse corporelle [IMC] de ≥ 27 selon les normes canadiennes) est un facteur qui contribue à l'apparition de l'arthrite, notamment au niveau du genou⁸. De plus, les sujets qui présentent de l'embonpoint sont plus à risque de faire l'objet d'un diagnostic d'arthrite⁹. L'ESCC a calculé l'IMC uniquement pour les sujets de 64 ans et moins, excluant les femmes enceintes. Dans tous les groupes d'âge, la proportion de sujets souffrant d'arthrite qui présentaient de l'embonpoint dépassait 18 % (figure 2-8), ce qui est systématiquement et significativement supérieur au pourcentage applicable aux sujets ne souffrant pas d'arthrite.

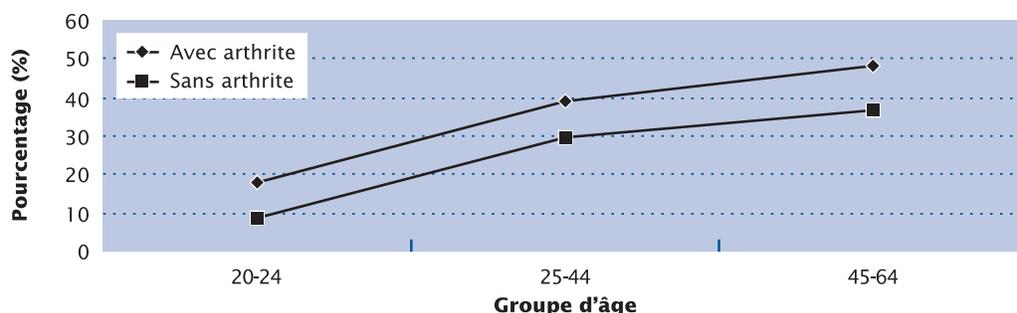
Figure 2-7 Proportion de sujets avec et sans arthrite/rhumatisme dans la catégorie de revenu inférieure/intermédiaire inférieure, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les différences entre les sujets avec et sans arthrite sont statistiquement significatives avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets de 75 ans et plus.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-8 Proportion de sujets de 20 à 64 ans présentant de l'embonpoint*, selon l'âge, population à domicile, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs des sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures aux valeurs des sujets sans arthrite avec $p < 0,05$.

*IMC $\geq 27,0$

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

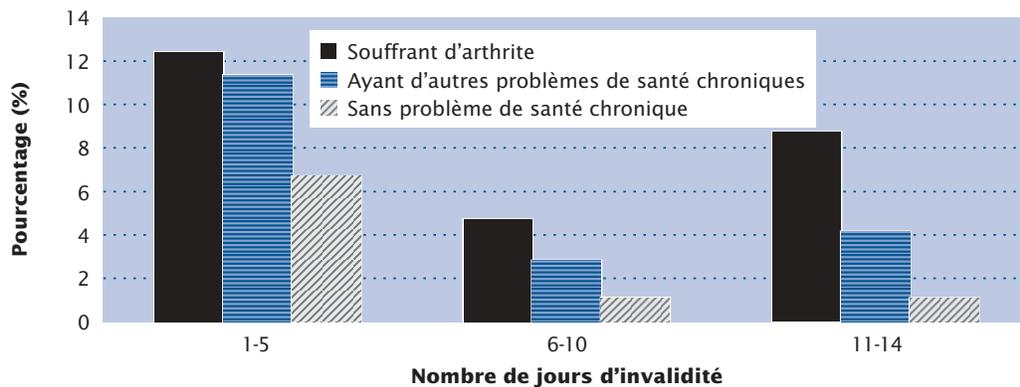
Qualité de vie des sujets souffrant d'arthrite

Du fait de sa chronicité, l'arthrite cause des douleurs et des souffrances durables et détériore la qualité de vie¹⁰. Comparés aux sujets qui présentent d'autres problèmes de santé chroniques et à ceux qui n'en présentent pas, les sujets souffrant d'arthrite sont plus nombreux à signaler qu'ils ont dû rester alités ou diminuer leurs activités dans les deux semaines précédant l'enquête (figure 2-9). La proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant signalé 11 à 14 jours d'invalidité était deux fois plus élevée que celle des sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques.

La proportion de sujets souffrant d'arthrite qui signalent éprouver des douleurs moyennes à fortes est 3 fois plus élevée que celle des sujets qui présentent d'autres problèmes de santé chroniques. Cette tendance ne varie pas de façon marquée avec l'âge (figure 2-10).

L'indice de l'état de santé (*Health Utility Index* ou HUI) est un instrument de mesure générique de la santé destiné à évaluer les aspects quantitatifs et qualitatifs de la vie¹¹. Il

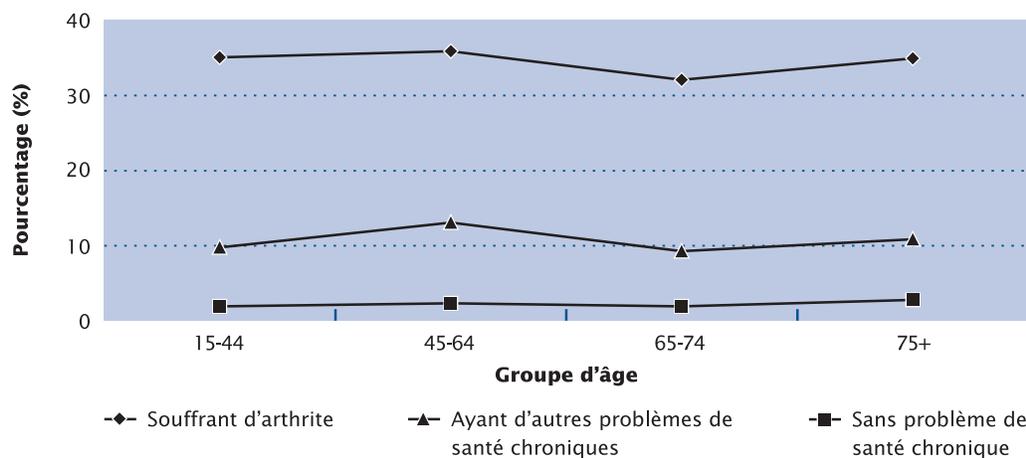
Figure 2-9 Proportion de sujets ayant signalé des jours d'invalidité au cours des 14 jours précédant l'enquête, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-10 Proportion de sujets signalant des douleurs moyennes à fortes, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

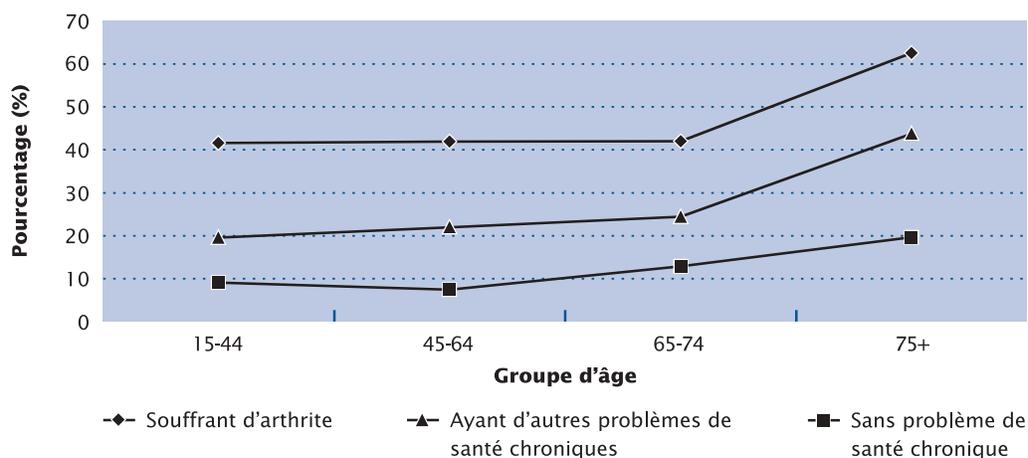


Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

comporte une série d'attributs qui décrivent des états fonctionnels au nombre desquels figurent entre autres la mobilité, la dextérité, les douleurs et le malaise. Un score inférieur à 0,83 est révélateur d'une invalidité. Sur la base de cette mesure, environ 40 % des sujets souffrant d'arthrite dans le groupe d'âge le plus jeune présentaient une invalidité, pourcentage qui passait à plus de 60% parmi les sujets de 75 ans et plus (figure 2-11). Le nombre de sujets souffrant d'invalidités était considérablement inférieur chez ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou aucun problème de santé chronique. Les différences les plus importantes ont été observées dans le groupe d'âge le plus jeune, au sein duquel le taux d'invalidité des sujets atteints d'arthrite était 2 à 4 fois supérieur

Figure 2-11 Proportion de sujets dont le HUI* révèle la présence d'une invalidité, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

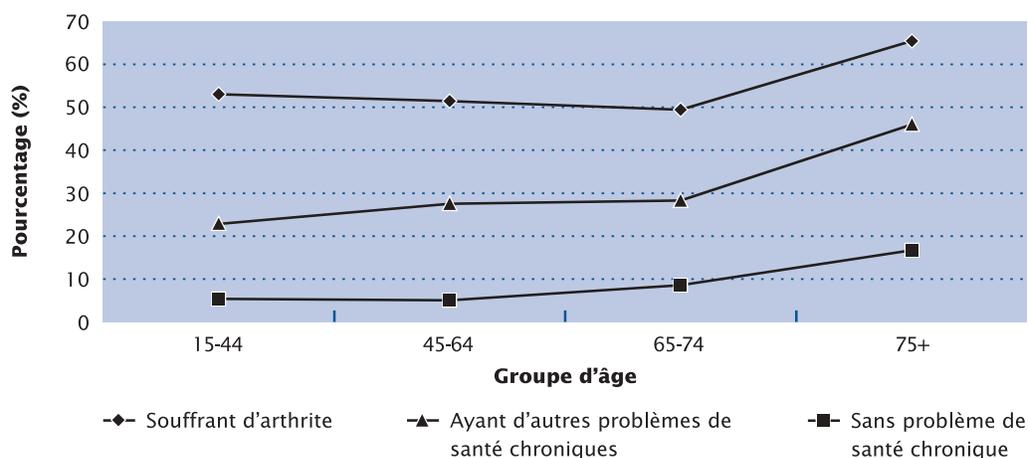
*HUI = Indice de l'état de santé

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

à celui des sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique.

Dans l'ESCC, on demandait aux répondants si leurs activités quotidiennes à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres contextes étaient limitées par un problème physique ou mental de longue durée. Dans tous les groupes d'âge, c'est parmi les sujets souffrant d'arthrite (figure 2-12) que l'on a enregistré le plus de limitations d'activités. Dans le groupe d'âge le plus jeune, un peu plus de la moitié des sujets souffrant d'arthrite ont

Figure 2-12 Proportion de sujets ayant signalé des limitations d'activités, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

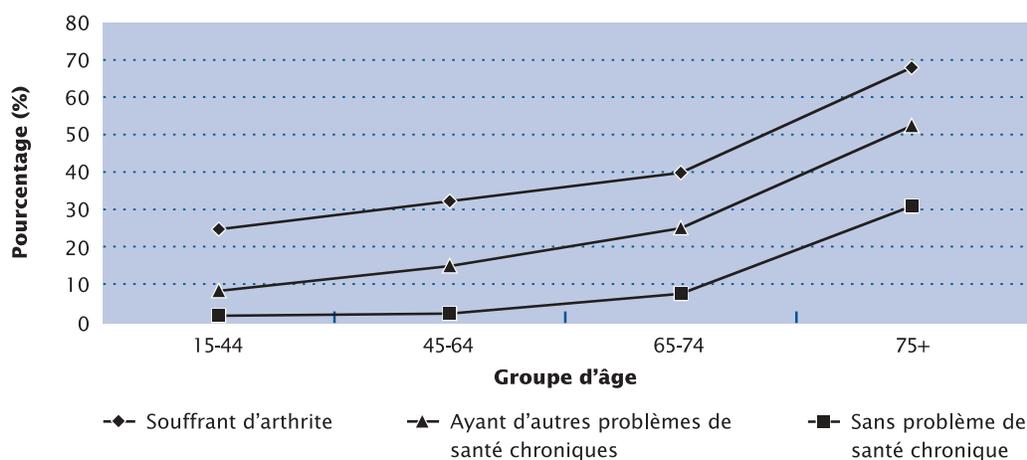
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

signalé des limitations d'activités. Cette proportion est passée à deux tiers parmi les sujets de 75 ans et plus qui souffraient d'arthrite. Ces taux étaient significativement supérieurs aux taux enregistrés parmi les sujets sans problème de santé chronique ou ayant d'autres problèmes de santé chroniques. Globalement, la proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant signalé des limitations d'activités était de 2 à 10 fois supérieure à la proportion des sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique.

Les répondants devaient indiquer si leur problème de santé les obligeait à demander de l'aide pour la préparation des repas, le magasinage, le ménage de tous les jours, les tâches ménagères lourdes, leurs soins personnels ou pour se déplacer dans leur domicile. Globalement, les besoins d'aide pour l'accomplissement des activités quotidiennes augmentaient avec l'âge pour tous les groupes pris en compte dans la comparaison, avec une augmentation marquée à partir de 75 ans (figure 2-13). Dans tous les groupes d'âge, c'étaient les sujets souffrant d'arthrite qui avaient le plus besoin d'aide et, dans cette catégorie, leur proportion passait de 25 % dans le groupe d'âge le plus jeune à près de 70 % dans le groupe d'âge le plus âgé. En comparaison, cette proportion s'échelonnait entre moins de 10 % et un peu plus de 50 % parmi les sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques.

La perception que l'on a de sa propre santé et l'évaluation que l'on en fait fournissent également des informations sur l'impact de la maladie. Dans l'ESCC, on demandait aux répondants d'évaluer leur santé selon les attributs suivants : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. Globalement, la proportion de sujets ayant signalé avoir une santé passable ou mauvaise augmentait avec l'âge et elle était supérieure parmi les sujets souffrant d'arthrite (figure 2-14).

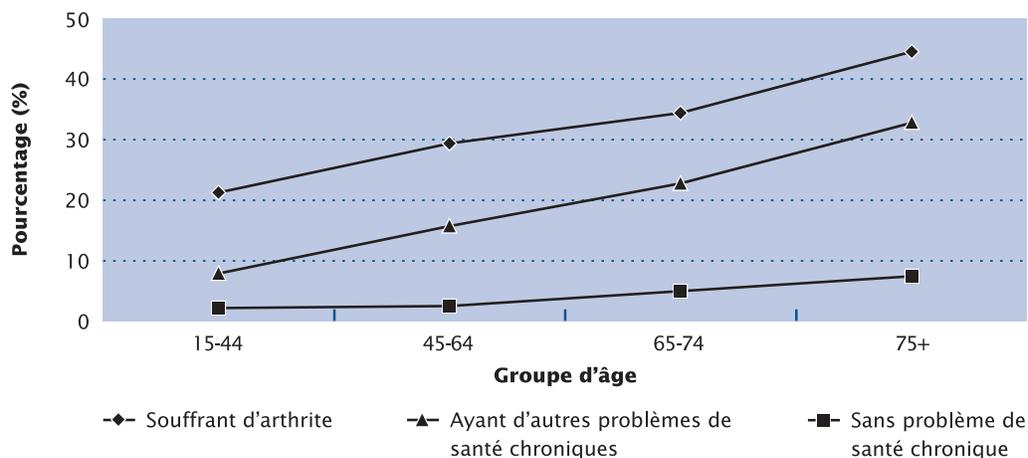
Figure 2-13 Proportion de sujets ayant besoin d'aide pour les activités quotidiennes, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-14 Proportion de sujets ayant évalué leur santé comme passable ou mauvaise, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

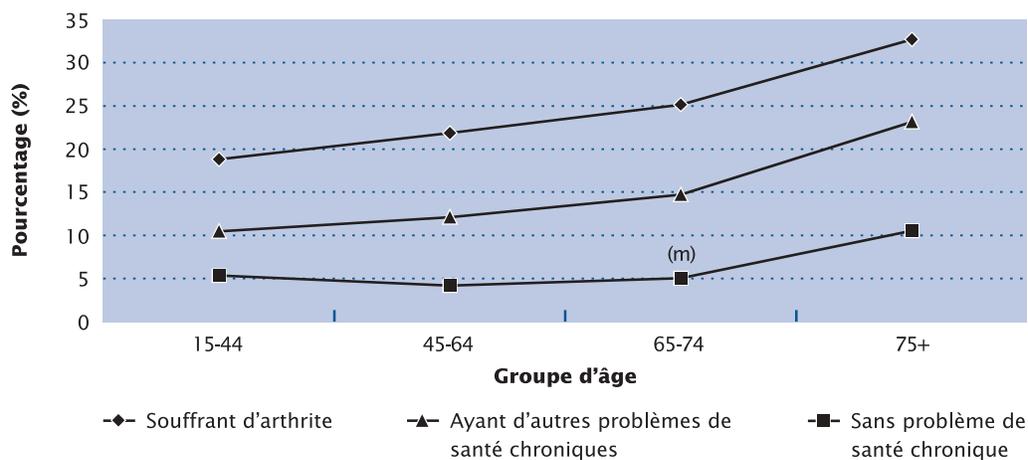


Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Dans l'ESCC, on demandait également aux répondants de comparer leur santé par rapport à l'année précédente. La proportion de sujets ayant signalé que leur santé s'était détériorée par rapport à l'année précédente augmentait avec l'âge dans les trois groupes pris en compte dans la comparaison (figure 2-15). Dans tous les groupes d'âge, toutefois, la proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant signalé que leur santé était moins bonne que l'année précédente était significativement supérieure à la proportion de sujets pré-

Figure 2-15 Proportion de sujets ayant déclaré que leur santé était moins bonne que l'année précédente, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarques : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

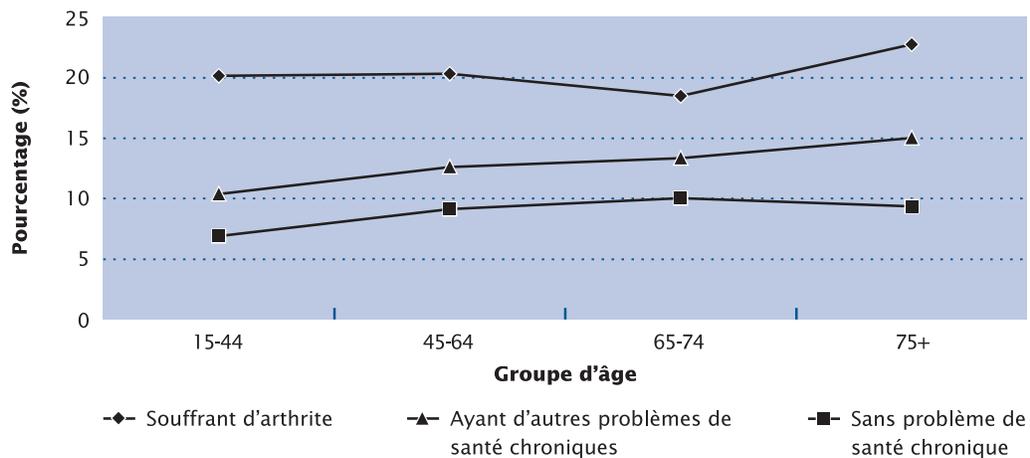
(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

sentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique.

Alors que l'arthrite cause fréquemment des douleurs et de la fatigue, elle peut aussi perturber le sommeil¹². Dans tous les groupes d'âge, une plus forte proportion de sujets souffrant d'arthrite ont signalé dormir moins de 6 heures par nuit (figure 2-16). C'était dans le groupe d'âge le plus jeune (15-44 ans), que la différence était la plus marquée entre les sujets souffrant d'arthrite et ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques : la proportion était deux fois plus élevée que dans les groupes de sujets présentant d'autres problèmes de santé. Jusqu'à 74 ans, la proportion de sujets souffrant d'arthrite qui ont signalé dormir moins de 6 heures par nuit était relativement comparable dans tous les groupes d'âge.

Figure 2-16 Proportion de sujets ayant signalé dormir moins de 6 heures par nuit, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



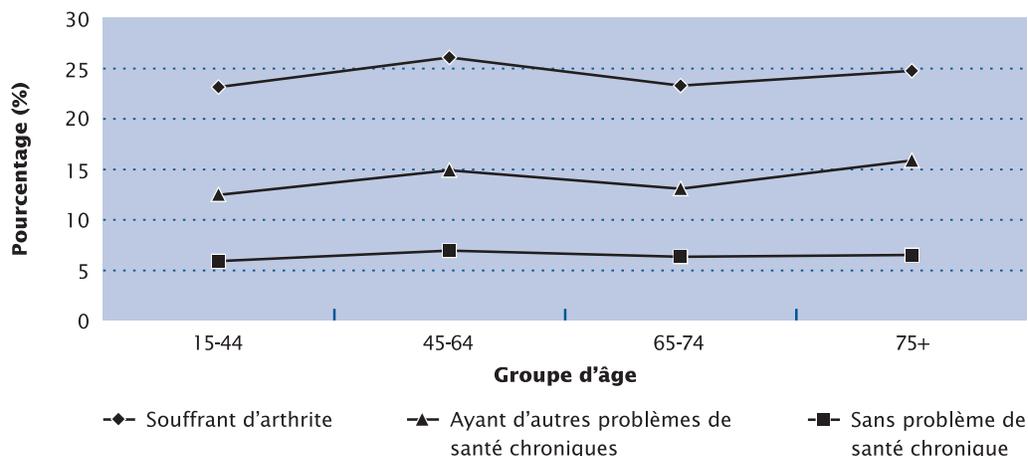
Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Ce sont les sujets souffrant d'arthrite qui ont signalé le plus de problèmes de sommeil « la plupart du temps » (figure 2-17). Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes d'âge. Les sujets souffrant d'arthrite ont également signalé dans une plus forte proportion avoir un sommeil non réparateur et, en conséquence, avoir de la difficulté à rester éveillés le reste du temps. (Données non présentées).

La quantité perçue de stress ressenti au quotidien peut être une conséquence de la maladie. Les seules différences significatives dans le niveau de stress perçu entre les sujets souffrant d'arthrite et ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques ont été enregistrées dans le groupe d'âge le plus jeune (15-44 ans) et chez les sujets âgés de 65 à 74 ans (figure 2-18). Dans chacun de ces groupes d'âge, la proportion de sujets ayant déclaré que leur vie était extrêmement stressante était près de deux fois plus élevée parmi les arthritiques que parmi les sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques.

Figure 2-17 Proportion de sujets ayant signalé des problèmes de sommeil la plupart du temps, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

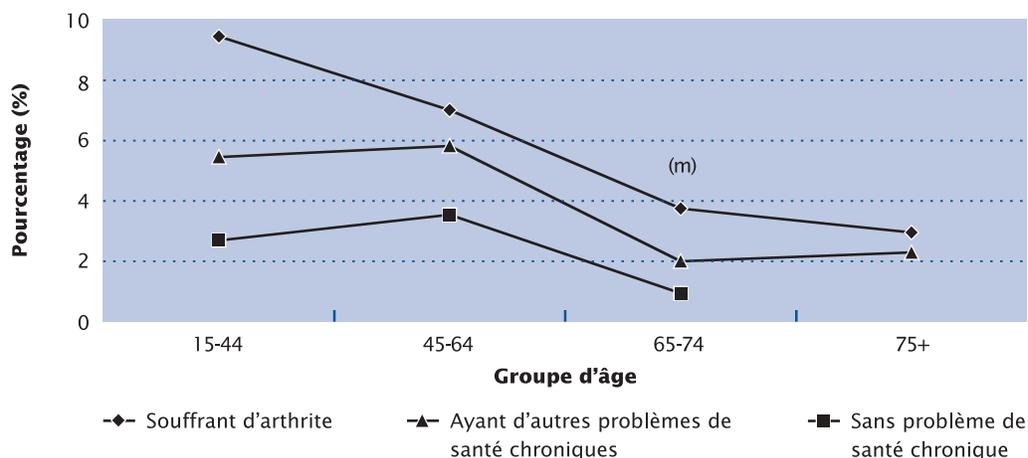


Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

La figure 2-19 concerne les sujets présentant des signes de dépression (voir annexe). Globalement, les pourcentages diminuent avec l'âge. Ils étaient significativement plus élevés chez les sujets souffrant d'arthrite dans toutes les catégories d'âge, la différence la plus grande s'observant parmi les sujets âgés de 15 à 44 ans.

Figure 2-18 Proportion de sujets ayant déclaré que leurs journées étaient extrêmement stressante, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



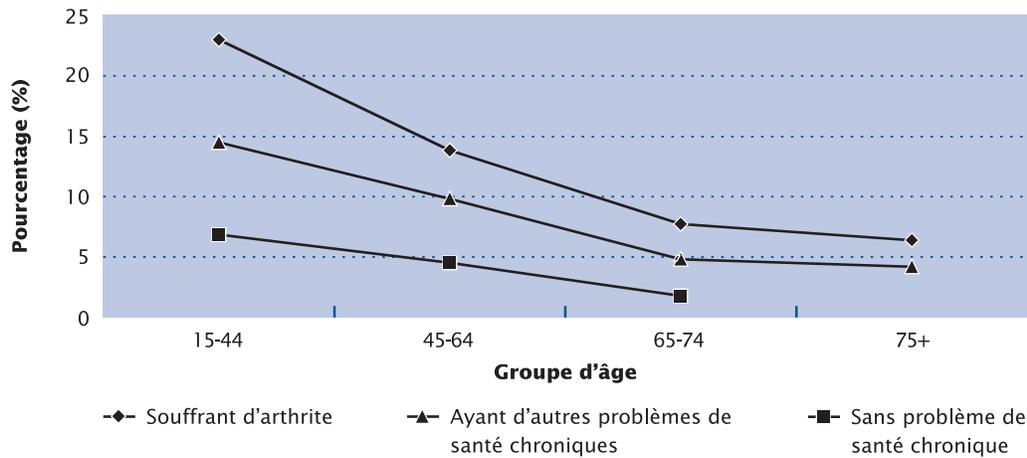
Remarques : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les 45-64 ans et les 75 ans et plus.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les données pour les sujets de 75 ans et plus du groupe « Sans problème de santé chronique » ne peuvent être divulguées.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-19 Proportion de sujets présentant une dépression, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



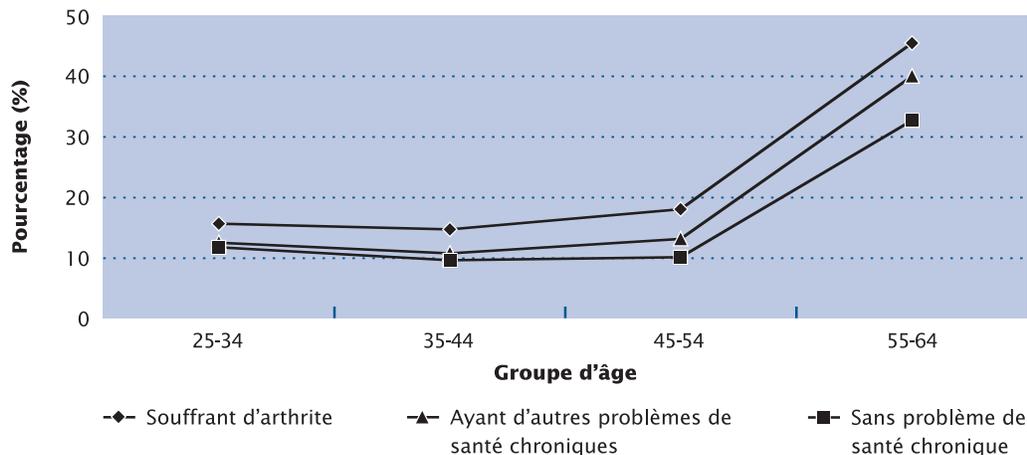
Remarques : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les données pour les sujets de 75 ans et plus du groupe « Sans problème de santé chronique » ne peuvent être divulguées.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Selon l'ESCC, l'arthrite influence également la participation à la vie active. Plus d'une personne sur 10 en âge de travailler a signalé avoir de l'arthrite. La proportion de sujets qui ne travaillaient pas était plus élevée parmi les sujets souffrant d'arthrite, que parmi ceux ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique. Ces proportions augmentaient avec l'âge, surtout après 55 ans (figure 2-20). La retraite anticipée ainsi que la cessation de travail pour cause de mauvaise santé expliquaient vraisemblablement une partie de cette augmentation.

Figure 2-20 Proportion de sujets ne faisant pas partie de la population active, selon l'âge, population à domicile de 25 ans et plus, Canada, 2000

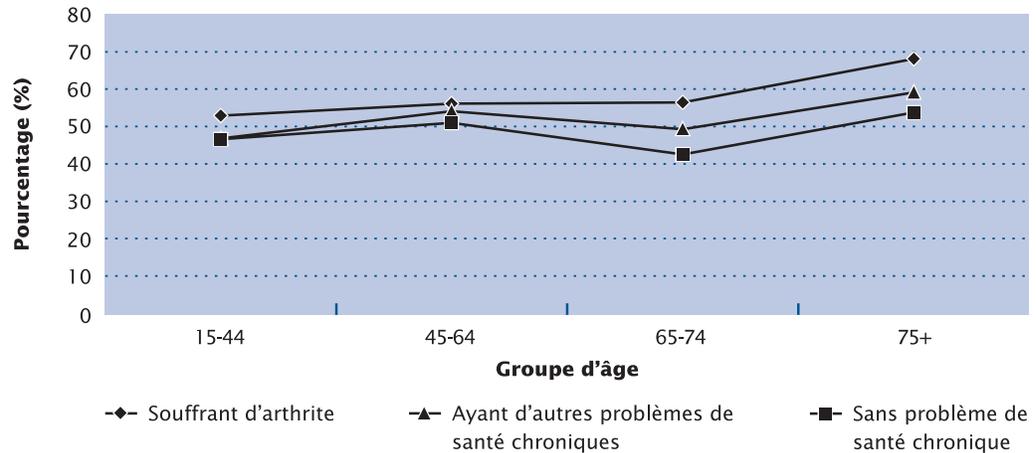


Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets âgés de 15-34 ans.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

L'activité physique peut prévenir l'arthrite et soulager les douleurs qui l'accompagnent^{13,14}. Pour de nombreux sujets, l'activité physique est également un élément important des loisirs. Selon l'ESCC, une très forte proportion de Canadiens était inactive en 2000 (figure 2-21). Parmi les sujets souffrant d'arthrite, plus de 50 %, dans tous les groupes d'âge, étaient inactifs – pourcentage supérieur à celui enregistré parmi les sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique.

Figure 2-21 Proportion de sujets ayant déclaré être physiquement inactifs, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets âgés de 45-64 ans.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Consultations de professionnels de la santé et consommation de médicaments

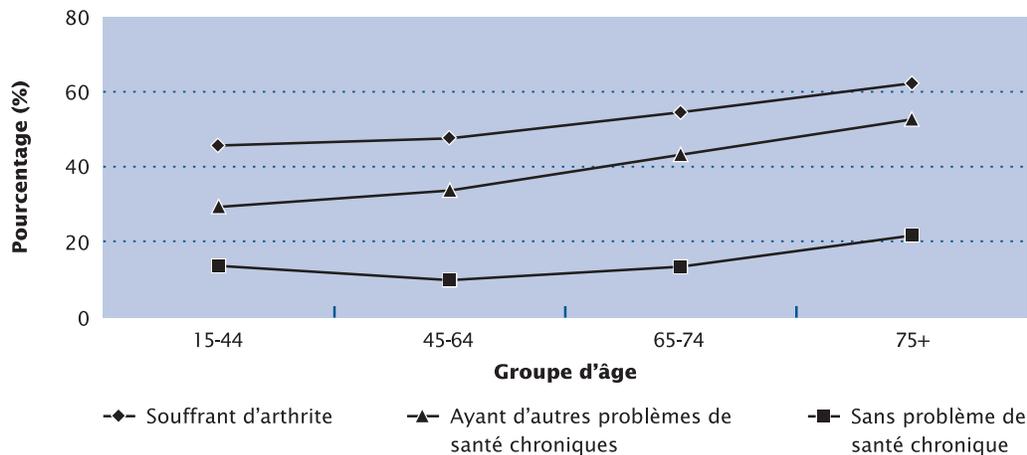
Utilisation des services de santé

L'accès aux services de santé est essentiel à la prise en charge de l'arthrite et des autres problèmes de santé chroniques. Une plus forte proportion de sujets souffrant d'arthrite, par rapport à ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques, ont signalé avoir eu recours à des services de santé au cours de l'année précédant l'enquête. Plus précisément, ces personnes se sont tournées vers un médecin de première ligne, un spécialiste (chirurgien, allergologue, orthopédiste et psychiatre), une infirmière, un physiothérapeute ou d'autres professionnels de la santé ou intervenants en médecine douce (massothérapeutes, chiropraticiens et acupuncteurs).

Plus de la moitié des sujets souffrant d'arthrite avaient consulté un médecin de première ligne (omnipraticien ou médecin de famille) au moins quatre fois au cours de l'année précédant l'enquête, contre 33 % des sujets souffrant d'autres problèmes de santé chroniques. De même, 43 % des sujets souffrant d'arthrite ont signalé avoir vu un spécialiste au moins une fois, contre respectivement 33 % et 16 % des sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique. Comparativement

aux sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques, les hommes et les femmes souffrant d'arthrite ont été plus nombreux à consulter soit un médecin de première ligne, soit un spécialiste. Cette tendance se confirme dans tous les groupes d'âge (figures 2-22 et 2-23). Globalement, les femmes ont fait état d'un recours plus fréquent aux médecins et aux spécialistes que les hommes (données non présentées).

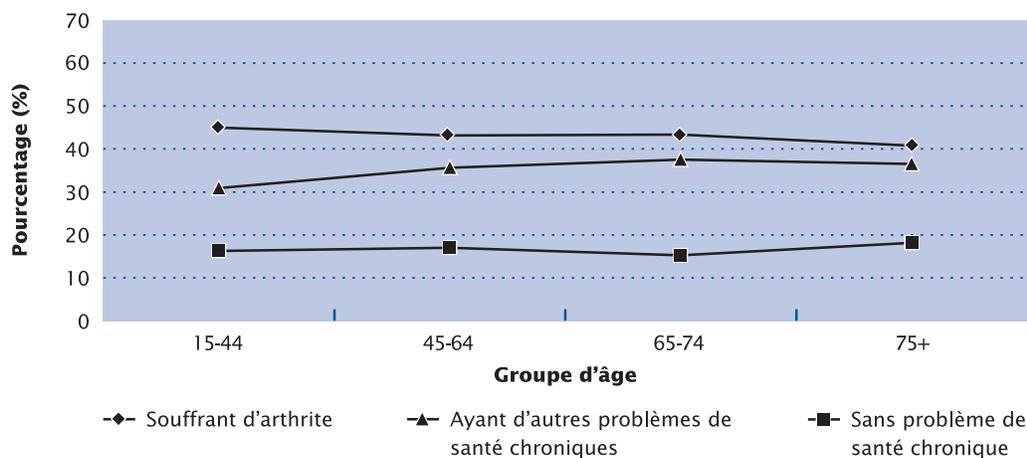
Figure 2-22 Proportion de sujets ayant consulté un médecin de première ligne au moins quatre fois au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-23 Proportion de sujets ayant consulté un spécialiste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



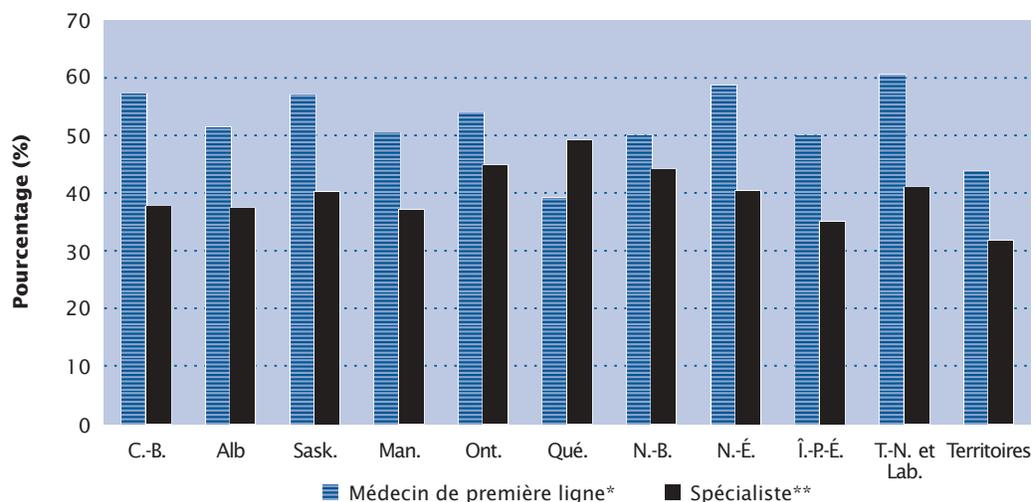
Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets âgés de 75 ans et plus

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

La proportion de sujets souffrant d'arthrite qui avait consulté un médecin de première ligne et un spécialiste variait selon les provinces/territoires. Dans tous les provinces/territoires, la proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant signalé avoir consulté soit un médecin de première ligne au moins quatre fois, soit un spécialiste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête a été supérieure à la proportion correspondante de sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique (données non présentées). C'est à Terre-Neuve (61 %) que l'on a enregistré la plus forte proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté un omnipraticien ou médecin de famille (OP/MF) au moins quatre fois au cours de l'année précédant l'enquête; venaient ensuite la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan (figure 2-24). La proportion la plus faible a été enregistrée au Québec (40 %).

Le nombre de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté un spécialiste ne variait pas autant que le nombre de consultations auprès des OP/MF. Toutefois, c'est au Québec que l'on a enregistré la proportion la plus forte de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté un spécialiste (légèrement en deçà de 50%), suivi de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick (figure 2-24). La plus faible proportion a été enregistrée dans l'Île-du-Prince-Édouard (35 %).

Figure 2-24 Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté un médecin de première ligne* ou un spécialiste, par province, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000**



* Au moins 4 consultations dans l'année précédant l'enquête

** Au moins 1 consultation dans l'année précédant l'enquête

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

En 2000, seulement 13 % des sujets souffrant d'arthrite ont déclaré avoir consulté une infirmière pour obtenir des soins ou des conseils sur leur santé mentale ou psychologique; 16 % ont consulté un physiothérapeute (tableau 2-3). Comparativement aux sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques, une plus grande proportion de sujets souffrant d'arthrite dans tous les groupes d'âge ont déclaré avoir consulté soit une infirmière, soit un physiothérapeute. Globalement, les tendances en matière de consultations

auprès de chiropraticiens, de psychologues, de travailleurs sociaux et de conseillers sont comparables chez les sujets souffrant d'arthrite et chez ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques (tableau 2-3). Les sujets souffrant d'arthrite sont pratiquement deux fois plus nombreux à avoir consulté ces professionnels que les sujets sans problème de santé chronique. Le nombre de sujets souffrant d'arthrite ayant consulté des intervenants en médecine douce au cours de l'année précédant l'enquête n'est pas significativement différent de celui des sujets souffrant d'autres problèmes de santé chroniques. Les massothérapeutes sont les intervenants en médecine non traditionnelle les plus fréquemment consultés, suivis des acupuncteurs (données non présentées). Les tendances sont comparables parmi les groupes d'âge.

Tableau 2-3 Proportion de sujets ayant consulté au moins une fois un professionnel donné de la santé, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

	Souffrant d'arthrite	Ayant d'autres problèmes de santé chroniques	Sans problème de santé chronique
Infirmières	13,2 %	11,5 %	6,5 %
Physiothérapeutes	15,9 %	10,5 %	5,5 %
Chiropraticiens	13,4 %	13,5 %	7,4 %
Psychologues, travailleurs sociaux, conseillers	7,9 %	9,0 %	4,7 %
Intervenants en médecine douce	12,8 %	13,3 %	7,1 %

Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les chiropraticiens et intervenants en médecine douce.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

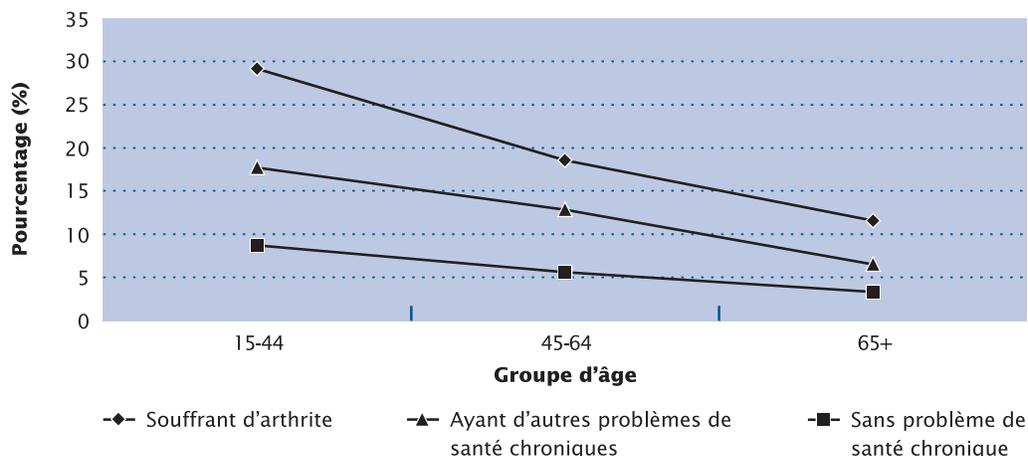
Accès aux soins de santé

Dans tous les groupes d'âge, la proportion de sujets qui estimaient ne pas avoir reçu les soins de santé nécessaires au cours des 12 mois précédant l'enquête était plus élevée chez les sujets souffrant d'arthrite, que chez ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique (figure 2-25). Globalement, 18 % des sujets souffrant d'arthrite ont déclaré ne pas avoir reçu les soins de santé dont ils avaient besoin : 10 % ont signalé que ces soins étaient soit inexistantes dans leur région, soit inexistantes au moment où ils en avaient eu besoin, ou qu'ils nécessitaient un délai d'attente trop long. Cette proportion était de 7 % parmi les sujets souffrant d'autres problèmes de santé chroniques. C'était parmi les sujets de 15 à 44 ans que les problèmes d'accès étaient les plus importants puisque près d'un tiers des sujets souffrant d'arthrite dans ce groupe d'âge ont signalé ne pas avoir obtenu les soins nécessaires.

Consommation de médicaments

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 (ENSP), près de 80 % des sujets souffrant d'arthrite dans tous les groupes d'âge ont signalé avoir pris des analgésiques comme de l'acétaminophène (y compris des médicaments contre l'arthrite et des anti-inflammatoires) au cours du mois précédant l'enquête (figure 2-26). Dans tous les groupes d'âge, la proportion qui avait pris des analgésiques était plus élevée

Figure 2-25 Proportion de sujets ayant indiqué ne pas avoir obtenu les soins de santé nécessaires au cours de l'année précédente, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

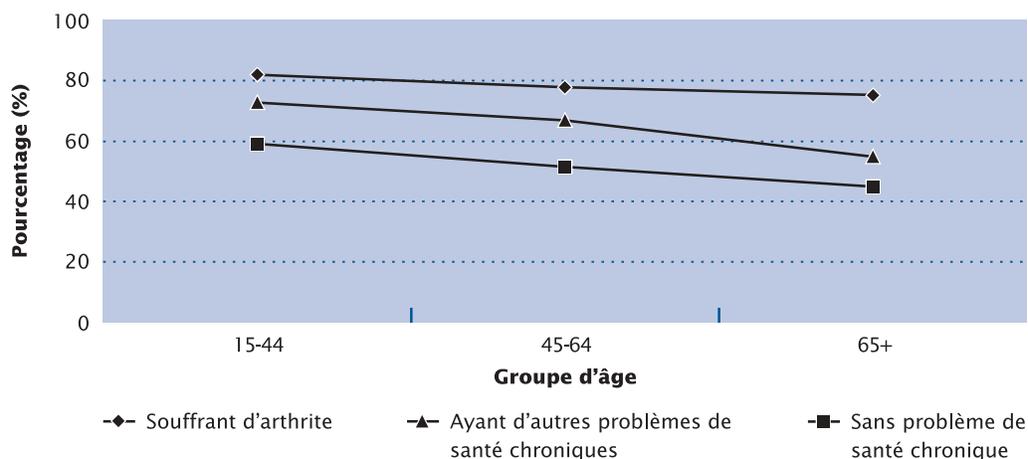


Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

chez les sujets souffrant d'arthrite que chez ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques. C'était également le cas de la consommation déclarée de narcotiques et d'antidépresseurs au cours du mois précédant l'enquête, cette consommation étant plus élevée dans le groupe d'âge le plus jeune (15-44 ans) (figures 2-27, 2-28).

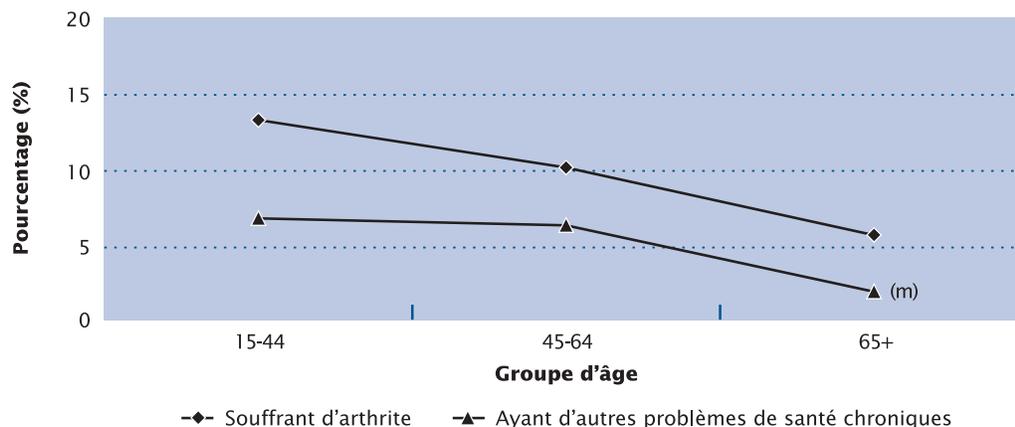
Figure 2-26 Proportion de sujets ayant pris des analgésiques (y compris des médicaments contre l'arthrite et des anti-inflammatoires) au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999



Remarque : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999, Statistique Canada

Figure 2-27 Proportion de sujets ayant pris des narcotiques au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999



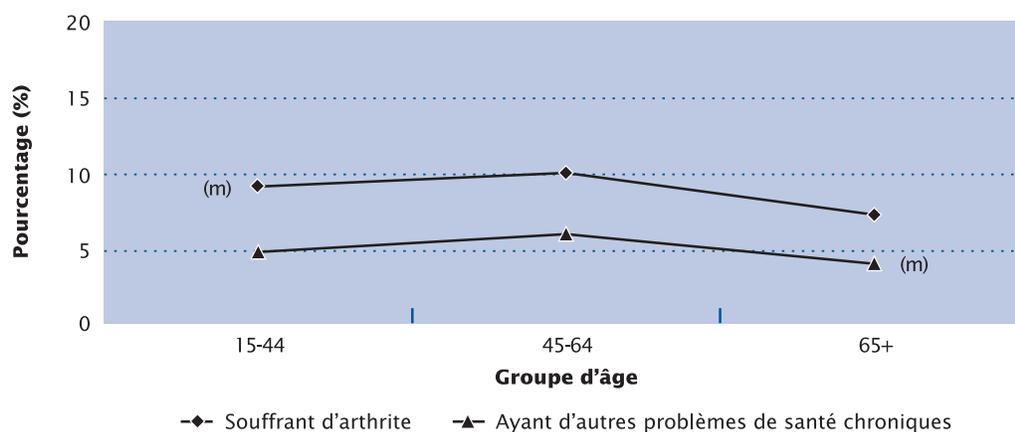
Remarques : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les données pour le groupe « Sans problème de santé chronique » ne peuvent être divulguées.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999, Statistique Canada

Figure 2-28 Proportion de sujets ayant pris des antidépresseurs au cours du mois précédant l'enquête, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999



Remarques : Les valeurs correspondant aux sujets souffrant d'arthrite sont significativement supérieures à celles correspondant aux sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets de 65 ans et plus.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les données pour le groupe « Sans problème de santé chronique » ne peuvent être divulguées.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999, Statistique Canada

Autochtones hors réserve

Introduction

En 2001, les Autochtones (y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis) représentaient environ 3 % de la population totale canadienne. Les Autochtones constituent un groupe beaucoup plus jeune que la population générale. Selon le recensement de 2001, le tiers d'entre eux avaient moins de 15 ans et environ 4 % avaient plus de 65 ans¹⁵. Géographiquement, les Autochtones vivaient principalement dans le Nord, l'Ouest et les régions rurales du Canada. Environ 29 % d'entre eux vivaient dans des réserves. Légèrement plus de la moitié (51 %) vit dans des villes, soit dans une région métropolitaine de recensement (RMR), soit dans une zone urbaine non RMR (respectivement 29 % et 22 %). Le reste (49 %) vit en zone rurale¹⁵.

Les Autochtones subissent une transition en matière de santé, laquelle est marquée par un alourdissement du fardeau des maladies chroniques et des blessures^{16,17}. La lourdeur de ce fardeau est disproportionnée et tient sans doute aux conditions socio-économiques dans lesquelles ils vivent^{18,19}. Les données sur les Autochtones du Canada sont limitées, et peu d'études les ont comparées aux données relatives à la population non autochtone⁴⁻⁶. De plus, les Autochtones ont signalé que l'arthrite était l'un des cinq problèmes de santé les plus importants dans leurs collectivités⁶.

Prévalence de l'arthrite parmi les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones

Les estimations brutes de la prévalence (non ajustées pour tenir compte de la répartition différente de l'âge) de l'arthrite parmi les Autochtones et les non-Autochtones sont respectivement de 19 % et de 16 % (données non présentées). Après normalisation selon l'âge, la prévalence de l'arthrite parmi les Autochtones s'établit à 27 %, contre 16 % chez les non-Autochtones, et l'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques dont la prévalence est la plus importante parmi les Autochtones (figure 2-29).

Comme pour la population non autochtone, la prévalence de l'arthrite chez les Autochtones augmentait avec l'âge, les estimations étant plus élevées chez les femmes que chez les hommes d'un même groupe d'âge (figure 2-30).

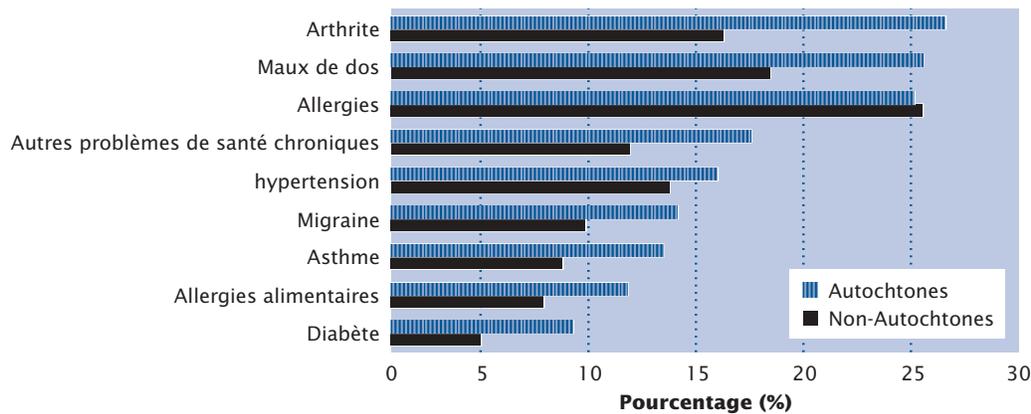
Qualité de vie des Autochtones hors réserve souffrant d'arthrite et des non-Autochtones souffrant d'arthrite

Sur la base de l'indice de l'état de santé (HUI) (voir Glossaire), les Autochtones souffrant d'arthrite affichaient des taux d'invalidité plus élevés que les non-Autochtones souffrant d'arthrite. Les taux parmi les Autochtones hors réserve diminuaient au fur et à mesure que l'on avançait dans la pyramide des âges, jusqu'à 65 ans et plus, âge auquel les taux devenaient comparables à ceux de la population non autochtone (figure 2-31).

Dans tous les groupes d'âge, la proportion d'Autochtones hors réserve souffrant d'arthrite et ayant signalé des limitations d'activités à la maison, au travail, à l'école ou dans leurs loisirs était plus élevée que celle des non-Autochtones souffrant d'arthrite. La différence la plus marquée entre les deux populations s'observait dans le groupe d'âge le plus

jeune, dans lequel plus de 65 % des jeunes Autochtones souffrant d'arthrite ont signalé devoir limiter leurs activités, contre 53 % des non-Autochtones (figure 2-32).

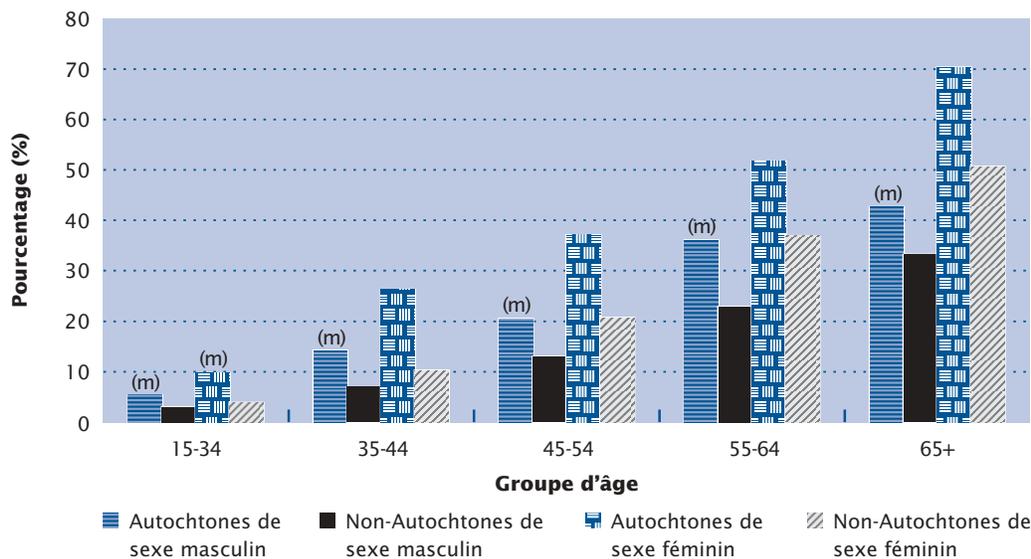
Figure 2-29 Taux normalisés de prévalence de certains problèmes de santé chroniques chez les Autochtones hors réserve et chez les non-Autochtones de 15 ans et plus, population à domicile, Canada, 2000



Remarque : Les différences entre les Autochtones et les non-Autochtones sont statistiquement significatives, avec $p < 0.05$, sauf pour les allergies et l'hypertension.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-30 Prévalence autodéclarée de l'arthrite chez les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000

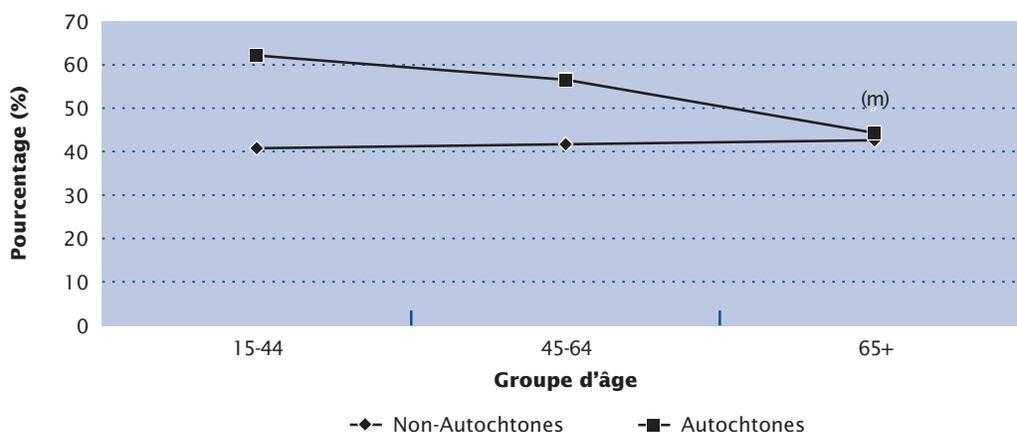


Remarques : Les différences entre les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones sont statistiquement significatives, avec $p < 0,05$ pour les femmes dans tous les groupes d'âge et pour les hommes âgés de 35 à 44 ans.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-31 Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant déclaré un score HUI* révélateur d'une invalidité, selon l'âge, Autochtones hors réserve et non-Autochtones, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



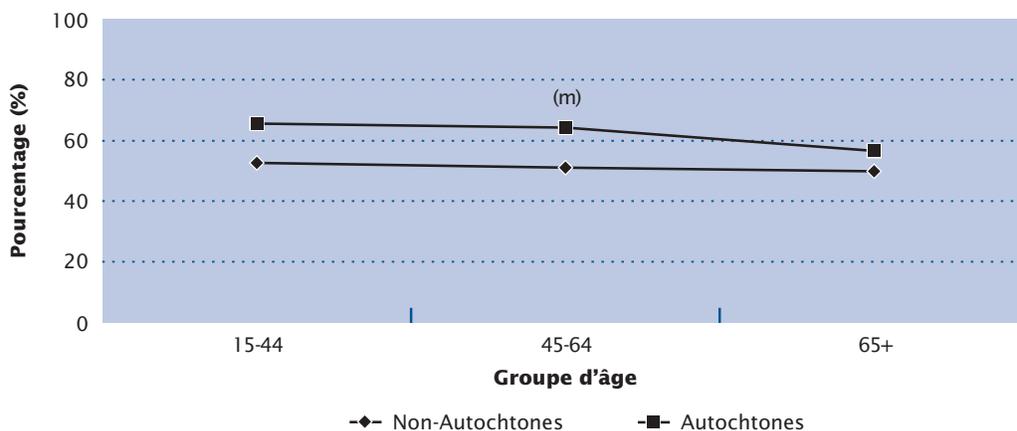
Remarques : Les différences entre les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones sont statistiquement significatives, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets de 65 ans et plus.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

* HUI = Indice de l'état de santé

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Figure 2-32 Proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant déclaré limiter leurs activités, selon l'âge, Autochtones hors réserve et non-Autochtones, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000



Remarques : Les différences entre les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones sont statistiquement significatives, avec $p < 0,05$, sauf pour les sujets de 65 ans et plus.

(m) indique que le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000, Statistique Canada

Discussion

Ce chapitre confirme que l'arthrite est une cause importante de morbidité, d'invalidité et de recours aux soins de santé au Canada. En 2000, 16 % des Canadiens (près de 4 millions) âgés de 15 ans et plus ont signalé que l'arthrite était pour eux un problème de santé chronique. Cette maladie se classait donc deuxième et troisième parmi les

problèmes de santé les plus fréquemment signalés, respectivement, par les femmes et par les hommes. L'arthrite touchait deux fois plus de femmes que d'hommes. Parmi les sujets touchés, 60 % étaient en âge de travailler (moins de 65 ans). Avec le vieillissement de la génération du « baby-boom », d'ici 2026, le nombre de Canadiens souffrant d'arthrite/ de rhumatisme devrait augmenter et passer à plus de 6 millions, soit 1 Canadien sur 5. Les sujets de 55 ans et plus représenteront l'essentiel de cette augmentation.

Si on les compare aux sujets qui souffrent d'autres problèmes de santé chroniques, les arthritiques sont plus nombreux à déclarer un faible revenu et à présenter de l'embonpoint. Les sujets souffrant d'arthrite dans tous les groupes d'âge évaluaient systématiquement moins bien leur santé que les sujets souffrant d'autres problèmes de santé chroniques. Dans tous les groupes d'âge, une plus forte proportion de sujets souffrant d'arthrite ont signalé avoir réduit leurs activités au cours des journées précédant l'enquête à cause de problèmes de santé, de douleurs sévères ou d'une limitation d'activités, avoir eu besoin d'aide pour les activités quotidiennes et avoir eu de la difficulté à dormir. Ils ont aussi été plus nombreux à évaluer leur santé générale comme passable ou mauvaise et moins bonne que l'année précédente. Un plus grand nombre d'arthritiques ne faisaient plus partie de la population active et étaient physiquement inactifs. Ils étaient également plus nombreux que les sujets ayant d'autres problèmes de santé chroniques à avoir consulté un médecin de première ligne au moins quatre fois pendant l'année précédant l'enquête et à avoir vu un spécialiste ou un physiothérapeute.

Même si ces résultats ne peuvent être directement attribués à l'arthrite, ils sont néanmoins révélateurs de l'impact différentiel que l'arthrite peut avoir par rapport aux autres problèmes de santé chroniques. Bien que la catégorie « Autres problèmes de santé chroniques » englobe des affections comme les allergies, qui sont généralement considérées comme moins graves, il convient de noter que les sujets souffrant d'arthrite présentent aussi d'autres problèmes de santé chroniques (états comorbides), au nombre desquels peuvent figurer les allergies.

Même si la prévalence de l'arthrite augmente avec l'âge, son impact du point de vue de la douleur et des limitations d'activités était pratiquement identique dans tous les groupes d'âge. L'écart sur le plan de la santé entre les sujets souffrant d'arthrite et ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques était beaucoup plus important dans les groupes d'âge les plus jeunes et se resserrait avec l'âge. Ces différences parmi les sujets plus jeunes illustrent l'impact de l'arthrite sur les jeunes Canadiens. Le rétrécissement de cet écart plus on avance en âge peut être associé à un nombre croissant de problèmes de santé parmi les sujets plus âgés en général.

Une plus forte proportion d'Autochtones hors réserve ont signalé souffrir d'arthrite (19 % contre 16 %), par rapport aux non-Autochtones. Toutefois, si la pyramide des âges de la population autochtone hors réserve était identique à celle de la population canadienne générale, la prévalence de l'arthrite parmi les Autochtones hors réserve serait alors de 26,5 %. Une plus forte proportion d'Autochtones hors réserve souffrant d'arthrite ont signalé avoir limité leurs activités et avoir souffert d'une invalidité (mesurée selon le HUI), par rapport à leurs homologues non Autochtones. Nous ne savons pas encore avec précision dans quelle mesure cet écart est directement attribuable à l'arthrite ou aux autres

problèmes de santé chroniques qui sont également plus fréquemment signalés par les Autochtones. Il se pourrait que ces chiffres soient le résultat de la plus forte prévalence de certains types d'arthrite, comme la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante parmi les Autochtones^{5,6}.

Puisque les données de l'ESCC sont transversales, il est impossible d'établir des rapports temporels et des rapports de cause à effet entre les différents indicateurs présentés dans ce chapitre.

Implications

La prévalence de l'arthrite au Canada s'établit actuellement à 16 %. Sur la base des projections actuelles, 1 million de Canadiens de plus souffriront d'arthrite dans 10 ans. Dans 20 ans, 1 Canadien sur 5 pourrait être touché. Dans le passé, les recherches sur le fardeau que l'arthrite fait peser sur la population canadienne ont été plutôt restreintes, ce qui nous empêche de bien saisir les conséquences de cette affection sur la santé publique. Les sujets souffrant d'arthrite consultent généralement davantage les professionnels de la santé que ceux souffrant d'autres problèmes de santé chroniques. Il en résulte un alourdissement du fardeau économique imposé au système de soins de santé et un besoin accru de services de santé adaptés à cette population croissante.

Actuellement, le Canada exerce une surveillance limitée de l'arthrite. *L'arthrite au Canada* est la première publication sur l'arthrite à l'échelle nationale. Cependant, le chapitre 2 donne un aperçu du fardeau de la maladie. La surveillance de la maladie au fil du temps permettra d'examiner les changements sur le plan de la prévalence et de l'incidence et l'efficacité des interventions de santé publique et autres.

L'incidence, la gravité, les processus de soins et les résultats associés à l'arthrite diffèrent selon les groupes ethniques ou raciaux²⁰. Les raisons de ces écarts sont largement méconnues. Les activités de surveillance de l'arthrite et des affections apparentées devraient englober les Autochtones qui vivent dans les réserves ainsi que les populations d'autres origines ethniques. Compte tenu de l'accroissement de la diversité ethnique de la population canadienne et du vieillissement de la population immigrante, les différences dans l'expérience de l'arthrite chez les sujets de différentes origines ethniques devraient vraisemblablement devenir plus préoccupantes à l'avenir.

Bien que la prévalence autodéclarée de l'arthrite/du rhumatisme soit importante au Canada, on estime que cette prévalence est ici sous-estimée. Dans l'ESCC, on a interrogé les répondants sur l'arthrite et les rhumatismes « diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Cette question ne permet pas de répertorier les nombreux sujets souffrant d'arthrite/de problèmes d'articulation chroniques qui ne consultent pas un médecin pour leurs symptômes et dont l'affection reste non diagnostiquée. Par conséquent, l'inclusion d'une question sur les « problèmes d'articulation chroniques » pourrait permettre de broser un tableau plus complet du fardeau de l'arthrite au Canada.

Des questions diagnostiques plus détaillées concernant l'arthrite, comme celles actuellement utilisées dans les enquêtes du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) aux États-Unis, pourraient être incluses dans les futures enquêtes nationales. Dans le

cadre des futures enquêtes, il importe également d'envisager l'inclusion de mesures physiques de l'arthrite, comme l'évaluation de la fonction physique dans la population générale.

Les enquêtes actuelles menées dans la population générale ne posent pas assez de questions suffisamment détaillées pour permettre de faire la différence entre les différents types d'arthrite et de décrire la nature des limitations d'activités. De ce fait, l'impact de l'arthrite sur la mobilité, l'autonomie, le travail, les loisirs et les activités familiales reste largement méconnu. L'enrichissement des données sur ces questions pourrait non seulement permettre de documenter les conséquences économiques et sociales de l'arthrite pour la population canadienne, mais fournirait également des bases solides permettant d'évaluer la nécessité de déployer d'autres interventions. Pour décrire précisément l'impact de l'arthrite, il faudrait disposer de données portant expressément sur cette affection. Cela s'applique également aux données sur le recours aux soins de santé. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 fournira à ce titre des données détaillées qui permettront de mieux décrire la nature des limitations d'activités chez les sujets souffrant d'arthrite.

Bibliographie

1. Badley E. *The effect of osteoarthritis on disability and health care use in Canada*. J Rheumatol Suppl 1995;43:19-22.
2. Badley E, Wang P. *Arthritis and the aging population: projections of arthritis prevalence in Canada 1991 to 2031*. J Rheumatol 1998;25:138-44.
3. Badley E, Rothman L, Wang P. *Modeling physical dependence in arthritis: the relative contribution of specific disabilities and environmental factors*. Arthritis Care Res 1998;11:335-45.
4. Negoita S, Swamp L, Benson K, Carpenter DO. *Chronic disease surveillance of St-Regis Mohawk health service patients*. J Public Health Management Practice 2001;7(1):84-91.
5. Peschken CA, Esdaile J. *Rheumatic diseases in North America's indigenous people*. Sem Arthritis Rheumatism 1999;28(6):368-91.
6. Newbold KB. *Problems in search of solutions: health and Canadian aboriginals*. J Community Health 1998;23(1):59-73.
7. Statistics Canada. *Population projections for Canada, 2001-2026*. CANSIM II, table 052-0001. Ottawa: Statistics Canada, 2002.
8. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM, et al. *Osteoarthritis: new insights. Part 1*. Ann Intern Med 2000;133(8):635-46.
9. Gilmore J. *Body mass index and health*. Health Rep 1999;11(1):31-43.
10. Centre for Disease Prevention and Control. *Factors associated with prevalent self-reported arthritis and other rheumatic conditions – United States, 1989-1991*. MMWR 1996;45(23):487-91.
11. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 1.1, derived variable (DV) specifications*. Ottawa: Ontario: Statistics Canada, Health Statistics Division, 2002.
12. Jordan JM, Bernard SL, Callahan LF, Kincade JE, Konrad TR, DeFries GH. *Self-reported arthritis-related disruptions in sleep and daily life and the use of medical, complementary, and self-care strategies for arthritis: The National Survey of Self-care and Aging*. Arch Family Med 2000;9:143-9.
13. Centers for Disease Control and Prevention. *National Arthritis Action Plan: a public health strategy*. Atlanta: Georgia, 1999.
14. Centre for Disease Prevention and Control. *Prevalence and impact of arthritis by race and ethnicity – United States, 1989-1991*. MMWR 1996;45(18):373-9.

15. Statistics Canada. *Aboriginal peoples of Canada: a demographic profile*. Ottawa: Statistics Canada, 2001. Catalogue no. 96F0030XIE2001007
16. Wilson K, Rosenberg M. *Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: Can existing frameworks accommodate traditional activities?* Soc Sci Med 2002;55(11):2017-31.
17. First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee. *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada; 1997.
18. Ng E. *Disability among Canada's Aboriginal peoples in 1991*. Health Rep 1996;8(1):25-31.
19. Tjepkema M. *The health of the off-reserve Aboriginal population*. Health Rep 2002;13:1-16.
20. Jordan JM, Lawrence R, Kington R, Fraser P, Karlson E, Lorig K, et al. *Ethnic health disparities in arthritis and musculoskeletal diseases. Report of a scientific conference*. Arthritis & Rheum 2002;46(9):2280-6.

Chapitre 2

Annexe méthodologique

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale sur la santé de la population générale qui recueille des informations sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne. L'ESCC (cycle 1.1) disposait d'un vaste échantillon et était destinée à fournir des estimations fiables à l'échelle des régions sociosanitaires. Une brève description de l'enquête figure ci-dessous; une version plus détaillée est disponible auprès de Statistique Canada¹.

La population cible de l'ESCC est la population à domicile de 12 ans et plus des dix provinces et des trois territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes ou 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 84,7 %, et 130 827 sujets ont pris part à l'enquête. Les données concernant les personnes de 15 ans et plus figurent dans ce chapitre.

Toutes les analyses réalisées à partir des données de l'ESCC ont été pondérées pour s'assurer que les estimations calculées étaient cohérentes ou 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 %) sont signalées par un « (m) ». Si la taille des sous-échantillons était inférieure à 30, les estimations n'ont pas été divulguées, 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 (différences dans les proportions entre les sujets souffrant d'arthrite, d'autres maladies chroniques ou d'aucune maladie chronique), la méthode bootstrap recommandée par Statistique Canada¹⁻³ a été employée.

Variables

Variable/ indicateur	Définition/description
Problèmes de santé chroniques	<p>Pour les problèmes de santé chroniques présentés à la figure 2-1, le répondant était interrogé sur des problèmes de santé chroniques précis*, définis comme étant des problèmes de santé de longue durée qui persistaient ou devaient persister 6 mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Pour évaluer l'impact différentiel de l'arthrite, les groupes de comparaison utilisés dans le chapitre sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souffrant d'arthrite - sujets qui ont déclaré souffrir d'arthrite/de rhumatisme avec ou sans autre problème de santé chronique; 2. Ayant d'autres problèmes de santé chroniques - sujets qui ont déclaré ne pas avoir d'arthrite/de rhumatisme mais ont signalé avoir au moins un problème de santé chronique autre que l'arthrite; et 3. Sans problème de santé chronique - sujets qui n'ont pas signalé de problèmes de santé chroniques. <p>* Problèmes de santé chroniques : allergies alimentaires, toute autre allergie, asthme, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme (à l'exception de la fibromyalgie), maux de dos (à l'exclusion de la fibromyalgie et de l'arthrite), hypertension, migraine, bronchite chronique, emphysème ou broncho-pneumopathie chronique obstructive (question posée aux plus de 30 ans), diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, trouble intestinal comme maladie de Crohn ou colite, maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale (question posée aux plus de 18 ans), cataracte (question posée aux plus de 18 ans), glaucome (question posée aux plus de 18 ans), problème de thyroïde, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, syndrome de fatigue chronique, polysensibilité aux agresseurs chimiques, tout autre problème de santé chronique.</p>
Revenu	<p>La variable sur le revenu total du ménage en cinq catégories conçue par Statistique Canada a été fusionnée en deux catégories. La catégorie de revenu regroupant les tranches inférieure, intermédiaire inférieure et intermédiaire correspondait à un revenu $\leq 29\,999$ \$, $\leq 39\,999$ \$ ou $\leq 59\,999$ \$ s'il y avait respectivement 1 ou 2, 3 ou 4, ou 5 personnes ou plus dans le ménage. Autrement, le revenu du ménage faisait partie de la catégorie de revenu intermédiaire supérieure/supérieure.</p>
Scolarité	<p>Plus haut niveau d'instruction atteint, codé selon les catégories suivantes : niveau inférieur à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles ou diplôme ou certificat d'études postsecondaires.</p>
Indice de masse corporelle (IMC) et embonpoint	<p>L'IMC correspond au poids en kg divisé par la taille en m au carré. L'IMC a été recodé de la manière suivante : pas de surpoids (IMC < 27) ou embonpoint (IMC ≥ 27). L'indice a été calculé pour les répondants âgés de 20 à 64 ans seulement, à l'exclusion des femmes enceintes et des personnes de moins de 3 pi (0,914 m) ou de plus de 6 pi 11 po (2,108 m). Les limites de l'IMC utilisées dans le cadre de la présente étude constituent les normes canadiennes acceptées au moment de l'analyse. Depuis lors, toutefois, Santé Canada a revu ses normes : l'embonpoint correspond désormais à un IMC ≥ 25.</p>
Jours d'invalidité	<p>Le nombre de jours au cours des deux dernières semaines pendant lesquels le répondant a dû passer la totalité ou une partie de la journée au lit ou a dû réduire ses activités normales en raison d'une maladie ou d'une blessure. Trois catégories ont été utilisées : 1 à 5 jours, 6 à 10 jours et 11 à 14 jours.</p>
Douleurs	<p>Les répondants ont été invités à indiquer laquelle des quatre catégories suivantes décrivait le mieux les douleurs qu'ils ressentaient, le cas échéant : sans douleurs ou malaises, faible douleur, douleur moyenne ou forte douleur. Les indices douleur moyenne et forte douleur ont été regroupés.</p>
Indice de l'état de santé (HUI)	<p>Mesure générique de l'état de santé destinée à évaluer les aspects à la fois quantitatifs et qualitatifs de la vie, au moyen de scores allant de 0,0 (pire état de santé, décès) à 1,0 (meilleur état de santé, parfaite santé). Le HUI (<i>Health Utility Index</i>) fournit une description de la santé fonctionnelle générale du sujet à la lumière de huit attributs : vision, audition, élocution, mobilité (aptitude à se déplacer), dextérité (usage des mains et des doigts), cognition (mémoire et pensée), émotion (sentiments), douleurs et malaise. Les réponses sont pondérées, et les scores calculés décrivent l'état de santé fonctionnel général du sujet : un score inférieur à 0,830 est réputé indiquer une invalidité⁴.</p>
Limitation des activités	<p>La question suivante a été posée aux répondants : « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : à la maison? à l'école? au travail? dans d'autres activités? (Oui/Non).</p>
Aide pour les activités quotidiennes	<p>Reclassifié pour s'appliquer aux personnes qui ont besoin d'aide pour l'accomplissement d'au moins une activité domestique (préparer les repas et (ou) faire les courses et (ou) autres nécessités et (ou) tâches ménagères), les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger et (ou) se déplacer dans la maison) ou pour des gros travaux d'entretien, par opposition à ceux qui n'ont pas besoin d'aide.</p>

Variable/ indicateur	Définition/description
Indice d'activité physique	<p>La dépense d'énergie pendant les loisirs** a été estimée à l'aide de la fréquence de l'activité physique et de la durée de chaque séance, ainsi que de sa valeur MET (en équivalents métaboliques). Le coefficient MET représente une valeur du coût en énergie métabolique exprimée sous forme d'un multiple du métabolisme au repos. L'indice a été recodé avec une dépense énergétique inférieure à 1,5 correspondant à l'« inactivité », par rapport à tous les autres niveaux.</p> <p>** Marche pour faire de l'exercice, jardinage ou travaux à l'extérieur, natation, bicyclette, danse moderne ou sociale, exercices à la maison, hockey sur glace, patinage sur glace, patins à roues alignées, jogging ou course, golf, cours d'exercices ou d'aérobic, ski alpin ou planche à neige, quilles, baseball ou balle molle, tennis, poids et haltères, pêche, volleyball, basketball (ballon panier) et autre.</p>
Problèmes de sommeil	<p>a) Le temps de sommeil par nuit a été reclassifié selon les catégories ≤ 6 heures contre > 6 heures.</p> <p>b) Avez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester éveillé? Cette variable a été catégorisée de la manière suivante : problèmes de sommeil la plupart du temps par rapport à toutes les autres situations.</p>
Dépression	Sous-ensemble d'attributs tirés du Composite International Diagnostic Interview (CIDI), qui mesure les épisodes dépressifs majeurs, et dont le score est traduit en probabilité de « cas » de dépression ⁵ . Un score $\geq 0,25$ est révélateur d'une dépression.
Stress	Quantité perçue de stress dans la vie quotidienne (journées pas du tout, pas tellement, un peu, assez et extrêmement stressantes).
Santé auto-évaluée	Évaluée comme « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » et « mauvaise ». Les trois premières et les deux dernières catégories ont été fusionnées. Les répondants ont également été invités à évaluer leur santé par rapport à l'année précédente (meilleure, à peu près la même, moins bonne).
Consultations auprès de professionnels de la santé	<p>Nombre de fois au cours des 12 derniers mois que le sujet a vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un médecin de famille ou un omnipraticien; ▪ tout autre docteur en médecine (chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre) (désigné sous le vocable spécialiste); ▪ une infirmière pour recevoir des soins ou des conseils; ▪ un chiropraticien ou un physiothérapeute; ▪ un travailleur social ou un conseiller; ou ▪ un psychologue. <p>Travailleur social, conseiller et psychologue ont été regroupés. Les données sont présentées de la manière suivante : au moins quatre consultations auprès du médecin de famille et au moins une consultation pour toutes les autres catégories de professionnels.</p>
Médecine douce ou non traditionnelle	<p>Les répondants ont été invités à dire si au cours des 12 mois précédents ils avaient vu ou consulté un intervenant en médecine douce comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un acupuncteur; ▪ un homéopathe; ou ▪ un massothérapeute <p>pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux (Oui/Non).</p>
Besoins non satisfaits de soins de santé autodéclarés	La question suivante a été posée aux répondants : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus? » (Oui/Non)
Consommation de médicaments	<p>Les renseignements sur la consommation de médicaments ont été tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999⁶. La population cible de cette enquête englobait toute la population à domicile de chaque province canadienne à l'exception des personnes qui vivaient dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces canadiennes et dans certaines régions éloignées. Les analyses et les résultats concernent les personnes de 15 ans et plus, avec des estimations pondérées représentatives de la population générale à domicile de 15 ans et plus. L'ENSP obéit à une méthodologie identique à celle de l'ESCC.</p> <p>La taille de l'échantillon de l'ENSP était de 14 682 répondants, et le taux de réponse était de 98,5 %. Les données sont présentées pour les personnes qui ont signalé avoir pris au cours du mois précédent :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) des analgésiques tels que l'aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires); b) des antidépresseurs; et c) de la codéine, du Demerol ou de la morphine.

Autochtones vivant hors réserve

L'ESCC a employé la question suivante pour définir la population autochtone au Canada : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous ... Autochtone d'Amérique du Nord? » Les données de l'ESCC n'englobent pas les Autochtones qui vivent dans les réserves. Des analyses ont été menées pour comparer les personnes souffrant d'arthrite dans la population autochtone hors réserve et dans la population non autochtone.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 1.1, Public Use Microdata File Documentation*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada, Health Statistics Division, 2002.
2. St-Pierre M, Béland Y. *Imputation of Proxy Respondents in the Canadian Community Health Survey. 2002 Proceedings of the Survey Methods Section, Statistical Society of Canada*. In press, 2002.
3. Yeo D, Mantel H, Liu T-P. *Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey. American Statistics Association Conference*. Ottawa, Ontario: Douglas Yeo, Statistics Canada (douglas.yeo@statcan.ca), 1999.
4. Kopec J, Williams J, To T, Austin PC. *Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index*. *Ethn Health* 2001;6(1):41-50.
5. Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. *The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:171-85.
6. Statistics Canada. *National Population Health Survey (NPHS) 1998/1999, Public Use Microdata File Documentation*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada, Health Statistics Division, 2000.

Le fardeau de l'arthrite au Canada

Le chapitre 3 est consacré aux conséquences de l'arthrite sur la population, lesquelles relèvent de trois grandes catégories : mortalité*, espérance de vie et espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) et coûts économiques.

Mortalité

Marie DesMeules, Claudia Lagacé, J. Denise Power

Introduction

Dans la mesure où l'on considère que l'arthrite et les affections apparentées ne mettent pas en cause le pronostic vital, peu de recherches ont été menées sur les conséquences de l'arthrite sur la mortalité. Parmi les recherches qui ont néanmoins été consacrées à cette question, la plupart se sont intéressées exclusivement à la mortalité des sujets souffrant de polyarthrite rhumatoïde¹⁻⁸. La polyarthrite rhumatoïde est associée à une augmentation plus marquée de la mortalité en raison de la maladie elle-même et des autres états comorbides ou affections coexistantes comme les maladies cardiovasculaires, les infections et les néphropathies^{5,7,9}. Bien que les décès pour lesquels l'arthrite fait figure de cause sous-jacente soient relativement rares, l'arthrite est en réalité à l'origine d'un plus grand nombre de décès que de nombreuses autres affections traditionnellement perçues comme plus dangereuses pour la santé.

Méthodes

Les taux de mortalité ont été calculés à l'aide des données annuelles sur la mortalité au Canada pour la période comprise entre 1985 et 1998, en utilisant la population canadienne de 1991 comme référence. Tous les décès pour lesquels l'arthrite et les affections apparentées étaient signalées comme cause sous-jacente, conformément à la description du tableau 3A-1 de l'annexe méthodologique figurant en fin de chapitre, ont été pris en compte dans les analyses.

* Les données sur la mortalité fournies à Santé Canada sont tirées de la Base canadienne de données sur l'état civil de Statistique Canada. Nous remercions sincèrement les registres provinciaux et territoriaux de l'état civil d'avoir fourni des données à Santé Canada.

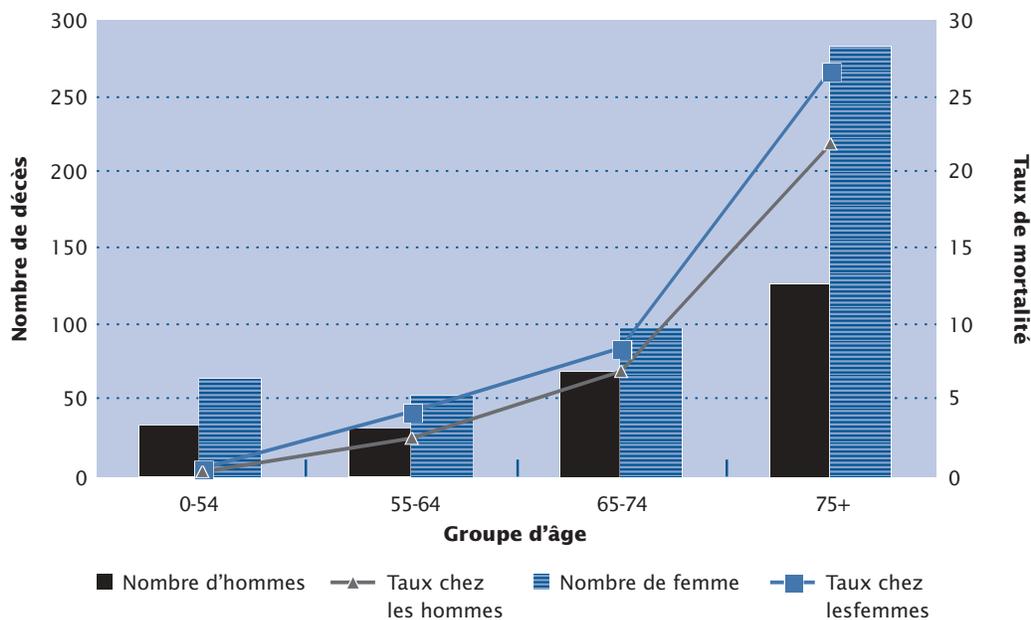
Résultats

Les résultats qui suivent ne représentent qu'une fraction des décès liés à l'arthrite, puisque seuls les décès pour lesquels l'arthrite fait figure de cause sous-jacente ont pu être pris en considération. La base de données sur la mortalité ne fournit actuellement aucune donnée sur les causes secondaires ou les causes ayant contribué au décès. L'arthrite est généralement perçue comme une cause ayant contribué au décès, en raison des complications liées à son traitement (comme les saignements gastro-intestinaux résultant de la prise d'anti-inflammatoires) ou par suite de ses complications à long terme (comme les maladies cardiovasculaires)^{5-7,9-11}. Pour fournir une description aussi complète que possible des conséquences de l'arthrite sur la mortalité, les décès attribuables à des saignements gastro-intestinaux ont également été étudiés.

Mortalité attribuable à l'arthrite, selon l'âge et le sexe

En 1998, l'arthrite et les affections apparentées ont été identifiées comme causes sous-jacentes du décès de 497 hommes et 257 femmes. Les taux de mortalité ont par ailleurs augmenté avec l'âge, pour les deux sexes. Chez les hommes, ces taux ont varié de 2 décès pour un million d'hommes de 54 ans ou moins, à 219 décès pour un million dans la tranche des 75 ans et plus. Parmi les femmes des mêmes groupes d'âge, les taux ont varié de 5 à 267 décès pour un million. Globalement, les taux de mortalité attribuables à l'arthrite et aux affections apparentées ont été plus élevés chez les femmes que chez les hommes, dans tous les groupes d'âge, avec environ 4 décès féminins pour 3 décès masculins (figure 3-1).

Figure 3-1 Nombre de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuables à l'arthrite et aux affections apparentées, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

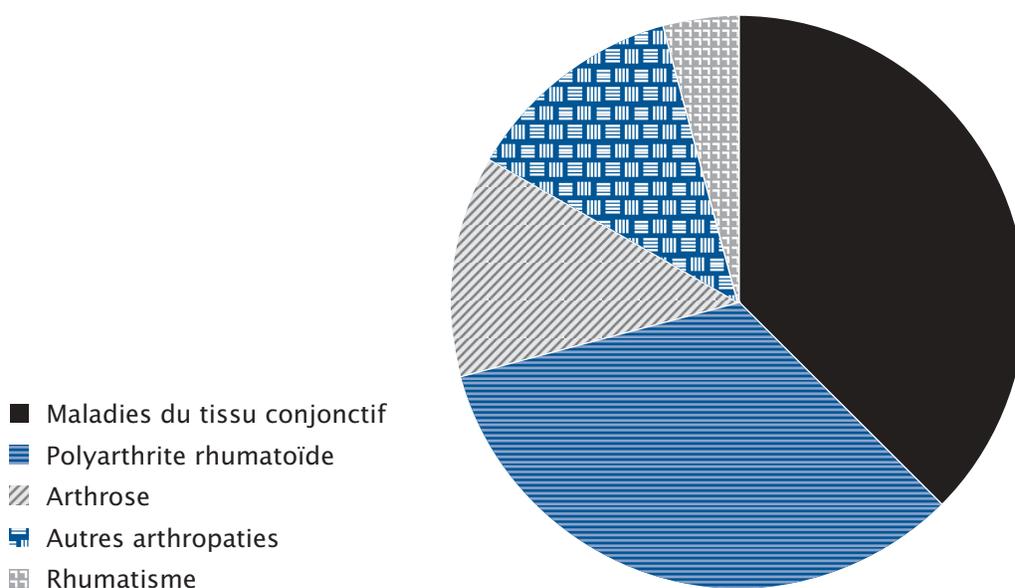


Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Mortalité par type d'arthrite

Entre 1985 et 1998, le risque de mortalité attribuable à l'arthrite a varié considérablement selon le type d'arthrite : le risque de décès par maladie du tissu conjonctif (comme le lupus) était approximativement 3 fois plus élevé que le risque de décès par arthrose (figure 3-2). Le nombre de décès dont la cause sous-jacente était la polyarthrite rhumatoïde a été deux fois plus élevé que le nombre de décès pour lesquels l'arthrose faisait figure de cause sous-jacente. Les taux de mortalité ont fluctué de 2 décès environ pour un million dans le cas du rhumatisme à 12 décès environ pour un million dans le cas des maladies du tissu conjonctif.

Figure 3-2 Taux de mortalité normalisés (pour 100 000 sujets) pour tous les âges, par type d'arthrite, Canada, 1985-1998



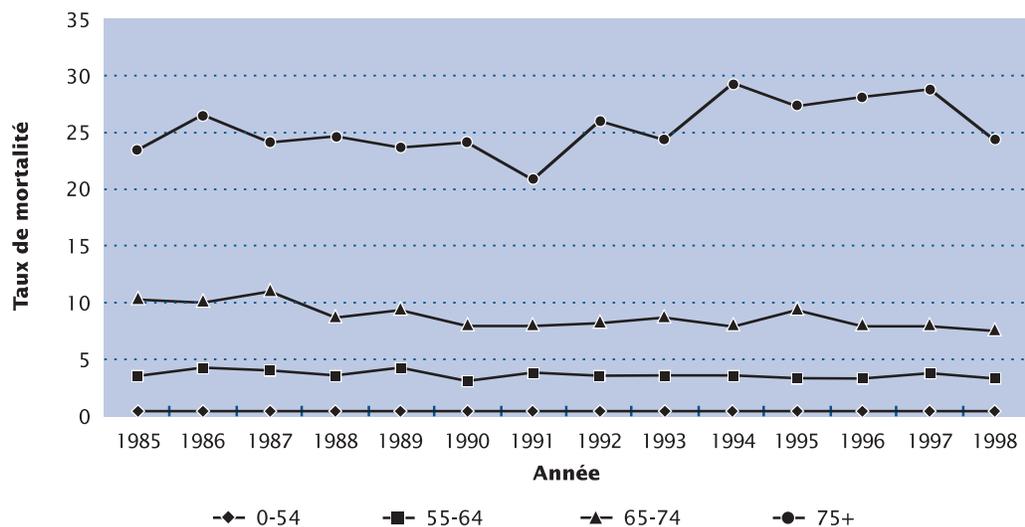
Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Tendances de la mortalité au fil du temps et comparaisons provinciales/territoriales

Les taux de mortalité attribuable à l'arthrite et aux affections apparentées pour chaque groupe d'âge sont restés relativement stables entre 1985 et 1998 (figure 3-3).

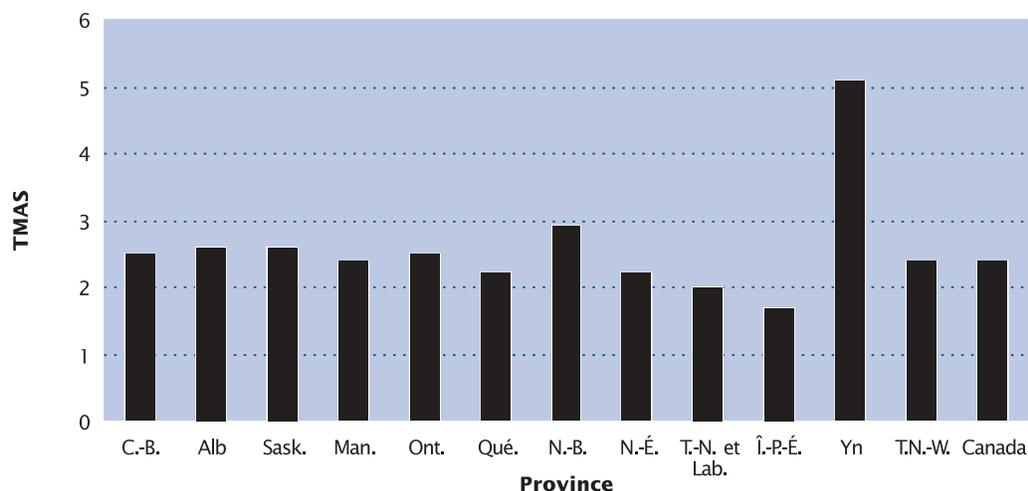
Globalement, les taux de mortalité attribuables à l'arthrite et aux affections apparentées, normalisés selon l'âge et le sexe par province/territoire, reflètent le taux national de 2,4 pour 100 000 (figure 3-4). C'est au Yukon que l'on a enregistré le taux de mortalité le plus élevé (5,1 décès pour 100 000), suivi du Nouveau-Brunswick, qui se classe au deuxième rang (2,9 pour 100 000). Le taux relativement élevé enregistré au Yukon est imputable à des taux de mortalité supérieurs dus à l'arthrose (2,3 pour 100 000) et aux maladies du tissu conjonctif (1,7 pour 100 000). Les taux de mortalité enregistrés à Terre-Neuve et dans l'Île-du-Prince-Édouard se situent en deçà du taux national, respectivement à 2,0 et 1,7 pour 100 000.

Figure 3-3 Taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuable à l'arthrite et aux affections apparentées, par année et groupe d'âge, 1985-1998, Canada



Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Figure 3-4 Taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe (TMAS) (pour 100 000 sujets) attribubles à l'arthrite et aux affections apparentées, par province/territoire, Canada, 1985-1998



Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Comparaisons avec la mortalité attribuable à d'autres causes

Le tableau 3-1 permet de comparer le nombre de décès et le taux de mortalité attribuable à l'arthrite et aux affections apparentées avec la mortalité attribuable à d'autres maladies généralement réputées plus graves et mortelles. En 1998, l'arthrite était une cause sous-jacente de mortalité plus fréquente que le mélanome, l'asthme, ou le VIH/sida, particulièrement chez les femmes.

Tableau 3-1 Nombre (N) de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) pour tous les âges, par cause sous-jacente, Canada, 1998

Cause	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Arthrite et affections apparentées	257	1,87	497	2,54	754	2,20
Mélanome	405	2,79	267	1,49	672	2,05
Asthme	172	1,28	283	1,43	455	1,35
VIH-sida	415	2,63	70	0,45	485	1,54

Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Mortalité attribuable aux complications des traitements – saignements gastro-intestinaux

Les patients souffrant d'arthrite figurent parmi les principaux consommateurs d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)¹², même si ces médicaments sont aussi administrés dans le cadre de la prise en charge d'autres troubles douloureux et inflammatoires. Les complications gastro-intestinales sont le type de réaction indésirable le plus fréquent pouvant survenir avec la prise d'AINS¹². Environ 107 000 hospitalisations et 16 500 décès surviennent chaque année aux États-Unis par suite de la prise d'AINS¹³. Le taux de mortalité estimatif, attribuable à la toxicité gastro-intestinale des AINS que prennent les patients souffrant d'arthrite, est d'environ 2 décès pour 1 000 sujets souffrant d'arthrite par année^{14,15}.

En 1998, 1 322 Canadiens sont décédés des suites de saignements gastro-intestinaux (tableau 3-2). Le nombre de décès et le taux de mortalité attribuables aux saignements gastro-intestinaux ont augmenté avec l'âge et ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Comme les données sur les causes secondaires de décès pour l'ensemble du pays ne sont pas disponibles, il n'a pas été possible de calculer les taux de mortalité attribuables aux saignements gastro-intestinaux résultant spécifiquement du traitement de l'arthrite. Toutefois, puisque les sujets souffrant d'arthrite sont aussi les plus grands consommateurs d'AINS, ces données indiquent que la mortalité attribuable à l'arthrite, dont les chiffres ont été présentés au début du chapitre, a vraisemblablement été sous-estimée.

Tableau 3-2 Nombre (N) de décès et taux de mortalité (pour 100 000 sujets) attribuables à des saignements gastro-intestinaux, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
0-54	40	0,28	22	0,15	62	0,22
55-64	54	4,21	30	2,29	84	3,24
65-74	160	16,05	80	6,79	240	11,04
75-84	229	47,72	199	26,40	428	34,76
85+	181	160,93	327	125,02	508	135,82
Total	664	5,04	658	3,01	1 322	3,84

Source : Base canadienne de données sur la mortalité, 1985-1998, Statistique Canada

Discussion

Quoique relativement rare, l'arthrite est une cause de décès plus fréquente au Canada que le mélanome, le VIH-sida ou l'asthme. Le présent chapitre sous-estime le fardeau que l'arthrite faisait peser sur les chiffres de la mortalité au Canada parce que les données correspondantes ne tiennent pas compte des décès pour lesquels l'arthrite est une cause secondaire, du fait de complications résultant du traitement administré (comme les saignements gastro-intestinaux associés à la prise d'AINS). Les données sur les causes secondaires de décès pour l'ensemble du Canada n'existent pas à l'heure actuelle. Statistique Canada prévoit pouvoir fournir ce type d'informations d'ici 2005. L'introduction de nouvelles classes d'anti-inflammatoires, comme les inhibiteurs de la COX-2, qui présentent moins de risques d'effets indésirables sur les voies digestives, devrait déboucher sur une diminution de la mortalité associée à l'arthrite.

Espérance de vie et espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES)

Doug Manuel, Claudia Lagacé, Marie DesMeules, Robert Cho, J. Denise Power

Introduction

La mortalité et l'espérance de vie sont souvent employées pour décrire l'état de santé de la population, en partant du principe que plus l'espérance de vie est longue, meilleure est la santé¹⁶. Même si l'arthrite n'est généralement pas une maladie mortelle, elle est à l'origine de plus de décès que d'autres maladies connues, comme le mélanome. Puisqu'il s'agit de l'une des maladies chroniques dont la prévalence est la plus élevée au Canada, l'arthrite est aussi une importante cause d'invalidité. En conséquence, lorsqu'on étudie des affections comme l'arthrite, il importe de prendre en considération les mesures de la mortalité et de la morbidité (état de santé général). Ces deux mesures permettent en effet de dresser un tableau contrasté d'une maladie ou d'une affection donnée.

Pour fournir des mesures de l'état de santé de la population qui tiennent compte à la fois de la mortalité et de la morbidité, des indicateurs synthétiques (ou composés), comme l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES), ont été mis au point¹⁷. Dans le cas de l'EVAES, on ajuste l'espérance de vie générale ou le nombre d'années vécues, en fonction du nombre d'années de vie vécues dans un état de santé imparfait ou avec une invalidité¹⁷. Les chiffres correspondants donnent un éclairage plus réaliste de l'espérance de vie en déterminant si une augmentation de l'espérance de vie moyenne s'accompagne d'une meilleure qualité de vie¹⁶.

Cette section tient compte à la fois de l'espérance de vie et de l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé pour décrire l'influence de l'arthrite sur la qualité de vie des Canadiens (les détails concernant les calculs de ces indicateurs figurent au tableau 3A-2 de l'annexe méthodologique, à la fin du présent chapitre). Les données utilisées pour calculer ces indicateurs sont tirées de l'ESCC et des données canadiennes annuelles sur la mortalité.

Conséquences de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie et l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé

Actuellement, l'espérance de vie des Canadiennes et des Canadiens à la naissance est respectivement de 81,2 ans et 75,6 ans (tableau 3-3). Si on éliminait l'arthrite, l'espérance de vie moyenne générale augmenterait de 0,35 an pour les femmes et de 0,16 an pour les hommes.

L'EVAES est estimée à 69,8 ans pour les femmes et à 66,5 ans pour les hommes (tableaux 3-4). Si l'arthrite était éliminée, les Canadiennes gagneraient 1,5 an et les Canadiens pratiquement 1 an. Par conséquent, l'élimination de l'arthrite pourrait donner lieu à un

Tableau 3-3 Effet de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie à la naissance, Canada, 1997 (1996-1998)

	Espérance de vie	Espérance de vie après élimination de l'arthrite	Gain d'espérance de vie après élimination de l'arthrite
Hommes	75,6	75,8	0,16
Femmes	81,2	81,6	0,35
Les deux sexes	78,4	78,7	0,27
Femmes – Hommes (Différence)	5,6	5,8	0,19

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000; Base de données canadienne sur la mortalité, 1994-1998, Statistique Canada

Tableau 3-4 Effet de l'élimination de l'arthrite sur l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) à la naissance, Canada, 1997 (1996-1998)

	Espérance de vie ajustée selon l'état de santé	Espérance de vie ajustée selon l'état de santé après élimination de l'arthrite	Gain d'espérance de vie ajustée selon l'état de santé après élimination de l'arthrite
Hommes	66,5	67,2	0,70
Femmes	69,8	71,4	1,51
Les deux sexes	68,2	69,2	1,07
Femmes – Hommes (Différence)	3,4	4,2	0,81

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000; Base de données canadienne sur la mortalité, 1994-1998, Statistique Canada

gain de plus d'un an de vie en bonne santé pour les femmes et de près d'un an pour les hommes, combiné à un léger gain général de l'espérance de vie.

Discussion

L'espérance de vie en fonction d'une maladie donnée n'a pas d'incidences directes sur les politiques si l'on ne prend pas en considération la prévalence de l'affection en question dans la population, ses conséquences négatives et la possibilité soit d'éliminer la maladie, soit d'en éliminer les conséquences^{16,18}. Le succès de la lutte contre l'arthrite, l'un des principaux problèmes de santé chroniques au Canada, pourrait considérablement augmenter l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé de la population, et plus particulièrement celle des femmes. L'élimination de cette maladie, qui est rarement fatale, aurait néanmoins peu d'effets sur l'allongement de l'espérance de vie moyenne. La plupart des sujets faisant l'objet d'un diagnostic d'arthrite se verra recommander un traitement et fera l'objet d'une surveillance médicale. Il est de toute évidence plus probable que ce soit les améliorations apportées au traitement de l'arthrite qui permettront aux Canadiens de vivre plus longtemps « en bonne santé ».

Fardeau économique

Julie Stokes, Sylvie Desjardins, Anthony Perruccio

Introduction

Définir les coûts associés à l'arthrite à partir d'une source unique, quelle qu'elle soit, présente un double défi. Premièrement, les différentes sources consultées fournissent différents éléments de coûts liés à l'arthrite, souvent sous la bannière des maladies musculo-squelettiques. Deuxièmement, ces différentes sources utilisent des définitions légèrement différentes de l'arthrite et du rhumatisme : certaines englobent certains sous-types d'arthrite et affections apparentées, d'autres non.

Le présent chapitre présente les plus récentes données sur les coûts (1998) fournies par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada¹⁹. Toutes les valeurs présentées sont exprimées en dollars de 1998.

Les coûts totaux associés à l'arthrite englobent à la fois des coûts directs et des coûts indirects :

Les coûts directs sont définis comme étant la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins et de la réadaptation¹⁹. Ces coûts englobent les soins hospitaliers, les médicaments, les soins médicaux et les autres coûts directs relatifs à la santé.

Les coûts indirects sont définis comme étant la valeur de la production économique perdue pour cause de maladie, de blessure, d'invalidité ou de décès prématuré. Les mesures de l'invalidité correspondent à la valeur des jours d'activité perdus pour cause d'invalidité de courte et de longue durées (coûts de la morbidité attribuable à l'invalidité de courte et de longue durées) et la valeur des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée (coûts de la mortalité).

Coût des maladies musculo-squelettiques

En 1986, le fardeau économique des maladies musculo-squelettiques (CIM-9 710-739) au Canada était évalué à 11,4 milliards de dollars²⁰, plaçant cette catégorie de maladies au quatrième rang des maladies les plus coûteuses. Sept ans plus tard, les estimations faisaient passer ce groupe au deuxième rang, avec 19,0 milliards de dollars²¹. Ce classement s'est maintenu jusqu'en 1998, date à laquelle le fardeau économique total a été évalué à 16,4 milliards de dollars. Les coûts indirects sont plus de 5 fois supérieurs aux coûts directs (respectivement 13,7 et 2,6 milliards de dollars)¹⁹.

Les soins hospitaliers représentaient plus de la moitié du coût direct des maladies musculo-squelettiques (1,4 milliard de dollars) en 1998, contre respectivement 23 % (614,3 millions

de dollars) et 22 % (578,2 millions) pour les médicaments et les soins médicaux. Les invalidités de longue durée (12,6 milliards de dollars) représentent pour leur part plus de 90 % des coûts indirects.

Les maladies musculo-squelettiques représentaient le groupe de maladies le plus coûteux chez les femmes au Canada en 1998 (8,2 milliards de dollars) et le troisième groupe de maladies le plus coûteux chez les hommes (8,1 milliards de dollars). Toutes les composantes des coûts directs étaient légèrement plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Parmi les composantes de coûts indirects, toutefois, les coûts de la morbidité attribuable aux invalidités de courte et de longue durées ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Coûts attribués à l'arthrite

En 1998, les estimations ont chiffré le fardeau économique de l'arthrite (CIM-9 714-716, 721) au Canada à environ 4,4 milliards de dollars (tableau 3-5), ce qui représente un peu plus du quart du coût total des maladies musculo-squelettiques. L'arthrite représente près d'un tiers du coût des soins hospitaliers pour les maladies musculo-squelettiques, plus de 40 % du coût des médicaments et plus d'un quart à la fois des coûts de la mortalité par maladies musculo-squelettiques et de la morbidité attribuable aux invalidités de longue durée.

Tableau 3-5 Fardeau économique de l'arthrite, par composante de coût, Canada, 1998

Type de coût	Composante	Dépenses consacrées à l'arthrite (en millions de dollars)	Proportion des dépenses pour les maladies musculo-squelettiques (en %)
Coûts directs	Soins hospitaliers	\$457,5	31,7
	Médicaments	\$262,7	42,8
	Soins médicaux ^{a,b}	\$183,5	31,7
	Recherche en santé	\$5,2	36,4
	Total des coûts directs	\$908,9	34,3
Coûts indirects	Mortalité	\$33,7	26,8
	Morbidité attribuable aux invalidités de longue durée	\$3 375,5	26,8
	Morbidité attribuable aux invalidités de courte durée	\$105,3	10,4
	Total des coûts indirects	\$3 514,5	25,6
Total des coûts		\$4 423,4	27,0

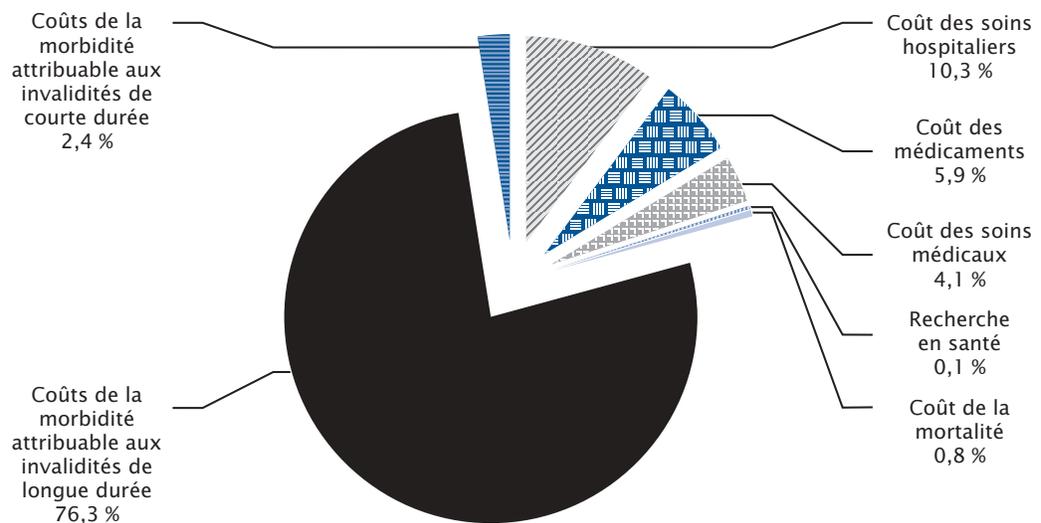
a Les valeurs sont calculées en fonction du coût des maladies musculo-squelettiques, pour une composante donnée.

b Tabulation faite sur mesure par la Section des recherches économiques et de l'analyse, Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

c Coûts des soins dans d'autres établissements, autres professionnels de la santé et coûts directs relatifs à la santé supplémentaires non inclus car non disponibles.

Sur le total des dépenses consacrées à l'arthrite en 1998, les coûts directs équivalaient à 908,9 millions de dollars (20 %) et les coûts indirects à 3,5 milliards de dollars (80 %). La figure 3-5 représente l'ampleur relative des composantes de coût pour l'arthrite. Les coûts de la morbidité attribuable aux invalidités de longue durée représentaient 76,3 % des coûts de l'arthrite, ce qui en faisait la composante de coût la plus importante pour cette maladie, avec près de 3,4 milliards de dollars. Les coûts directs les plus importants étaient les soins hospitaliers, qui s'établissent à 458 millions de dollars, et les médicaments qui représentaient 263 millions de dollars, soit respectivement 10,3 % et 5,9 % du total des coûts.

Figure 3-5 Fardeau économique de l'arthrite, par composante de coût, Canada, 1998



Source : Fardeau économique de la maladie au Canada, 1998, et tabulation faite sur mesure par la Section des recherches économiques et de l'analyse, Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Sous l'angle de la ventilation par sexe, les femmes ont engagé plus de dépenses pour le traitement de l'arthrite que les hommes. Celles-ci représentaient environ 60 % du coût des soins hospitaliers, des médicaments vendus sur ordonnance et des coûts de la mortalité, et la moitié des coûts de la morbidité attribuable aux invalidités de longue durée.

Les personnes âgées (de 65 ans et plus) étaient à l'origine de la majorité des coûts directs attribuables à l'arthrite : 70 % du coût des soins hospitaliers et près de la moitié des dépenses totales de médicaments vendus sur ordonnance. Les personnes âgées représentent moins d'un quart des coûts de la morbidité attribuable aux invalidités de longue durée pour cause d'arthrite. Toutefois, près de 70 % de ces coûts ont été engagés par des sujets de 35 à 64 ans.

Le fardeau économique des maladies musculo-squelettiques au Canada représente 10,3 % du fardeau économique total de la maladie, mais seulement 1,3 % des dépenses consacrées à la recherche dans le domaine des sciences de la santé.

Discussion

En dollars constants, le fardeau économique des maladies musculo-squelettiques semble avoir diminué au Canada depuis 1993¹⁹. L'essentiel de ce recul est attribuable à la réduction du coût des invalidités : en 1993, les coûts de la morbidité attribuable aux invalidités représentaient 16,3 milliards de dollars (en dollars de 1998), et en 1998, 13,6 milliards de dollars. Les diminutions observées dans le coût des invalidités de courte et de longue durées ont également été remarquées pour les autres maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies du système nerveux/des organes des sens.

Les estimations présentées dans ces pages, ainsi que celles applicables à l'arthrite, sont fondées exclusivement sur le diagnostic principal; les diagnostics secondaires et les diagnostics suivants n'ont pas été pris en compte. En conséquence, ces estimations sont réputées conservatrices. Les maladies musculo-squelettiques contribuent souvent aux maladies cardiovasculaires ou digestives et ne sont pas prises en compte dans les estimations²²⁻²⁶.

Les coûts de l'arthrite présentés dans ces pages sont inférieurs aux coûts estimés par Coyte²⁷, puisqu'ils s'établissent à 6,2 milliards de dollars (estimation de référence, convertie en dollars de 1998), dans l'hypothèse où les valeurs sont restées inchangées depuis 1994. Le sous-ensemble des maladies arthritiques (CIM-9 714-716, 721) utilisé par Santé Canada dans ses analyses correspond à un ensemble différent et plus restreint que celui employé par Coyte. La définition que Coyte donne de l'arthrite (CIM-9 098.5, 099.3, 274, 696.0, 710-720, 725-729, v78.4, v43.6) reflète étroitement la définition de l'arthrite et des affections apparentées utilisée dans les autres chapitres de la présente publication. À partir de la fréquence de ces diagnostics, on part du principe que la définition employée par Santé Canada représente près de 60 % des cas de la définition plus large. Si cela est effectivement le cas, le gonflement des chiffres de Santé Canada pour englober la définition plus large de l'arthrite permet de réduire l'écart entre les estimations. Quoiqu'il en soit, les deux sources ont obtenu une ventilation proportionnelle comparable des coûts directs et indirects.

Les coûts présentés dans le présent chapitre excluent les dépenses applicables aux soins prodigués dans d'autres établissements que des hôpitaux, le coût des soins dispensés par des professionnels de la santé autres que des médecins (comme les professionnels de la réadaptation) et les coûts directs en matière de santé (comme les médicaments en vente libre, les appareils fonctionnels et les soins prodigués par des aidants naturels). De même, nous n'avons pas tenu compte de la valeur de la production économique et du temps de loisir perdus par tous ceux (membres de la famille ou amis) qui ont pris soin du patient. Ces données sous-estiment donc vraisemblablement le coût total de l'arthrite. En outre, les dépenses de médicaments présentées dans ces pages sont antérieures à l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments contre l'arthrite, comme les inhibiteurs de la COX-2 et les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM), qui sont très coûteux.

Bien que l'arthrite touche essentiellement les femmes et les personnes âgées, les Canadiens de 35 à 64 ans sont responsables de près de 70 % du coût des invalidités de longue durée attribuables à l'arthrite. Si on se fonde sur le revenu pour déterminer la valeur de la

production économique perdue, on insiste alors davantage sur les maladies qui frappent surtout les personnes ayant des revenus élevés, dont la plupart sont des hommes, que sur les maladies qui affligent les personnes dont le revenu est plus modeste, les personnes âgées et les femmes²⁷. Par conséquent, l'estimation de 4,4 milliards de dollars doit être considérée comme l'extrémité inférieure de la gamme des coûts réels de l'arthrite et des affections apparentées. En outre, aucune analyse économique ne peut calculer les coûts personnels intangibles comme les douleurs causées par l'arthrite, les souffrances et les occasions manquées.

Même si les estimations des coûts attribuables aux maladies musculo-squelettiques, dont l'arthrite, doivent être interprétées en tenant compte des méthodes, des hypothèses et limites à partir desquelles elles ont été calculées¹⁹, elles n'en donnent pas moins une idée de l'ampleur du fardeau économique de ce groupe de maladies au Canada. L'arthrite représente un fardeau économique important, surtout pour les femmes et les personnes de 35 à 64 ans. La composante de coût qui contribue le plus à ce fardeau est la morbidité attribuable aux invalidités de longue durée.

Implications

Les conséquences de l'arthrite sont plus lourdes sur le plan de la santé et de l'invalidité que sur le plan de la mortalité. Les méthodes destinées à maîtriser l'arthrite doivent donc être axées sur l'amélioration de la santé et la réduction des invalidités.

La réduction des invalidités liées à l'arthrite permettra de réduire les coûts indirects et d'augmenter l'EVAES de la population dans son ensemble.

Les projections indiquent que les personnes de 55 ans et plus seront à l'origine de la majeure partie de l'augmentation du nombre de personnes touchées par l'arthrite. Les recherches révèlent par ailleurs que le retrait de la population active concerne davantage les personnes souffrant d'arthrite que les personnes souffrant d'autres maladies chroniques. En conséquence, le coût des invalidités de longue durée attribuables à l'arthrite et aux maladies apparentées devrait augmenter sensiblement dans un avenir rapproché.

Les futures études sur le coût de l'arthrite devront reposer sur une définition beaucoup plus générale de l'arthrite et tenter d'utiliser l'éventail complet des données disponibles, comme celles présentées dans la présente publication. De même, la mise en place de nouveaux partenariats avec tous ceux qui s'intéressent à l'arthrite, ainsi que le renforcement des liens existants, devront primer pour déterminer quelles sont les informations disponibles et quelles sont celles qui font défaut.

On a observé un déséquilibre entre les dépenses consacrées à la recherche sur les maladies musculo-squelettiques et leur contribution au fardeau économique total de la maladie.

Avec l'arrivée de nouveaux traitements, la surveillance des changements dans les coûts directs par rapport aux coûts indirects est essentielle. En contribuant à définir de meilleures stratégies pour la prise de décisions sur le traitement de l'arthrite, la surveillance a le pouvoir de réduire la morbidité et de faire diminuer les coûts à long terme.

Les nouveaux traitements contre l'arthrite et les maladies apparentées nécessitent également que la surveillance de ce type d'affections s'intéresse aux changements dans la mortalité et l'EVAES. La disponibilité de données sur les causes ayant contribué au décès pourrait permettre de brosser un tableau beaucoup plus précis des conséquences globales de l'arthrite sur la mortalité.

Chapitre 3

Annexe méthodologique

Tableau 3A-1 Codes pour la mortalité attribuable aux saignements gastro-intestinaux et à l'arthrite

Groupe de maladies	Codes CIM-9
Maladies du tissu conjonctif	446, 710
Polyarthrite rhumatoïde	714
Arthroses et affections apparentées	715
Autres arthropathies	098.5, 099.3, 274, 696, 711-713, 716-721
Rhumatisme	725-729
Arthrite et affections apparentées	Tout ce qui précède
Saignements gastro-intestinaux	531-531.6, 532-532.6, 533-533.6, 534-534.6, 535.0, 578.0, 578.1, 578.9

Tableau 3A-2 Méthodes de calcul de l'espérance de vie et de l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES) pour les sujets souffrant d'arthrite

Définition de la variable

Indice de l'état de santé

On a utilisé l'indice de l'état de santé (Health Utilities Index ou HUI3) pour calculer l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES)²⁸. Le HUI3 est un système de classification de l'état de santé en fonction d'un certain nombre de dimensions ou caractéristiques. Il sert à déterminer une valeur sommaire de l'état de santé individuel comprise entre 0 (« décédé ») et 1 (« parfaite santé ») (des états jugés pires que le décès sont également possibles), en fonction de scores de préférence pour différents états de santé²⁹. Chaque répondant de l'ESCC de 2000-2001 a répondu à des questions portant sur huit dimensions de la santé fonctionnelle (vision, audition, élocution, mobilité, état émotif, pensée et mémoire, dextérité et degré de douleur et de malaise). Chaque dimension s'accompagne de cinq à six réponses possibles s'échelonnant entre un état sans restrictions et un état comportant de grandes restrictions (voir Torrance et coll.³⁰ pour une description des états de santé). Les huit attributs ont ensuite été combinés à l'aide des scores de préférence tirés de la version HUI mark III, au moyen de la fonction multi-attributs suivante³¹ :

$$u = 1,371 (u_1 * u_2 * u_3 * u_4 * u_5 * u_6 * u_7 * u_8) - 0,371$$

Méthode d'analyse

Taux de mortalité en l'absence d'arthrite et estimations HUI3

Les taux de mortalité en l'absence d'arthrite et les estimations HUI3 ont été calculés en soustrayant le taux de mortalité des sujets souffrant d'arthrite du taux de mortalité global pour chaque groupe d'âge-sexe. La mortalité attribuable à l'arthrite pour la période 1994-1998 a été utilisée pour réduire la variabilité des taux de mortalité selon l'âge. L'HUI3 en l'absence d'arthrite a été calculé de la même manière en retranchant tous les sujets souffrant d'arthrite de l'échantillon de l'ESCC et en recalculant l'HUI3 moyen pour chaque groupe d'âge-sexe.

Analyse des tables de survie

Les tables de survie pour la période comprise entre 1996 et 1998, chez les hommes et les femmes, ont été calculées en adaptant la méthode de Chiang³² et en utilisant 20 groupes d'âge standard (< 1, 1-4, 5-9, ..., 90 ans et plus), à l'exception d'une adaptation pour le dernier groupe d'âge³³. L'espérance de vie en l'absence d'arthrite a été calculée en substituant le taux de mortalité en l'absence d'arthrite au taux de mortalité global, dans la table de survie³⁴.

L'EVAES a été calculée à l'aide de la méthode de Sullivan modifiée³⁵. Sullivan a utilisé une table de mortalité du moment et la prévalence de l'invalidité pour estimer le nombre d'années de vie sans invalidité. Après le calcul des tables de survie pour chaque groupe, on a estimé l'EVAES en pondérant les années de vie vécues selon les valeurs HUI3 moyennes, selon l'âge et le sexe, pour chaque population. Les valeurs HUI3 moyennes en l'absence d'arthrite ont été utilisées pour calculer l'EVAES en l'absence d'arthrite.

Bibliographie

1. Callahan LF, Pincus T. *Mortality in the rheumatic diseases*. *Arthritis Care Res* 1995;8(4):229-41.
2. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, et al. *The mortality of rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum* 1994;37(4):481-94.
3. Doran MF, Pond GR, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE. *Trends in incidence and mortality in rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, over a forty-year period*. *Arthritis Rheum* 2002;46(3):625-31.
4. Wong JB, Ramey DR, Singh G. *Long-term morbidity, mortality, and economics of rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum* 2001;44(12):2746-9.
5. Monson RR, Hall AP. *Mortality among arthritics*. *J Chron Dis* 1976;29:459-67.
6. Vandenbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. *Survival and cause of death in rheumatoid arthritis: a 25-year prospective follow-up*. *J Rheumatol* 1984;11(2):158-61.
7. Mutru O, Laakso M, Isomaki H, Koota K. *Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis*. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290(6484):1797-9.
8. Myllykangas-Luosujarvi RA, Aho K, Isomaki HA. *Mortality in rheumatoid arthritis*. *Sem Arthritis Rheum* 1995;25(3):193-202.
9. Nurmohamed MT, van Halm VP, Dijkmans BA. *Cardiovascular risk profile of antirheumatic agents in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis*. *Drugs* 2002;62(11):1599-609.
10. Brandt KD. *The role of analgesics in the management of osteoarthritis pain*. *Am J Ther* 2000;7(2):75-90.
11. Gabriel SE. *The epidemiology of rheumatoid arthritis*. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;27(2):269-81.
12. Singh G, Triadafilopoulos G. *Epidemiology of NSAID induced gastrointestinal complications*. *J Rheumatol* 1999;26(Suppl 56):18-24.
13. Goldstein JL. *Who needs prophylaxis of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced ulcers and what is optimal prophylaxis?* *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12(Suppl 1):S11-S15.
14. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. *Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs*. *N Engl J Med* 1999;340:984-91.
15. Singh G, Ramey DR, Morfeld D. *Gastrointestinal tract complications of nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment in rheumatoid arthritis. A prospective observational cohort study*. *Arch Intern Med* 1996;156:1530-6.
16. Bélanger A, Martel L, Berthelot, JM., Wilkins R. *Gender differences in disability-free life expectancy for selected risk factors and chronic conditions in Canada*. *J Women Aging* 2000;14(1/2):61-83.
17. Manuel DG, Schultz SE, Kopec JA. *Measuring the health burden of chronic disease and injury using health adjusted life expectancy and the Health Utilities Index*. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:843-50.
18. Crimmins EM, Kim JK, Hagedorn A. *Life with and without disease: Women experience more of both*. *J Women Aging* 2002;14(1/2):47-59.
19. Health Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 1998*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada, 2002. (Catalogue # H21-136/1998E)
20. Wigle DT, Mao Y, Wong T, Lane R. *Economic burden of illness in Canada, 1986*. *Chron Dis Can* 1991;12(Suppl 3).
21. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K. *Economic Burden of Illness in Canada, 1993*. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1997.
22. Vandenbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. *Survival and cause of death in rheumatoid arthritis: a 25-year prospective follow up*. *J Rheumatol* 1984;11(2):158-61.
23. Mutru O, Laakso M, Isomaki H, Koota K. *Ten year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis*. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290(6484):1797-9.
24. Myllykangas-Luosujarvi RA, Aho K, Isomaki HA. *Mortality in rheumatoid arthritis*. *Sem Arthritis Rheum* 1995;25(3):193-202.
25. Nurmohamed MT, van Halm VP, Dijkmans BA. *Cardiovascular risk profile of antirheumatic agents in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis*. *Drugs* 2002;62(11):1599-609.
26. Brandt KD. *The role of analgesics in the management of osteoarthritis pain*. *Am J Ther* 2000;7(2):75-90.

27. Coyte P, Asche C, Croxford R, Chan B. *The economic cost of arthritis and rheumatism in Canada*. In: Williams JI, Badley EM, editors. *Patterns of Health Care in Ontario: Arthritis and Related Conditions*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1998; 11-26.
28. Feeny D, Torrance G, Furlong W. *Health utilities index*. In: Spilder B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; chapter 26..
29. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. *Multi-attribute health status classification systems*. Health Utilities Index. *Pharmacoeconomics* 1995;7(6):490-502.
30. Torrance G, Furlong W, Feeny D, Boyle M. *Multi-attribute preference functions - Health Utilities Index*. *Pharmacoeconomics* 1995;7(6):503-20.
31. Furlong W, Feeny D, Torrance G, Barr R. *The Health Utilities Index (HUI) System for Assessing Health-Related Quality of Life in Clinical Studies*. #01-02. 2001. Health Economics and Policy Analysis Research Working Paper.
32. Chiang CL. *The Life Table and Its Applications*. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publ. Co., 1984.
33. Hsieh J. *A general theory of life table construction and a precise abridged life table method*. *Biomed J* 1991;2:143-62.
34. Newman SC. *Formulae for cause-deleted life tables*. *Stat Med* 1987;6(4):527-8.
35. Sullivan DF. *A single index of mortality and morbidity*. *HSMHA Health Reports* 1971;86(4):347-54.

Soins ambulatoires

J. Denise Power, Elizabeth Badley

Introduction

La majorité des soins prodigués au Canada pour le traitement de l'arthrite le sont dans des services de soins ambulatoires ou de consultation externe et c'est un médecin de première ligne qui les dispense. Les médecins de première ligne font non seulement office de principaux dispensateurs de soins pour l'arthrite mais également de « contrôleurs d'accès » aux autres services de santé, comme les consultations auprès de spécialistes et de professionnels de la réadaptation. Le rôle du médecin de première ligne est particulièrement important dans les régions rurales et éloignées du Canada, où les spécialistes sont en nombre insuffisant. Les spécialistes, et plus particulièrement les rhumatologues et chirurgiens orthopédistes, jouent aussi, bien souvent, un rôle important dans le traitement de l'arthrite.

L'examen des tendances affichées par les soins primaires et spécialisés concernant l'arthrite et les affections apparentées constitue une étape importante dans l'évaluation de l'impact de l'arthrite sur la population canadienne et dans la planification, ainsi que dans l'évaluation des services de santé prodigués aux personnes atteintes. Le chapitre 4 prend appui sur les données de facturation des médecins, d'avril 1998 à mars 1999, de sept provinces canadiennes participantes* pour examiner les taux de consultation auprès de différents spécialistes, pour différents types d'arthrite. Il est axé sur le regroupement de toutes les arthropathies et affections apparentées en général et plus particulièrement sur l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde.

L'arthrose est le type d'arthrite le plus fréquent; il touche, selon les estimations, entre 10 % et 12 % de la population adulte^{1,2}. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune grave qui touche 1 % de la population adulte et peut affecter plusieurs systèmes organiques. Cette pathologie est associée à une augmentation significative de la mortalité². De plus en plus de preuves démontrent l'importance des soins rhumatologiques dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde³⁻⁸. La chirurgie visant le remplacement d'articulations est reconnue comme une procédure hautement rentable pour le traitement de l'arthrose avancée et des articulations détruites par la polyarthrite rhumatoïde⁹⁻¹¹.

* Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (Alb.), Saskatchewan (Sask.), Manitoba (Man.), Ontario (Ont.), Québec (Qc) et Nouvelle-Écosse (N.-É.).

Données de facturation des médecins

La plupart des médecins canadiens sont rémunérés à l'acte, ce qui les oblige à facturer le régime d'assurance-maladie de leur province pour chaque consultation. Chaque demande de règlement s'accompagne d'un code de diagnostic qui précise le motif de la consultation. Dans la plupart des provinces, seul un diagnostic par visite est consigné sur la demande de règlement du médecin. Ainsi, lorsqu'une personne va consulter un médecin pour plus d'une raison, certains diagnostics sont passés sous silence. Chaque province dispose d'un système de classification des diagnostics qui prend appui sur la Classification internationale des maladies (CIM). Le tableau 4A-1 de l'annexe méthodologique, en fin de chapitre, répertorie les diagnostics d'arthrite et d'affections apparentées inclus dans les données présentées. Des collaborateurs de chacune des provinces participantes ont analysé les demandes de règlement des médecins porteuses d'un diagnostic d'arthrite et d'affections apparentées.

Consultations auprès des médecins chez les adultes[†]

En 1998-1999, environ 163 Canadiens pour 1 000 âgés de 15 ans ou plus ont consulté un médecin pour un problème d'arthrite et d'affections apparentées (désigné sous le vocable « taux de personne-consultation » (tableau 4-1). En moyenne, chacune de ces personnes a effectué 2,3 consultations pendant l'année. Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à consulter un médecin au sujet de l'arthrite et d'une affection apparentée. Le nombre total de consultations en rapport avec l'arthrite au Canada est évalué à 8,8 millions. Seulement une minorité de consultations ont été facturées pour des types d'arthrite précis, la majorité étant attribuée à « Autres arthropathies et affections apparentées », qui renvoie essentiellement à des symptômes d'arthrite comme une synovite et une bursite. Les consultations ayant l'arthrite et les affections apparentées pour motif, en Ontario et en Alberta, représentaient 4,8 % de toutes les consultations auprès de médecins dans ces provinces (données non indiquées),

Environ 4 % de la population a consulté au moins une fois un médecin pour un diagnostic consigné d'arthrose, ce qui représente un peu moins de 23 % de toutes les consultations ayant l'arthrite pour motif. Ce chiffre est sensiblement inférieur aux estimations épidémiologiques concernant l'arthrose, qui indiquent que la prévalence de ce trouble dans la population adulte est de l'ordre de 10 % à 12 %^{1,2}. Les sujets atteints d'arthrose toutefois, et plus particulièrement tous ceux atteints d'arthrose récente, précoce ou légère, n'ont pas tous consulté de médecin durant l'année. De plus, certaines consultations ayant l'arthrose pour motif ont probablement été omises, soit parce qu'elles ont été codées sous le vocable plus général de « symptômes musculo-squelettiques », soit parce que les consultations ont été codées pour une affection autre, sans rapport avec l'arthrose.

Un peu moins de 1 % de la population a consulté un médecin pour une polyarthrite rhumatoïde, en moyenne à 3 reprises pendant l'année. Ces données confirment les estimations épidémiologiques sur la prévalence de cette maladie^{1,2,12}. Les femmes ont

[†] On trouvera à l'annexe méthodologique, en fin de chapitre, une analyse des questions de qualité des données concernant les données de facturation des médecins.

Tableau 4-1 Consultations auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées, adultes de 15 ans et plus, Canada, 1998-1999

Affection	Nombre de personnes ayant consulté pour 1 000 habitants	Rapport des sexes (femmes : hommes)	Nombre total estimatif de consultations*	Nombre moyen de consultations par personne
Arthrite et affections apparentées	162,7	1,3:1	8 800 000	2,3
Arthrose	40,7	1,6:1	2 000 000	2,1
Polyarthrite rhumatoïde	7,4	2,4:1	540 000	3,1
Maladies du tissu conjonctif (p. ex., lupus)	1,9	3,1:1	110 000	2,5
Spondylarthrite ankylosante	1,1	1,0:1	40 000	1,8
Goutte	5,2	0,3:1	200 000	1,6

* Le taux pour le Canada a été calculé en utilisant les données des provinces participantes, et les consultations des provinces non participantes ont été estimées en appliquant ce taux aux populations respectives des provinces en 1998.

Source : Données provinciales de facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

consulté 2,4 fois plus souvent que les hommes pour la polyarthrite rhumatoïde. Le taux de personne-consultation pour d'autres types d'arthrite est également conforme aux estimations épidémiologiques de la prévalence^{1,2,12}.

Les taux de consultation auprès des médecins ayant pour motif l'arthrite et des affections apparentées varient selon les provinces et vont de 146 à 207 personnes pour 1 000 habitants (tableau 4-2). Les différences provinciales dans les taux de personne-consultation pour l'arthrite et les affections apparentées demeurent présentes, après ajustement pour tenir compte des différences sur le plan de la composition de la population des provinces selon l'âge et le sexe. Ces écarts peuvent être dus en partie aux différences provinciales dans la codification des diagnostics établis à l'occasion de la consultation.

Tableau 4-2 Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées dans la population adulte de 15 ans et plus, par province*, Canada, 1998-1999

Affection	Personnes ayant consulté pour 1 000 habitants**						
	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.
Arthrite et affections apparentées	162,8 (161,1)	167,7 (174,3)	170,3 (171,2)	207,3 (207,3)	145,5 (147,3)	152,2 (152,7)	181,4 (181,1)
Arthrose	32,3	35,8	30,5	36,1	53,1	29,9	36,2
Polyarthrite rhumatoïde	9,1	7,5	4,9	5,5	8,7	5,1	7,4
Maladies du tissu conjonctif	3,0	2,0	1,6	1,9	1,8	1,5	1,9
Spondylarthrite ankylosante	0,9	1,4	1,5	1,3	0,9	1,0	2,1
Goutte	5,8	6,1	8,4	7,0	5,5	3,5	6,8

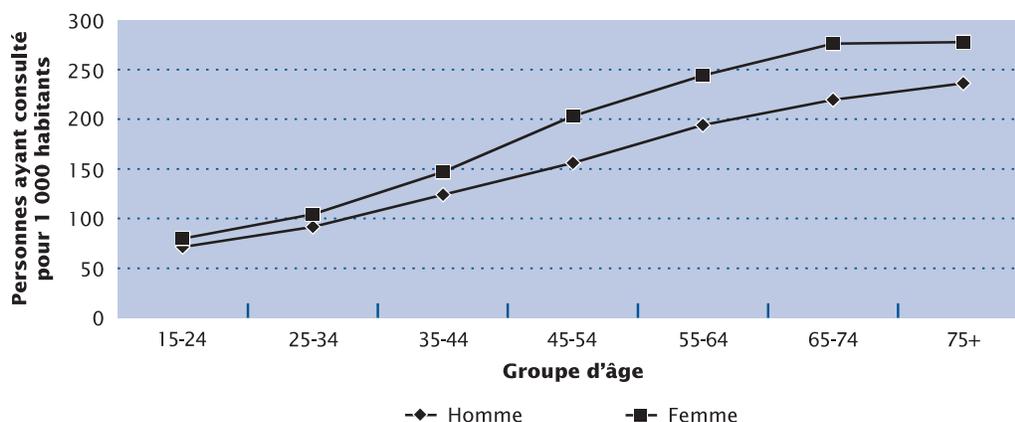
* Les taux provinciaux peuvent varier en raison des différences dans la codification des diagnostics établis lors de la consultation. Voir l'annexe méthodologique en fin de chapitre.

** Taux normalisés selon l'âge/le sexe entre parenthèses.

Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

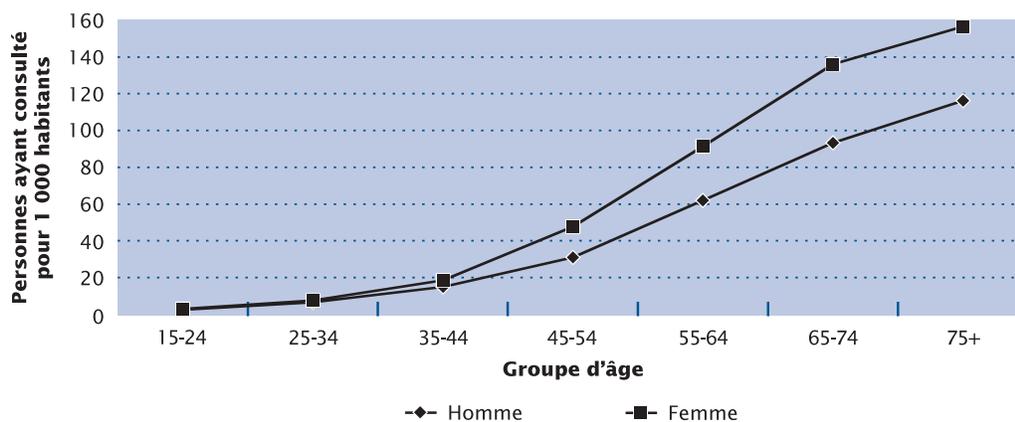
Les taux de personne-consultation pour l'arthrite et les affections apparentées, l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde augmentent avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, les taux concernant les femmes sont supérieurs aux taux concernant les hommes (figures 4-1, 4-2 et 4-3). Ces tendances corroborent les résultats des études épidémiologiques^{1,2,12}.

Figure 4-1 Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrite et les affections apparentées, selon l'âge, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

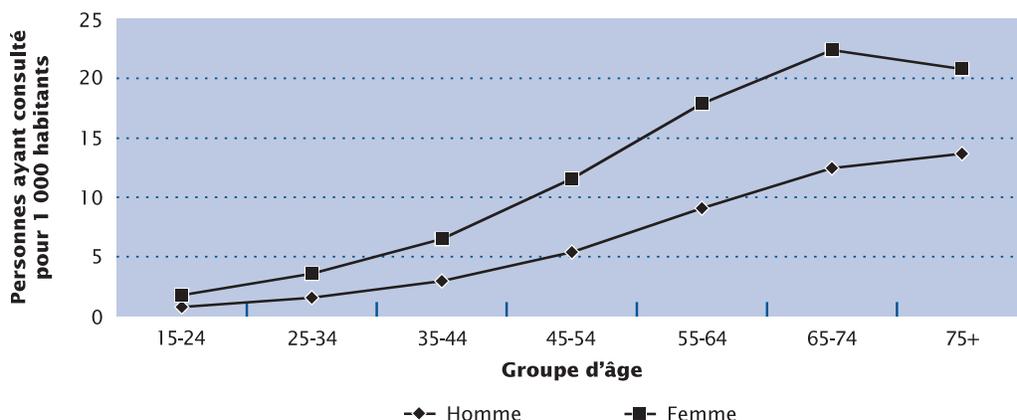
Figure 4-2 Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour l'arthrose, selon l'âge, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

Globalement, 82 % des Canadiens ayant consulté un médecin pour un type d'arthrite et une affection apparentée, quels qu'ils soient, en 1998-1999 ont consulté au moins une fois un médecin de première ligne (tableau 4.3). Près de 1 personne sur 5 (18,5 %) a consulté au moins une fois un chirurgien et 13,7 %, un spécialiste. Les chirurgiens orthopédistes étaient les spécialistes les plus souvent consultés, particulièrement pour l'arthrose. Une plus forte proportion de personnes souffrant d'arthrite inflammatoire, comme la polyarthrite rhumatoïde, les maladies du tissu conjonctif ou la spondylarthrite

Figure 4-3 Taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins pour la polyarthrite rhumatoïde, selon l'âge, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

ankylosante, ont vu un spécialiste, par rapport à la proportion de personnes qui ont consulté pour d'autres types d'arthrite. Inversement, les personnes qui ont vu un médecin pour une polyarthrite rhumatoïde, une maladie du tissu conjonctif ou une spondylarthrite ankylosante ont été moins nombreuses à consulter un médecin de première ligne. Plus d'un quart (26,4 %) des patients dont les consultations étaient motivées par la polyarthrite rhumatoïde ont consulté un rhumatologue et 17,5 % un interniste au moins une fois.

Le pourcentage de patients ayant consulté un spécialiste et un chirurgien (chirurgiens orthopédistes, rhumatologues et internistes) pour l'arthrite, quelle que soit sa forme, et les affections apparentées et pour l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde en particulier,

Tableau 4-3 Distribution des catégories de médecin consultées par les adultes de 15 ans et plus pour l'arthrite et les affections apparentées, Canada, 1998-1999

Affection	Type de médecin*					
	Première ligne (%)	Chirurgiens		Spécialistes		
		Toutes les catég. (%)	Chirurgiens orthopédistes (%)	Toutes les catég. (%)	Rhumatologues (%)	Internistes (%)
Arthrite et affections apparentées	82,0	18,5	15,1	13,7	5,5	4,8
Arthrose	83,8	19,1	18,1	11,8	5,5	4,8
Polyarthrite rhumatoïde	70,6	7,5	4,4	44,3	26,4	17,5
Maladies du tissu conjonctif	42,4	8,0	0,7	62,2	34,6	23,2
Spondylarthrite ankylosante	55,3	8,6	7,1	47,0	30,6	13,0
Goutte	97,1	1,6	0,6	9,7	4,9	3,7

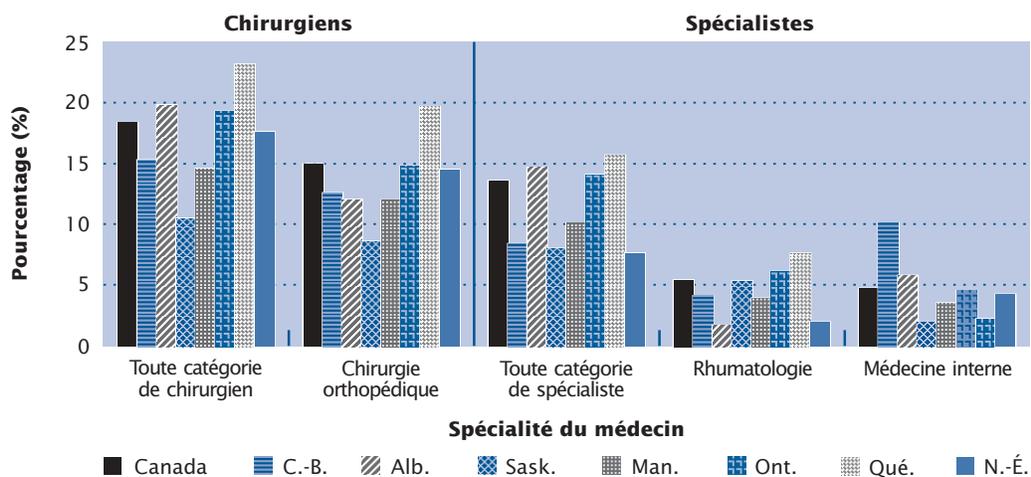
* Les pourcentages n'équivalent pas à 100 %, car une personne donnée peut consulter plus d'une catégorie de médecin par an.

Source : Données provinciales sur la facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

a varié selon les provinces en 1998-1999 (figures 4-4, 4-5 et 4-6). Ces différences peuvent refléter en partie les différences dans la codification de la spécialité sur les formulaires de facturation. Toutefois, ces données doivent être interprétées avec circonspection. Les pourcentages de sujets souffrant d'arthrite qui ont consulté « toutes les catégories de spécialistes » et « toutes les catégories de chirurgiens » sont plus susceptibles d'être comparables à l'échelle provinciale.

Parmi les provinces participantes, c'était le Québec qui affichait le plus fort pourcentage de sujets ayant consulté au moins une fois un médecin pour l'arthrite et les affections apparentées et ayant consulté un chirurgien ou un spécialiste (figure 4-4), suivi de l'Alberta. Dans la plupart des provinces, on observait une corrélation négative entre les consultations auprès des rhumatologues et celles auprès des internistes pour l'arthrite et les affections apparentées, notamment la polyarthrite rhumatoïde (figure 4-6) : les provinces qui enregistraient le plus fort pourcentage de patients ayant consulté au moins une fois un rhumatologue étaient aussi celles où le pourcentage de patients ayant consulté un interniste était le plus faible, et inversement. Un certain nombre de facteurs peuvent expliquer cette tendance, y compris le nombre de rhumatologues exerçant dans la province, les lieux où ils exercent et les habitudes des médecins de première ligne en matière d'aiguillage. Une fois encore, la manière dont la spécialité est attribuée peut également expliquer les différences provinciales.

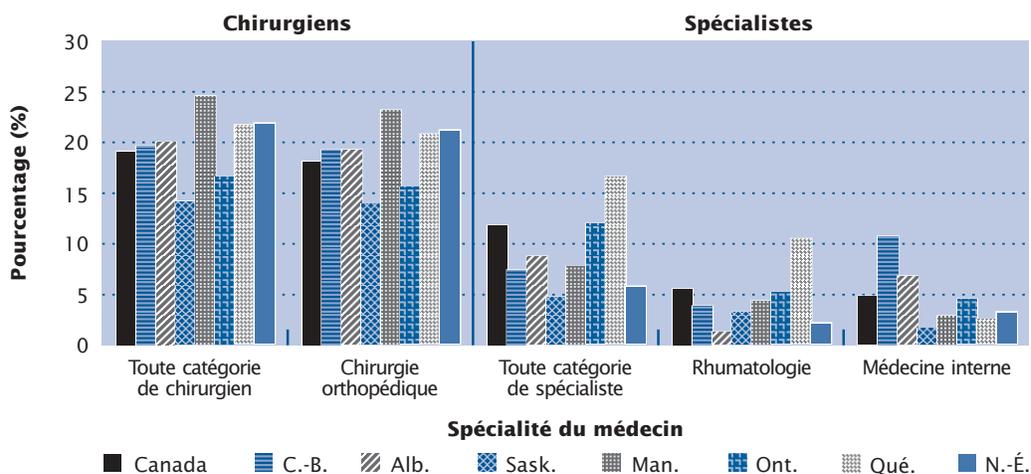
Figure 4-4 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrite et d'affections apparentées ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

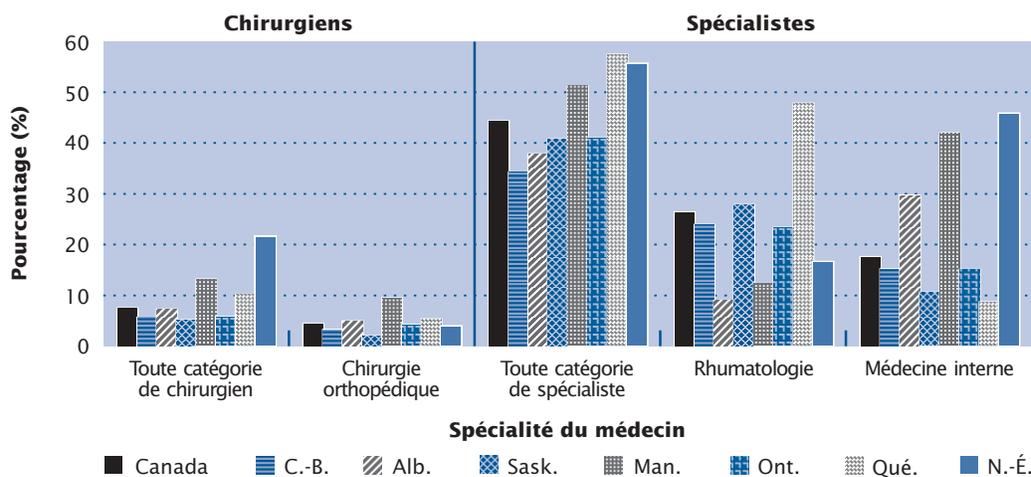
En 1998-1999, le pourcentage de patients ayant consulté un médecin en rapport avec l'arthrose et ayant consulté un chirurgien au moins une fois a été plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge (figure 4-7). Les pourcentages augmentaient avec l'âge pour les deux sexes, puis diminuaient dans le groupe le plus âgé. Une tendance identique s'observe parmi les patients qui ont consulté un médecin en rapport avec une polyarthrite rhumatoïde et qui ont vu un spécialiste au moins une

Figure 4-5 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

Figure 4-6 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant de polyarthrite rhumatoïde ayant consulté un chirurgien et un spécialiste, Canada, 1998-1999



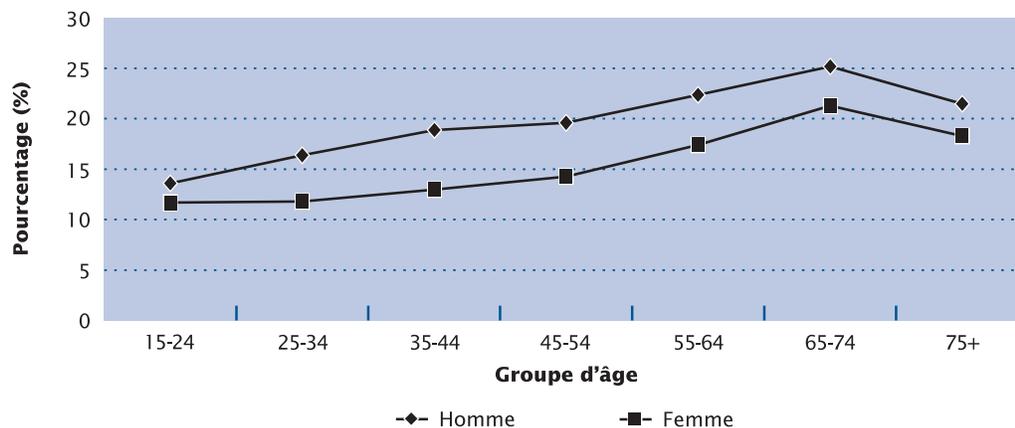
Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

fois (figure 4-8). Les pourcentages de patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui ont vu un spécialiste ont été plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Le nombre moyen de consultations pour l'arthrite et les affections apparentées a varié selon le type de médecin (figure 4-9) : les moyennes étaient plus élevées pour les consultations auprès de spécialistes que pour les consultations auprès de médecins de première ligne ou de chirurgiens. Cette différence était plus marquée chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde que chez ceux souffrant d'arthrose et reflétait la nature des soins prodigués. Les spécialistes prodiguent des soins continus, notamment lorsqu'ils sont en présence d'une arthrite inflammatoire comme la polyarthrite rhumatoïde,

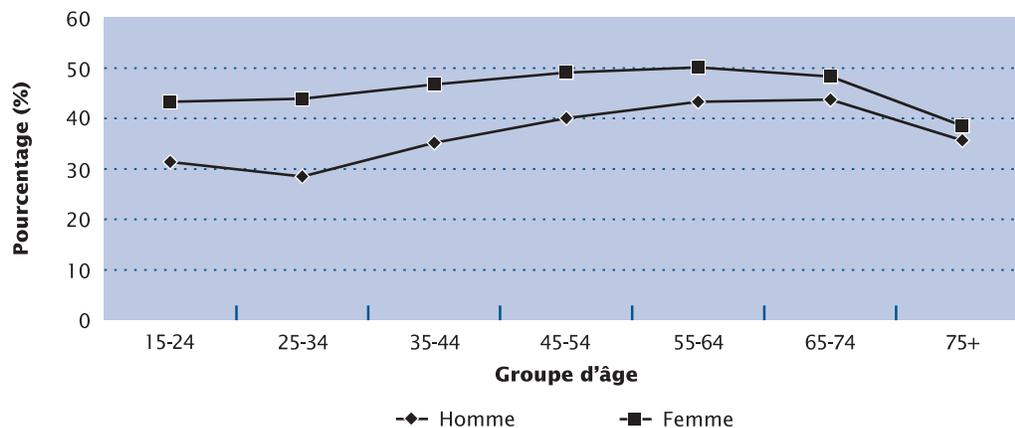
alors que les chirurgiens n'interviennent que pour un acte bien précis, à savoir l'intervention chirurgicale proprement dite.

Figure 4-7 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant d'arthrose qui ont consulté un chirurgien, selon l'âge, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

Figure 4-8 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus souffrant de polyarthrite rhumatoïde qui ont consulté un chirurgien, selon l'âge, Canada, 1998-1999

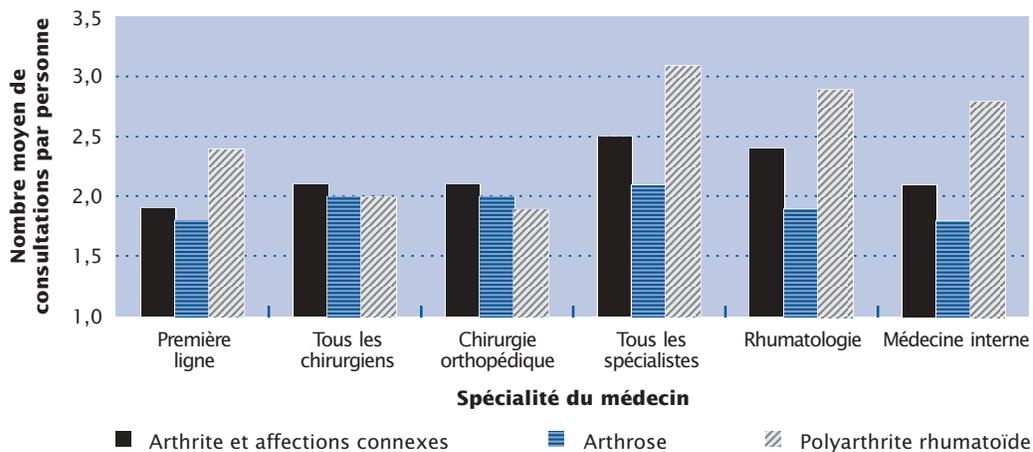


Source : Données provinciales sur la facturation des médecins

Discussion

Un grand nombre de Canadiens (163 pour 1 000 habitants de plus de 15 ans) ont consulté un médecin en 1998-1999 pour l'arthrite et les affections apparentées. En moyenne, chaque personne a consulté à environ deux reprises, pour un total estimatif de 8,8 millions de consultations dans l'ensemble du Canada. En Ontario et en Alberta, les consultations en rapport avec l'arthrite représentaient 4,8 % de toutes les consultations auprès d'un médecin. Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à

Figure 4-9 Nombre moyen de consultations pour l'arthrite et les affections apparentées, l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde par adulte de 15 ans et plus, selon la catégorie de médecin, Canada, 1998-1999



Source : Données provinciales sur la facturation des médecins (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É.)

consulter un médecin pour l'arthrite mais ce sont les personnes âgées, des deux sexes, qui ont enregistré les taux les plus élevés.

À l'échelon provincial, les taux de personne-consultation auprès de toutes les catégories de médecins, pour l'arthrite et les affections apparentées, variaient entre 146 et 207 personnes pour 1 000 habitants. Les différences provinciales observées dans ces taux n'étaient pas attribuables exclusivement aux différences dans la composition âge/sexe des populations provinciales mais peuvent être dues en partie aux différences dans les bases de données sur la facturation des médecins des provinces. Les différences provinciales dans la disponibilité des médecins et plus particulièrement des spécialistes peuvent également expliquer ces écarts.

En 1998-1999, les médecins de première ligne ont prodigué l'essentiel des soins aux personnes qui, au Canada, souffraient d'arthrite et d'affections apparentées. Quatre patients sur 5 (82 %) ayant consulté un médecin pour l'arthrite et des affections apparentées ont au moins consulté une fois un médecin de première ligne. Les chirurgiens étaient plus souvent consultés en cas d'arthrose, alors que les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de maladies du tissu conjonctif et de spondylarthrite ankylosante faisaient plus souvent appel à un spécialiste. Un compromis semble s'être installé au niveau provincial entre les consultations auprès d'un rhumatologue et celles auprès d'un interniste en cas d'arthrite et d'affections apparentées, et plus particulièrement en cas de polyarthrite rhumatoïde.

Malgré les limites des données, le présent chapitre est généralement conforme aux estimations concernant l'arthrite dans la population. Les estimations provinciales autodéclarées au sujet de l'arthrite et du rhumatisme variaient entre 12,0 % et 23,3 %, selon les résultats de l'ESCC (voir chapitre 2). D'après les données présentées ici, il ressort que 15 % à 21 % des populations provinciales ont consulté au moins une fois un médecin pour l'arthrite et des affections apparentées. En outre, les taux de personne-consultation

pour toutes les catégories de médecins ayant pour motif la polyarthrite rhumatoïde sont conformes aux estimations publiées, au même titre que les rapports hommes-femmes concernant cette affection^{1,2,12}.

Les données présentées dans le présent chapitre reposent sur des données administratives sur la facturation des médecins, ce qui soulève la question de leur validité. En outre, du fait des différences provinciales dans les méthodes de collecte des données, il importe de s'intéresser aux questions de comparabilité provinciale. Prière de se reporter à l'annexe méthodologique en fin de chapitre pour une analyse de ces questions.

Nous ne savons pas dans quelle mesure les résultats sur les soins spécialisés de l'arthrite et des affections apparentées, présentés dans ce chapitre, sont influencés par la disponibilité des spécialistes. Toutefois, pour que les soins ambulatoires de l'arthrite et des affections apparentées au Canada puissent être adéquats, il importe de se pencher sur les questions de main-d'œuvre. Les rhumatologues et chirurgiens orthopédistes sont les principaux dispensateurs de soins spécialisés aux personnes atteintes d'arthrite et toute pénurie dans ces deux spécialités est préoccupante. Le Conseil canadien des rhumatologues universitaires¹³ prévoit que le Canada devra augmenter de 64 % les effectifs dans le secteur de la rhumatologie d'ici 2026 pour pouvoir atteindre les cibles qui viennent d'être recommandées. Cet organisme précise également que le taux actuel de recrutement des rhumatologues est insuffisant pour maintenir le nombre de rhumatologues en exercice, sans parler des besoins futurs. Le niveau actuel des services orthopédiques en Ontario est inférieur de moitié aux besoins estimatifs et une pénurie semblable, sinon plus marquée, existe vraisemblablement dans les autres provinces¹⁴.

Implications

L'arthrite et les affections apparentées pèsent lourdement sur le système de soins ambulatoires du Canada et le vieillissement de la population ne fera qu'alourdir ce fardeau. Les estimations actuelles donnent à penser que d'ici 2020, deux fois plus de personnes souffriront d'arthrite¹⁵. Les fournisseurs de services et les organismes de financement devront planifier soigneusement leurs activités pour s'assurer que les personnes touchées ont accès aux soins primaires et spécialisés qui conviennent. Les problèmes de main-d'œuvre, comme la pénurie de rhumatologues et de chirurgiens orthopédistes, doivent être résolus en accentuant le recrutement et la formation de spécialistes dans ces disciplines.

Bien que les médecins de première ligne jouent un rôle capital dans la prise en charge de l'arthrite, on sait que la formation sur les maladies de l'appareil locomoteur, au niveau des études de médecine de premier, deuxième et troisième cycles, accuse d'importantes lacunes¹⁶⁻¹⁹. Lors de la préparation des programmes d'études, les enseignants de médecine pourraient tenir compte des données faisant état de l'importance de cette maladie, ainsi que des invalidités et de l'utilisation des services de santé qu'elle entraîne. Pour les médecins qui exercent déjà, l'éducation permanente axée sur un apprentissage pratique pourrait être plus efficace que les méthodes traditionnelles de formation continue²⁰.

Il importe de chercher à savoir quels sont les obstacles qui limitent l'accès aux soins spécialisés, notamment en rhumatologie. De plus, le nombre de spécialistes disponibles

au niveau des provinces et les lieux où ils exercent, ainsi que les habitudes des médecins de première ligne en matière d'aiguillage (s'ils réfèrent ou non) devraient être étudiés de plus près. Puisqu'une quantité considérable de soins sont prodigués par des internistes (notamment pour la polyarthrite rhumatoïde) et des chirurgiens orthopédistes (soins non chirurgicaux de l'arthrose), ces spécialistes pourraient envisager une formation et des séances de formation continue dans le domaine de l'arthrite. On devrait également étudier les processus de soins et les résultats des soins prodigués aux personnes traitées par ces spécialistes, par rapport aux rhumatologues.

Pour appuyer les efforts de surveillance, il faut notamment disposer de définitions normalisées des termes courants et veiller à leur utilisation uniforme dans différents milieux. L'atteinte d'un consensus sur les définitions pourrait autoriser une surveillance coordonnée et constante au Canada. Si les provinces souhaitent aller de l'avant, peut-être devraient-elles envisager les mesures suivantes :

- ▶ Utiliser les mêmes codes de diagnostic pour la facturation, ce qui serait une étape importante vers la normalisation des données provinciales de facturation des médecins. Le fait d'autoriser les médecins à saisir trois codes de diagnostic pour chaque demande de règlement, comme c'est déjà le cas en Alberta et en Nouvelle-Écosse, permettrait d'obtenir une représentation plus précise des motifs de consultation.
- ▶ Les spécialités des médecins pourraient être déterminées de la même manière dans chaque base de données provinciale d'assurance-maladie, et ces informations pourraient être mises à jour de manière systématique pour tenir compte des changements dans la formation des médecins (spécialités et sous-spécialités).
- ▶ Les codes de diagnostic dans les données de facturation des médecins doivent être validés. Les algorithmes qui utilisent un nombre spécifique de consultations pendant une période donnée pour un diagnostic précis devraient être approfondis et validés, en tenant compte des travaux déjà effectués dans ce domaine pour la polyarthrite rhumatoïde et le diabète²¹.

Chapitre 4

Annexe méthodologique

Tableau 4A-1 Codes de diagnostic de l'arthrite et des affections apparentées

Catégorie de maladie	Affection	Catégories diagnostiques	Code(s) de diagnostic
Arthrite et affections apparentées	Arthrose	Arthrose	715
	Polyarthrite rhumatoïde	Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Still	714
	Maladies disséminées du tissu conjonctif	Lupus érythémateux disséminé, sclérodermie généralisée, polyartérite noueuse, artérite temporale	710; 446
	Spondylarthrite ankylosante	Spondylarthrite ankylosante	720
	Goutte	Goutte	274
	Autres arthropathies et affections apparentées	Arthrite traumatique; coxite infectieuse; lésions des articulations, luxation récidivante, ankylose; contracture de Dupuytren; arthropathie associée à d'autres affections classées ailleurs; lésion articulaire du genou; manifestations articulaires, autres et sans précision; pseudo-polyarthrite rhizomélique; maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés; autres atteintes des synoviales, des tendons et des bourses, oignon, ganglion; fibrosite, myosite, rhumatisme musculaire; autres maladies du système ostéoarticulaire et du tissu conjonctif	716; 711; 718; 728; 713 ⁺ ; 717 ⁺ ; 719 ⁺ ; 725 ⁺ ; 726 ⁺ ; 727; 729; 739 ⁺

+ Code de diagnostic non utilisé en Saskatchewan

Code de diagnostic non utilisé en Ontario

Limites des données

Nous ne savons pas si les données sur les personnes qui consultent des médecins pour l'arthrite et des affections apparentées permettent bel et bien de saisir l'éventail complet des personnes souffrant d'arthrite au Canada. Les données présentées au chapitre 4 ne concernent que l'exercice 1998-1999, et puisque toutes les personnes souffrant d'arthrite n'ont pas consulté un médecin durant l'année, les données ne tiennent pas compte des patients potentiels qui n'ont pas consulté pendant la période visée par ce rapport.

Les codes de diagnostic précisés sur les demandes de facturation des médecins n'ont pas été validés. En outre, certaines consultations, comme celles pour parler des résultats négatifs d'une analyse et les consultations pour des affections non précisées, peuvent être difficiles à coder par diagnostic. Les médecins peuvent avoir utilisé un petit sous-ensemble de codes par habitude ou parce que c'était plus pratique. D'autre part, les codes rarement utilisés, comme ceux concernant la polyarthrite rhumatoïde, risquent davantage d'avoir été utilisés de manière adéquate, particulièrement dans le cadre des soins de première ligne, où le médecin peut avoir recherché le code approprié.

Dans ce chapitre, ont été incluses dans les données et l'analyse toutes les personnes ayant consulté au moins une fois une catégorie de médecin donnée pour une affection donnée et pour laquelle le code de diagnostic correspondait à cette affection. Ces

données peuvent donc inclure des patients pour lesquels le diagnostic n'était que provisoire. Confronté pour la première fois à un patient, le médecin peut en effet saisir sur sa demande de règlement un diagnostic qui sera exclu ultérieurement à la lumière du résultat d'analyses ou d'examens plus approfondis.

Bien que les codes de diagnostic utilisés par les provinces reposent tous sur la Classification internationale des maladies (CIM), chaque province a modifié cette classification jusqu'à un certain point. Certaines utilisent des codes de diagnostic à trois chiffres (Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse), d'autres à quatre chiffres (Colombie-Britannique, Alberta, Québec). Certaines provinces omettent des codes, et les affections associées à chaque code varient quelque peu selon les provinces. Si un code n'était pas disponible pour une forme d'arthrite particulière, il y a fort à parier que le médecin a utilisé un autre code en rapport avec l'arthrite. Les codes d'arthrite manquants peuvent avoir été remplacés par des codes de diagnostic plus généraux applicables à divers troubles musculo-squelettiques ou avoir été codés d'une manière qui est encore moins prévisible. Les différences dans la codification peuvent expliquer une partie des écarts interprovinciaux dont le présent chapitre fait état. D'importantes différences provinciales dans la codification de certaines affections, comme la fibrosite, interdisent la présentation de données sur ces affections. En conséquence, celles-ci ont été regroupées sous le vocable « Autres arthropathies et affections apparentées » (tableau 4A-1). Les données n'ont pas été présentées dans cette catégorie en raison de l'hétérogénéité des affections concernées.

Les médecins de toutes les provinces participantes, à l'exception de ceux de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, étaient autorisés à ne saisir qu'un seul diagnostic par consultation. Bien que les médecins de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse aient pu consigner trois diagnostics par consultation, seul le premier diagnostic a été inclus dans les données pour permettre les comparaisons avec les autres provinces. L'utilisation d'un seul code de diagnostic signifie que si un patient avait plus d'un motif de consultation, certains diagnostics ont nécessairement été omis. Puisque l'arthrite est souvent perçue comme un état comorbide, le médecin peut privilégier un autre code, au détriment de celui applicable à l'arthrite.

Les demandes de règlement présentées au régime provincial d'assurance-maladie n'incluent généralement que les demandes facturées à l'acte, de sorte que les médecins et les patients faisant partie d'un autre régime de remboursement en sont généralement exclus. Toutefois, certains de ces médecins transmettent des « factures pro forma » au régime provincial d'assurance-maladie, accompagnées d'informations sur les diagnostics. Dans ce cas, ces demandes ont été incluses dans les données présentées pour l'Ontario, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse. Les données manquantes concernant d'autres régimes de remboursement n'ont vraisemblablement pas eu une influence importante sur la validité des données dans le présent chapitre, puisque seulement une minorité de Canadiens participent à ce type de régime. Toutefois, l'omission des patients couverts par ces régimes signifie que les chiffres présentés dans ce rapport sous-estiment vraisemblablement les soins ambulatoires prodigués aux patients souffrant d'arthrite.

L'autre limite à prendre en considération tient au fait que la spécialité du médecin a été déterminée exclusivement en fonction des spécialités agréées dans toutes les provinces,

à l'exception de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse, où la spécialité précisée sur la demande de règlement du médecin a été prise en considération. Les spécialités agréées peuvent ne pas avoir été exactes si les médecins n'ont pas mis à jour leur dossier après avoir terminé leur formation dans la spécialité et la sous-spécialité en question (comme c'est le cas de la médecine interne et de la rhumatologie). Les catégories présentées sous « Toutes les spécialités médicales » et « Toutes les spécialités chirurgicales » sont par conséquent plus susceptibles d'être exactes que les catégories séparées « Médecine interne » et « Rhumatologie » ou « Chirurgie orthopédique » et se prêtent mieux à des comparaisons interprovinciales.

Bibliographie

1. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH. *Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States*. *Arthritis Rheum* 1998;41:778-99.
2. Hawker G. *Epidemiology of arthritis and osteoporosis*. In: Williams J, Badley EM, editors. *Patterns of Health Care in Ontario: Arthritis and Related Conditions*. Toronto, Ontario: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1998; 1-10.
3. Criswell LA, Such CL, Yelin EH. *Differences in the use of second-line agents and prednisone for treatment of rheumatoid arthritis by rheumatologists and non-rheumatologists*. *J Rheumatol* 1997;24:2283-90.
4. Newman J, Silman AJ. *A comparison of disease status in rheumatoid arthritis patients attending and not attending a specialist clinic*. *Br J Rheumatol* 1996;35:1169-71.
5. MacLean CH, Louie R, Leake, et al. *Quality of care for patients with rheumatoid arthritis*. *JAMA* 2000;284:984-92.
6. Ward MM, Leigh JP, Fries, JF. *Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis*. *Arch Intern Med* 1993;153:2229-37.
7. Ward MM. *Rheumatology visit frequency and changes in functional disability and pain in patients with rheumatoid arthritis*. *J Rheumatol* 1997;24:35-42.
8. Yelin EH, Such CL, Criswell LA, Epstein WV. *Outcomes for persons with rheumatoid arthritis with a rheumatologist versus a non-rheumatologist as the main physician for this condition*. *Med Care* 1998;36:513-22.
9. Chang RW, Pellissier JM, Hazen GB. *A cost-effectiveness analysis of total hip arthroplasty for osteoarthritis of the hip*. *JAMA* 1996;275:858-65.
10. Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, et al. *Costs of elective total hip arthroplasty during the first year. Cemented versus noncemented*. *Jf Arthroplasty* 1994;481-7.
11. Lavernia CJ, Guzman JF, Gachupin-Garcia A. *Cost effectiveness and quality of life in knee arthroplasty*. *Clin Orthop* 1997;345:134-139.
12. Silman AJ, Hochberg MC. *Epidemiology of the Rheumatic Diseases*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2001.
13. Hanly JG. *Manpower in Canadian academic rheumatology units: current status and future trends*. *J Rheumatol* 2001;28(9):1944-51.
14. Shipton D, Badley EM, Mahomed NN. *Critical shortage of orthopaedic services in Ontario, Canada*. *J Bone Joint Surg Am* (in press).
15. Badley EM, Wang PP. *Arthritis and the aging population: Projections of arthritis prevalence in Canada 1991 to 2031*. *J Rheumatol* 1998;24:138-44.
16. Pinney SJ, Regan WD. *Educating medical students about musculoskeletal problems. Are community needs reflected in the curricula of Canadian medical schools?* *J Bone Joint Surg Am* 2001;83-A:1317-20.
17. DiCaprio MR, Covey A, Bernstein J. *Curricular requirements for musculoskeletal medicine in American medical schools*. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85:565-7.
18. Renner BR, DeVellis BM, Ennett ST, Friedman CP, Hoyle RH, Crowell WM, et al. *Clinical rheumatology training of primary care physicians: the resident prospective*. *J Rheumatol* 1990;17:666-72.
19. Badley EM, Lee J. *The consultant's role in continuing medical education of general practitioners: the case of rheumatology*. *Br Med J* 1987;294(6564):100-3.
20. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. *Impact of continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes?* *JAMA* 1999;282:867-74.

21. Hux J, Ivis F, Flintoft V, Bica A . *Diabetes in Ontario: Determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm*. *Diabetes Care* 2002;25(3):512-6.

Médicaments prescrits contre l'arthrite

Naomi Kasman, Elizabeth Badley

Introduction

L'arthrite est une maladie complexe pour laquelle il n'existe aucun moyen connu de guérison. Son traitement fait donc intervenir un vaste éventail de médicaments destinés à soulager les douleurs, préserver les articulations et limiter la progression de la maladie^{1,2}. Sans traitement efficace, l'arthrite peut entraîner la destruction des articulations et causer des invalidités de longue durée. Les médicaments actuellement prescrits pour le traitement de l'arthrite comprennent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticostéroïdes à faible dose, les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie et les nouveaux modificateurs de la réponse biologique².

Types de médicaments pour le traitement de l'arthrite

Pour les patients souffrant d'arthrite et d'affections apparentées, les *anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS) constituent la base du traitement²⁻⁴. Il existe deux catégories d'AINS : les AINS classiques et les *inhibiteurs de la COX-2*, plus récents. Les AINS classiques traitent efficacement la douleur et l'inflammation causées par l'arthrite⁵, mais leur administration à long terme peut provoquer plusieurs effets secondaires toxiques, notamment d'ordre gastro-intestinal, hépatique ou rénal, induire une insuffisance cardiaque ou avoir des effets indésirables sur les fonctions reproductives^{3,6-8}. Les inhibiteurs de la COX-2 réduisent au minimum les risques d'ulcères d'estomac associés aux AINS classiques⁹. Deux inhibiteurs de la COX-2 ont été mis sur le marché canadien en 1999 : le célécoxib (Celebrex^{MC}) et le rofécoxib (Vioxx[®]); ces deux médicaments se sont avérés aussi efficaces que les AINS classiques sur le plan de la diminution de la douleur et de l'inflammation, sans induire des effets secondaires toxiques de même gravité. Leur profil de toxicité n'est toutefois pas négligeable et fait encore l'objet d'études.

Depuis près de 50 ans, les *corticostéroïdes* ont été utilisés avec succès pour traiter les maladies rhumatismales¹⁰. Administrés par voie orale, les corticostéroïdes permettent d'atténuer temporairement les douleurs et l'inflammation articulaires et peuvent même améliorer la mobilité des articulations et leurs fonctions². Lorsque les autres options thérapeutiques n'agissent pas assez rapidement et efficacement, l'injection de corticostéroïdes directement dans l'articulation permet de réduire l'inflammation sévère et persistante. Les injections de corticostéroïdes sont assorties de moins d'effets indésirables lorsque le nombre d'injections annuelles par articulation est limité à quatre¹¹.

Les *antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM)* sont prescrits essentiellement pour prévenir la progression de la polyarthrite rhumatoïde, plutôt que pour le traitement des symptômes eux-mêmes¹. Le traitement précoce de la polyarthrite rhumatoïde par des antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie s'est révélé efficace dans la prévention de lésions articulaires et osseuses durables, qui, en l'absence de traitement, peuvent se solder par une perte de fonction^{1,12}. Les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie sont recommandés comme traitement principal de la polyarthrite rhumatoïde, bien que leurs effets secondaires graves préoccupent toujours les cliniciens.

Les *modificateurs de la réponse biologique* (médicaments biologiques) constituent une nouvelle catégorie de médicaments utilisés pour traiter des maladies inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde et pour prévenir la progression de ces maladies. Ces médicaments agissent plus rapidement que les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie : en quelques jours, les symptômes des patients s'atténuent. Trois médicaments biologiques sont disponibles actuellement au Canada : l'éta nercept (Enbrel^{MC}), l'infliximab (Remicade^{MC}) et l'anakinra (Kineret^{MC}). Les médicaments biologiques coûtent très cher toutefois; le coût total du traitement est estimé à 12 600\$ pour l'éta nercept (en dollar américains) et 18 000\$ pour infliximab¹³. Puisque ces médicaments viennent tout juste d'être mis sur le marché, nous n'avons pas de données pertinentes pouvant être incluses dans ce rapport.

Même si tous ces médicaments sont utilisés dans le traitement de l'arthrite et des affections apparentées, nombre d'entre eux sont également prescrits pour traiter d'autres pathologies. Il en va ainsi de la cyclosporine, qui était à l'origine administrée pour prévenir le rejet à la suite d'une transplantation d'organes, de la chloroquine, que l'on peut administrer pour traiter le paludisme, et du méthotrexate utilisé comme traitement anticancéreux.

Méthodes

Les médicaments prescrits dans le traitement de l'arthrite (à savoir, les grandes catégories d'AINS, les corticostéroïdes et les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie) ont été identifiés après une recension bibliographique et en consultation avec un rhumatologue et un pharmacologue. Pour la liste des noms et catégories de médicaments pris en compte dans toutes les analyses, prière de se reporter au tableau 5A-1 de l'annexe en fin de chapitre. Bien que de simples analgésiques comme l'acétaminophène (Tylenol[®]) et l'acide acétylsalicylique (Aspirine[®]) soient prescrits dans le traitement d'un vaste éventail de maladies musculo-squelettiques, ils peuvent être également administrés pour d'autres maladies non rhumatismales et leur achat ne nécessite pas d'ordonnance. En conséquence, ces médicaments n'ont pas été pris en compte dans ce rapport.

Identification numérique de la drogue (DIN)

La Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada attribue une identification numérique de drogue (DIN) à chaque médicament approuvé au Canada. Grâce à la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada, on a pu déterminer les DIN de tous les médicaments prescrits pour le traitement de l'arthrite. En plus du DIN, la base de données fournit des informations sur le produit, notamment le nom

commercial, le nom du fabricant, les ingrédients, la voie d'administration, la forme posologique, la classification thérapeutique ainsi que des renseignements sur les dimensions de l'emballage. La base de données est mise à jour chaque semaine.

Les DIN tirés de la base de données sur les produits pharmaceutiques ont été répartis dans quatre catégories : AINS classiques, inhibiteurs de la COX-2, corticostéroïdes et antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (AMEM). Les provinces participantes ont utilisé cet ensemble de DIN pour déterminer le nombre de personnes ayant obtenu une ordonnance pour ces médicaments. Pour les besoins de ce rapport, le nombre total d'ordonnances a été pris en compte, quel que soit le diagnostic correspondant, pour lequel les données n'étaient pas disponibles.

Régimes provinciaux d'assurance-médicaments

Les régimes provinciaux d'assurance-médicaments diffèrent à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne la proportion de la population qui est couverte et les médicaments qui figurent dans les formulaires respectifs. En règle générale, tous les régimes assurent les résidents de plus de 65 ans, les personnes à faible revenu (comme les bénéficiaires de l'aide sociale) et les résidents d'établissements de soins de longue durée. De plus amples renseignements sur les différents régimes figurent au tableau 5A-2 de l'annexe en fin de ce chapitre.

Pour étudier les variations provinciales dans la proportion de personnes ayant obtenu une ordonnance, il faut prendre en considération les différences entre les différents régimes provinciaux d'assurance-médicaments. Par exemple, le très faible pourcentage d'ordonnances d'inhibiteurs de la COX-2 en Colombie-Britannique est peut-être le reflet des règlements stricts auxquels le régime d'assurance-médicaments de cette province est soumis.

Les régimes provinciaux d'assurance-médicaments diffèrent également sur bien d'autres plans. Deux provinces, l'Alberta et l'Ontario, ne rapportent des données que pour les personnes de plus de 65 ans. Bien qu'Alberta Health & Wellness assure aussi d'autres populations que les personnes âgées, seules les données correspondant aux personnes âgées sont présentées ici puisqu'elles englobent la totalité de la population âgée. Les autres régimes du programme albertain ne dépendent pas, en effet, de la population. Le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario couvre en général uniquement les personnes de 65 ans et plus, et seules les données pour ce groupe d'âge étaient d'ailleurs disponibles.

Les données du Québec ne comprennent que les ordonnances délivrées à des personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de maladie musculo-squelettique au cours de l'année précédente. C'est pourquoi les données du Québec sont présentées dans un tableau distinct, puisque les autres provinces fournissent des données pour l'ensemble de leur population.

Résultats

Tendances temporelles des médicaments prescrits contre l'arthrite, selon les provinces

Les tableaux qui présentent les tendances temporelles concernant les ordonnances de médicaments pour le traitement de l'arthrite, selon les provinces, distinguent les personnes de moins de 65 ans des personnes de 65 ans et plus. La majorité des provinces ont fourni des données pour les années 1994 à 2000. Toutefois, l'Alberta n'a pas été en mesure de fournir de données sur les médicaments prescrits avant 1996, puisque l'Alberta Blue Cross, administrateur du régime d'assurance-médicaments, n'avait pas d'identificateur unique pour les patients avant cette date.

Malgré les nombreuses différences entre les régimes d'assurance-médicaments des provinces et les écarts correspondants dans le nombre réel d'ordonnances délivrées, les modes de prescription de médicaments pour le traitement de l'arthrite au fil du temps sont globalement semblables dans l'ensemble du pays.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les tendances temporelles en ce qui concerne le pourcentage de personnes ayant reçu une ordonnance d'AINS classiques sont comparables d'une province à l'autre. Les chiffres correspondants ont soit plafonné, soit légèrement diminué entre 1994 et 1998, puis ils ont enregistré une réduction plus importante entre 1998 et 2000 (figures 5-1 et 5-2). Ce récent recul s'explique très certainement par la mise sur le marché des inhibiteurs de la COX-2 au Canada, en 1999. La diminution du pourcentage de personnes à qui l'on a délivré des ordonnances d'AINS avant 1998 peut s'expliquer par la possibilité de se procurer certains AINS sans ordonnance depuis 1996.

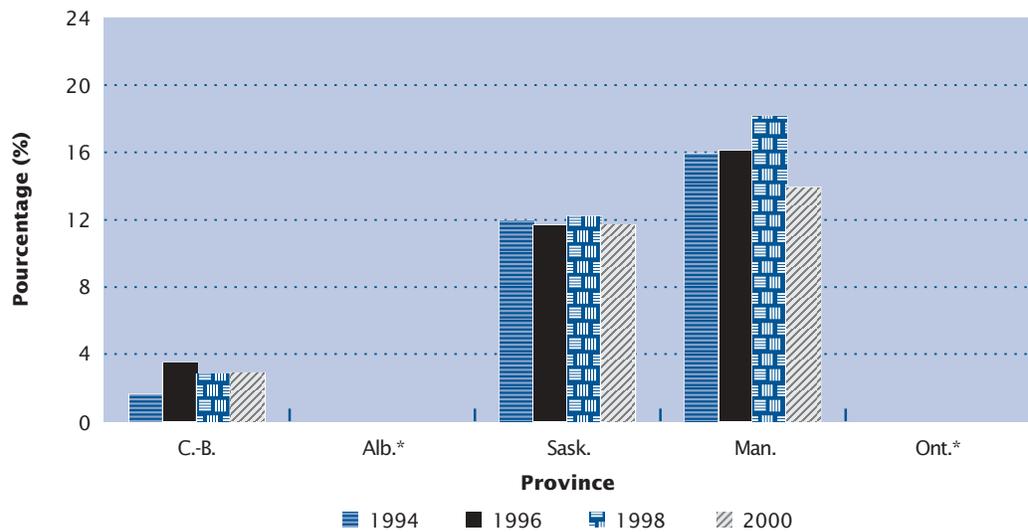
Dès que les inhibiteurs de la COX-2 ont été mis sur le marché canadien en 1999, les ordonnances délivrées pour ces médicaments ont rapidement augmenté. Le pourcentage de personnes ayant obtenu une ordonnance pour des inhibiteurs de la COX-2 a considérablement varié selon les provinces en 2000 (figure 5-3). Le taux extrêmement faible d'ordonnances d'inhibiteurs de la COX-2 en Colombie-Britannique et la légère diminution des ordonnances d'AINS classiques entre 1998 et 2000 (figure 5-2) s'expliquent par le fait que le régime d'assurance-médicaments de cette province ne rembourse les inhibiteurs de la COX-2 que dans des circonstances exceptionnelles. En vertu de ces « circonstances exceptionnelles », les inhibiteurs de la COX-2 ne sont disponibles qu'aux termes d'une autorisation spéciale pour les patients pour qui l'acétaminophène, l'aspirine entéro-soluble, le naproxène, l'ibuprofène et au moins trois autres AINS remboursés ne sont pas efficaces ou provoquent des effets indésirables.

En Saskatchewan également, ce n'est que depuis le milieu de l'année 2000 que les inhibiteurs de la COX-2 sont remboursés sans restriction. Avant cette date, les inhibiteurs de la COX-2 ne pouvaient être prescrits que si le médecin en faisait la demande explicite et que le régime provincial d'assurance-médicaments donnait son autorisation.

Corticostéroïdes

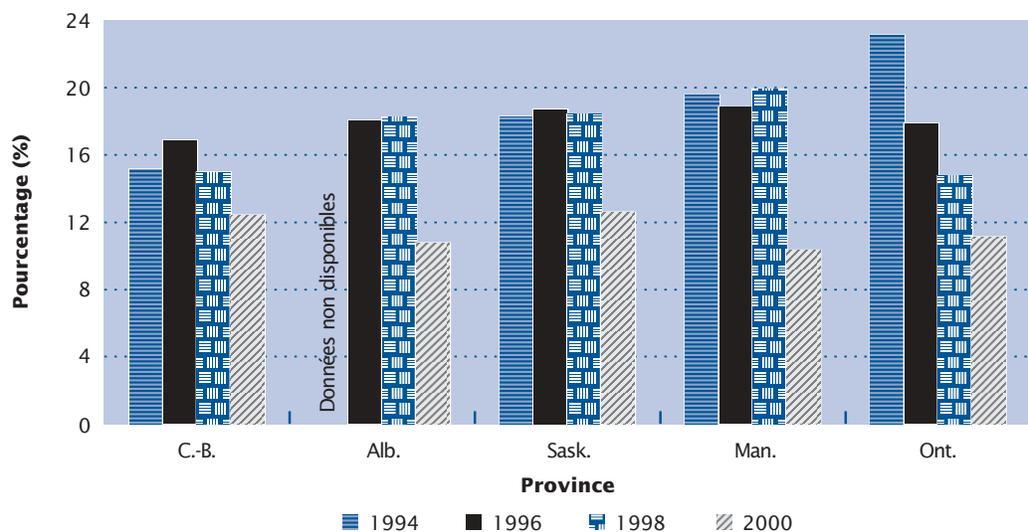
Le pourcentage de personnes de moins de 65 ans à qui l'on a délivré une ordonnance de corticostéroïdes a très peu changé entre 1994 et 2000 (figure 5-4). Sauf en Colombie-Britannique, le pourcentage chez les plus de 65 ans a légèrement augmenté entre 1994 et 1998 (figure 5-5). Entre 1998 et 2000, ces chiffres ont diminué ou sont restés relativement constants dans toutes les provinces.

Figure 5-1 Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance d'AINS classiques dans cinq provinces, Canada, 1994-2000



* Non inscrit sur le formulaire des médicaments.

Figure 5-2 Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'AINS classiques dans cinq provinces, Canada, 1994-2000



Antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie

Malgré des différences dans les régimes provinciaux d'assurance-médicaments, les tendances en matière de prescriptions d'antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie sont restées remarquablement semblables au fil du temps, d'une province à l'autre. Entre 1994 et 2000, dans tous les groupes d'âge, le pourcentage de personnes à qui l'on a délivré une ordonnance d'antirhumatisme modifiant l'évolution de la maladie (AMEM) a augmenté régulièrement (figures 5-6 et 5-7). L'augmentation relativement importante observée dans les taux de l'Ontario entre 1996 et 1998 est peut-être le résultat de l'ins-

Figure 5-3 Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'inhibiteurs de la COX-2 dans cinq provinces, Canada, 2000

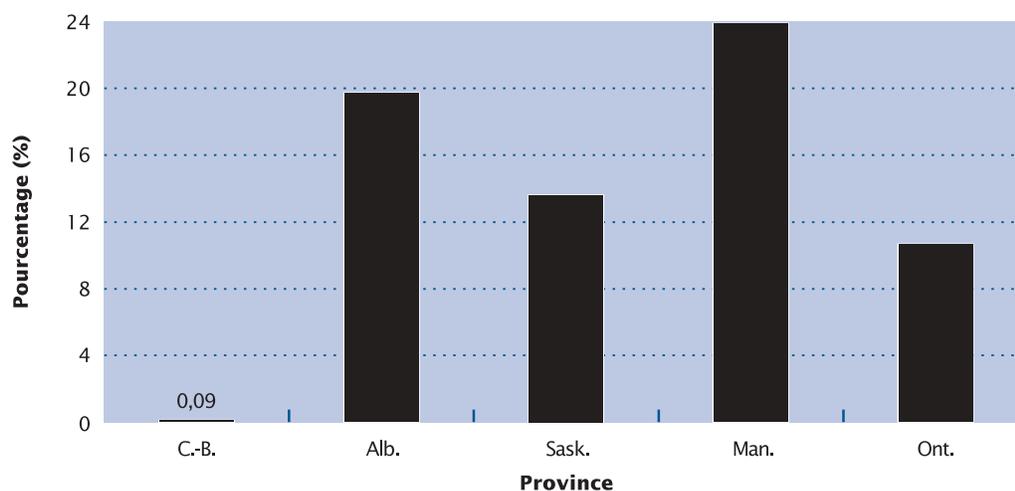
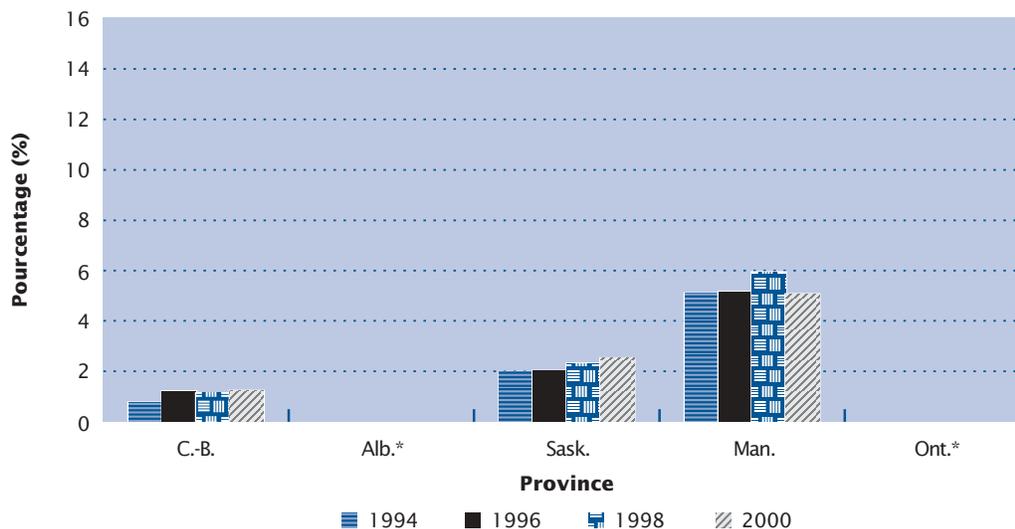
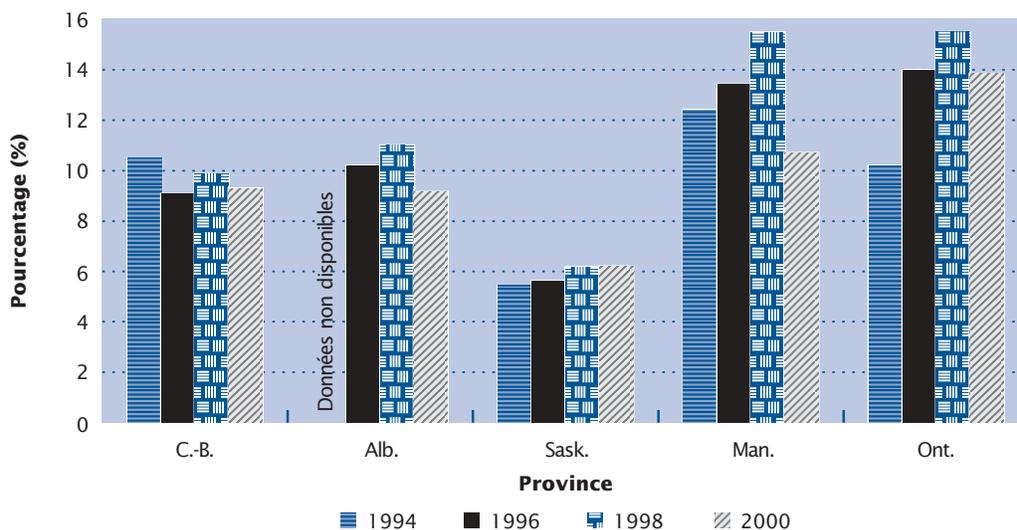


Figure 5-4 Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance de corticostéroïdes dans cinq provinces, Canada, 1994-2000



* Non inscrit sur le formulaire des médicaments.

Figure 5-5 Pourcentage de personnes de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance de corticostéroïdes dans cinq provinces, Canada, 1994-2000

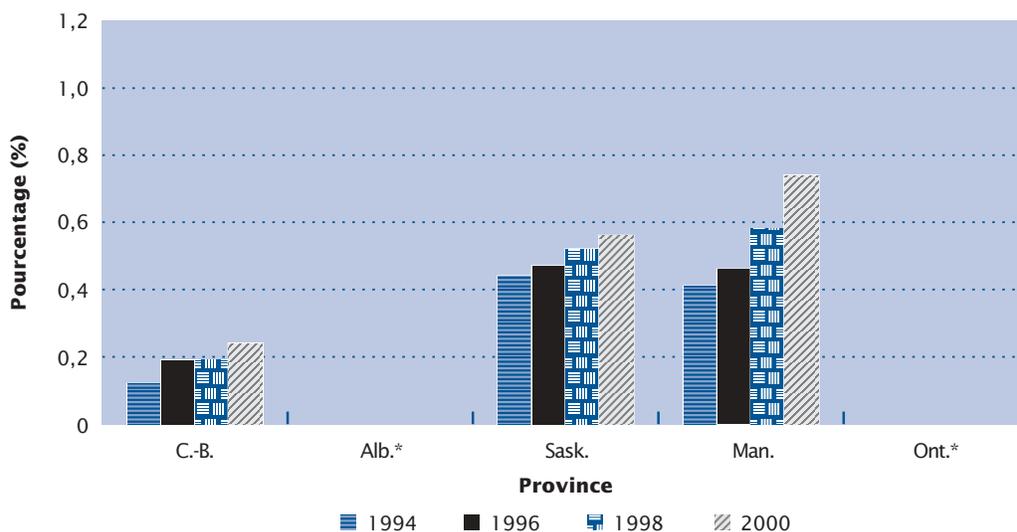


cription du médicament le plus fréquemment prescrit à ce chapitre (le méthotrexate) sur le formulaire de la province en 1997.

Ordonnances et diagnostics apparentés

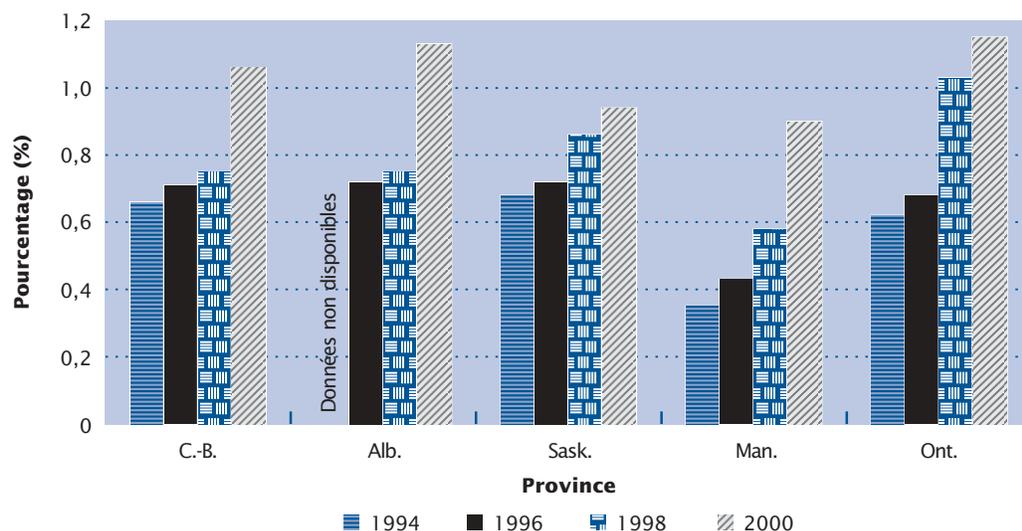
Contrairement aux autres provinces, le Québec a fourni des données sur les ordonnances uniquement pour les personnes qui avaient fait l'objet d'un diagnostic de maladie musculo-squelettique au cours de l'année précédente.

Figure 5-6 Pourcentage de personnes âgées de 15 à 64 ans à qui l'on a délivré une ordonnance d'AMEM dans cinq provinces, Canada, 1994-2000



* Non inscrit sur le formulaire des médicaments.

Figure 5-7 Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à qui l'on a délivré une ordonnance d'AMEM dans cinq provinces, Canada, 1994-2000



En 1998, plus de 220 000 ordonnances d'AINS ont été délivrées au Québec pour des personnes qui avaient fait l'objet d'un diagnostic de maladie musculo-squelettique au cours de l'année précédente. Les AINS classiques qui englobent l'ibuprofène (médicament fréquemment prescrit) sont indiqués pour traiter un vaste éventail de maladies ostéo-articulaires douloureuses comme la fibrosite, la synovite et l'arthrite traumatique, dont la plupart figurent dans la catégorie « toute autre arthropathie ». Les corticostéroïdes sont aussi largement prescrits dans le traitement des douleurs articulaires et ils ont été prescrits à plus de 46 000 personnes (38 %) au Québec souffrant d'arthrose ou de polyarthrite rhumatoïde. Sur les 10 711 ordonnances d'AMEM délivrées aux personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de maladie musculo-squelettique au Québec, plus des trois quarts ont été prescrits à des sujets souffrant d'arthrose (16, %) ou de polyarthrite rhumatoïde (58,5 %).

Tableau 5-1 Nombre et pourcentage d'AINS, de corticostéroïdes et d'AMEM prescrits à des personnes ayant fait l'objet d'au moins un diagnostic de maladie musculo-squelettique au cours de l'année précédente, Québec, 1998

	Nombre d'ordonnances délivrées pour les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic d'affection musculo-squelettique pendant l'année précédente	Pourcentage d'ordonnances délivrées pour les personnes atteintes d'une maladie musculo-squelettique précise		
		Arthrose	Polyarthrite rhumatoïde	Toute autre arthropathie
AINS	220 020	23,4	4,5	50,5
Corticostéroïdes	123 382	29,8	8,2	45,7
AMEM	10 711	16,9	58,5	17,3

Source : Données sur les médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Discussion

Puisqu'il n'y a aucun moyen de guérir l'arthrite, les traitements médicamenteux actuels tentent d'atténuer les douleurs, de préserver les articulations et de limiter la progression de la maladie en atténuant l'inflammation. Le chapitre 5 a abordé trois des quatre grandes catégories de médicaments prescrits pour le traitement de l'arthrite : AINS (classiques et inhibiteurs de la COX-2), corticostéroïdes et AMEM. La quatrième catégorie, les médicaments biologiques, est toute nouvelle. Selon les recherches préliminaires, les médicaments biologiques pourraient interrompre la progression de la polyarthrite rhumatoïde et d'autres formes d'arthrite inflammatoire.

De nouveaux médicaments pour le traitement de l'arthrose, notamment des médicaments pour prévenir la progression du stade précoce de la maladie ainsi que des médicaments qui modifient son évolution, se profilent à l'horizon. La disponibilité de ces médicaments augmentera le nombre de personnes pour qui un traitement médicamenteux sera approprié. Actuellement, seule une petite proportion de personnes souffrant d'arthrose se voit recommander des médicaments sur ordonnance comme traitement principal.

Le chapitre 5 a présenté des données sur les modes de prescription de médicaments pour le traitement de l'arthrite dans cinq provinces canadiennes. Ces tendances ont évolué au fil du temps et selon les provinces. Les augmentations ou diminutions dans le nombre d'ordonnances délivrées peuvent être le résultat de changements dans les formulaires des régimes provinciaux d'assurance-médicaments. Ces différences provinciales soulèvent des questions concernant l'égalité de l'accès, en regard de l'âge et de la disponibilité des médicaments. Les données présentées dans ce chapitre sont tirées de l'analyse des bases de données des régimes provinciaux d'assurance-médicaments. De nombreuses personnes peuvent bénéficier d'assurance privée par l'entremise de leur employeur. De même, il se peut que certains médicaments soient prescrits à certaines personnes et que celles-ci paient de leur poche.

Le pourcentage de personnes ayant obtenu une ordonnance d'AMEM, prescrit dans le cadre du traitement principal de la polyarthrite rhumatoïde, a augmenté régulièrement au fil du temps¹⁴. Néanmoins, le taux global de délivrance de ces médicaments est bien inférieur à la prévalence estimée de la polyarthrite rhumatoïde. Dans chacune des provinces examinées, le pourcentage de la population de 65 ans et plus à qui on a délivré une ordonnance d'AMEM en 2000 est deux fois moins important que la prévalence estimée de la polyarthrite rhumatoïde dans ce groupe d'âge¹⁵.

L'efficacité des nouveaux médicaments prescrits pour le traitement de l'arthrite, comme les produits biologiques, a considérablement augmenté ces derniers temps. Cette augmentation s'est accompagnée d'une hausse sans commune mesure du coût de ces médicaments. En Ontario, par exemple, les médicaments prescrits pour le traitement de l'arthrite ont coûté plus de 70 millions de dollars en 2000, soit près du double du coût enregistré en 1999 (37 millions de dollars environ). Les nouveaux médicaments biologiques accentueront cette tendance.

En 1998, le fardeau économique total de l'arthrite et du rhumatisme au Canada a été évalué à 4,4 milliards de dollars. Les coûts économiques directs (hospitalisations et médicaments)

étaient bien inférieurs aux coûts indirects correspondant aux pertes de salaires et de productivité pour cause d'invalidité^{13,16}. En fait, le coût total des médicaments, y compris la prise en charge de leurs effets toxiques, ne représente que 15 % à 20 % des coûts directs de l'arthrite^{13,16}. Compte tenu du fardeau économique considérable que l'arthrite fait peser sur la société canadienne, les traitements médicamenteux ont le pouvoir de procurer un bénéfice économique important^{16,17}, surtout s'ils peuvent réduire les coûts associés aux invalidités, aux pertes de productivité et à la mortalité prématurée.

Quelles que soient les différences provinciales, ce rapport révèle que la prise en charge de l'arthrite au moyen des médicaments a changé au cours des dix dernières années. À la date de publication de ce rapport, on ne disposait pas de données sur les tout nouveaux modificateurs de la réponse biologique, conçus spécifiquement pour le traitement de l'arthrite.

Implications

Ce chapitre a mis en lumière des variations provinciales dans la prescription de médicaments pour le traitement de l'arthrite.

L'accès aux médicaments qui permettent de prévenir efficacement les lésions articulaires est essentiel. Ces médicaments comprennent les AMEM, ainsi que les nouveaux médicaments biologiques.

Les médicaments ont le pouvoir d'alléger les coûts sociaux et économiques à long terme de l'arthrite et des invalidités qui lui sont apparentées. En évaluant leur efficacité grâce à l'analyse pharmaco-économique des nouveaux médicaments contre l'arthrite, on pourra réaliser ce potentiel.

La surveillance de l'arthrite et des affections apparentées devrait englober la surveillance des changements dans l'état de santé et dans l'utilisation des soins de santé en rapport avec les traitements médicamenteux. Cette surveillance devrait prendre en considération les effets indésirables et les bienfaits potentiels comme les changements dans la mortalité ou les hospitalisations pour saignements gastro-intestinaux depuis la mise sur le marché des inhibiteurs de la COX-2.

Pour les besoins de la future surveillance, on sera mieux en mesure d'étudier le mode de prescription de médicaments pour les maladies comme l'arthrite et les affections apparentées si l'on établit un lien entre les données sur les ordonnances et les diagnostics des patients.

Chapitre 5

Annexe méthodologique

Tableau 5A-1 Catégories de médicaments

Catégorie de médicaments	Médicaments inclus dans chaque catégorie	
AINS		
<i>classiques</i>	Diclofénac Diflunisol Étodolac Fénoprophène Flurbiprofène Ibuprofène Indométhacine Kétoprophène Kétorolac	Acide méfénamique Nabumétone Naproxène Oxaprozine Piroxicam Sulindac Ténoxycam Acide tiaprofénique Tolmétine
<i>Inhibiteurs de la COX-2</i>	Célécoxib	Rofécoxib
Corticostéroïdes	Bétaméthasone Cortisone Dexaméthasone Hydrocortisone	Méthylprednisolone Prednisone Prednisolone Triamcinolone
AMEM	Auranofine Aurothioglucose Azathioprine Chloroquine Cyclosporine Sulfate d'hydroxychloroquine	Leflunomide Méthotrèxate Aurothiomalate sodique D-pénicillamine Sulfasalazine

Remarque : Les médicaments énumérés ci-dessus font l'objet d'une prise en charge différente selon la province.

Tableau 5A-2 Particularités des régimes provinciaux d'assurance-médicaments en janvier 2003

Provinces	Assurés
Colombie-Britannique	Personnes de 65 ans et plus. Résidents d'un établissement agréé de soins de longue durée. Résidents admissibles aux prestations de la Colombie-Britannique (aide sociale). Personnes atteintes de maladies chroniques (inscrites, par exemple, dans une clinique provinciale de traitement de la fibrose kystique). Familles à faible revenu. Résidents de la province de moins de 65 ans inscrits au Medical Services Plan of British Columbia (dès lors que la franchise a été satisfaite). Enfants admissibles aux prestations médicales ou aux prestations complètes du At Home Program du Ministry for Children and Family Development. Clients admissibles aux prestations par le biais d'un établissement de santé mentale. Les personnes âgées contribuent jusqu'à 200 \$ à 275 \$ selon leur revenu, alors que les autres familles sont assurées contre les frais de médicaments « à coûts prohibitifs » de plus de 2 000 \$ par an.
Alberta	Résidents de l'Alberta de 65 ans et plus. Tous les bénéficiaires âgés de 55 à 64 ans de l'Alberta Widows' Pension et les personnes à leur charge. Les assurés prennent 30 % des frais à leur charge, jusqu'à concurrence de 25 \$ par médicament prescrit (quelques exceptions existent pour les personnes à faible revenu).
Saskatchewan	Tous les résidents de la Saskatchewan sont admissibles au Saskatchewan Prescription Drug Plan, à l'exception de ceux dont les frais de médicaments sont pris en charge par le gouvernement fédéral (Indiens inscrits, par exemple).
Manitoba	Tous les résidents du Manitoba, quel que soit leur âge, dont le revenu est sérieusement affecté par des frais élevés de médicaments; la couverture dépend du revenu total de la famille et du coût des médicaments admissibles prescrits.

Ontario	Personnes de 65 ans et plus. Résidents d'établissements de soins de longue durée. Résidents d'établissements de soins spécialisés. Personnes bénéficiant de services professionnels en vertu du programme de soins à domicile. Bénéficiaires de l'aide sociale (aide sociale générale ou programme de prestations familiales).
Quebec	Personnes de 65 ans et plus. Personnes de moins de 65 ans non couvertes par un régime collectif et non bénéficiaires de l'aide sociale.

Bibliographie

1. Russell A, Haraoui B, Keystone E, Klinkhoff A. *Current and emerging therapies for rheumatoid arthritis, with a focus on Infliximab: clinical impact on joint damage and cost of care in Canada*. *Clinical Therapeutics* 2001;23(11):1824-38.
2. Schiff M. *Emerging treatments for rheumatoid arthritis*. *Am J Med* 1997;102(suppl 1A):11S-15S.
3. Silverstein FE, et al. *Gastrointestinal toxicity with Celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis; the CLASS study: a randomized control trial*. *JAMA* 2000;284(10):1247-55.
4. Osiri M, Moreland LW. *Specific cyclooxygenase 2 inhibitors: a new choice of nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy*. *Arthritis Care Res* 1999;12(5):351-62.
5. Everts B, Wahrborg P, Hedner T. *COX-2-specific inhibitors - the emergence of a new class of analgesic and anti-inflammatory drugs*. *Clin Rheumatol* 2000;19:331-43.
6. FitzGerald GA, Patrono C. *The Coxibs, selective inhibitors of Cyclooxygenase-2*. *N Engl J Med* 2001;345(6):433-42.
7. Hernandez-Diaz S, Garcia-Rodriguez LA. *Epidemiological assessment of the safety of conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs*. *Am J Med* 2001;110(3A):20S-27S.
8. Lisse J, Espinoza L, Zhao SA, Dedhiya SD, Osterhaur JT. *Functional status and health-related quality of life of elderly ostererarthritic patients treated with Celecoxib*. *J Gerontol* 2001;56A(3):M167-M175.
9. Cannon GW, Breedveld FC. *Efficacy of cyclooxygenase-2-specific inhibitors*. *Am J Med* 2001;110(3A):6S-12S.
10. Neeck G. *Fifty years of experience with cortisone therapy in the study and treatment of rheumatoid arthritis*. *Ann N Y Acad Sci* 2002;966:28-38.
11. Caldwell JR. *Intra-articular corticosteroids. Guide to selection and indication for use*. *Drugs* 1996;52(4):507-14.
12. Quinn MA, Conaghan PG, Emery P. *The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: What is the evidence?* *Rheumatology* 2001;40:1211-20.
13. Maetzel A, Strand V, Tugwell P, Wells G, Bombardier C. *Cost effectiveness of adding Leflunomide to a 5-year strategy of conventional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum* 2002;47(6):655-61.
14. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. *Guidelines for the management of rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum* 1996;39:713-22.
15. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. *Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States*. *Arthritis Rheum* 1998;41(5):778-99.
16. Tugwell P. *Pharmacoeconomics of drug therapy for rheumatoid arthritis*. *Rheumatology* 2000;39(Suppl 1):43-47.
17. Callahan LF. *The burden of rheumatoid arthritis: facts and figures*. *J Rheumatol* 1998;25(Suppl 53):8.

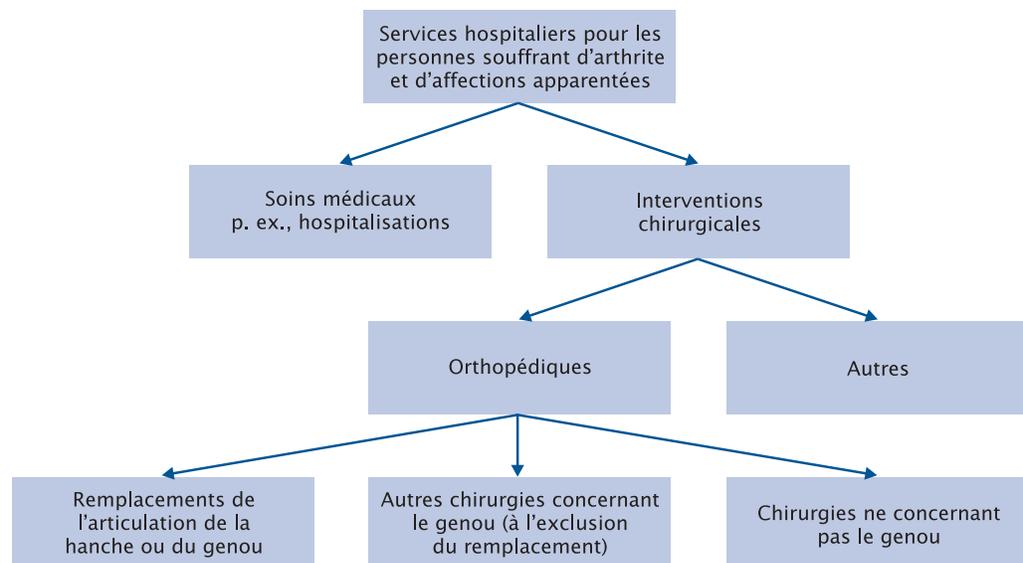
Services hospitaliers

Deborah Shipton, Nizar Mohammed, Kinga David, Elizabeth Badley

Introduction

Si la plupart des personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées sont traitées dans des services de soins ambulatoires, certaines doivent être hospitalisées et (ou) subir une intervention chirurgicale (figure 6-1).

Figure 6-1 Services hospitaliers pour les personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées



Soins hospitaliers

Les personnes souffrant d'arthrite sont plus souvent hospitalisées que celles qui ne sont pas touchées par cette maladie¹⁻³, que ce soit pour des motifs chirurgicaux ou non. Les hospitalisations non chirurgicales, ou hospitalisations à caractère médical, sont parfois nécessaires pour la prise en charge des conséquences non articulaires de l'arthrite, des douleurs et des incapacités qu'elle cause ou des effets secondaires des médicaments administrés pour son traitement, comme les complications gastro-intestinales. En l'absence de données sur les établissements de soins de longue durée, qui accueillent

souvent des patients en réadaptation après une intervention chirurgicale, cet aspect n'est pas abordé dans le présent chapitre.

Interventions chirurgicales

La chirurgie orthopédique est le type d'intervention chirurgicale le plus fréquent en cas d'arthrite. Elle constitue une option valable lorsque les tentatives de prise en charge non chirurgicale n'ont pas permis de prévenir les lésions articulaires ou les douleurs. Pratiquement toutes les interventions chirurgicales évoquées dans ce chapitre sont facultatives ou effectuées de manière non urgente. Le présent chapitre ne traite pas des interventions chirurgicales supplémentaires que doivent subir les sujets souffrant d'arthrite en raison d'autres états comorbides.

Chirurgie orthopédique en rapport avec l'arthrite

Les interventions chirurgicales à caractère orthopédique qui concernent les articulations vont de la fusion des articulations du poignet au remplacement total de l'articulation du genou. La liste des chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite (qui recense plus de 100 interventions différentes) a été scindée en trois groupes, en fonction de la fréquence des interventions :

Remplacements articulaires – Primaires et révisions

Le remplacement d'une articulation peut améliorer les capacités fonctionnelles des sujets souffrant d'arthrite avancée et atténuer leurs douleurs. Les articulations les plus souvent remplacées sont celles du genou et de la hanche, mais il arrive parfois que l'on remplace celles de l'épaule, du coude et des doigts. Cette catégorie englobe les révisions de remplacements articulaires antérieurs.

Chirurgies du genou (à l'exclusion du remplacement du genou)

Les chirurgies du genou englobent toutes les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite qui concernent le genou et visent à atténuer les douleurs ou à rétablir les capacités fonctionnelles du sujet, à l'exclusion du remplacement du genou. La plupart des chirurgies du genou concernent les sujets atteints d'arthrite précoce ou victimes d'une blessure au genou et sont destinées à prévenir toute détérioration et éventuelle invalidité. Les chirurgies du genou sont effectuées dans des services de soins ambulatoires ou dans le cadre d'une hospitalisation. La vaste majorité des chirurgies ambulatoires sont des *chirurgies arthroscopiques* qui se font par voie intra-articulaire au moyen d'une caméra miniaturisée. Les chirurgies exigeant une hospitalisation, ou *autres chirurgies du genou*, nécessitent souvent une chirurgie ouverte. Même si de nombreuses chirurgies du genou peuvent se faire des deux manières évoquées ci-dessus, la chirurgie arthroscopique gagne la faveur des chirurgiens, car elle s'accompagne d'un moins grand nombre de complications, écourte le temps de réadaptation et peut être effectuée en ambulatoire.

Autres chirurgies orthopédiques

Il s'agit des chirurgies qui concernent la colonne vertébrale et d'autres parties du corps. La *chirurgie vertébrale* permet de traiter la dégénérescence de la colonne vertébrale causée

par l'arthrite. Les *autres chirurgies* englobent toutes les autres chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite comme la fusion d'articulations instables (arthrodèse), la section d'une partie d'os pour modifier l'axe d'un membre (ostéotomie), l'arthroscopie diagnostique, la synovectomie et l'excision d'articulations autres que celle du genou. La plupart de ces interventions peuvent se faire par voie arthroscopique.

Sources des données

Les données présentées dans ce chapitre proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Alors que des informations complètes sur les hospitalisations à caractère médical et les interventions chirurgicales chez les patients hospitalisés sont disponibles dans toutes les provinces depuis 1994, les données sur les interventions chirurgicales en ambulatoire n'ont pas toujours été disponibles à l'échelon national. Seules les données de certaines provinces ont donc pu être utilisées. L'équipe chargée du rapport du Registre canadien des remplacements articulaires à l'ICIS a analysé les données sur les remplacements de hanche et de genou.

Arthrite et diagnostics apparentés

Dans la plupart des provinces, jusqu'à 16 affections médicales par patient ont été consignées. Seules les hospitalisations ou interventions concernant les sujets porteurs d'au moins un diagnostic d'arthrite ou diagnostic apparenté ont été prises en compte dans ce chapitre. (Voir la liste du tableau 6A-1 de l'annexe méthodologique en fin de chapitre.)

Chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite ou une affection apparentée

Seules les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite ont été prises en compte dans ce chapitre (tableau 6A-2 de l'annexe méthodologique) et celles-ci ont été regroupées selon leur fréquence.

Résultats

Hospitalisations

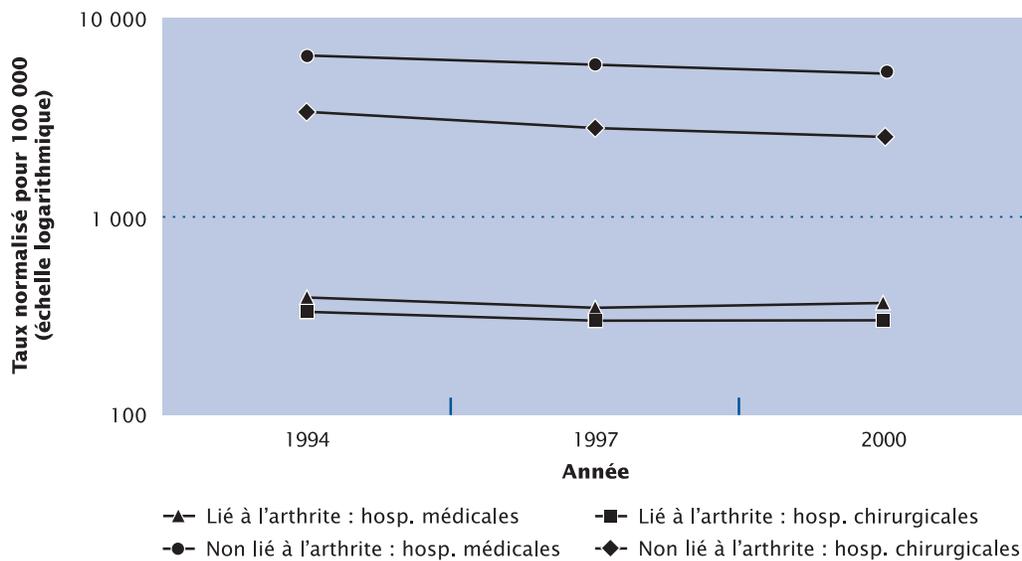
Parmi les 2,3 millions d'hospitalisations de personnes de 15 ans et plus recensées au Canada en 2000, 200 000 (9 %) étaient en rapport avec l'arthrite ou une affection apparentée. Sept pour cent des 1,5 million d'hospitalisations à caractère médical et 11 % des 800 000 hospitalisations pour chirurgie signalaient l'arthrite parmi les 16 diagnostics associés à l'hospitalisation.

Entre 1994 et 2000, le taux d'hospitalisations pour des raisons médicales et chirurgicales en rapport ou non avec l'arthrite a diminué. Les hospitalisations n'ayant aucun rapport avec l'arthrite ont affiché une plus grande baisse que les hospitalisations en rapport avec l'arthrite (respectivement 20 % et 8 %) (figure 6-2). Cette tendance est vraisemblablement le résultat des changements apportés à la prestation des soins depuis dix ans⁴, marqués par le passage aux soins ambulatoires dans le but de réduire les coûts. Les améliorations apportées aux traitements pharmacologiques et chirurgicaux de l'arthrite peuvent aussi

expliquer une partie de la diminution des hospitalisations pour la prise en charge des conséquences médicales de cette maladie.

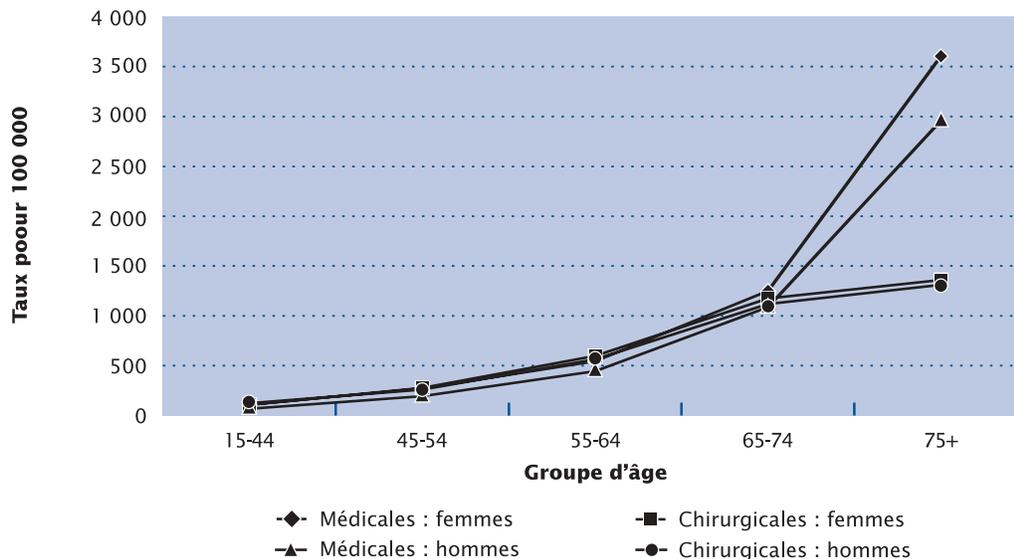
Le taux d'hospitalisations des sujets souffrant d'arthrite ou d'affections apparentées a augmenté avec l'âge, et a affiché une croissance beaucoup plus marquée dans le groupe le plus âgé au chapitre des hospitalisations médicales, par rapport aux hospitalisations chirurgicales (figure 6-3); ce taux a été légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Figure 6-2 Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge et le sexe, par diagnostic, Canada, 1994-2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

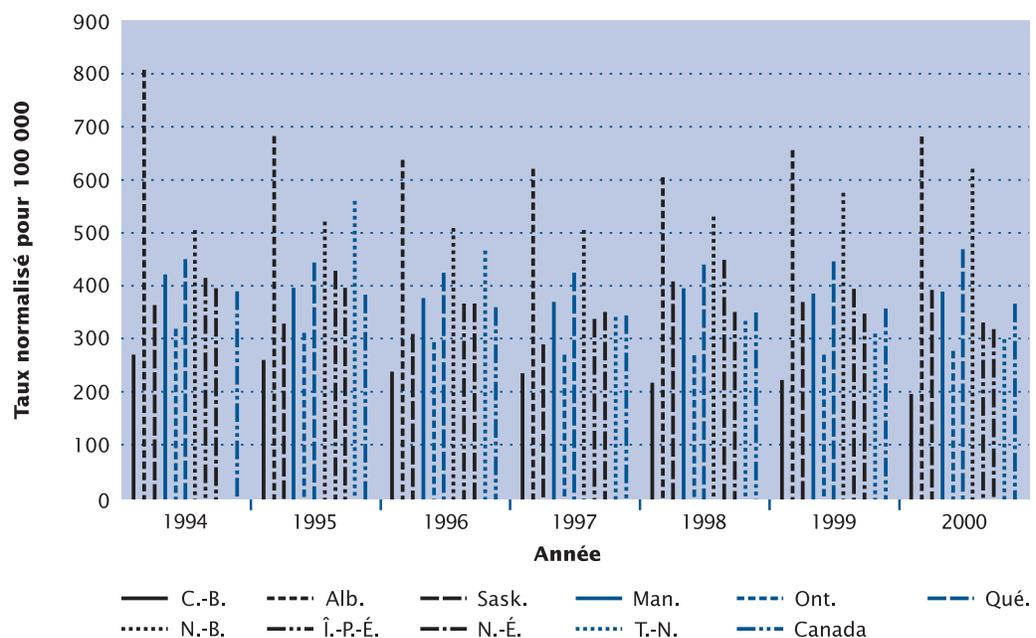
Figure 6-3 Taux d'hospitalisations en rapport avec l'arthrite pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Le taux d'hospitalisations à caractère médical parmi les personnes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées variait sensiblement selon les provinces en 2000 (figure 6-4). C'est en Alberta que le taux était le plus élevé et en Colombie-Britannique qu'il était le plus faible. Même si le taux canadien d'hospitalisations médicales a diminué entre 1994 et 2000, les taux provinciaux ont augmenté au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Saskatchewan, alors que les taux enregistrés dans les autres provinces sont restés stables, ou ont baissé. Les taux d'hospitalisations chirurgicales ont également varié selon les provinces, quoique les tendances diffèrent de celles relatives aux hospitalisations médicales.

Figure 6-4 Taux d'hospitalisations médicales pour 100 000, normalisé selon l'âge et le sexe, des personnes souffrant d'une affection en rapport avec l'arthrite, par province, Canada, 1994-2000



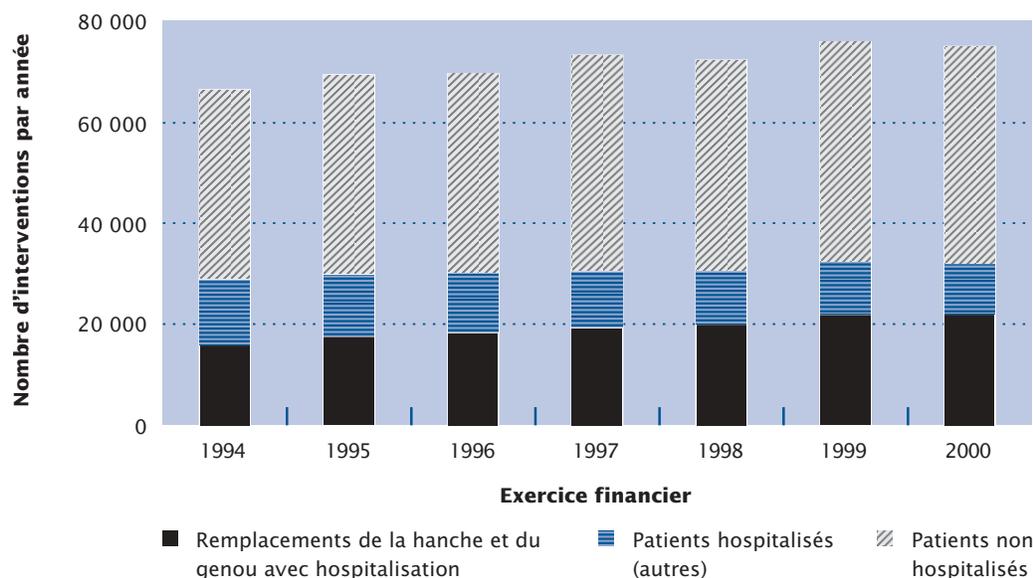
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)

Chirurgies orthopédiques

Depuis 1994, le taux de certaines chirurgies orthopédiques pour l'arthrite et les affections apparentées est resté sous la barre des 500 adultes pour 100 000 au Canada. La stabilité du taux de chirurgies orthopédiques par habitant pendant la période étudiée dissimule une augmentation de 13 % du nombre absolu de chirurgies pratiquées, augmentation qui concerne tout à la fois les chirurgies ambulatoires et les chirurgies nécessitant une hospitalisation (figure 6-5).

Le nombre de remplacements de hanche et de genou nécessitant une hospitalisation a augmenté de façon marquée. Puisque cette augmentation a été partiellement compensée par une diminution du nombre de toutes les autres interventions nécessitant une hospitalisation, le nombre total de chirurgies chez des patients hospitalisés n'a augmenté que de 10 %. Le nombre de chirurgies chez des patients non hospitalisés a également

Figure 6-5 Nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite chez des patients hospitalisés et non hospitalisés pour l'arthrite, dans certaines provinces*, Canada, 1994-2000



N.-B., Ont. et c.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDCP)

augmenté d'un peu plus de 10 %, ce qui peut s'expliquer par l'augmentation du recours à l'arthroscopie, moins invasive, pour de nombreuses interventions, dont l'excision. Le recours à la chirurgie arthroscopique, le cas échéant, plutôt qu'à une chirurgie ouverte, réduit non seulement le temps de récupération, mais aussi les frais médicaux associés aux soins post-opératoires.

En 2000, les interventions chirurgicales les plus fréquentes en rapport avec l'arthrite effectuées au Canada ont été les arthroscopies du genou, suivies des remplacements de genou et de hanche (figure 6-6).

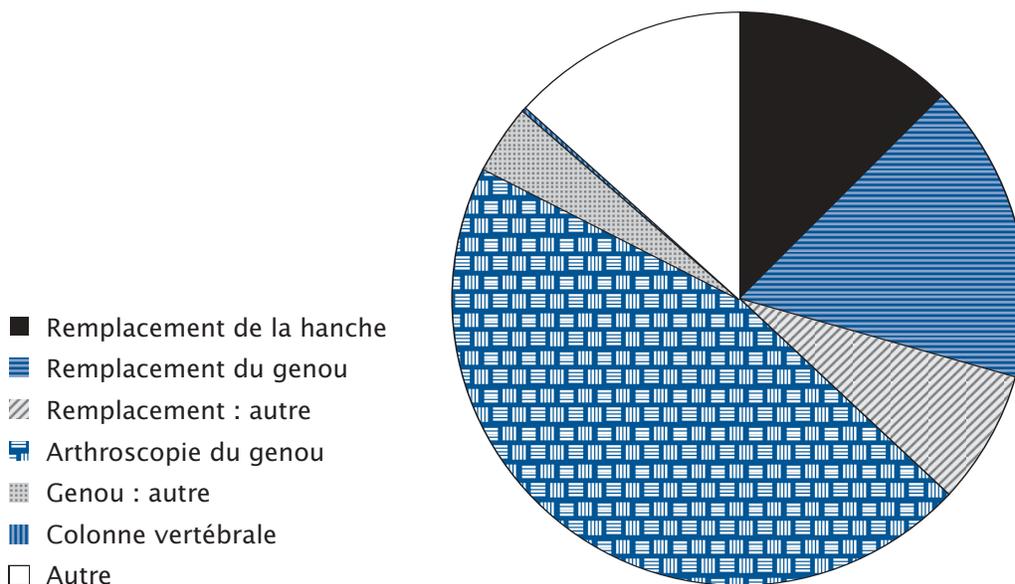
Remplacements de la hanche et du genou

Depuis 1994, le nombre et le taux de remplacements de la hanche et du genou concernant des sujets souffrant d'arthrite et d'affections apparentées ont affiché une augmentation marquée. Le taux de remplacements du genou a progressé de 36 % (passant de 47 à 65 pour 100 000 habitants) et le taux de remplacements de la hanche a augmenté pour sa part de 10 % (passant de 43 à 47 pour 100 000 habitants) (figures 6-7 et 6-8).

En 2000, le taux de remplacements du genou et de la hanche en rapport avec l'arthrite a été plus élevé chez les femmes que chez les hommes, surtout pour les remplacements du genou. Depuis 1994, toutefois, le taux d'augmentation de ces interventions pour les deux sexes a été comparable.

Le taux de remplacements de la hanche et du genou au Canada a augmenté avec l'âge en 2000, pour culminer dans le groupe d'âge 75-84 ans (figures 6-9 et 6-10). Du fait de la pyramide des âges dans la population canadienne, les adultes âgés de 65 à 74 ans sont ceux qui ont bénéficié du plus grand nombre de remplacements de hanche et de genou.

Figure 6-6 Nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite dans certaines provinces*, Canada, 2000

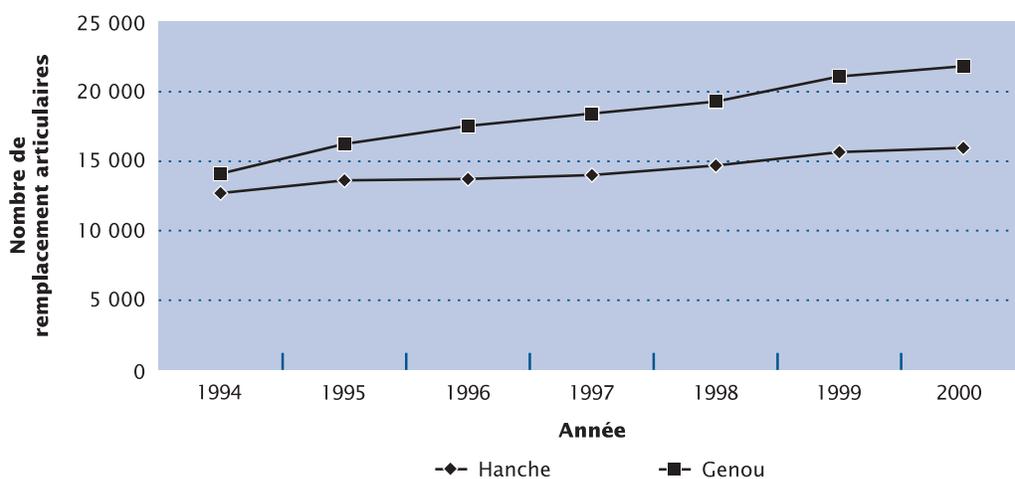


* Toutes les provinces sauf l'Alberta, le Manitoba et le Québec

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDCP)

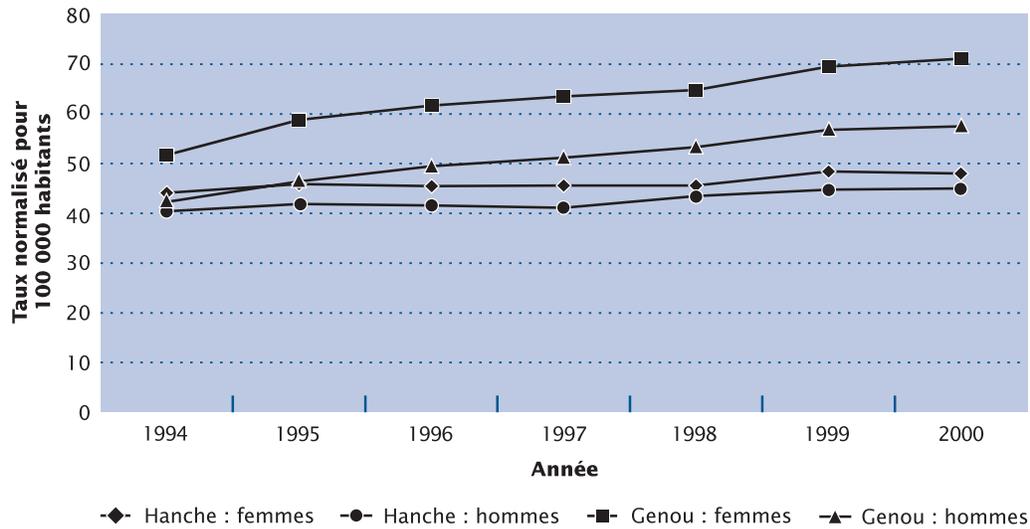
Les taux de remplacements de la hanche et du genou ont varié considérablement d'une province à l'autre en 1994 et 2000 (tableau 6-1). Les taux enregistrés en Alberta et en Saskatchewan sont systématiquement plus élevés qu'ailleurs au Canada, alors qu'au Québec et à Terre-Neuve, ils figurent parmi les plus faibles. Les taux enregistrés au Manitoba sont ceux qui ont affiché l'augmentation la plus remarquable entre les deux années.

Figure 6-7 Nombre d'interventions pour le remplacement total de la hanche et du genou pour 100 000 habitants, Canada, 1994-2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

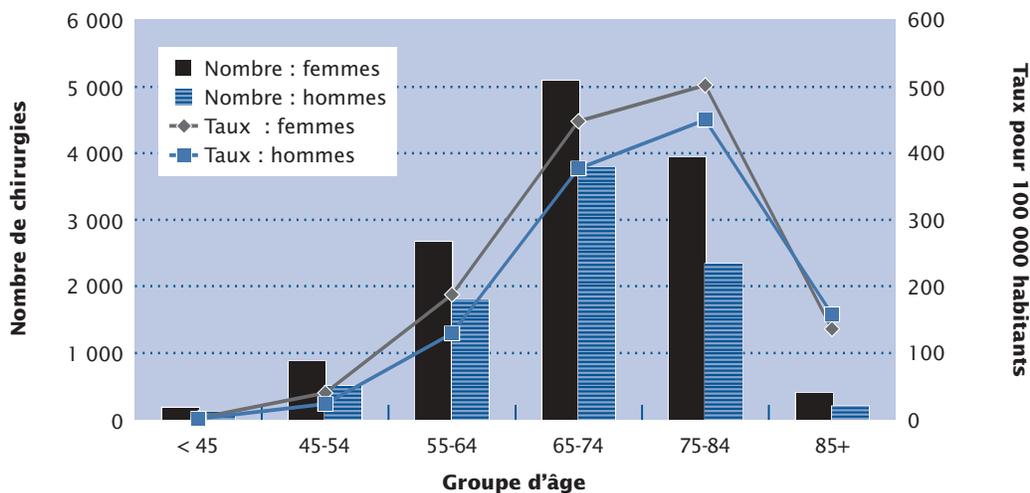
Figure 6-8 Remplacement total de la hanche ou du genou : taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants, selon le sexe, Canada, 1994-2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

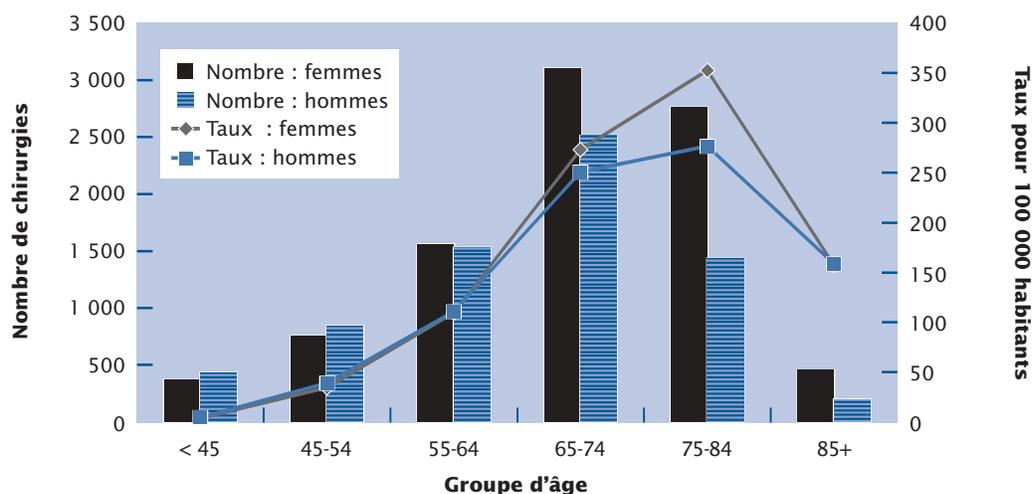
La durée moyenne des hospitalisations pour les remplacements de la hanche a été légèrement plus longue que celle pour les remplacements du genou, ce qui témoigne vraisemblablement du caractère beaucoup plus « routinier » des remplacements du genou. La durée moyenne de l'hospitalisation a été plus longue chez les femmes que chez les hommes, pour les remplacements de la hanche et du genou (figure 6-11). Les résultats antérieurs avaient démontré que les femmes étaient plus handicapées au moment de l'intervention chirurgicale et avaient besoin de plus d'aide pour l'accomplissement des activités quotidiennes, essentiellement parce qu'elles étaient plus nombreuses à vivre

Figure 6-9 Remplacement total du genou : nombre et taux brut pour 100 000 habitants, selon l'âge, Canada, 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Figure 6-10 Remplacement total de la hanche : nombre et taux brut pour 100 000 habitants, selon l'âge, Canada, 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

seules. Ces résultats peuvent expliquer le fait que les hospitalisations chez les femmes sont plus longues que chez les hommes.

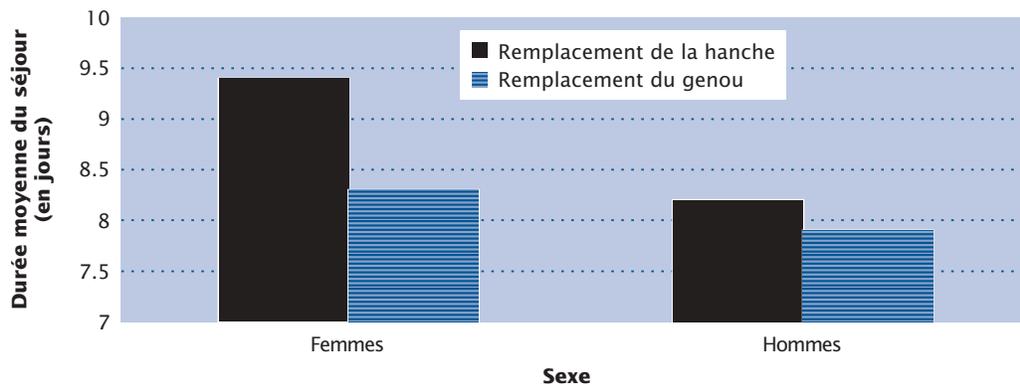
La durée moyenne du séjour hospitalier pour un remplacement total de la hanche ou du genou a varié considérablement d'une province à l'autre en 2000 (figures 6-12 et 6-13). Les provinces dans lesquelles les taux de remplacements de la hanche et du genou par

Tableau 6-1 Remplacement total de la hanche et du genou : taux normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants, par province, Canada, 1994 et 2000

Province	Remplacement de la hanche				Remplacement du genou			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Terre-Neuve et Labrador	28	24	37	34	30	29	36	43
Île-du-Prince-Édouard	54	58	50	50	56	63	60	60
Nouvelle-Écosse	49	49	59	60	61	86	68	99
Nouveau-Brunswick	41	37	40	48	40	69	49	76
Québec	26	29	25	29	21	29	32	41
Ontario	45	49	50	54	53	68	61	85
Manitoba	43	54	46	53	39	77	48	94
Saskatchewan	51	57	56	63	55	66	73	87
Alberta	56	61	68	67	56	70	74	86
Colombie-Britannique	42	47	51	51	42	56	47	65
CANADA	40	45	44	48	42	58	52	71

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Figure 6-11 Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total de la hanche ou du genou, selon le sexe, Canada, 2000



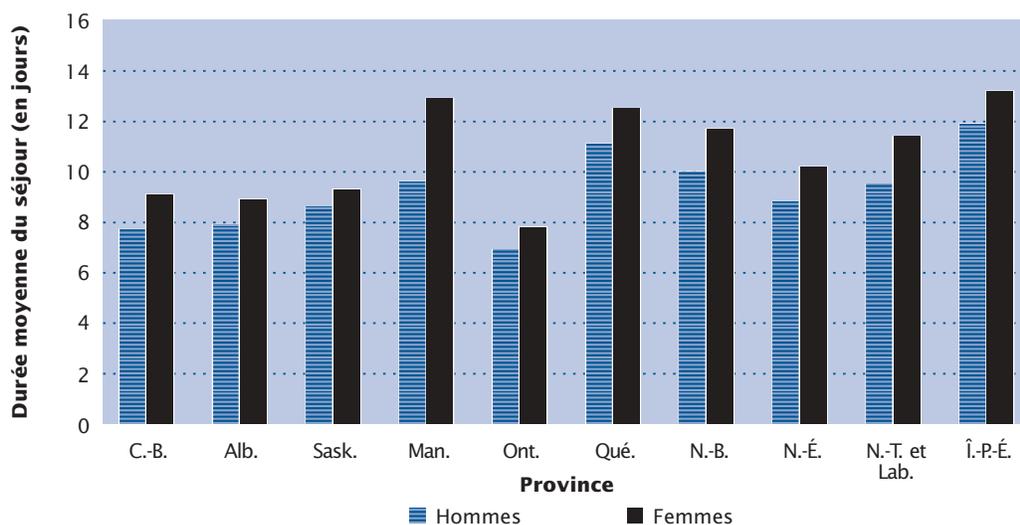
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

habitant étaient plus élevés enregistraient généralement des durées moyennes de séjour à l'hôpital moins longues.

Autres chirurgies orthopédiques

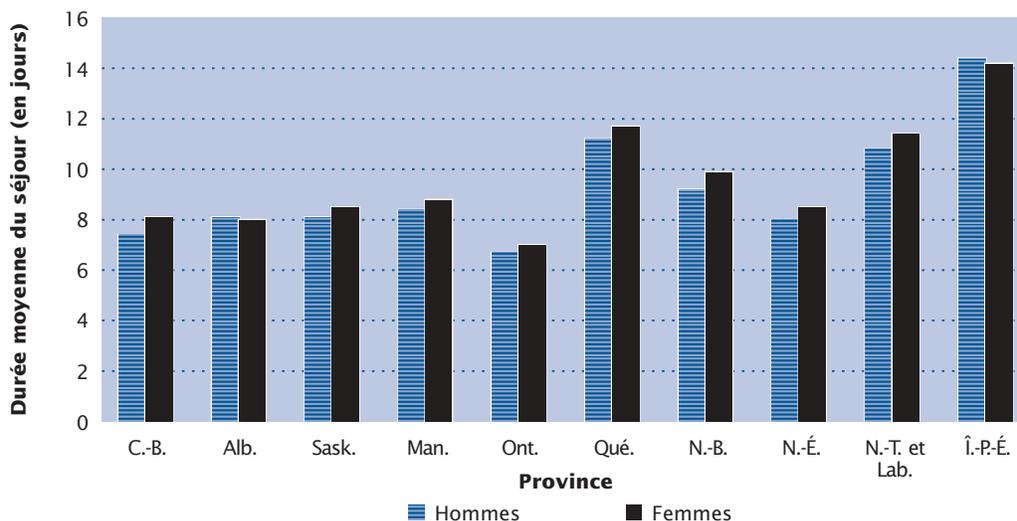
Le remplacement d'autres articulations est moins fréquent que celui de la hanche ou du genou, ce qui témoigne vraisemblablement de la plus forte prévalence de l'arthrite au niveau de ces articulations. Contrairement aux remplacements de la hanche et du genou, le taux de remplacement d'autres articulations est plus élevé chez les hommes que chez

Figure 6-12 Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total de la hanche, selon le sexe et la province, Canada, 2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Figure 6-13 Durée moyenne du séjour des patients souffrant d'arthrite ou d'une affection apparentée ayant subi un remplacement total du genou, selon le sexe et la province, Canada, 2000

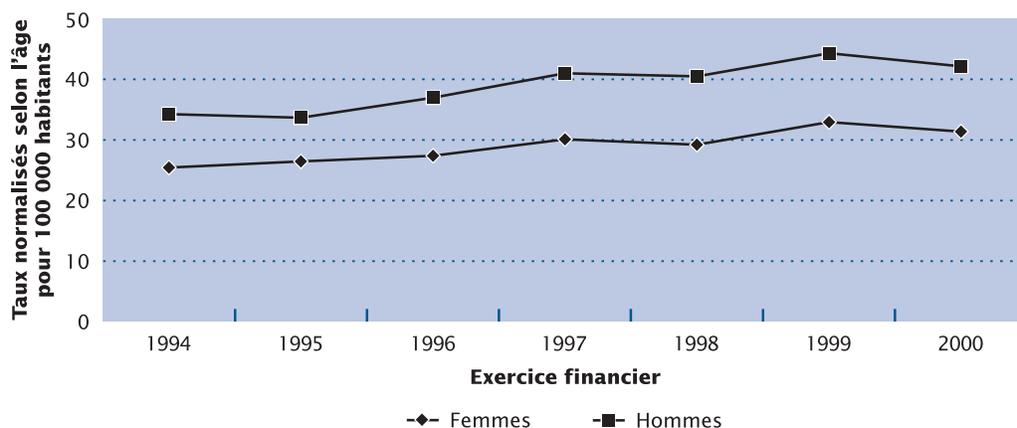


Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

les femmes (figure 6-14). Le taux a progressé globalement de plus de 20 % au fil du temps.

Le taux de remplacements d'articulations autres que la hanche ou le genou a augmenté avec l'âge pour culminer dans le groupe d'âge 55-64 ans. Le remplacement d'autres articulations est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes de moins de 65 ans, mais plus courant chez les femmes passé 74 ans (figure 6-15).

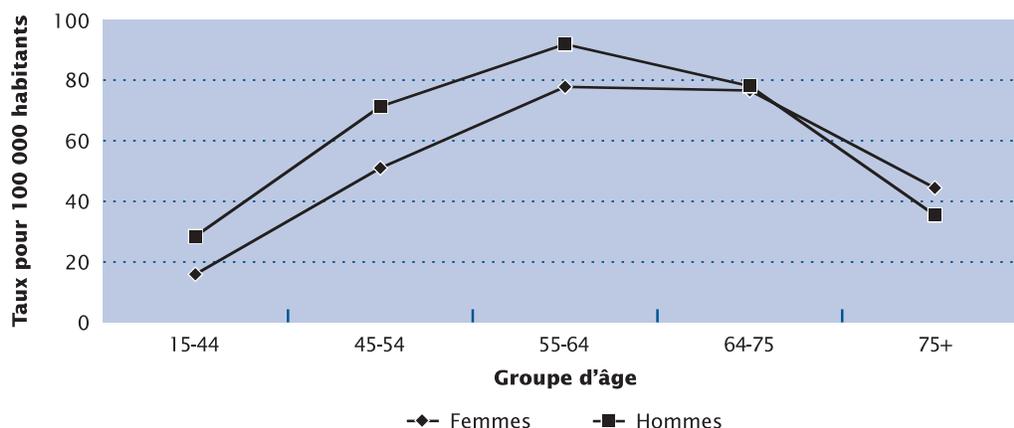
Figure 6-14 Taux normalisés selon l'âge des autres remplacements articulaires pour 100 000 habitants, dans certaines provinces*, Canada,



* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Figure 6-15 Taux des autres remplacements articulaires pour 100 000 habitants, dans certaines provinces*, selon l'âge et le sexe, Canada, 1994-2000



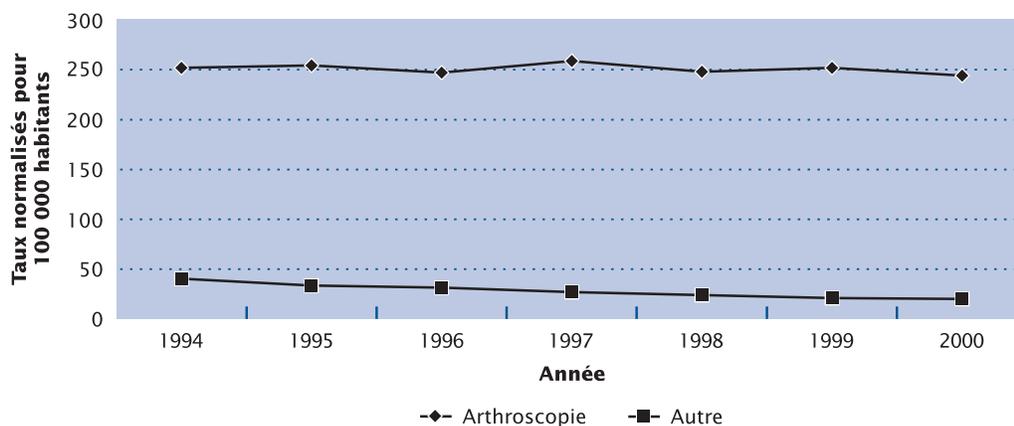
* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Entre 1994 et 2000, la vaste majorité des chirurgies du genou, à l'exclusion des remplacements du genou, ont été effectuées par voie arthroscopique (figure 6-16). Le taux de chirurgies arthroscopiques est resté relativement stable et le taux d'autres chirurgies du genou (nécessitant une hospitalisation) a diminué de moitié.

En 2000, le taux de chirurgies arthroscopiques du genou a varié selon l'âge, pour culminer dans le groupe d'âge 55-64 ans chez les femmes et dans le groupe d'âge 45-54 ans chez les hommes (figure 6-17). Ces interventions sont souvent choisies pour la prise en charge chirurgicale de l'arthrite précoce⁵, ce qui explique les chiffres élevés enregistrés dans les groupes d'âge plus jeunes, par rapport aux autres interventions chirurgicales prises en considération. Contrairement aux remplacements articulaires, les taux de chirurgies

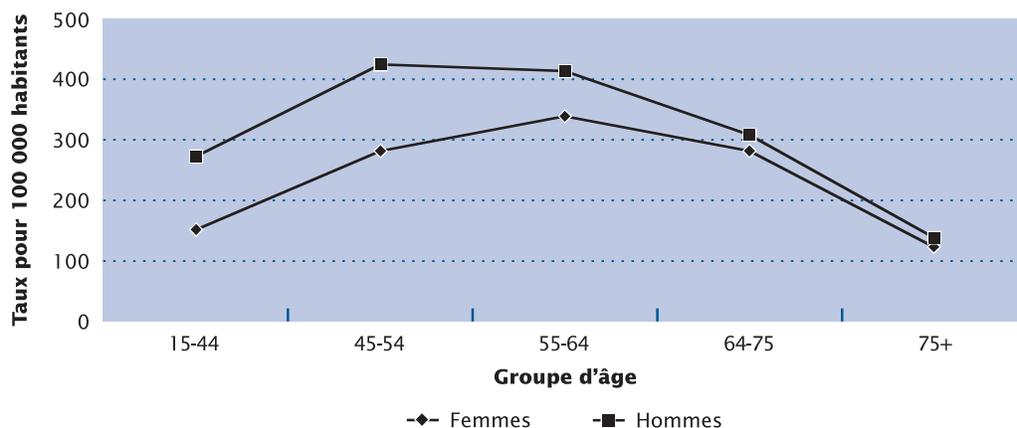
Figure 6-16 Taux normalisés selon l'âge et le sexe de chirurgies du genou (à l'exclusion du remplacement total du genou) dans certaines provinces*, pour 100 000 habitants, Canada, 1994-2000



* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Figure 6-17 Taux d'arthroscopies du genou pour 100 000 habitants, dans certaines provinces*, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000



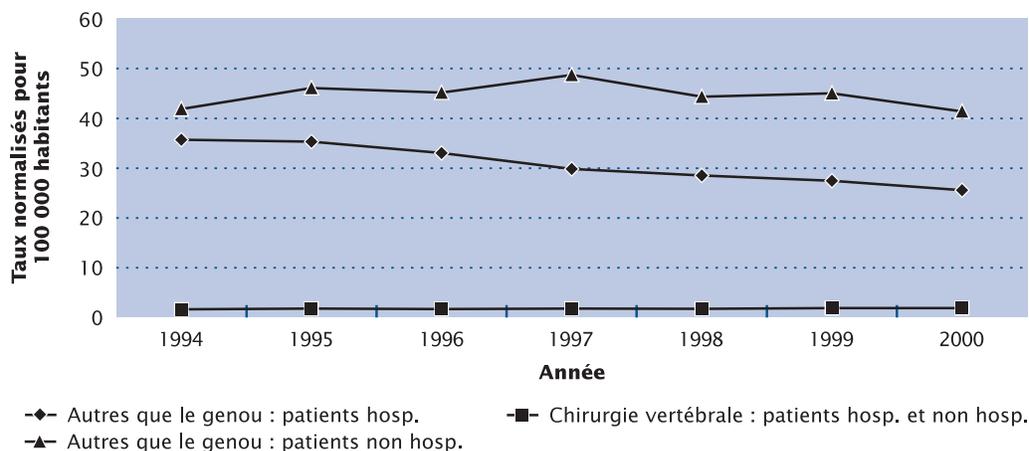
* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPC)

arthroscopiques du genou ont été plus élevés chez les hommes souffrant d'arthrite et d'affections apparentées que chez les femmes, surtout dans les groupes d'âge plus jeunes. La différence entre les sexes dans le recours à ce type d'interventions est peut-être le résultat d'une plus grande exposition des hommes aux blessures dans le cadre de l'exercice de professions ou de disciplines sportives plus exigeantes physiquement, lesquelles constituent un facteur de risque d'arthrose.

Les taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou, pour cause d'arthrite, ont été moins élevés que les taux de chirurgies arthroscopiques et les remplacements articulaires (figure 6-18). Les taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou ont varié selon l'âge, avec un recul général dans

Figure 6-18 Taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou, normalisés selon l'âge et le sexe, pour 100 000 habitants, dans certaines provinces*, Canada, 1994-2000

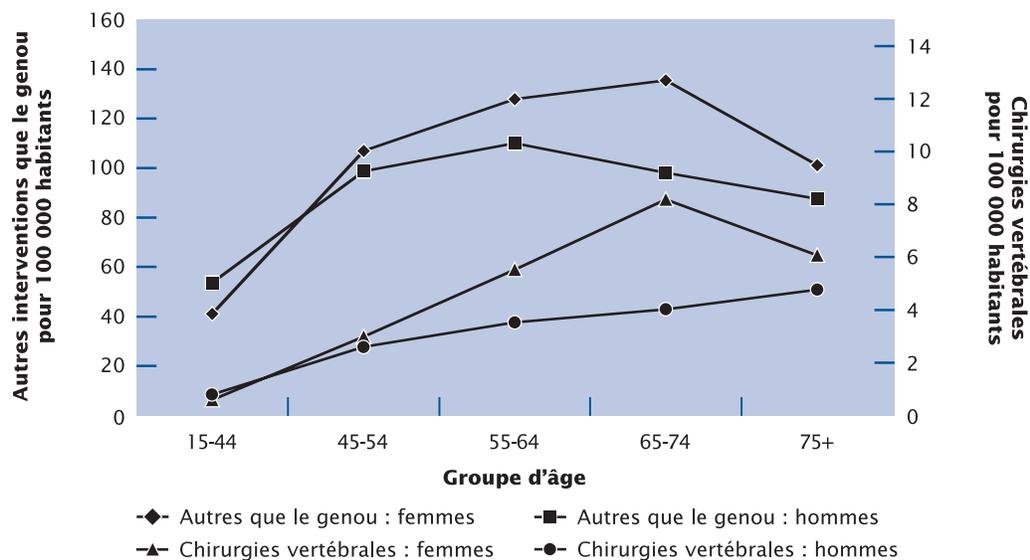


* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPC)

les groupes plus âgés (figure 6-19). Dans la plupart des groupes d'âge, les chirurgies vertébrales et les interventions concernant d'autres articulations que le genou ont été plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes.

Figure 6-19 Taux de chirurgies vertébrales et d'autres interventions ne concernant pas le genou pour 100 000 habitants, dans certaines provinces*, selon l'âge et le sexe, Canada, 2000



* C.-B., Ont. et N.-B. seulement

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDCP)

Les taux de toutes les interventions chirurgicales ont varié d'une manière spectaculaire d'une province à l'autre. C'est dans l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan que l'on a enregistré les taux les plus élevés d'arthroscopies du genou; la Saskatchewan affiche pour sa part les taux les plus élevés d'autres chirurgies du genou. On a enregistré le plus d'interventions chirurgicales concernant d'autres articulations que le genou au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse; viennent ensuite la Saskatchewan et l'Ontario (tableau 6-2).

Ce sont les autres chirurgies du genou qui ont le plus varié d'une province à l'autre (coefficient de variation = 0,8), et les chirurgies concernant d'autres articulations que le genou qui ont le moins varié (coefficient de variation = 0,3).

Les données concernant l'ensemble des chirurgies orthopédiques exposées dans ce chapitre témoignent des écarts spectaculaires entre les provinces enregistrés en 2000. Aucune province n'a enregistré de manière systématique des taux faibles ou élevés pour l'ensemble des interventions chirurgicales envisagées. Les plus petites provinces sont celles qui affichent les écarts les plus importants par rapport aux taux nationaux, du fait du plus petit nombre d'interventions chirurgicales effectuées.

Tableau 6-2 Variation dans le taux normalisé selon l'âge et le sexe de certaines interventions chirurgicales en rapport avec l'arthrite, par province, Canada, 2000

Province	Autre remplacement (pour 100 000)	Genou : arthroscopie (pour 100 000)	Genou : autre (pour 100 000)	Colonne vertébrale (pour 1 million)	Autre que le genou : autre (pour 30 000)
C.-B.	33	255	17	0,76	54
Sask.	66	339	49	0,00	68
Ont.	37	231	21	1,99	70
N.-B.	55	377	16	0,81	93
N.-É.	53	248	9	0,00	89
T.-N.	12	122	2	0,00	57
Î.-P.-É.	0	424	0	0,00	46
Canada*	37	244	20	1,88	67
Coefficient de variation**	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3

* À l'exclusion de l'Alberta, du Manitoba et du Québec

** Un coefficient plus élevé de variation correspond à une variation plus grande par rapport à la moyenne

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Base de données sur les congés des patients (BDPC)

Discussion

Entre 1994 et 2000, le taux d'hospitalisations à caractère médical par habitant en rapport avec l'arthrite a affiché un recul général, même si comparativement ce recul a été inférieur à celui de toutes les autres hospitalisations. Sans doute est-il le résultat des changements apportés à la prestation des soins au cours des dix dernières années⁴, qui, pour des raisons d'économie, se sont caractérisés par la multiplication des soins ambulatoires. De plus, les améliorations apportées aux traitements pharmacologiques et chirurgicaux de l'arthrite peuvent expliquer une partie du recul observé dans les hospitalisations pour raisons médicales.

Le nombre de chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite, par habitant, est resté remarquablement constant depuis 1994, malgré les augmentations des taux de prévalence nationaux de l'arthrite (voir chapitre 2), qui reste la principale indication de ce type d'intervention⁶. Quoi qu'il en soit, le nombre total de chirurgies pratiquées chez des patients non hospitalisés et dans le cadre d'une hospitalisation a augmenté depuis 1994. Le nombre d'interventions nécessitant une hospitalisation a progressé modestement (d'environ 10 %) par suite de l'augmentation spectaculaire du nombre de remplacements de la hanche et du genou. Le nombre d'interventions chez des patients non hospitalisés n'a pour sa part progressé que d'un peu plus de 10 %, vraisemblablement en raison du recours de plus en plus généralisé aux techniques arthroscopiques, moins invasives.

Plusieurs nouvelles technologies font leur apparition dans le domaine du traitement chirurgical de l'arthrite et des affections apparentées. Il s'agit de nouveaux matériaux pour les surfaces d'appui dans les remplacements de la hanche et du genou (polyéthylène réticulé, céramique et métal). Ces nouvelles surfaces devraient allonger la durée de vie des prothèses (lesquelles dépasseront 15 ans). Les techniques de moins en moins invasives pour la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou sont également à l'ordre du

jour. Dans un avenir rapproché, la chirurgie de remplacement articulaire assistée par ordinateur devrait permettre aux chirurgiens d'implanter les articulations artificielles avec plus de précision et d'exactitude. L'émergence de ces instruments chirurgicaux pour le traitement de l'arthrite devrait vraisemblablement augmenter la demande.

À l'avenir, l'accès aux interventions chirurgicales pourra être limité par la disponibilité des ressources (chirurgiens, anesthésistes, infirmières et blocs opératoires) ainsi que par une diffusion restreinte des techniques et des restrictions sur le volume des interventions chirurgicales imposées par les administrations hospitalières. Diverses initiatives destinées à élargir le recours aux remplacements de la hanche et du genou dans différentes provinces n'ont réussi que partiellement à accroître la disponibilité. Néanmoins, les longs délais d'attente⁷ et les besoins non satisfaits⁸ témoignent de l'insuffisance de l'accès actuel par rapport à la demande.

À l'exception du remplacement de la hanche et du genou, les critères cliniques des interventions chirurgicales évoquées dans ce chapitre ne font guère l'unanimité⁹⁻¹¹. Il est par conséquent difficile d'évaluer l'adéquation des taux ou changements actuels au fil du temps. Cela est particulièrement vrai pour l'arthroscopie du genou, compte tenu des taux particulièrement élevés enregistrés au Canada.

La durée des délais d'attente pour une intervention chirurgicale peut fournir une indication de l'importance de la demande. Plusieurs collaborations provinciales et régionales développent des méthodes destinées à faciliter la gestion des listes d'attente pour différents types de chirurgie, encore que, pour l'heure, les délais d'attente applicables aux chirurgies orthopédiques ne fassent pas l'objet d'un suivi national. Le Registre canadien des remplacements articulaires de l'ICIS est sur le point de lancer une étude pilote pour la collecte de données sur les délais d'attente pour les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou à l'échelle nationale.

Bien que les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou concernent plus fréquemment les femmes que les hommes, cela ne reflète pas entièrement les plus grands besoins chez les femmes.⁸ La prévalence plus élevée chez les femmes n'est que partiellement reflétée par les taux de chirurgies orthopédiques. S'il est vrai que les taux plus élevés de lésions articulaires nécessitant une chirurgie chez les hommes plus jeunes peuvent partiellement expliquer cette différence (notamment pour l'arthroscopie du genou), ces chiffres n'en soulèvent pas moins la question de l'égalité des sexes dans l'accès à ces services. Le taux supérieur d'hospitalisations à caractère médical en rapport avec l'arthrite enregistré chez les femmes reflète le taux plus élevé de cas d'arthrite chez ces dernières.

L'utilisation de tous les soins en rapport avec l'arthrite et les affections apparentées a augmenté de façon marquée avec l'âge, ce qui concorde avec l'augmentation de la prévalence de l'arthrite avec l'âge. Bien que le taux des hospitalisations pour raisons médicales ait continué de grimper, le taux des chirurgies orthopédiques a atteint un plateau dans les groupes plus âgés.

Les variations entre les provinces en ce qui concerne à la fois les chirurgies orthopédiques et les hospitalisations pour raisons médicales ont été considérables, même après ajustement pour tenir compte des différentes pyramides des âges et des sexes. Il est peu probable

que les variations dans le besoin en matière de chirurgie expliquent la grande disparité entre les taux. De nombreux facteurs, comme le financement et la prestation des services de santé propres à chaque province, les taux de main-d'oeuvre¹², les méthodes de remboursement des médecins¹³, les attitudes des médecins¹⁴ et les spécialisations, ainsi que l'absence de lignes directrices sur le recours aux interventions chirurgicales, jouent un rôle dans la grande disparité observée entre les taux.

Implications

Malgré l'augmentation de la prévalence de l'arthrite au Canada, les taux généraux de chirurgies orthopédiques sont restés stables. Cela donne à penser que le système fonctionne peut-être à pleine capacité et qu'il n'est peut-être pas en mesure de faire face à l'augmentation du nombre de personnes souffrant d'arthrite.

Même si le taux de remplacements de la hanche et du genou augmente, les longs délais d'attente pour ces interventions indiquent une capacité insuffisante à satisfaire aux besoins actuels ou futurs.

La poursuite de la mise en place de registres nationaux et provinciaux concernant les remplacements de la hanche et du genou permettrait d'assurer une couverture plus complète. Si leur ampleur est adéquate, ces registres pourraient permettre de suivre les délais d'attente, les indicateurs des besoins des patients, les complications après chirurgie et les taux d'échec associés aux prothèses.

Les importants écarts provinciaux dans les taux de chirurgies pour l'arthrite et les affections apparentées, que l'on ne peut vraisemblablement pas expliquer par les différences dans certains facteurs comme la prévalence, donnent à penser que tous n'ont pas également accès à la chirurgie orthopédique au Canada. Il faut déterminer les causes des écarts provinciaux et leurs conséquences à l'échelle de l'individu et de la population.

Actuellement, les données publiées sur la chirurgie arthroscopique du genou en cas d'arthrose n'ont pas donné la preuve de l'efficacité de cette intervention. Davantage de recherches sont nécessaires dans ce domaine pour bien définir les indications exactes de cette intervention.

La diminution des taux de chirurgie avec l'âge et les différences entre les sexes dans les taux de chirurgie soulève des questions concernant l'égalité d'accès aux soins qu'il importe d'étudier de manière plus approfondie.

L'établissement de liens entre les données d'hospitalisation et les données de facturation des médecins à l'échelle provinciale pourrait permettre de mieux comprendre le déroulement des soins prodigués aux arthritiques et les résultats des interventions chirurgicales.

Chapitre 6

Annexe méthodologique

Tableau 6A-1 Arthrite et diagnostics apparentés

CIM-9 Code de diagnostic	
274	Goutte
446	Périarthrite noueuse et affections apparentées
710	Maladies disséminées du tissu conjonctif
711	Arthropathies associées à des infections
713	Arthropathies associées à d'autres affections classées ailleurs
714	Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires
715	Arthroses et affections apparentées
716	Arthropathies, autres et sans précision
717	Lésions articulaires du genou
718	Autres lésions des articulations
719	Manifestations articulaires, autres et sans précision
720	Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires
725	Pseudo-polyarthrite rhizomélique
726	Maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés
727	Autres atteintes des synoviales, des tendons et des bourses
728	Atteintes des muscles, ligaments et aponévroses
729	Autres atteintes des tissus mous
739	Dysfonctionnements somatiques non classés ailleurs

Tableau 6A-2 Codes de la CCADTC pour les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite

Code CCADTC	Intervention	Code CCADTC	Intervention
Remplacement articulaire (primaire et révision)			
<i>Remplacements de la hanche</i>			
9359	Remplacement total de la hanche	9353	Révision de remplacement de la hanche
9351	Remplacement total de la hanche en utilisant du méthacrylate de méthyle	9359	Révision de remplacement de la hanche
9352	Révision de remplacement (total) de la hanche		
<i>Remplacements du genou</i>			
9340	Révision de remplacement total du genou	9341	Remplacement total du genou
<i>Autres remplacements articulaires</i>			
9348	Remplacement total de la cheville	9387	Arthroplastie du carpe sans prothèse synthétique
9331	Arthroplastie du pied et des orteils avec prothèse synthétique	9381	Remplacement total de l'épaule

Tableau 6A-2 Codes de la CCADTC pour les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite

Code CCADTC	Intervention	Code CCADTC	Intervention
9339	Autre arthroplastie du pied et des orteils	9384	Arthroplastie du coude avec prothèse synthétique
9371	Arthroplastie de la main et des doigts avec prothèse synthétique	9385	Autre arthroplastie du coude
9386	Arthroplastie du carpe avec prothèse synthétique		
Chirurgies du genou¹			
9245	Synovectomie	9322	Arthrodèse du genou
9285	Arthroscopie	9205	Arthrotomie pour ablation de prothèse
8925	Ostéotomie cunéiforme	9215	Autre arthrotomie
9225	Incision de capsule articulaire, de ligament ou de cartilage	9232	Excision du cartilage semi-lunaire du genou
9265	Autre excision de l'articulation		
Chirurgies vertébrales			
9301	Fusion vertébrale atloïdo-axoïdienne	9307	Fusion de la colonne lombosacrée
9302	Autre fusion cervicale	9308	Refusion vertébrale
9305	Autre fusion de la colonne dorso-lombaire	9309	Autre fusion vertébrale
Autres chirurgies articulaires²			
8920	Ostéotomie cunéiforme – omoplate, clavicule, thorax	9204	Arthrotomie/ablation de prothèse de hanche
8921	Ostéotomie cunéiforme – humérus	9206	Fusion/Arthrodèse – fusion interphalangienne
8922	Ostéotomie cunéiforme – radius et cubitus	9214	Autre arthrotomie – hanche
8923	Ostéotomie cunéiforme – carpes et métacarpes	9224	Incision de structures articulaires – hanche
8926	Ostéotomie cunéiforme – tibia et péroné	9240	Synovectomie de l'épaule
8927	Ostéotomie cunéiforme – tarses et métatarses	9241	Synovectomie du coude
8928	Ostéotomie cunéiforme – tarses et métatarses	9242	Synovectomie du poignet
8929	Ostéotomie cunéiforme – siège non précisé	9243	Synovectomie de la main et des doigts
9200	Arthrotomie pour ablation de prothèse – épaule	9244	Synovectomie de la hanche
9201	Arthrotomie pour ablation de prothèse – coude	9246	Synovectomie de la cheville
9202	Arthrotomie pour ablation de prothèse – poignet	9247	Synovectomie du pied et des orteils
9203	Arthrotomie pour ablation de prothèse – main/doigts	9248	Synovectomie – autre siège précisé
9207	Arthrotomie pour ablation de prothèse – pied/orteils	9249	Synovectomie – siège non précisé
9208	Arthrotomie – ablation de prothèse, siège non précisé	9264	Autre excision – hanche
9209	Arthrotomie – ablation de prothèse, siège non précisé	9280	Arthroscopie de l'épaule

Tableau 6A-2 Codes de la CCADTC pour les chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite

Code CCADTC	Intervention	Code CCADTC	Intervention
9210	Autre arthrotomie – épaule	9281	Arthroscopie du coude
9211	Autre arthrotomie – coude	9282	Arthroscopie du poignet
9212	Autre arthrotomie – poignet	9283	Arthroscopie de la main et des doigts
9213	Autre arthrotomie – poignet	9284	Arthroscopie – hanche
9216	Autre arthrotomie – cheville	9286	Arthroscopie de la cheville
9217	Autre arthrotomie – pied et orteils	9287	Arthroscopie du pied et des orteils
9218	Autre arthrotomie – autre siège précisé	9288	Arthroscopie – autre siège précisé
9219	Autre arthrotomie – siège non précisé	9289	Arthroscopie – siège non précisé
9220	Incision de structures articulaires – épaule	9311	Fusion de la cheville
9221	Incision de structures articulaires – coude	9312	Fusion/Arthrodèse – triple
9222	Incision de structures articulaires – poignet	9313	Fusion/Arthrodèse – fusion sous-astragalienne
9223	Incision de structures articulaires – main et doigts	9314	Fusion/Arthrodèse – fusion mid-tarsienne
9226	Incision de structures articulaires – cheville	9315	Fusion/Arthrodèse – fusion tarso-métatarsienne
9227	Incision de structures articulaires – pied et orteils	9316	Fusion/Arthrodèse – fusion métatarso-phalangienne
9228	Incision de structures articulaires – autre siège précisé	9317	Fusion/Arthrodèse – autre fusion du pied
9229	Incision de structures articulaires – siège non précisé	9318	Fusion/Arthrodèse – autre fusion de l'orteil
9260	Autre excision – épaule	9321	Arthrodèse – hanche
9261	Autre excision – coude	9323	Fusion/Arthrodèse – épaule
9262	Autre excision – poignet	9324	Fusion/Arthrodèse – coude
9263	Autre excision – main et doigts	9325	Fusion/Arthrodèse – fusion radio-carpienne
9266	Autre excision – cheville	9326	Fusion/Arthrodèse – fusion métacarpo-carpienne
9267	Autre excision – pied et orteils	9327	Fusion/Arthrodèse – fusion métacarpo-phalangienne
9268	Autre excision – autre siège précisé	9328	Fusion/Arthrodèse – fusion interphalangienne
9269	Autre excision siège non précisé	9329	Fusion/Arthrodèse – articulations non précisées
9392	Injection de substance (thérapeutique) dans une articulation ou un ligament		
8924	Ostéotomie cunéiforme – fémur		

I Exclu si codé avec codes de remplacement de la hanche ou du genou

II Exclu si codé avec un code de chirurgie du genou, quel qu'il soit, ou avec un code de remplacement de la hanche, quel qu'il soit.

Questions liées à la qualité des données

Des différences systématiques dans les pratiques de codage entre provinces peuvent limiter l'interprétation des écarts provinciaux dans les hospitalisations et interventions chirurgicales pour l'arthrite et les affections apparentées. Le codage détaillé des diagnostics effectué par certaines provinces pourrait entraîner une surestimation du taux d'hospitalisations/ de chirurgies pour l'arthrite et les affections apparentées, par rapport aux provinces qui consignent systématiquement un moins grand nombre de diagnostics. Les écarts systématiques dans les méthodes de codage peuvent également être le résultat de différences provinciales dans les modes de rémunération (comme l'utilisation de valeurs de complexité pour les besoins du remboursement). De plus, les méthodes de codage peuvent changer au fil du temps. Par exemple, puisque l'on reconnaît de plus en plus les manifestations non articulaires de l'arthrite ou de son traitement, l'arthrite risque davantage d'être codée comme un diagnostic ayant contribué à une hospitalisation pour des raisons médicales. Le système d'enregistrement des données provenant des hôpitaux au Manitoba et au Québec diffère de celui des autres provinces. En conséquence, les comparaisons interprovinciales mettant en cause ces deux provinces doivent être interprétées avec circonspection.

Les différences provinciales concernant des chirurgies plutôt rares dans les provinces les plus petites doivent également être interprétées avec prudence puisque de petites erreurs de codage ou des changements mineurs de pratique peuvent se traduire par d'importantes différences dans les taux. Les tendances affichées par les interventions chirurgicales reposent uniquement sur des données provenant de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick et ne reflètent pas nécessairement l'ensemble du Canada.

Techniques

Sources de données : Les informations ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS* ainsi que du Registre canadien des remplacements articulaires.

Chirurgies orthopédiques en rapport avec l'arthrite et les affections apparentées : Une liste d'environ 130 interventions orthopédiques de la CIM-9-MC, en rapport avec l'arthrite, a été mise au point en collaboration avec un chirurgien orthopédique (NNM). Ces interventions ont été réparties dans trois groupes selon leur fréquence et l'articulation concernée (voir tableau 6A.1).

Arthrite et diagnostics apparentés : Seuls les sujets ayant fait l'objet d'un diagnostic de la CIM-9 pour l'arthrite ou une affection apparentée (voir tableau 6A.2) dans l'un des champs diagnostiques considérés ont été pris en considération dans l'analyse.

Interventions chirurgicales : Le sexe, l'année de naissance, la province de résidence, la date du congé, le diagnostic de la CIM-9, jusqu'à 10 codes d'interventions chirurgicales (CCADTC) et le milieu de soins (hospitalisation ou soins ambulatoires) de chaque patient

* Le présent document est en partie fondé sur les données et l'information fournies par l'ICIS. Les auteurs assument toutefois la responsabilité des analyses, des conclusions, des opinions et des énoncés, lesquels ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'ICIS.

ont été tirés de la BDCP pour les exercices 1994-1995 à 2000-2001, pour les épisodes comprenant au moins une chirurgie orthopédique en rapport avec l'arthrite.

Hospitalisations : Le sexe, l'année de naissance, la province de résidence, la date du congé, le diagnostic de la CIM-9 et le code d'intervention chirurgicale [code CCADTC 1-12] ont été tirés de la Base de données sur la morbidité hospitalière pour les exercices 1994-1995 à 2000-2001. Toutes les hospitalisations pour accouchement ont été exclues (à l'aide des codes diagnostiques de la CIM-9 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659 dans l'un quelconque des 16 champs diagnostiques).

Exclusions : Toutes les analyses du présent chapitre excluent ce qui suit : soins non actifs, personnes de moins de 15 ans (sauf pour les données concernant le remplacement total de la hanche et du genou, qui englobent tous les âges), données saisies avec de graves erreurs de code, nouveau-nés, cas avec numéro de carte d'assurance-maladie invalide et hospitalisations dans des établissements étrangers. En ce qui concerne les données par province, âge ou sexe, les cas pour lesquels on ne connaissait respectivement ni la province de résidence, ni l'âge ni le sexe ont été exclus. Pour les interventions chirurgicales autres que le remplacement de la hanche et du genou, ont été exclus les cas dont la chirurgie avait été annulée ou ceux dont le code précisait que l'intervention avait eu lieu avant l'hospitalisation ou dans un autre hôpital.

Analyse : Les données tirées de la BDCP et de la Base de données sur la morbidité hospitalière ont été stratifiées par province, par année financière, par âge (groupes : 15-44 [< 45 pour les remplacements de la hanche et du genou], 45-54, 55-64, 64-74 et 75 ans et plus) et par sexe. Les interventions chirurgicales ont ensuite été stratifiées par groupe d'intervention. L'emplacement géographique a été déterminé en utilisant le lieu de résidence du patient, sauf pour les données sur la durée du séjour qui sont fondées sur le lieu où l'intervention a eu lieu.

Le coefficient de variation, utilisé pour quantifier l'écart dans les taux d'interventions chirurgicales entre provinces, correspond au ratio de l'écart type des taux d'interventions dans les différentes provinces et du taux moyen, c'est-à-dire le taux pour le Canada.

Puisque seuls l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique ont régulièrement fourni des données à la BDCP depuis 1994, les tendances temporelles dans le nombre et le taux de chirurgies orthopédiques sont fondées sur les données de ces trois provinces uniquement. En 2000, des données étaient disponibles pour l'ensemble du Canada, à l'exception du Manitoba, de l'Alberta et du Québec. Les totaux pour le Canada pour l'année 2000 englobent les données des régions pour lesquelles elles étaient disponibles.

Bibliographie

1. Girard F, Guillemin F, Novella, Valckenaere I, Krzanowska K, Vitry F, et al. *Health-care use by rheumatoid arthritis patients compared with non-arthritic subjects*. *Rheumatology* 2002;41:167-75.
2. Gabriel SE, Crowson CS, Campion ME, O'Fallon WM. *Direct medical costs unique to people with arthritis*. *J Rheumatol* 1997;24:719-25.
3. Gabriel SE, Crowson CS, Campion ME, O'Fallon WM. *Indirect and nonmedical costs among people with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared with nonarthritic controls*. *J Rheumatol* 1997;24:43-8.
4. Anderson RB, Needleman RD, Gatter RA, Andrews RP, Scarola JA. *Patient outcome following inpatient vs outpatient treatment of rheumatoid arthritis*. *J Rheumatol* 1988;15:556-60.
5. Hunt SA, Jazrawi LM, Sherman OH. *Arthroscopic management of osteoarthritis of the genou*. *J Am Acad Orthop Surg* 2002;10:356-63.
6. Ostendorf M, Johnell O, Malchau H, Dhert WJ, Schrijvers AJ, Verbout AJ. *The epidemiology of total hanche replacement in The Netherlands and Sweden: present status and future needs*. *Acta Orthop Scand* 2002;73:282-6.
7. Esmail N, Walker M. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 12th edition. Vancouver: Fraser Institute, 2002.
8. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, et al. *Differences between men and women in the rate of use of hanche and genou arthroplastie*. *N Engl J Med* 2000;342:1016-22.
9. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the genou*. *N Engl J Med* 2002;347:81-8.
10. Kalunian KC, Moreland LW, Klashman DJ, Brion PH, Concoff AL, Myers S, et al. *Visually-guided irrigation in patients with early genou osteoarthritis: a multicenter randomized, controlled trial 1*. *Osteoarthritis. Cartilage* 2000;8:412-8.
11. Bradley JD, Heilman DK, Katz BP, Gsell P, Wallick JE, Brandt KD. *Tidal irrigation as treatment for genou osteoarthritis: a sham-controlled, randomized, double-blinded evaluation*. *Arthritis Rheum* 2002;46:100-8.
12. Coyte PC, Hawker G, Wright JG. *Variations in genou replacement utilization rates and the supply of health professionals in Ontario, Canada*. *J Rheumatol* 1996;23:1214-20.
13. Naylor CD. *Variations in surgical services over time and by site of residence*. In: Naylor CD, Anderson GM, Goel V, editors. *Patterns of health care in Ontario*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1994.: 69-124.
14. Wright JG, Hawker GA, Bombardier C, Croxford R, Dittus RS, Freund DA, et al. *Physician enthusiasm as an explanation for area variation in the utilization of genou replacement surgery*. *Med Care* 1999;37:946-56.

Source des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) CYCLE 1.1, 2000-2001 – Statistique Canada

L'ESCC est une enquête transversale sur la santé de la population qui recueille des informations sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne. L'ESCC (cycle 1.1) disposait d'un vaste échantillon et était destinée à fournir des estimations fiables à l'échelle des régions sociosanitaires.

La population cible de l'ESCC comprend la population à domicile de 12 ans et plus des dix provinces et des trois territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes ou 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 84,7 %, et 130 827 personnes ont pris part à l'enquête. Les données concernant les personnes de 15 ans et plus sont présentées au chapitre 2. Toutes les analyses réalisées à partir des données de l'ESCC ont été pondérées pour s'assurer que les estimations calculées étaient cohérentes ou représentatives de la population canadienne cible dans son intégralité (population de 15 ans et plus).

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) – Institut canadien de d'information sur la santé (ICIS)

Le RCRA est tenu à jour par l'ICIS et saisit des données sur les remplacements de la hanche et du genou effectués au Canada et suit les patients dans le temps pour surveiller les taux de révision et les résultats. Les données sont recueillies avec le consentement du patient au moment de l'intervention. Elles sont soumises sur une base volontaire par les établissements participants et les registres provinciaux (s'il y a lieu). La base de données contient des données sur les patients ayant subi une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou. L'information contenue dans la base de données comporte des renseignements démographiques et administratifs, précise le type de remplacement, la méthode chirurgicale, les modes de fixation, les types d'implants.

Données annuelles sur la mortalité – Statistique Canada

La base de données sur la mortalité annuelle de Statistique Canada est une base de données administratives qui, chaque année, recueille des données auprès des registres de l'état civil des provinces et des territoires sur tous les décès survenus au Canada. Conformément à un accord fédéral-provincial, l'enregistrement des décès relève de la responsabilité des provinces et territoires. Dans la plupart des provinces et territoires, les informations personnelles inscrites sur le certificat de décès sont fournies par un informateur, généralement un proche du défunt. La partie du formulaire qui correspond au certificat médical de décès est remplie par le médecin qui a constaté le décès ou, en cas d'enquête, par le

médecin légiste. La base de données comprend des données démographiques et précise la cause sous-jacente du décès, établie par le médecin.

Base de données sur les congés des patients (BDCP) – Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

La BDCP est tenue à jour par l'ICIS. Elle contient des données sur les congés des patients partout au Canada et comprend des données démographiques, administratives et cliniques (sorties des hôpitaux par suite d'une hospitalisations pour soins de courte durée, de soins chroniques ou de réadaptation) et sur les chirurgies ambulatoires. L'ICIS reçoit directement ses données des hôpitaux participants. Il s'agit de tous les hôpitaux dans chaque province et territoire sauf ceux du Québec et certains du Manitoba. Ceci représente à peu près 75 % de tous les congés des patients au Canada ou environ 4,3 millions d'enregistrements annuellement.

Base de données sur la morbidité hospitalière – Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'ICIS tient à jour la base de données sur la morbidité hospitalière et fournit des données sur les congés ou décès en milieu hospitalier), selon le diagnostic primaire (pathologie). Outre les données démographiques et administratives, la base de données contient jusqu'à 16 codes de diagnostic et certains codes de procédure. Les données sont téléchargées à partir de la base de données sur les congés des patients (DAD) pour les provinces qui y participent. Les fichiers de données pour le reste des provinces/territoires sont soumis par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Les données proviennent des hôpitaux généraux et spécialisés, y compris les établissements de soins de courte durée, de convalescence et de soins pour malades chroniques (à l'exception de l'Ontario). Les données ne comprennent pas les services de consultations externes ou les services dans les hôpitaux psychiatriques.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) – Statistique Canada

Tous les deux ans, Statistique Canada mène l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), enquête transversale et longitudinale conduite auprès des ménages canadiens. Destinée à recueillir des données sur l'état de santé des Canadiens, l'ENSP enrichit nos connaissances sur les déterminants de la santé, y compris les comportements vis-à-vis de la santé, le recours aux services de santé et les données sociodémographiques. Elle se compose de trois volets : l'enquête auprès des ménages, l'enquête auprès des résidents d'établissements de soins de longue durée qui resteront vraisemblablement plus de six mois dans un établissement de soins de santé et l'enquête auprès de la population du Nord. Le premier cycle de collecte des données a débuté en 1994.

L'enquête auprès des ménages concerne les résidents des ménages dans toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario. La population cible est celle des résidents des ménages dans toutes les provinces, à l'exception des personnes qui vivent dans des réserves, dans des bases des Forces armées canadiennes ou dans certaines

régions éloignées. Des volets de l'étude sont prévus pour les résidents d'établissements de soins de longue durée et ceux des territoires.

Définitions

Activité physique

La dépense d'énergie pendant les loisirs* a été estimée à l'aide de la fréquence de l'activité physique et de la durée de chaque épisode, ainsi que de sa valeur MET. Le coefficient MET représente une valeur du coût en énergie métabolique exprimée sous forme d'un multiple du métabolisme au repos. L'indice a été recodé avec une dépense énergétique inférieure à 1,5 correspondant à de l'« inactivité », par rapport à tous les autres niveaux.

Aide pour les activités quotidiennes

Données de l'ESCC, recodées pour les besoins de ce rapport de la manière suivante : sujets ayant besoin d'aide pour au moins une activité domestique (préparation des repas et (ou) magasinage et (ou) autres services et (ou) ménage), pour les soins d'hygiène personnelle (bain, s'habiller et manger et (ou) se déplacer à domicile) ou pour les tâches ménagères lourdes, par rapport à ceux qui n'ont pas besoin d'aide.

Autochtones hors réserve

L'ESCC posait la question suivante pour définir la population autochtone du Canada : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous ... Autochtone d'Amérique du Nord? » Les données de l'ESCC excluent les Autochtones qui vivent dans des réserves. Les analyses ont été entreprises de manière à comparer les Autochtones souffrant d'arthrite à la fois avec la population autochtone hors réserve et avec la population non autochtone.

Besoins non satisfaits de soins de santé autodéclarés

Les répondants de l'ESCC 2000 étaient invités à répondre à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus? » (Oui/Non).

CIM

Classification internationale des maladies – 9^e révision, 1977.

Consommation de médicaments

Les données sur la consommation de médicaments ont été tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999. Les données sont présentées pour les personnes qui ont déclaré avoir pris au cours du mois précédent :

* Marche pour faire de l'exercice, jardinage ou travaux à l'extérieur, natation, bicyclette, danse moderne ou sociale, exercices à la maison, hockey sur glace, patinage sur glace, patins à roues alignées, jogging ou course, golf, classe d'exercices ou aérobie, ski alpin ou planche à neige, quilles, baseball ou or balle molle, tennis, poids et haltères, pêche, volleyball, basketball (ballon panier) et autre.

- ▶ des analgésiques comme de l'aspirine ou du Tylenol (y compris des médicaments contre l'arthrite et des anti-inflammatoires);
- ▶ des antidépresseurs; et
- ▶ de la codéine, du Demerol ou de la morphine.

Consultations auprès de professionnels de la santé

Le nombre de fois au cours des 12 derniers mois que le répondant à l'ESCC 2000 a vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un médecin de famille ou un omnipraticien ou tout autre docteur en médecine (chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre) (désigné sous le vocable spécialiste); une infirmière pour recevoir des soins ou des conseils, un chiropraticien, un physiothérapeute, un travailleur social ou un conseiller, ou un psychologue.

Dépression

Sous-ensemble d'attributs tirés du Composite International Diagnostic Interview (CIDI), qui mesure les épisodes dépressifs majeurs, et dont le score est traduit en probabilité de « cas » de dépression. Un score $\geq 0,25$ est révélateur d'une dépression.

Douleurs

Les répondants de l'ESCC de 2000 ont été invités à indiquer laquelle des quatre catégories suivantes décrivait le mieux les douleurs qu'ils ressentaient : sans douleurs ou malaises, faible douleur, douleur moyenne ou forte douleur.

Espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAES)

L'EVAES est une mesure de la santé de la population qui tient compte à la fois de la mortalité et de la morbidité. L'EVAES ajuste l'espérance de vie générale ou le nombre d'années vécues, sur le nombre d'années de vie vécues dans un état de santé imparfait ou avec une invalidité. Elle donne un éclairage plus réaliste de l'espérance de vie en déterminant si une augmentation de l'espérance de vie moyenne s'accompagne d'une meilleure qualité de vie.

Incidence

Nombre de nouveaux cas de maladie débutante ou nombre de personnes tombées malades au cours d'une période donnée, dans une population particulière.

Indice de l'état de santé (Health Utility Index ou HUI)

Mesure générique de l'état de santé destinée à évaluer les aspects à la fois quantitatif et qualitatif de la vie, au moyen de scores allant de 0,0 (pire état de santé, décès) à 1,0 (meilleur état de santé, parfaite santé). L'HUI fournit une description de la santé fonctionnelle générale du sujet à la lumière de huit attributs : vision, audition, élocution, mobilité (aptitude à se déplacer), dextérité (usage des mains et des doigts), cognition (mémoire et réflexion), émotion (sentiments), douleurs et malaise. Les réponses sont pondérées, et les scores calculés décrivent l'état de santé fonctionnel général du sujet : un score inférieur à 0,830 est réputé indiquer une invalidité.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'IMC correspond au poids en kg divisé par la taille en mètre au carré.

Jours d'invalidité

Le nombre de jours pendant les 14 jours précédant l'enquête au cours desquels le répondant à l'ESCC 2000 a signalé avoir passé la totalité ou une partie de la journée au lit ou avoir dû réduire ses activités normales en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Limitation des activités

La question suivante a été posée aux répondants de l'ESCC 2000 : « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : à la maison? à l'école? au travail? dans d'autres activités? (Oui/Non).

Médecine douce ou non traditionnelle

On a demandé aux répondants de l'ESCC 2000 si au cours des 12 derniers mois, ils avaient vu ou consulté un intervenant en médecine douce comme :

- ▶ un acupuncteur;
- ▶ un homéopathe; ou
- ▶ un massothérapeute,

pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux (Oui/Non).

Prévalence

Le nombre de cas d'une maladie donnée ou d'une autre pathologie dans une population déterminée à un moment donné. Le terme renvoie généralement à une situation à un moment précis dans le temps.

Problèmes de santé chroniques

Pour l'ESCC 2000, les problèmes de santé chroniques (ou de longue durée) sont ceux qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Il s'agit notamment de ce qui suit : allergies alimentaires, toute autre allergie, asthme, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme (à l'exception de la fibromyalgie), maux de dos (à l'exclusion de la fibromyalgie et de l'arthrite), hypertension, migraine, bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive (question posée aux plus de 30 ans), diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, troubles intestinaux comme la maladie de Crohn ou la colite, maladie d'Alzheimer ou autre démence cérébrale (question posée aux plus de 18 ans), cataracte (question posée aux plus de 18 ans), glaucome (question posée aux plus de 18 ans), problèmes de thyroïde, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques, et tout autre problème de santé chronique.

Revenu

La variable sur le revenu total du ménage en cinq catégories conçue par Statistique Canada a été fusionnée en deux catégories. La catégorie de revenu regroupant les tranches inférieure, intermédiaire inférieure et intermédiaire correspondait à un revenu $\leq 29\,999$ \$, $\leq 39\,999$ \$ ou $\leq 59\,999$ \$ s'il y avait respectivement une ou deux, trois ou quatre, ou cinq personnes ou plus dans le ménage. Autrement, le revenu du ménage faisait partie de la catégorie de revenu intermédiaire supérieure/supérieure.

Santé auto-évaluée

Les répondants de l'ESCC 2000 ont été invités à coter leur état de santé selon les catégories suivantes « Excellente », « Très bonne », « Bonne », « Passable » ou « Mauvaise ». Les répondants ont également été invités à coter leur santé par rapport à l'année dernière (meilleure, identique, moins bonne).

Scolarité

Plus haut niveau d'instruction atteint, codé selon les catégories suivantes : niveau inférieur à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles ou diplôme ou certificat d'études postsecondaires.

Stress

Quantité perçue de stress dans la vie quotidienne (journées pas du tout, pas tellement, un peu, assez stressantes et extrêmement stressantes).

Embonpoint

Correspond à un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 27 , ce qui était la norme canadienne acceptée au moment de l'analyse. Santé Canada a depuis revu cette norme et précise qu'un IMC ≥ 25 est révélateur d'un surpoids. L'ESCC de 2000 a calculé l'IMC uniquement pour les personnes de 64 ans et moins, à l'exclusion des femmes enceintes.

Taux normalisé selon l'âge

Le taux normalisé selon l'âge représente le taux brut que l'on pourrait enregistrer si la répartition des âges dans la population étudiée était celle de la population type. Il s'agit de la moyenne pondérée des taux propres à différentes catégories d'âge, appliquée à une répartition normalisée des âges.



Chez Amgen, nous croyons que notre principale raison d'être consiste à « améliorer la vie des gens en profondeur en mettant à profit la science et l'innovation ». Cet énoncé empreint de noblesse, nos objectifs d'entreprise ainsi que les principes d'Amgen nous guident sur la voie de la réalisation de nos stratégies commerciales.

Nous aspirons à devenir la meilleure entreprise qui soit dans le domaine des traitements destinés à l'être humain. Nous vivons selon les principes d'Amgen et mettons la science et l'innovation à profit pour améliorer la vie des gens en profondeur.



Aventis Pharma Inc. est très fière de subventionner la parution de cette publication. En tant que société de recherche qui fait la découverte et la mise au point de médicaments innovateurs permettant de prolonger la vie et d'en améliorer la qualité, nous apprécions grandement toute initiative qui vise le bien-être et l'éducation des patients. En effet, bien que nos activités portent essentiellement sur la science de la bonne santé, nous savons que la publication de renseignements complets et fiables peut considérablement contribuer à accélérer les étapes menant à une meilleure santé.

La vie, notre défi.... Vaincre la maladie, notre ambition



Nous sommes axés sur la recherche et la découverte
En 2003, comptant 32 000 employés travaillant ensemble dans plus de 100 pays, Sanofi-Synthelabo est fière de célébrer ses 30 années à titre de groupe pharmaceutique mondial.

Sur le plan international, nous avons 50 composés en voie d'élaboration et, en 2003, Sanofi-Synthelabo investira approximativement 25 millions de dollars en recherche clinique au Canada.

Au Canada, notre engagement envers l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients n'a jamais été aussi solide. Nous sommes fier d'appuyer cette publication.



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Canadian Institute for Health Information
Institut canadien d'information sur la santé



CRA

CANADIAN RHEUMATOLOGY ASSOCIATION
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE

SCR