

Ce rapport exprime es vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 78

**COMITÉ D'EXPERTS
DES MALADIES RHUMATISMALES**

Premier rapport

	Pages
Mandat du Comité	3
1. Introduction	4
2. Nomenclature et classification	5
3. Incidence et prévalence	7
4. Enseignement à donner au corps médical et recherches	10
5. Prophylaxie et lutte contre la maladie	13
6. Traitement	15
7. Rôle de l'OMS dans la lutte contre les maladies rhumatismales	18
Annexe 1. Classification provisoire des « maladies rhumatismales »	20
Annexe 2. Résumé des études statistiques récentes sur la prévalence et l'incidence des maladies rhumatismales chroniques	22

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

MAI 1954

COMITÉ D'EXPERTS DES MALADIES RHUMATISMALES

Première session

Genève, 31 août - 4 septembre 1953

Membres :

D^r W. S. C. Copeman, Physician-in-Charge, Department of Rheumatic Diseases, West London Hospital, Londres, Angleterre (*Président*)

D^r F. Coste, Professeur de Clinique de Rhumatologie à la Faculté de Médecine, Université de Paris, France

D^r G. Edström, Professeur adjoint de Rhumatologie, Chef du Service des Maladies rhumatismales, Hôpital universitaire de Lund, Suède

Professeur J. Goslings, Département de Rhumatologie, Hôpital universitaire de Leyde, Pays-Bas (*Rapporteur*)

Professeur A. Ruiz Moreno, Directeur du Centre antirhumatismal, Faculté des Sciences médicales, Université nationale de Buenos Aires, Argentine (*Vice-Président*)

Experts-conseils :

D^r E. T. Conybeare, Senior Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Angleterre

D^r A. Höjer, Principal, Medical College, Trivandrum, Inde

Secrétariat :

D^r J. S. Peterson, Directeur de la Division de l'Organisation des Services de Santé publique, OMS

D^r T. S. Sze, Section de l'Hygiène sociale et de la Médecine du Travail, OMS (*Secrétaire*)

Le rapport sur la première session de ce comité a paru primitivement sous forme de document polycopié (WHO/Rheum.Dis./12), en date du 14 septembre 1953.

COMITÉ D'EXPERTS DES MALADIES RHUMATISMALES

Premier rapport *

Le Comité d'experts des Maladies rhumatismales a tenu sa première session à Genève, du 31 août au 4 septembre 1953. La session a été ouverte par le Dr P. Dorolle, Directeur général adjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Dr W. S. C. Copeman a été élu comme Président, le Professeur A. Ruiz Moreno comme Vice-Président, et le Professeur J. Goslings comme Rapporteur. L'ordre du jour présenté par le Directeur général a été adopté comme base de discussion.

Mandat du Comité

Le Comité était chargé de procéder, lors de sa première session, à un examen général des affections rhumatismales chroniques articulaires et extra-articulaires, en se plaçant plus particulièrement du point de vue de la santé publique. Le Comité a noté que l'ordre du jour ne comportait pas de discussion sur le rhumatisme articulaire aigu et sa séquelle, le rhumatisme cardiaque. Tout en comprenant les raisons qui ont motivé cette exclusion, le Comité a estimé impossible de faire entièrement abstraction des aspects généraux du rhumatisme articulaire aigu et de ses manifestations cardiaques ou autres car, en de nombreux cas, il s'agit avant tout d'une affection rhumatismale chronique accompagnée d'exacerbations intermittentes aiguës. Il a été convenu cependant de n'examiner en détail

* Au cours de sa treizième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du premier rapport du Comité d'experts des Maladies rhumatismales ;
2. REMERCIE les membres du comité du travail qu'ils ont accompli ; et
3. AUTORISE la publication du rapport.

(Résolution EB13.R16, *Actes off. Org. mond. Santé*, 52, 6)

aucun aspect particulier de cette affection au cours de la première session.

1. Introduction

L'emploi médical du mot « rheuma » est très ancien et remonte probablement à l'époque de Galien, ou même à une date antérieure. Par la suite, ce terme en est venu à éveiller l'idée d'un point douloureux anormalement infiltré et peut-être distendu par l'un des liquides organiques ou « humeurs ». Cependant, avec le temps, l'adjectif « rhumatismal » a fini par être utilisé dans un sens très général pour désigner un groupe de maladies douloureuses invalidantes affectant avant tout le système locomoteur.

La plupart des maladies « rhumatismales » sont chroniques, c'est-à-dire qu'elles persistent ou tendent à récidiver, ainsi qu'à provoquer des modifications structurales ou fonctionnelles de l'organisme, qui se traduisent en fin de compte par une altération permanente. Les maladies rhumatismales chroniques viennent invariablement au premier rang dans les statistiques des maladies chroniques et, depuis de nombreuses années, l'analyse des relevés d'assurance-maladie ou des états de congés de maladie dans l'industrie a montré la forte prévalence de ces maladies considérées en groupe, ainsi que leur importance en tant que cause d'incapacité de travail prolongée. Dans plusieurs pays, ces faits, depuis longtemps connus, ont été mis plus particulièrement en évidence par les résultats de récentes enquêtes de morbidité fondées sur des visites à domicile.

A cet égard, l'inaction relative des autorités sanitaires à l'échelon national ou gouvernemental, aussi bien que local ou municipal, peut être attribuée surtout à l'absence d'une position nette de la part du corps médical. Il faut reconnaître d'ailleurs que, même pour le médecin, la question des maladies rhumatismales chroniques demeure pleine d'incertitudes. L'étiologie d'aucune de ces maladies n'a encore été établie avec précision ; tant que cette lacune ne sera pas comblée, il sera impossible d'adopter des mesures prophylactiques spécifiques, et le traitement, sauf s'il s'agit d'un traitement palliatif, restera presque entièrement empirique.

Il s'est heureusement trouvé, dans de nombreux pays, des groupes de médecins qui ont compris la grande importance économique et sociale de ces affections, tout en se rendant compte des difficultés à surmonter pour résoudre les problèmes médicaux qu'elles posent. Les efforts de ces médecins pour donner une solution à ces problèmes médicaux et pour définir, en même temps, les mesures administratives qui s'imposent de toute urgence se sont multipliés et ont eu des effets de plus en plus marqués,

mais, dans la plupart des pays, l'ensemble de l'activité clinique déployée à l'égard des maladies rhumatismales chroniques est très insuffisante, étant donné la fréquence de ces affections ; en outre, les recherches, notamment en laboratoire, sont relativement minimales et manquent presque totalement de coordination.

Le Comité se félicite donc de l'occasion que lui a fournie l'O.M.S. de procéder à un rapide examen des maladies rhumatismales chroniques sous l'angle international. Dans ce travail, qui doit être entrepris sur les bases les plus larges possibles, il ne faut, certes, pas oublier les grandes différences existant entre les pays quant au degré d'organisation des soins médicaux. Le Comité reconnaît, d'ailleurs, que la plupart des pays que l'on pourrait qualifier d'insuffisamment développés du point de vue médical ont à faire face à des problèmes particuliers d'une plus grande urgence, en raison de maladies d'étiologie infectieuse ou parasitaire connue qui peuvent être combattues par des mesures spécifiques dont l'application doit, pour l'instant, absorber les ressources médicales et financières disponibles, au détriment des maladies chroniques d'étiologie inconnue actuellement impossibles à prévenir. Dès maintenant, le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, est sans doute plus répandu dans les pays tropicaux et subtropicaux qu'on ne le pense généralement, et, à mesure que se relèvera l'âge moyen de la population, il est probable que l'incidence des autres maladies rhumatismales ira en augmentant.

2. Nomenclature et classification

Nomenclature

A titre de référence et pour les besoins de la description, il est nécessaire de disposer d'une nomenclature — liste ou index de termes agréés — qui soit assez complète pour désigner chaque état morbide susceptible d'une définition spécifique. Une telle nomenclature est également la condition préalable de toute classification.

La nomenclature des maladies rhumatismales a évolué de façon différente suivant les pays, les termes utilisés reflétant dans chaque cas les opinions admises plus ou moins dans l'ensemble du pays sur l'étiologie de l'état considéré, sa pathologie, la date à laquelle il a été décrit, etc. Une nomenclature universellement reconnue serait très utile pour les rhumatologues, et le Comité a pris acte qu'une commission spécialement créée par la Ligue internationale contre le Rhumatisme s'est récemment attaquée à cette tâche et a déjà réalisé de remarquables progrès. Le Comité estime que, grâce en grande partie à cette initiative de la Ligue internationale contre le Rhumatisme, les questions de nomenclature n'entraveront

probablement pas, à l'avenir, l'étude scientifique des maladies rhumatismales.

Classification

Les maladies rhumatismales affectent le système locomoteur, en provoquant des algies, des troubles fonctionnels et des altérations anatomiques. D'après les conceptions actuelles, la caractéristique la plus importante de ces maladies est qu'elles affectent toutes le tissu conjonctif et que, de ce fait, elles se manifestent par les réactions propres à ce tissu et, notamment, à son composant collagène. Il importe de souligner cette modalité réactionnelle commune, malgré l'extrême diversité probable de l'étiologie des différentes maladies considérées, et, à cet égard, il faut noter que ce n'est pas seulement le tissu conjonctif du système locomoteur qui est atteint, mais parfois aussi, dans une certaine mesure, celui des viscères, du système nerveux, du système hématopoïétique, de la peau, etc.

Etant donné que les réactions du tissu conjonctif ne sont pas pleinement comprises et que les causes initiales de la plupart des maladies rhumatismales demeurent inconnues, aucune classification rationnelle des maladies rhumatismales basée uniquement sur l'étiologie ou la pathogénie n'est possible pour l'instant. Toute classification de ces maladies, quel que soit son objet, est donc nécessairement provisoire. En outre, on sait si peu de chose sur plusieurs des maladies qualifiées de « rhumatismales » que rien — en fait — ne justifie leur inclusion à telle ou telle place particulière dans une classification quelconque. Il résulte de ces incertitudes que le spécialiste des maladies rhumatismales doit, en pratique, connaître un grand nombre d'affections qui, bien que présentant sans doute, à certains égards, des relations avec les maladies rhumatismales, ne sont pas communément reconnues comme telles.

Compte tenu de ces faits, le Comité a pensé que la liste reproduite à l'Annexe 1 du présent rapport (voir page 20), où sont énumérées les maladies dont le caractère rhumatismal est généralement admis ainsi que d'autres maladies rhumatoïdes, constituerait un catalogue ou un index utile des matières que doit connaître le spécialiste des maladies rhumatismales chroniques.

Le Comité ne propose pas cette liste comme une classification à l'usage du statisticien médical. Pour l'étude statistique des maladies rhumatismales chroniques, le Comité reconnaît que le Classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès (Sixième Revision, 1948)¹ constitue la base de travail internationalement admise.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (1950-52) *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès*, Genève, 2 vol.

3. Incidence et prévalence ²

Le Comité d'experts des Statistiques sanitaires de l'OMS, dans son troisième rapport, a défini comme suit les usages auxquels peuvent servir les statistiques de morbidité relatives aux maladies non transmissibles :

- « b. Elaboration de plans en vue de l'organisation de services préventifs.
- c. Détermination des rapports existant entre la maladie et certains facteurs sociaux.
- d. Etablissement de plans en vue de la création de services thérapeutiques appropriés.
- e. Evaluation de l'importance économique de la maladie.
- f. Recherches d'ordre étiologique et pathogénique.
- g. Recherches sur l'efficacité des mesures prophylactiques et thérapeutiques.
- h. Etudes nationales et internationales sur la répartition des maladies et infirmités. » ³

En général, les données existantes sur l'incidence et la prévalence des maladies rhumatismales chroniques ne sont pas suffisantes pour que l'on puisse les appliquer à l'un quelconque des usages ci-dessus. Cependant, si l'on parvenait à uniformiser davantage, sur le plan international, la nomenclature, la classification et les méthodes de réunion des informations, on réaliserait un progrès considérable.

Méthodes de réunion des informations générales relatives à la morbidité

On a employé les quatre méthodes principales suivantes pour recueillir des renseignements sur l'incidence et la prévalence des maladies rhumatismales : la déclaration des cas, l'analyse des dossiers médicaux des malades (par exemple, les dossiers des assurances-maladies), l'analyse des dossiers hospitaliers et les enquêtes dites « de morbidité » réalisées par des visites à domicile.

Déclaration des cas. La déclaration n'a été rendue obligatoire pour aucune des maladies rhumatismales, si ce n'est le rhumatisme articulaire aigu. Il n'a donc pas encore été possible de déterminer la valeur de cette mesure en tant que moyen général de réunion des informations.

Analyse des dossiers médicaux des malades. Cette méthode a été effectivement employée, dans certains pays, pour déterminer l'importance

² Dans le présent rapport, on entend par « incidence » le nombre de cas enregistrés en un lieu donné au cours d'une période donnée, et par « prévalence » le nombre de cas enregistrés en un lieu donné à un moment donné.

³ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1952, 53, 7 (section 1.2.4)

économique de l'ensemble des maladies rhumatismales. Cependant, nombreux sont les pays où, faute de moyens appropriés, le médecin ne peut, le plus souvent, poser un diagnostic précis de maladie. Il s'ensuit que, dans le cas de beaucoup de malades atteints d'affections rhumatismales, le certificat médical établi pour congé de maladie donne un diagnostic rédigé en termes vagues tels que « arthrite » (sans autre spécification) ou « rhumatisme » (sans autre spécification). En raison de cette imprécision, les renseignements que fournissent ces dossiers sont donc beaucoup moins utiles qu'on ne pourrait le souhaiter, sauf du point de vue économique, comme il a été mentionné plus haut.

Analyse des dossiers hospitaliers. Le Comité a examiné les avantages et les désavantages des statistiques hospitalières ; il a reconnu qu'il était difficile de rapporter ces données à la population exposée au risque. La valeur statistique des dossiers hospitaliers en tant que tels est donc limitée, mais les renseignements qu'ils fournissent peuvent avoir un intérêt si on les utilise en liaison avec les données qui ressortent d'enquêtes de morbidité.

Enquêtes de morbidité. L'importance économique du groupe des maladies rhumatismales a, tout d'abord, été établie par des analyses de dossiers médicaux. Les renseignements que l'on a recueillis dans plusieurs pays, au moyen de visites à domicile ou en faisant questionner, par des observateurs non médecins, des échantillons représentatifs de la population, l'ont amplement confirmé par la suite. Cependant, ce genre d'enquête n'est pas de nature à fournir des taux d'incidence dignes de foi pour les maladies rhumatismales considérées individuellement, parce que les renseignements obtenus sont fondés, dans une large mesure, sur l'auto-diagnostic et, aussi, parce que ces enquêtes reposent trop souvent sur l'emploi de termes généraux comme « arthrite » ou « rhumatisme », qui manquent évidemment de précision.

On trouvera à l'Annexe 2 (voir page 22) un résumé de publications traitant d'études faites sur la prévalence et l'incidence des maladies rhumatismales à l'aide d'enquêtes de morbidité de divers genres.

Le Comité a estimé que, sauf pour le rhumatisme articulaire aigu, on n'a pas encore procédé à des travaux assez vastes ou assez poussés — qu'il s'agisse d'études du type mentionné ci-dessus ou d'études d'autre nature — pour qu'on puisse déterminer si tel ou tel facteur ambiant ou socio-économique joue un rôle dans l'étiologie et la pathogénie des maladies rhumatismales.

Dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, dont l'origine remonte le plus souvent à la jeunesse du malade — encore qu'il n'en soit pas toujours ainsi —, il faut tenir compte très probablement de facteurs infectieux et socio-économiques sur lesquels le Comité n'était ni invité, ni même préparé à présenter des observations.

Des études faites jusqu'ici sur la prévalence et l'incidence des autres maladies communément classées comme rhumatismales, on ne peut tirer aucune conclusion précise d'ordre étiologique et pathogénique. Les principaux renseignements qui s'en dégagent concernent l'incidence suivant l'âge et le sexe et peuvent se résumer comme suit : dans la polyarthrite chronique évolutive, on constate une incidence nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes des groupes d'âge moyen ; d'autre part, l'incidence de l'ostéoarthrose, qui augmente régulièrement avec l'âge du groupe considéré, diffère aussi suivant le sexe. Certaines études indiquent nettement que les hommes qui exécutent des travaux pénibles sont atteints plus précocement que l'ensemble de la population de certaines maladies chroniques particulières de caractère rhumatismal, telles que les disarthroses.

Nombreuses sont les opinions fondées sur des impressions cliniques qui n'ont pas été pleinement confirmées par les études statistiques. Tel est notamment le cas de l'hypothèse selon laquelle certaines maladies rhumatismales seraient en relation avec le climat, le logement, la profession, l'hérédité et la situation sociale et économique.

Etudes statistiques à entreprendre

De l'avis du Comité, il importerait de commencer par recueillir des informations sur l'incidence et la prévalence générales des maladies rhumatismales dans l'ensemble de la population de divers pays ou de régions plus restreintes, mais il faut bien se rendre compte que les renseignements nécessaires à ce point de vue diffèrent de ceux qu'exigent les recherches sur l'épidémiologie de ces maladies.

C'est dans les groupes de population et dans les groupes professionnels où l'incidence et la prévalence d'une ou plusieurs maladies rhumatismales sont exceptionnellement élevées qu'il sera le plus facile de rechercher les facteurs étiologiques qui se rattachent aux conditions de milieu et aux conditions sociales et économiques. Il existe presque certainement des groupes de population qui se prêtent à cette étude, mais les enquêtes effectuées jusqu'à présent n'ont pas été assez nombreuses ou assez étendues pour permettre de les découvrir. C'est ainsi que l'on n'a pour ainsi dire aucune donnée sur les régions tropicales ou subtropicales. Le Comité n'ignore nullement les grandes difficultés que présentent les travaux de cette nature dans des régions où les services médicaux sont relativement peu développés, mais il considère que si, dans ces régions, on effectuait, dès que les circonstances le permettraient, quelques bonnes enquêtes-types au voisinage des centres d'enseignement de la médecine, on obtiendrait probablement tout un ensemble d'informations précieuses.

Seules des enquêtes sur la morbidité rhumatismale menées à l'aide de visites à domicile, par des médecins spécialisés disposant de moyens appropriés pour poser et contrôler leur diagnostic, sont susceptibles de fournir des renseignements permettant aux statisticiens de procéder à des études satisfaisantes sur les maladies rhumatismales chroniques. Les enquêtes spéciales de cette nature nécessitent une préparation et une organisation poussées du point de vue médical et technique, exigent beaucoup de temps et sont très coûteuses à exécuter. Néanmoins, le Comité estime très souhaitable que l'on entreprenne, si possible, des enquêtes sur une plus vaste échelle en recourant à cette technique. Pour que les renseignements obtenus soient comparables d'un pays à l'autre et puissent servir aux usages indiqués au début de la présente section, il semble nécessaire de proposer une courte liste de rubriques sous lesquelles ils pourraient être groupés. Les catégories diagnostiques suggérées à cet effet sont les suivantes :

Rhumatisme articulaire aigu

Polyarthrite chronique évolutive (et états voisins tels que spondyl-arthrite ankylosante, maladie de Chauffard-Still, etc.)

Ostéoarthrose, y compris l'arthrose rachidienne

Autres variétés d'arthrite — infectieuse et traumatique

Goutte

Discarthroses

Rhumatisme extra-articulaire (« fibrosite ») — à diverses localisations

« Rhumatisme » sans autre spécification

Lorsqu'on dispose de moyens restreints, l'enquête pourrait se borner aux états qu'il est aisé de diagnostiquer cliniquement, qui présentent le plus d'importance du point de vue de la santé publique et qui causent les pertes économiques les plus grandes, c'est-à-dire le rhumatisme articulaire aigu, la polyarthrite chronique évolutive, l'ostéoarthrose et le rhumatisme extra-articulaire (qu'il ne serait alors pas nécessaire de subdiviser davantage).

Lorsqu'on envisage de telles enquêtes, il est essentiel de s'assurer les conseils d'un statisticien médical dès les premiers stades. C'est là une condition indispensable pour que la technique appliquée permette l'interprétation correcte des observations.

4. Enseignement à donner au corps médical et recherches

Formation des médecins

Le Comité a été unanime à reconnaître l'importance primordiale que présente la formation des médecins pour la lutte contre les maladies rhumatismales. On ne pourra réussir que si le corps médical, dans son

ensemble, s'intéresse davantage aux problèmes médicaux et sociaux que pose ce groupe de maladies. Les dispensaires et les services hospitaliers de rhumatologie exigent un plus grand nombre de spécialistes. Il faut, en outre, arriver à obtenir des praticiens de médecine générale une collaboration plus active, parce qu'ils sont en général les premiers auxquels s'adresse le malade et que, de ce fait, le diagnostic précoce de la maladie dépend largement de leurs connaissances en rhumatologie. Lorsque le diagnostic de maladie rhumatismale est confirmé par un spécialiste à un stade peu avancé, il n'est pas nécessaire que le traitement soit dispensé entièrement dans un hôpital ou dans une consultation externe spécialisée. Il est presque toujours préférable que le praticien de médecine générale soit responsable d'une partie, tout au moins, du traitement.

Or, l'enseignement de ce groupe de maladies au corps médical a été, jusqu'ici, fort négligé dans la plupart des pays, et c'est pourquoi de nombreux praticiens généraux ne sont pas au courant des meilleures méthodes de traitement des rhumatisants.

Etant donné la grande importance que les affections rhumatismales présentent pour l'omnipraticien, le Comité a recommandé que, dans tout hôpital général universitaire, soit établi un centre ou un service spécial parfaitement équipé pour l'hospitalisation et le traitement ambulatoire des malades, et que certaines facultés envisagent de créer des chaires spéciales de rhumatologie. De toute manière, un lien étroit devrait exister entre les centres ou services spéciaux de rhumatologie des hôpitaux universitaires et les services d'enseignement et de recherches des facultés, y compris les chaires de sciences fondamentales.

Enseignement à donner aux étudiants

Le Comité se rend pleinement compte qu'il est difficile d'insérer l'enseignement de cette matière dans le programme déjà surchargé de l'étudiant en médecine. Il a considéré cependant que les dernières années d'études médicales devraient toujours comporter un certain nombre de conférences sur les maladies rhumatismales. Au cours de ces conférences, il faudrait souligner l'importance économique et sociale de ces maladies, aussi bien que leurs aspects à proprement parler médicaux. Il faudrait prévoir, chaque fois que cela sera possible, un cycle de leçons cliniques à l'hôpital, avec rédaction de feuilles d'observations médicales. Le Comité a estimé préférable que ces leçons se situent le plus tard possible dans la formation clinique de l'étudiant. A ce moment, l'étudiant devrait acquérir l'expérience personnelle des rhumatisants et s'initier au diagnostic différentiel d'autres maladies présentant des caractéristiques communes avec les affections rhumatismales, ainsi qu'aux divers traitements spéciaux applicables au groupe des maladies rhumatismales.

Dans les pays où les circonstances interdisent actuellement la création de centres ou de services spécialisés dans les hôpitaux universitaires, les professeurs de médecine générale et de médecine sociale devraient consacrer délibérément aux maladies rhumatismales certaines de leurs conférences, ainsi qu'une partie de leur enseignement au chevet des malades.

Enseignement postuniversitaire

Un enseignement postuniversitaire est indispensable, car de nombreux médecins qui exercent déjà ont appris fort peu de chose sur les maladies rhumatismales avant d'obtenir leur diplôme. Le Comité a donc estimé qu'un cours spécial d'une semaine environ devrait être organisé une fois par an au moins dans tous les centres de rhumatologie attachés aux hôpitaux universitaires. Le programme de ce cours, qui pourrait être un condensé de l'enseignement normalement dispensé aux étudiants en médecine, insisterait tout particulièrement sur les points suivants : a) importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces ; b) possibilité, qui existe fréquemment, de traiter le malade à domicile par des méthodes simples ; c) emploi d'exercices de gymnastique médicale, de mesures peu compliquées d'immobilisation et d'autres méthodes orthopédiques ; d) cas où il est indiqué de renvoyer le malade à un spécialiste ; e) intérêt qu'il y a à commencer le plus tôt possible la rééducation fonctionnelle et à suivre systématiquement le sujet pendant une longue période.

Dans les pays insuffisamment développés du point de vue médical, le mieux est sans doute d'enseigner des méthodes simples de traitement des maladies rhumatismales, à l'occasion de cours complémentaires répondant à un programme plus vaste.

Organisation matérielle de la recherche

Les organismes de recherche devraient être logés dans des centres ou services spéciaux chargés également du diagnostic et du traitement des maladies rhumatismales. Les uns et les autres devraient être situés dans des hôpitaux universitaires, de manière à faciliter la collaboration avec d'autres services universitaires de recherche, y compris ceux qui s'occupent des sciences fondamentales.

Le médecin responsable d'un centre de rhumatologie pourvu d'un service de recherche devrait être un médecin expérimenté, spécialisé dans les maladies rhumatismales. Il devrait être assisté principalement de médecins plus jeunes, qui seraient attachés au centre pour y recevoir une partie de leur formation en rhumatologie. Dans les pays où il existe déjà des centres de cette nature qui sont chargés de dispenser un enseignement et de procéder à des recherches médicales, le médecin-chef a parfois reçu le titre de professeur de rhumatologie ou celui de chargé de cours.

Il est essentiel que les centres dans lesquels on a l'intention, non seulement de traiter les maladies rhumatismales, mais aussi d'entreprendre des recherches sur ces maladies, soient pourvus de lits réservés aux rhumatisants, et notamment, si possible, à certains enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu ou de polyarthrite chronique évolutive, que le médecin-chef traitera avec le concours de ses collègues des services de cardiologie et de pédiatrie. Il importe également, pour des raisons d'économie, que les centres de recherche disposent, dans un local peu éloigné, de lits pour hospitalisations de longue durée, avec matériel de réadaptation approprié, où pourraient être transférés certains malades.

Commissions nationales

Le Comité a suggéré que, dans tous les pays, les autorités sanitaires centrales reconnaissent officiellement une commission de rhumatologues, s'il en existe une, ou patronnent l'établissement d'une telle commission, s'il n'en existe pas, afin que l'on puisse enregistrer et si possible coordonner, sur un plan officiel ou semi-officiel, tous les projets et plans de recherche envisagés dans le pays. La création d'une commission de ce genre constitue, dans tout pays, la première étape dans la voie de la collaboration et de la coordination internationales et permettra plus facilement de recevoir l'aide d'organismes internationaux tels que l'OMS.

5. Prophylaxie et lutte contre la maladie

Mesures spécifiques de prévention

Sauf dans le cas du rhumatisme articulaire aigu, dans lequel l'infection streptococcique est vraisemblablement un facteur étiologique que l'on peut combattre par les antibiotiques et les sulfamides, le Comité a estimé qu'il n'existe actuellement aucune mesure préventive spécifique de valeur éprouvée que l'on puisse appliquer aux maladies rhumatismales.

Diagnostic et traitement précoces

Le Comité a considéré que le diagnostic et le traitement précoces présentent une importance particulière, du fait que l'on ne dispose pas de mesures spécifiques de prévention. Pour le rhumatisme articulaire aigu, la polyarthrite chronique évolutive et la spondylarthrite ankylosante, il est essentiel de disposer des moyens nécessaires à cet effet. Il faut prévoir non seulement des lits dans les hôpitaux, mais aussi des consultations ou des services hospitaliers avec des spécialistes habitués au diagnostic de ces maladies. Dans la plupart des pays, le médecin de famille doit être plus fortement encouragé à faire appel le plus largement possible à ces

consultations ou services spécialisés lorsqu'ils existent. Une telle organisation peut être difficile à réaliser dans les pays insuffisamment développés du point de vue médical, et, pour l'instant, il semble plus important d'apprendre aux médecins de famille à poser un diagnostic précoce et à appliquer rapidement certains traitements simples que l'on peut instituer au domicile du malade ou ailleurs.

Mesures à prendre pour limiter l'invalidité

Le Comité a considéré qu'il est particulièrement important, chez les malades atteints de polyarthrite chronique évolutive et de spondylarthrite ankylosante, d'appliquer aussitôt que le diagnostic est posé des mesures destinées à prévenir l'invalidité. Dans ces maladies, il faut aussi se préoccuper, dès le début, des conditions de vie au foyer et des conditions de travail du malade. Nombreux sont les spécialistes et les dispensaires qui ont trouvé utile de remettre une brochure au malade et à sa famille, et même de les réunir en conférence pour leur expliquer que l'un des buts principaux du traitement est d'éviter l'apparition d'une invalidité et de contractures et pour leur faire comprendre la raison et l'importance des mesures prescrites à cet effet.

Récupération et réadaptation

Dans certains pays, les moyens de récupération et de réadaptation sont beaucoup plus développés que dans d'autres. La tendance générale semble être de prévoir, dans tous les grands hôpitaux généraux, une équipe spécialement formée, disposant de tout un matériel de récupération médicale répondant aux besoins des malades de toutes catégories et de compléter cette organisation par la création d'un nombre restreint de centres, pas nécessairement installés dans des hôpitaux, pour accueillir les malades parvenus au stade où l'on peut entreprendre leur rééducation professionnelle. Le Comité a estimé que des services organisés d'après ce plan général répondent de façon satisfaisante aux besoins de la plupart des rhumatisants et que, dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de disposer de moyens de réadaptation spéciaux. Les rhumatisants qui suivent un traitement de réadaptation doivent rester sous la surveillance régulière de rhumatologues.

Le Comité a estimé que la ménagère atteinte de polyarthrite chronique évolutive et les rhumatisants chroniques qui travaillent en plein air posent des problèmes de réadaptation particulièrement complexes nécessitant une attention toute spéciale. D'une façon générale, dans la réadaptation professionnelle des rhumatisants, le choix du genre de travail est au moins aussi important que la rééducation, et, pour les malades atteints de polyarthrite chronique évolutive, un métier exercé à l'intérieur s'impose habituellement.

Le travail préparatoire d'éducation doit commencer le plus tôt possible après le début du traitement.

Mesures de sécurité sociale

Dans de nombreux pays, la réadaptation des rhumatisants, comme d'ailleurs celle des autres malades, se heurte soit à l'absence d'un système coordonné de sécurité sociale, soit au caractère limité des systèmes existants. Chez les rhumatisants, la réadaptation est beaucoup plus longue que chez les autres personnes dont l'état nécessite habituellement un traitement analogue (par exemple, les victimes d'accidents). C'est pourquoi, dans bien des pays, la réadaptation des rhumatisants tend à dépasser la période pendant laquelle l'intéressé a droit aux prestations pour maladie ; ailleurs, l'aide pécuniaire accordée aux personnes partiellement invalides est parfois insuffisante pour leur permettre de se réadapter complètement. Le Comité a estimé qu'en fin de compte, un système de sécurité sociale facilitant le long processus de réadaptation que doivent subir de nombreux rhumatisants n'entraîne pas de dépenses excessives, car il faut tenir compte des économies réalisées du fait que l'on empêche l'invalidité de s'installer.

Education sanitaire

L'éducation sanitaire vise à corriger les opinions erronées, répandues dans le public et même dans le corps médical, sur les questions de santé, aussi bien qu'à faire connaître les mesures prophylactiques qui s'imposent.

Dans le cas des maladies rhumatismales — à l'exception du rhumatisme articulaire aigu, pour lequel la prévention et le traitement précoces des infections streptococciques de la gorge sont très importantes —, il n'existe pas de mesures préventives spécifiques que l'on puisse utilement préconiser.

Pour ce qui est des maladies rhumatismales, l'éducation sanitaire a surtout pour objet de contribuer à prévenir ou à limiter l'invalidité, notamment en cas de polyarthrite chronique évolutive. Les malades et leur famille ont trop souvent le tort de croire que cette maladie est incurable et pratiquement rebelle à tout traitement et ne peut qu'aboutir à une invalidité complète. Il faut détruire cette croyance pour que le malade recueille tout le bénéfice du traitement médical et de la réadaptation.

6. Traitement

Dans les maladies rhumatismales, comme dans beaucoup d'autres groupes morbides, un traitement adéquat donnera de bons résultats, même si certains de ses principes conservent un caractère empirique.

Dans ces conditions, les praticiens de médecine générale, à qui incombe, dans tous les pays, la charge de traiter la majorité des malades, doivent

— de toute évidence — s'intéresser et s'initier aux méthodes actuellement connues. Cela est peut-être plus particulièrement important dans les pays insuffisamment développés du point de vue médical, où aucun médecin ne peut encore envisager de se consacrer exclusivement à la rhumatologie. Dans les pays très développés, où l'on se rend déjà compte de l'importance de la question, la collaboration du rhumatologue et du praticien de médecine générale est indispensable et a toutes chances d'être fructueuse.

Méthodes de traitement

Compte tenu des étiologies différentes, et en grande partie inconnues, des diverses affections rhumatismales, il est peu probable qu'il existe un traitement quelconque qui soit pleinement spécifique. Pour traiter comme il convient un rhumatisme quel qu'il soit, il faut associer un ensemble de méthodes thérapeutiques en les adaptant judicieusement au cas particulier du malade. Ainsi, le traitement appliqué à chaque malade mettra peut-être en jeu un certain nombre de méthodes différentes, mais il devra être considéré comme un tout, dont le médecin traitant contrôlera chaque phase. Il ne s'ensuit pas cependant que le rhumatologue ne doive pas rechercher la collaboration de ses confrères spécialisés dans d'autres branches de la thérapeutique, telles que la médecine physique.

Quelle que soit la nature du traitement indiqué, il faut observer les principes fondamentaux suivants : le traitement commencera au stade le plus précoce possible de la maladie, et l'on doit pouvoir faire hospitaliser le malade à tout moment de la maladie si, de l'avis du spécialiste, le résultat thérapeutique final doit vraisemblablement s'en trouver amélioré. On constatera que les séjours, même très prolongés, à l'hôpital feront réaliser, en fin de compte, des économies sur le coût total du traitement s'ils permettent d'épargner une invalidité. Il faut, en outre, prévoir un système approprié de surveillance postthérapeutique grâce auquel le rhumatologue pourra rester de longues années en contact avec son malade. En effet, toute rechute éventuelle sera alors traitée promptement et efficacement, en pleine connaissance de l'histoire médicale antérieure du malade et de sa réaction aux divers modes de traitement.

Les principales méthodes de traitement habituellement utilisées pour le groupe des maladies rhumatismales comprennent des traitements médicaux généraux (y compris l'emploi de médicaments spéciaux tels que l'or), des méthodes physiothérapeutiques (que l'on peut continuer à appliquer, aux stades ultérieurs du traitement, dans les installations d'une ville d'eaux, s'il en est une à proximité), des techniques orthopédiques (y compris les immobilisations et parfois les manipulations et certaines interventions). Il faut donc disposer des moyens nécessaires pour appliquer toutes ces

méthodes ainsi qu'un certain nombre d'autres et pour faire l'étude complète de chaque cas (examens anatomo-pathologiques, rayons X, etc.).

Plus récemment, on a été amené à envisager l'emploi d'hormones actives, notamment d'hormones stéroïdes. Cette méthode peut être fort précieuse dans certains cas très particuliers, mais elle se trouve encore, dans une large mesure, au stade expérimental. De l'avis du Comité, il n'est pas possible, pour l'instant, de préconiser l'emploi généralisé de ces hormones. Il faut continuer de les réserver à certains cas déterminés placés sous la surveillance des spécialistes attachés aux consultations et services hospitaliers de rhumatologie.

Organisation des moyens de traitement

Il a été indiqué plus haut qu'il est souvent nécessaire d'hospitaliser les rhumatisants, parfois pendant de longues périodes. Tel est notamment le cas pour le rhumatisme articulaire aigu, la polyarthrite chronique évolutive et la spondylarthrite ankylosante. Dans la plupart des pays, on ne dispose, à l'heure actuelle, pour ces maladies que d'un nombre relativement peu élevé de lits qui, d'ailleurs, se trouvent d'habitude dans les salles de médecine générale.

Cet état de choses présente de nombreux désavantages. Lorsque le nombre des lits est restreint, il est souvent très difficile d'obtenir l'admission de rhumatisants, parce que les lits existants sont nécessaires pour des malades atteints d'affections plus aiguës et dont le séjour à l'hôpital sera de courte durée. En outre, le traitement des rhumatisants exige souvent, non seulement des médecins ayant des connaissances particulières, mais aussi des infirmières spécialisées, un matériel adéquat et des installations permettant la physiothérapie intensive et la thérapie de rééducation, l'ensemble des soins ainsi dispensés devant être coordonné. Ce sont là des conditions qu'il n'est pas toujours possible de réunir dans les salles de médecine générale.

Bien que l'on manque de renseignements sûrs concernant l'étiologie de la plupart des maladies rhumatismales, on a déjà acquis une connaissance et une expérience poussées des soins et des traitements à donner aux rhumatisants, et il est certain que, dans la grande majorité des cas, on peut maintenant prévenir les formes graves d'invalidité en soumettant les malades à un traitement précoce approprié.

Le Comité estime donc souhaitable que, dans les grands hôpitaux généraux, un rhumatologue soit adjoint au personnel le plus tôt possible, et que l'on crée pour les rhumatisants des services spéciaux pourvus de tout l'équipement indispensable au diagnostic et au traitement. Au début, le service de rhumatologie peut être constitué sur des bases modestes à

l'intérieur des services de médecine générale ; il s'agrandira par la suite selon les besoins de la région desservie par l'hôpital.

Etant donné l'urgente nécessité d'améliorer la formation des étudiants en médecine et des médecins et de procéder à des recherches chaque fois qu'il sera possible, on devrait organiser, dans les hôpitaux universitaires, des centres spéciaux de rhumatologie plus importants ; dans certains cas, les facultés devraient envisager la création d'une chaire pour cette matière.

Les centres spéciaux de rhumatologie des hôpitaux universitaires ont besoin de disposer de lits dans l'hôpital, afin de pouvoir non seulement traiter les malades, mais aussi procéder à des études et des recherches, et ces lits doivent être complétés par d'autres, convenablement situés, pour les longs séjours qu'exige la réadaptation.

La création de services spécialisés dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux universitaires régionaux ou nationaux, conformément au plan indiqué ci-dessus, permettra d'assurer la haute qualité du traitement, de l'enseignement et de la recherche, ainsi que la continuité des progrès dans le domaine considéré.

7. Rôle de l'OMS dans la lutte contre les maladies rhumatismales

Le Comité a été heureux d'apprendre que l'OMS a déjà accordé des bourses de voyage pour études en rhumatologie, dans le cadre de son programme d'aide à l'enseignement de la médecine, et il a exprimé l'espoir que des bourses de cette nature continueront à être octroyées.

Dans une autre section du présent rapport (voir page 9), le Comité a signalé la nécessité impérieuse d'entreprendre, en de nombreuses parties du monde, de nouvelles enquêtes sur les maladies rhumatismales. Il recommande que l'OMS facilite, dans toute la mesure possible, la mise sur pied et l'exécution de ces enquêtes, notamment dans les pays insuffisamment développés du point de vue médical. Les formes d'assistance auxquelles le Comité songe notamment consisteraient à donner des avis techniques sur des questions statistiques aux pays qui manquent de renseignements à ce sujet, et il serait utile également de publier une courte brochure sur l'organisation de ces enquêtes.

En passant en revue les recherches actuellement en cours sur les maladies rhumatismales, le Comité a estimé qu'il y a en ce moment deux questions au moins qui présentent un grand intérêt et une importance primordiale.

En premier lieu, il paraît possible de juguler et même de prévenir, par l'emploi des antibiotiques et des sulfamides, le rhumatisme articulaire aigu,

maladie dans l'apparition de laquelle on a de bonnes raisons de penser que l'infection à streptocoques hémolytiques joue un rôle initial important. Si cette possibilité se confirmait, on serait en mesure de passer à l'action préventive sur le plan mondial, ce qui ne manquerait pas d'intéresser l'OMS au premier chef.

En second lieu, on poursuit actuellement, en de nombreuses parties du monde, des recherches fondamentales importantes sur la biologie et la pathologie du tissu conjonctif. Ces recherches ne manqueront pas de dissiper certaines obscurités concernant l'étiologie et la pathogénie des maladies rhumatismales.

Le Comité recommande que l'OMS envisage de fournir à des spécialistes mondiaux des deux questions ci-dessus mentionnées l'occasion de se rencontrer en vue de discuter de leurs travaux et des possibilités d'application pratique qui s'en dégagent pour la prophylaxie des maladies rhumatismales.

Afin d'éviter qu'il ne se creuse un fossé entre les médecins qui s'intéressent essentiellement à l'ensemble de la rhumatologie et ceux qui se spécialisent dans l'étude de questions plus restreintes, le Comité a suggéré que les premiers soient représentés au sein de tout comité qui pourrait être créé pour examiner un aspect particulier des maladies rhumatismales.

Annexe 1

CLASSIFICATION PROVISoire DES
« MALADIES RHUMATISMALES » *

I. Affections rhumatismales proprement dites

1) *Articulaires*a) *Inflammatoires*

Rhumatisme articulaire aigu (ou maladie rhumatismale ou maladie de Bouillaud)

Polyarthrite chronique évolutive (ou rhumatisme progressif déformant)

Variétés :

Rhumatisme psoriasique (ou psoriasis arthropathique)

Maladie de Chauffard-Still

Syndrome de Felty

Syndrome de Gougerot-Sjögren

Spondylarthrite ankylosante (ou spondylose rhizomélique)

Arthrites et rhumatismes infectieux (dus à une infection spécifique)

Syndrome de Fieissinger-Leroy (ou syndrome oculo-urétéro-synovial)
(Reiter's syndrome)

Intolérances articulaires (d'origine médicamenteuse ou non, protéinique ou non, etc.)

Rhumatisme palindromique et hydarthrose intermittente

b) *Dégénératives*

Ostéoarthrose (ou arthrose dégénérative), y compris les arthroses rachidiennes

Chondromatose

Discarthroses

2) *Extra-articulaires*

par exemple :

Fibrosite (diverses variétés)

Bursite

Ténosynovite

Périarthrite, etc.

* Cette liste est fondée sur une classification établie par une commission de la Ligue internationale contre le Rhumatisme.

II. Affections para et pseudo-rhumatismales (maladies du collagène et autres affections présentant des caractères rhumatismaux)

- 1) *Affections inflammatoires idiopathiques*
 - Lupus érythémateux disséminé
 - Périartérite noueuse
 - Dermatomyosite

 - 2) *Affections essentiellement liées à :*
 - a) *Une dermatose*
 - Sclérodermie
 - Erythème polymorphe
 - Erythème noueux
 - Purpura (diverses variétés)
 - b) *Un trouble dysmétabolique*
 - Goutte
 - Ochronose
 - c) *Une dysendocrinie*
 - Acromégalie
 - Myxœdème
 - d) *Une hémopathie*
 - Hémophilie
 - Leucémie
 - e) *Une affection pulmonaire*
 - Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann
 - Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique
 - Syndrome de Caplan
 - f) *Un traumatisme*
 - Arthrite (arthrose) posttraumatique
 - Arthrite (arthrose) microtraumatique
 - Lésions méniscales
 - g) *Une maladie nerveuse*
 - Arthropathie nerveuse (arthropathie tabétique, etc.)
 - Pseudo-rhumatisme neurotrophique
 - h) *Une tumeur*
 - Tumeurs des articulations et des os
 - i) *Une psychopathie*
 - Psychalgies
-

Annexe 2

Résumé des études statistiques récentes sur la prévalence et l'incidence des maladies rhumatismales chroniques *

Pendant ou après la seconde guerre mondiale, des études statistiques sur la prévalence et l'incidence des maladies rhumatismales chroniques ont été faites dans les pays suivants : Etats-Unis (Woolsey⁷), Angleterre (Brooke,³ Kellgren et al.⁴), France (Mathieu-Pierre-Weil et al.⁵), Suède (Groupe d'experts de 1941⁶) et Pays-Bas (de Blécourt²).

Les résultats publiés de ces enquêtes sont brièvement résumés ci-après.

*Etats-Unis*⁷

Une enquête concernant les cas d'arthrite (arthrose) et de rhumatisme a été faite en septembre 1951 sur un échantillon représentatif de la population. Elle a eu lieu à l'occasion de l'un des sondages mensuels réguliers auxquels procèdent les représentants du Census Bureau (Bureau du Recensement), qui visitent périodiquement quelques 25.000 ménages répartis dans 68 régions (42 Etats et District de Columbia).

Le fait principal révélé par l'enquête est que le nombre de personnes âgées de plus de 14 ans qui se jugeaient atteintes d'« arthrite » (« arthrose ») ou de « rhumatisme » était de l'ordre de 10 millions (soit un dixième du nombre total d'habitants appartenant à cette catégorie d'âge). On a estimé que, sur ces 10 millions de personnes, il y en avait à peu près 6 millions auxquelles leur médecin traitant avait déclaré que leurs symptômes étaient dus à l'une ou l'autre de ces maladies.

Le taux de prévalence des cas classés comme « arthrites » (« arthroses ») a été notablement plus élevé chez les femmes que chez les hommes ; il n'y avait pas, en revanche, de différence statistiquement significative entre les deux sexes en ce qui concerne le taux de prévalence des cas dits de « rhumatisme ».

La prévalence de l'« arthrite » (« arthrose ») et du « rhumatisme » a été plus élevée dans les populations rurales que dans les populations urbaines. Il ne ressortait toutefois pas des indications fournies par l'enquête que cette prépondérance rurale dût nécessairement être attribuée au genre de

* Préparé par le Dr E. T. Conybeare, F.R.C.P. (Lond.), Senior Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Angleterre ; Consultant de l'OMS.

travail des intéressés (c'est-à-dire aux travaux des champs et, d'une façon générale, aux travaux effectués en plein air).

Angleterre

En 1949 et 1950, au cours d'une enquête de morbidité effectuée pour le compte du General Register Office (Brooke³), des visites ont été faites au domicile d'un certain nombre de personnes âgées de plus de 16 ans, qui avaient été choisies comme constituant un échantillon représentatif de la population. Des enquêteurs spécialement préparés ont questionné ces personnes sur les maladies (rhumatisme compris) dont elles avaient souffert au cours des deux mois précédents. On n'a pas procédé par la suite à l'examen médical des personnes questionnées. Les renseignements ainsi obtenus sur les cas de maladies rhumatismales ont été groupés sous quatre rubriques : rhumatisme articulaire aigu (y compris la chorée), arthrite (arthrose) (toutes variétés), rhumatisme musculaire (y compris le lumbago) et rhumatisme non précisé. Compte tenu des limites évidemment inhérentes à la technique appliquée, il a paru possible de tirer les conclusions suivantes : dans les quatre groupes, les taux d'incidence se relèvent avec l'âge pour les deux sexes ; les groupes du rhumatisme musculaire et du rhumatisme non précisé présentent des taux maximums en hiver et minimums en été ; dans le groupe de l'arthrite (arthrose), les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes ; une ménagère sur quatre se plaint de rhumatismes ; enfin, chez les hommes, l'incidence des maladies rhumatismales est plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines.

Dans la ville industrielle de Leigh (sud du Lancashire), qui compte 48.000 habitants, une enquête par sondages a été faite en 1949 et 1950 (Kellgren et al.⁴). A cette occasion, une maison sur dix a été visitée ; tous les habitants âgés de plus de 15 ans qui y étaient régulièrement domiciliés ont été interrogés par une assistante médico-sociale spécialement préparée. Il a été possible de découvrir de cette façon les personnes qui souffraient de rhumatisme au moment de l'enquête ou qui en avaient souffert au cours des cinq années précédentes ; presque toutes reçurent ultérieurement la visite d'un médecin attaché au Centre de Recherches sur le Rhumatisme de l'Université de Manchester, qui s'est informé des antécédents de chaque cas et a procédé à un examen clinique sommaire afin d'éliminer les cas non imputables aux maladies rhumatismales et de classer sous un certain nombre de rubriques ceux qui, au contraire, relevaient de ces affections. Cette enquête a englobé 3.515 personnes, domiciliées dans 1.393 maisons ; 1.407 d'entre elles ont été reconnues atteintes d'affections rhumatismales. Sur ce dernier nombre, 1.309 ont été examinées par le médecin du Centre de Recherches. Celui-ci a constaté que la plupart des douleurs rhumatismales pouvaient être classées sous quatre rubriques principales, à savoir : l'ostéoarthrose, la polyarthrite chronique évolutive,

les discarthroses (comprenant le prolapsus et la dégénérescence du disque) et les « douleurs de nature non déterminée ». Malgré la préparation très minutieuse de cette enquête et le soin apporté au diagnostic, un tiers environ des personnes qui se plaignaient de douleurs rhumatismales (soit 30 % des personnes touchées par l'enquête) ont dû être rangées sous la rubrique des « douleurs de nature non déterminée ». Parmi les faits importants révélés par l'enquête, il convient de mentionner l'incidence élevée de l'ostéoarthrose chez les femmes (9,4 % contre 5,8 % chez les hommes) et le rôle considérable des discarthroses en tant que causes de douleurs et d'invalidité, notamment chez les hommes (7,2 % contre 3,0 % chez les femmes). On a observé, d'autre part, que les cas d'ostéoarthrose et de discarthrose se rencontraient, les uns et les autres, de préférence chez les personnes exerçant des travaux pénibles ou ayant été précédemment victimes d'un accident. Cette enquête n'a pas apporté de connaissances nouvelles sur l'étiologie de la polyarthrite chronique évolutive ; la différence usuelle de fréquence de cette maladie entre les deux sexes a été toutefois très marquée (4,3 % pour les femmes contre 1,7 % pour les hommes).

*France*⁵

L'enquête, basée sur les prestations de sécurité sociale de la région parisienne, visait à déterminer le rôle que les maladies rhumatismales (y compris le rhumatisme articulaire aigu) jouent en tant que cause d'invalidité, de longue maladie et de maladie de courte durée. Les auteurs du rapport reconnaissent franchement que les données provenant des 18 caisses locales de sécurité sociale de la région ont accusé des divergences manifestes et que, pour cette raison, les estimations faites à l'aide de ces données demeurent probablement au-dessous de la réalité.

L'enquête a révélé que, sur 50.000 cas d'invalidité, 10 % environ étaient dus à une maladie rhumatismale. (A peu près 40 % de ces rhumatisants étaient toutefois inaptes au travail parce qu'ils souffraient de séquelles cardiaques d'un rhumatisme articulaire aigu.) Sur le nombre global de cas d'invalidité par maladie rhumatismale, 30 % devaient être attribués à une ostéoarthrose et à des maladies apparentées et 10 % au rhumatisme articulaire aigu. En ce qui concerne cette dernière affection, le nombre de cas s'est révélé plus élevé chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de 7 contre 1.

Sur quelque 50.000 cas de longue maladie (la longue maladie étant définie comme une maladie d'une durée de 6 mois au moins mais ne dépassant pas 3 ans), 6 % environ ont été attribués à des affections rhumatismales (à l'exclusion des cardiopathies dues au rhumatisme articulaire aigu).

Quant aux maladies de courte durée, les données recueillies étaient uniquement d'ordre financier. Si l'on ajoute aux dépenses ainsi enregistrées

celles qui, d'après les évaluations, ont été entraînées par les longues maladies et les cas d'invalidité, on aboutit à la conclusion que, pour la seule région parisienne, le coût des affections rhumatismales s'élève par an à 3 milliards de francs au moins.

Suède ⁶

Il est résulté d'une enquête effectuée en 1943 que 2,5 habitants sur 1.000 se sont fait soigner pendant l'année en question pour polyarthrite chronique évolutive; le taux correspondant pour l'ostéoarthrose est de 1,7 pour 1.000, et celui pour la sciatique et le rhumatisme musculaire de 4,0 pour 1.000. L'enquête a également fait ressortir que, en 1943, quelque 90.000 personnes atteintes de maladies rhumatismales (y compris le rhumatisme articulaire aigu) ont reçu des soins médicaux en Suède. Sur 30.000 environ de ces malades qui auraient dû être hospitalisés, 23.000 seulement l'ont été. Au cours de la même année, environ 2.100 lits d'hôpitaux ont été occupés par des rhumatisants, mais les enquêteurs ont estimé que le traitement des rhumatisants aurait en réalité nécessité en Suède quelque 5.000 lits, soit au moins 7 par 10.000 habitants.

Pays-Bas ²

Lors d'une enquête par sondages, effectuée selon une technique voisine de celle qui a été appliquée en 1949 et 1950 dans la ville de Leigh en Angleterre,⁴ on a constaté que, sur 3.378 personnes interrogées dans certaines parties des Pays-Bas au cours de 1951 et 1952, 18,4 % souffraient de maladies rhumatismales qui pouvaient être classées comme rhumatisme articulaire aigu, polyarthrite chronique évolutive, spondylarthrite ankylosante, ostéoarthrose ou rhumatisme musculaire. La proportion des femmes par rapport aux hommes parmi les malades a été de 1,6 contre 1, et 1 % environ de la population examinée s'est révélée atteinte de polyarthrite chronique évolutive. Quelque 55 % des rhumatisants ainsi découverts pouvaient être classés parmi les personnes atteintes de rhumatisme musculaire et 45 % parmi celles qui souffraient d'une forme d'arthrite (arthrose) quelconque. Cette enquête n'a révélé ni différence régionale ou saisonnière, ni corrélation entre l'incidence des maladies rhumatismales et l'humidité des maisons.

Polyarthrite chronique évolutive

Cette affection est une de celles qui sont les mieux définies cliniquement dans le groupe des maladies rhumatismales chroniques. On peut donc s'attendre à ce que les données recueillies concernant son incidence et sa prévalence soient plus sûres que celles qui se rapportent aux autres

maladies rhumatismales chroniques. Certains chiffres récemment enregistrés à cet égard sont donnés ci-après.

Etats-Unis

Selon les estimations, on compte dans ce pays de 1 à 2 millions de personnes atteintes de cette maladie sur une population totale de 160 millions d'habitants.¹ La source de cette évaluation n'est pas précisée. Celle-ci se fonde probablement sur les résultats de l'enquête nationale sur la santé (National Health Survey) de 1935-36.

Angleterre

Sur une population totale représentant 40 millions d'habitants, les estimations varient entre 100.000 malades (chiffre basé en partie sur les statistiques du Ministère de l'Alimentation concernant les certificats médicaux délivrés pour l'obtention d'une priorité dans la distribution des aliments rationnés) et le chiffre beaucoup plus élevé de 500.000 malades, que l'on obtient en étendant à l'ensemble de la population les résultats de l'enquête sur les maladies rhumatismales effectuée en 1949-50 dans une petite ville du Lancashire.⁴

Suède

Il semble ressortir des données disponibles⁶ que l'on compte dans ce pays au moins 17.500 cas sur une population de 7 millions d'habitants.

Pays-Bas

Si les constatations faites au cours d'une récente enquête² sont valables pour l'ensemble du pays, le nombre total de cas serait de 100.000 pour une population de 10 millions d'habitants.

Bien que cette maladie ne soit pas la plus fréquente des affections rhumatismales chroniques, c'est une des plus sévères ; il semble clair que, dans tous les pays où des études dignes de foi ont été effectuées, sa fréquence est très élevée, tout spécialement chez les femmes, et que, dans certaines régions, un vingt-cinquième de la population féminine adulte en est atteint.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blakeslee, A. L. (1952) *Arthritis—and the miracle drugs*, New York (Public Affairs Pamphlet No. 166, p. 5)
 2. Blécourt, J. J. de (1953) *Rev. Rhum.* **20**, numéro spécial, p. 105
 3. Brooke, E. M. (1953) *Monthly Bull. Minist. Hlth (Lond.)*, **12**, 114
 4. Kellgren, J. H., Lawrence, J. S. & Aitken-Swan, J. (1953) *Ann. rheum. Dis.* **12**, 5
 5. Mathieu-Pierre-Weil, Sichére, R.-M., Van Peteghem, J., Gassot, B. & Michaud, P. (1953) *Rev. Rhum.* **20**, numéro spécial, p. 25
 6. Suède, Socialdepartementet (1945) *1941 års reumatikervårdsakkunigas betänkande, Del III : Utredning om reumatikervårdens utbyggande och vidtagande i övrigt av åtgärder för de reumatiska sjukdomarnas bekämpande*, Stockholm (Ministère des Affaires sociales, *Rapport du groupe d'experts de 1941 sur les soins aux rhumatisants, Partie III : Evolution des soins aux rhumatisants et mesures additionnelles à prendre pour combattre les maladies rhumatismales*)
 7. Woolsey, T. D. (1952) *Publ. Hlth Rep. (Wash.)*, **67**, 505
-

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

Rapports récents ou en préparation

	Prix		
	Fr. s.	s. d.	\$
N° 70 Problèmes de Santé mentale se rattachant à l'Adoption Rapport final de la Réunion mixte d'experts ONU/ OMS	0,60	1/3	0,15
N° 71 Lèpre Premier Rapport du Comité d'experts	0,80	1/6	0,20
N° 72 Alimentation et Nutrition Troisième rapport du Comité mixte d'experts FAO/ OMS	0,80	1/6	0,20
N° 73 L'hôpital psychiatrique public Troisième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale	1,—	2/—	0,25
N° 74 Peste Deuxième rapport du Comité d'experts	0,40	9d.	0,10
N° 75 L'enfance mentalement insuffisante Rapport d'un comité mixte d'experts réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies, de l'OIT et de l'UNESCO	1,—	1/9	0,25
N° 76 Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie Quatrième rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 77 Assainissement Troisième rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 78 Maladies rhumatismales Premier rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 79 Maladies vénériennes et Tréponématoses Troisième rapport du Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire.		<i>En préparation</i>	
N° 80 Paludisme Cinquième rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 81 Poliomyélite Premier rapport du Comité d'experts	2,—	3/6	0,50
N° 82 Rage Deuxième rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 83 Méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un pro- gramme coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales Deuxième rapport du Comité d'experts de l'Admi- nistration de la Santé publique	1,—	1/9	0,25
N° 84 Alcool Premier rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25
N° 85 Statistiques démographiques et sanitaires Rapport de la Première Conférence internationale des Commissions nationales	1,—	1/9	0,25
N° 86 Standardisation biologique Septième rapport du Comité d'experts	1,—	1/9	0,25