



Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2002 à 2011 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes

Types de soins



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



## Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

## Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

# Table des matières

Remerciements.....	iii
Sommaire.....	v
Chapitre 1 — Introduction .....	1
1.1 Sources des données .....	3
1.2 Qualité des données .....	4
1.3 Structure du rapport .....	5
1.4 Données provinciales.....	6
1.5 Cellules de petite taille .....	6
1.6 Répartition selon le groupe d'âge .....	6
1.7 Renseignements complémentaires.....	7
Chapitre 2 — Traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale .....	9
2.1 Nouveaux patients en traitement pour le stade terminal de l'insuffisance rénale .....	11
2.2 Patients prévalents en traitement pour le STIR .....	21
2.3 Profils des établissements .....	32
2.4 Résultats .....	33
2.5 Transplantation rénale chez les receveurs adultes.....	37
2.6 Transplantation rénale chez les receveurs pédiatriques.....	43
Chapitre 3 — Transplantation hépatique .....	47
Chapitre 4 — Transplantation cardiaque .....	55
Chapitre 5 — Transplantation pulmonaire .....	63
Chapitre 6 — Transplantation pancréatique .....	71
Chapitre 7 — Transplantation intestinale.....	77
Chapitre 8 — Donneurs .....	81
Annexes .....	89
Annexe A — Membres du Conseil d'administration du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes .....	91
Annexe B — Centres canadiens de transplantations, programmes rénaux et établissements de santé autonomes offrant un service de dialyse aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique, selon les données fournies au RCITO .....	93
Annexe C — Services canadiens d'approvisionnement en organes .....	97

Annexe D — Documentation relative à la qualité des données du RCITO : de 2002 à 2011.....	99
Annexe E — Glossaire et sigles courants.....	113
Annexe F — Méthodes d'analyse .....	117
Annexe G — Diagnostics principaux saisis dans le RCITO.....	121

# Remerciements

Le présent rapport est le fruit des efforts concertés et des contributions volontaires de programmes de néphrologie, de services d'approvisionnement en organes, de néphrologues, de médecins et chirurgiens transplantologues, d'infirmières ainsi que de coordonnateurs de partout au Canada.

Ce rapport puise en partie dans les données et les renseignements soumis par Action Cancer Ontario. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées aux présentes sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles d'Action Cancer Ontario.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier le Conseil d'administration et le Comité consultatif du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) pour leurs précieux conseils et leur inestimable soutien (voir l'annexe A pour une liste des membres du Conseil d'administration).

Le rapport annuel du RCITO a été rédigé à l'ICIS par

- Claire Marie Fortin, gestionnaire, Registres cliniques
- Bob Williams, chef de section, RCITO
- Frank Ivis, analyste principal, RCITO
- Yingbo Na, analyste principal, RCITO
- Norma Hall, analyste, RCITO



# Sommaire

Le rapport *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2002 à 2011* repose sur des données provenant du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), principalement pour les années 2002 à 2011 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles). Il examine les caractéristiques et les tendances en matière de dialyse et de transplantation au Canada pendant cette période.

L'information recueillie présente de l'intérêt pour un grand nombre d'intervenants. Les personnes qui s'intéressent aux politiques du système de santé, ainsi qu'à la gestion clinique et des services se rapportant au stade terminal de l'insuffisance organique trouveront ce rapport utile, tout comme les personnes et les groupes qui souhaitent en apprendre davantage sur le stade terminal de l'insuffisance organique au Canada.

## Aperçu

- En 2011, 5 489 patients ont commencé un traitement pour l'insuffisance rénale (TIR).
- À la fin de 2011, 4 543 patients étaient en attente d'une transplantation d'organe plein, un nombre qui a connu une croissance lente depuis 2005.
- Au total, 2 124 transplantations d'organes pleins ont été pratiquées au Canada en 2011.
- Il y a eu 1 033 donateurs d'organes (vivants ou décédés) en 2011.

## Rein

- À la fin de 2011, on estimait à 40 385 le nombre de personnes au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) au Canada, plus de trois fois le nombre enregistré en 1992. Parmi ces personnes, 23 423 étaient en dialyse et 16 962 vivaient avec un greffon rénal fonctionnel.
- En 2011, un total de 5 489 patients au STIR ont commencé un TIR, dont tout juste moins de 80 % par hémodialyse. On compte 2 719 patients ayant commencé un TIR en 1992.
- À la fin de 2011, 3 406 patients étaient en attente d'une transplantation rénale, une augmentation de 23 % depuis 2005.
- Sur 1 247 receveurs de reins en 2011, 194 ont subi une transplantation préemptive<sup>i</sup>, une option thérapeutique de plus en plus privilégiée au Canada.
- Le diabète continue d'être la principale cause du STIR au pays : il est diagnostiqué chez 35 % des nouveaux cas en 2011 et est suivi de la maladie rénovasculaire (16 %).
- Le vieillissement de la population canadienne est illustré dans le profil démographique des nouveaux patients au STIR : 53 % des patients qui ont commencé un TIR avaient 65 ans et plus en 2011, contre 38 % en 1992. Les taux d'incidence sont toutefois demeurés stables au cours des 10 dernières années et pourraient commencer à diminuer.

---

i. Transplantation rénale effectuée au moment du diagnostic de stade terminal de l'insuffisance rénale, sans dialyse préalable.

- La proportion de nouveaux patients en dialyse qui sont en orientation tardive<sup>ii</sup> diminue. En 2011, 30 % des patients ont consulté un néphrologue pour la première fois moins de trois mois avant le début de leur dialyse, contre 41 % en 2002.
- En 2011, l'âge moyen des nouveaux patients en hémodialyse était de 65,2 ans et plus de la moitié de ces patients ont déclaré souffrir de diabète.

## Foie

- À la fin de 2011, 489 patients étaient en attente d'une transplantation, soit une diminution par rapport au nombre record de 723 en 2006.
- En 2011, 485 transplantations hépatiques ont été pratiquées au Canada.
- Au cours de la décennie de 2002 à 2011, 4 419 transplantations hépatiques ont été pratiquées.

## Cœur

- En 2011, 166 Canadiens étaient en attente d'une transplantation cardiaque et 25 patients en attente sont décédés.
- En 2011, 152 transplantations cardiaques ont été réalisées au Canada.
- Au cours de la décennie, le nombre de transplantations a fluctué de 143 à 178 par année, soit une moyenne annuelle de 163 transplantations.
- Au total, 1 632 Canadiens ont subi une transplantation cardiaque entre 2002 et 2011.

## Poumon

- En 2011, 311 Canadiens étaient en attente d'une transplantation pulmonaire, par rapport à 150 en 2002.
- En 2011, 175 transplantations pulmonaires ont été pratiquées, une augmentation de 26 % par rapport à 139 en 2002.
- Les transplantations pulmonaires bilatérales représentaient 91 % des transplantations pulmonaires réalisées en 2011.
- Les transplantations pulmonaires bilatérales étaient le plus souvent pratiquées sur des patients atteints de fibrose kystique (27 %). En revanche, l'emphysème était le diagnostic le plus courant (43 %) lié à une transplantation pulmonaire unilatérale.

---

ii. Dans le cadre de ce rapport, une orientation tardive correspond à un patient dont la première consultation avec un néphrologue a lieu moins de 90 jours avant le début de sa dialyse. Ces patients pourraient disposer de moins d'options de traitement susceptibles de ralentir la progression de la maladie que les patients orientés vers un néphrologue à un stade moins avancé de la maladie.



## Pancréas

- Des 72 transplantations pancréatiques effectuées en 2011, 53 étaient des transplantations simultanées rein-pancréas.
- Un total de 711 transplantations pancréatiques ont été effectuées au Canada de 2002 à 2011.
- De ce nombre, 70 % étaient des transplantations simultanées rein-pancréas.
- Le nombre de Canadiens en attente d'une transplantation simultanée rein-pancréas a atteint 108 en 2011.

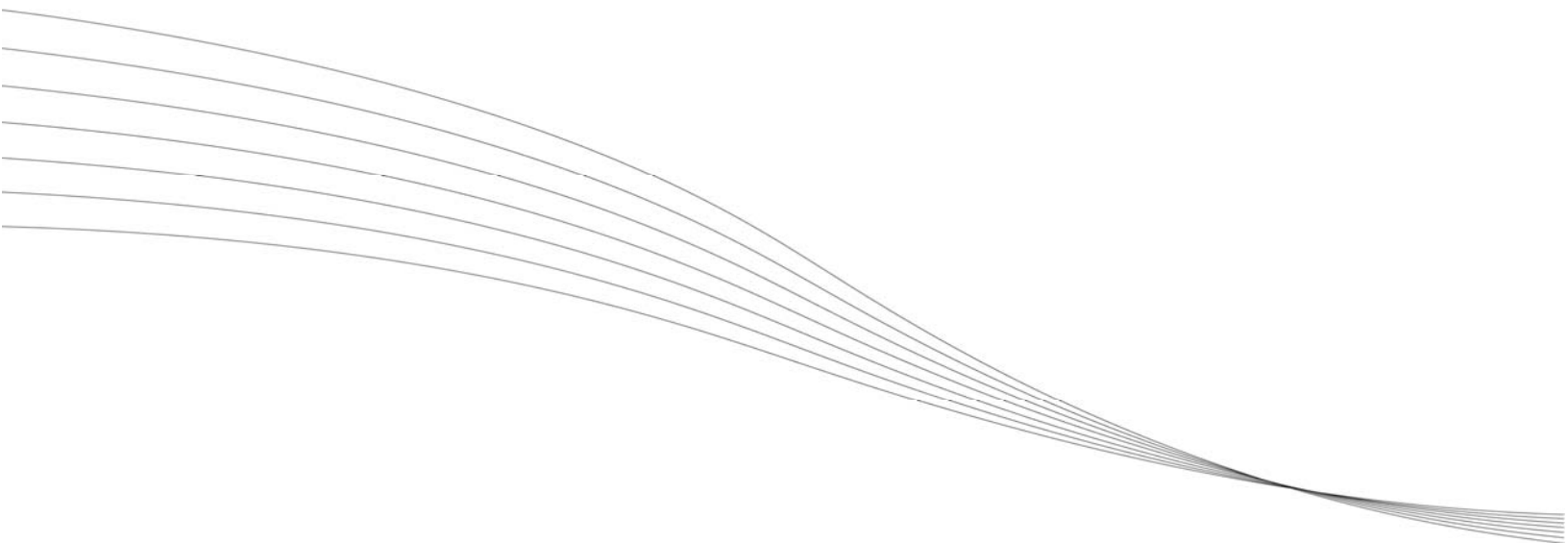
## Intestin grêle

- La greffe de l'intestin grêle, une intervention en pleine évolution, peut améliorer les résultats pour la santé des enfants et des adultes atteints d'insuffisance intestinale au Canada. Entre 1992 et 2011, 54 greffes de l'intestin grêle ont été effectuées au Canada; plus de la moitié (57 %) des receveurs avaient moins de 18 ans.

Le stade terminal de l'insuffisance organique présente des questions et des défis complexes pour les patients, les cliniciens et le système de santé canadiens. Les options de traitement continuent d'évoluer et les pratiques et les processus de don d'organes font l'objet d'examen afin d'en optimiser les résultats. Ce n'est que par la collecte constante et systématique de données que l'on peut produire des renseignements fiables pour éclairer la prise de décisions. L'objectif du présent rapport est de diffuser de l'information susceptible d'aider à améliorer la santé des Canadiens au stade terminal de l'insuffisance organique.

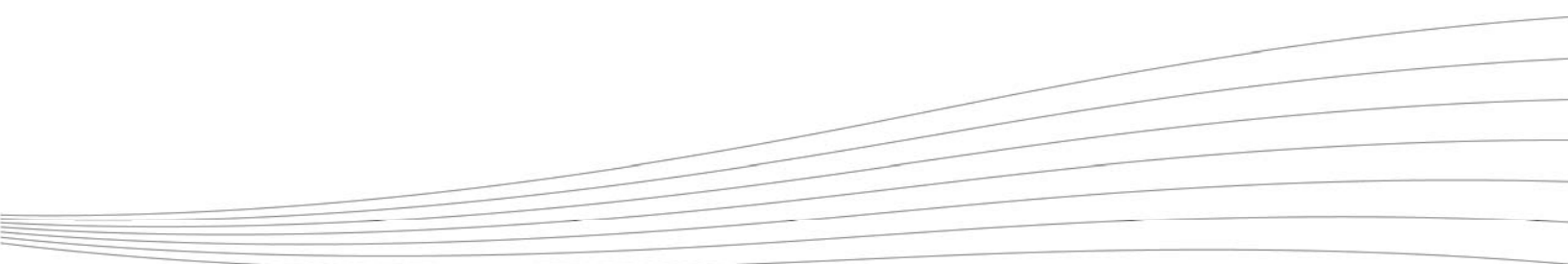
Outre le présent rapport sommaire publié annuellement, veuillez consulter la page Web [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito). Celle-ci contient plus de renseignements et de tableaux de données grâce aux rapports spéciaux (Analyses en bref) et aux publications semestrielles des services canadiens d'approvisionnement en organes intitulées *Rapports électroniques sur les statistiques relatives aux transplantations, aux listes d'attente et aux donneurs*. Le site Web contient également des présentations PowerPoint comprenant des données sommaires.

Si vous avez des questions sur le présent rapport ou si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, écrivez à [rcito@icis.ca](mailto:rcito@icis.ca).





# Chapitre 1 — Introduction





# 1 Introduction

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) est un système d'information pancanadien sur l'insuffisance organique au Canada. Il a pour mandat d'enregistrer et d'analyser le volume d'interventions et les résultats liés aux transplantations d'organes pleins et aux traitements par dialyse rénale. Bien qu'il ait changé au cours des années, il existe au Canada un registre des statistiques sur l'insuffisance rénale depuis le début des années 1970.

Le premier registre de l'insuffisance rénale a vu le jour en 1972 sous la direction du D<sup>r</sup> Arthur Shimizu. Un an plus tard, le registre est transféré, en collaboration avec la Fondation canadienne du rein, à Statistique Canada. À la suite du premier rapport annuel produit en 1974, le Registre canadien de l'insuffisance rénale, nom qu'il portait à l'époque, a donné lieu à l'élaboration de rapports annuels plus détaillés sur la dialyse et la transplantation rénale. La gestion du projet est brièvement délaissée à la fin des années 1970, puis remise en place en 1980 grâce à un nouveau partenariat entre la Fondation canadienne du rein, Santé Canada et Statistique Canada, sous les conseils de la Société canadienne de néphrologie.

En 1987, le registre intègre les données sur les transplantations autres que rénales. En 1995, la gestion du RCITO est confiée à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui gère de nombreuses banques de données pancanadiennes reliées au système de santé.

La mission actuelle du RCITO consiste à fournir de l'information pancanadienne sur le remplacement d'organes vitaux au Canada dans le but d'améliorer le traitement, la recherche et les soins aux patients. Le Conseil d'administration du RCITO inc. oriente les responsables du registre sur le plan stratégique. (Pour connaître le nom des membres du Conseil d'administration au 1<sup>er</sup> octobre 2012, veuillez consulter l'annexe A.)

## 1.1 Sources des données

Les données du RCITO sont issues des programmes de dialyse en hôpital, des programmes de transplantation régionaux, des services d'approvisionnement en organes (SAO) et des services de dialyse rénale offerts dans des établissements de santé autonomes. Vous trouverez une liste des établissements qui déclarent des données au RCITO à l'annexe B. Le RCITO reçoit les données sur des formulaires ou des tableurs normalisés. En 2011, le RCITO a aussi commencé à recevoir les données par voie de soumission électronique au moyen d'un format de fichier normalisé récemment mis en œuvre. Le Réseau rénal de l'Ontario a été le premier organisme à soumettre des données par voie électronique au moyen du nouveau format normalisé. Actuellement, toutes les données sont saisies à l'ICIS. Les données contenues dans la base de données sont recueillies et consignées pour l'année civile (c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre), comme c'est le cas dans les autres registres internationaux qui font état du stade terminal de l'insuffisance organique. Il est ainsi possible d'établir des comparaisons à l'échelle internationale.

Les patients au stade terminal de l'insuffisance organique sont suivis depuis leur traitement initial (dialyse ou transplantation) jusqu'à leur décès, à moins qu'on ne perde leur trace et qu'il devienne impossible de les retrouver. Le présent rapport ne tient compte que des interventions exécutées au Canada. Toutefois, aux fins de consignation des mesures de suivi des soins, le RCITO saisit les transferts à l'étranger lorsqu'il en est avisé par les établissements déclarants.

À l'heure actuelle, le RCITO ne reçoit pas de données sur les patients figurant sur une liste d'attente pour une transplantation. Le nombre total de patients en attente d'une transplantation d'organe plein est fourni sur une base semestrielle par huit SAO responsables de la gestion des listes d'attente. Les SAO qui fournissent des données sur le nombre de patients en attente sont BC Transplant, Southern Alberta Organ and Tissue Donations Program (Calgary), HOPE Edmonton, Saskatchewan Transplant Program (Saskatoon et Regina), Transplant Manitoba — Gift of Life, Réseau Trillium pour le don de vie (Ontario), Transplant Québec et Nova Scotia Multi-Organ Transplant Program (pour la région de l'Atlantique). Une liste complète des SAO est fournie à l'annexe C.

Les estimations démographiques annuelles utilisées pour le calcul des taux par âge et province ont été fournies par Statistique Canada.

## 1.2 Qualité des données

L'assurance de la qualité des données est une activité continue du RCITO, notamment grâce à la mise en œuvre annuelle du cadre de la qualité des données de l'ICIS et à la production subséquente d'un rapport sur la qualité des données, figurant à l'annexe D.

Remarque : En 2011, le nombre de patients en dialyse déclaré par le Québec était inférieur à celui des années antérieures, en raison d'une sous-déclaration probable dans six à huit centres de dialyse. Par conséquent, les données de 2011 sur les données et les tendances nationales en matière de dialyse doivent être interprétées avec prudence. Il est question ici des données sur l'incidence et, dans une moindre mesure, de celles sur la prévalence.

Le RCITO ne contient aucune autre erreur de couverture connue et la section RCITO sait quels hôpitaux doivent fournir des données. En 2007, le niveau d'intégralité du RCITO a été comparé à celui d'autres banques de données de l'ICIS dans le cadre d'une étude de qualité des données<sup>iii</sup>. Le tableau ci-dessous présente les résultats de ces comparaisons.

<b>Pourcentage de patients ayant subi une transplantation qui sont enregistrés dans le RCITO et la Base de données sur les congés des patients (BDGP)</b>	98 %
<b>Pourcentage de patients ontariens en dialyse rénale dont l'enregistrement dans le RCITO correspond à celui du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)</b>	93 %

iii. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de la qualité des données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Ottawa, ON : ICIS; 2009. Le document est accessible en format PDF à l'adresse [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito).

La même étude a révélé que le taux de concordance entre les données des codificateurs de l'étude et les données du RCITO sur la maladie rénale initiale était de 59 %, et celui sur le type de maladies rénales initiales, de 71 %. En dépit de tels problèmes de codification, les taux de risque de mortalité liés à diverses maladies rénales initiales et aux facteurs de risque associés étaient semblables, qu'ils aient été calculés à partir des données du RCITO ou de données d'études.

Bien que l'intégralité des éléments de données clés se soit améliorée au fil du temps, la proportion des valeurs inconnues déclarées dépasse toujours 10 %. En 2011, le diagnostic principal était manquant ou inconnu pour 11 % des nouveaux patients en dialyse; la cause du décès était manquante pour 25 % des patients en dialyse et 9 % des receveurs d'une transplantation; la cause des échecs de transplantation était manquante ou inconnue pour plus de la moitié des cas. Les utilisateurs doivent tenir compte de ces faits lorsqu'ils interprètent les tendances. Dans le cas du diagnostic principal, une révision des dossiers menée en 2007 dans le cadre de l'étude de qualité des données a révélé que le taux de données soumises au RCITO était inférieur à celui convenu.

Au Canada, un donneur d'organe décédé est un donneur dont au moins un organe a été prélevé et transplanté; il s'agit d'une définition plus restreinte que celle du United Network of Organ Sharing aux États-Unis, qui inclut les donneurs dont les organes prélevés n'ont pas été transplantés.

Le RCITO, une base de données longitudinale qui sert à suivre l'évolution du traitement du patient, varie au fil du temps. Il importe donc de souligner que toutes les données présentées dans le rapport sont susceptibles de changer en fonction de nouvelles soumissions ou corrections. Les conventions analytiques utilisées dans le rapport peuvent varier de celles des rapports antérieurs. Les divergences avec les rapports précédents peuvent découler de mises à jour de la base de données ou de différences dans les méthodes analytiques.

Nous invitons les lecteurs à consulter l'annexe D, intitulée Documentation relative à la qualité des données du RCITO : de 2002 à 2011, pour obtenir de plus amples renseignements sur l'intégralité et la portée de la déclaration au RCITO.

### 1.3 Structure du rapport

Le présent rapport résume l'information sur le traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada. Les chapitres 2 à 8 portent sur les sujets suivants :

- traitement chez les patients au stade terminal de l'insuffisance rénale (dialyse et transplantation rénale)
- transplantation hépatique
- transplantation cardiaque
- transplantation pulmonaire
- transplantation pancréatique
- transplantation intestinale
- donneurs

L'annexe A contient la liste des membres du Conseil d'administration du RCITO.

L'annexe B fournit des renseignements sur les programmes canadiens de transplantation, notamment le type de transplantation d'organe plein pratiquée, ainsi que la liste des hôpitaux canadiens et des établissements de santé autonomes qui offrent des traitements de dialyse au Canada.

L'annexe C énumère les SAO qui fournissent des statistiques sur les dons d'organes au RCITO.

L'annexe D comprend la documentation relative à la qualité des données du RCITO pour la période de 2002 à 2011.

L'annexe E contient un glossaire des termes employés.

L'annexe F fait état des méthodes analytiques ayant servi à la rédaction du présent rapport et des données démographiques utilisées pour le Canada.

L'annexe G dresse la liste des codes de diagnostic principal saisis dans le RCITO.

## 1.4 Données provinciales

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies à l'échelle provinciale. Les utilisateurs doivent faire la distinction entre la province de traitement, qui reflète habituellement l'accès aux services, et la province de résidence des patients. Généralement, les patients en dialyse du Yukon sont pris en charge par la Colombie-Britannique, ceux des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, par l'Alberta et ceux de l'Île-du-Prince-Édouard, par la Nouvelle-Écosse.

## 1.5 Cellules de petite taille

Étant donné la nature des éléments dont rend compte le RCITO, il arrive que des cellules contenant moins de cinq observations soient consignées. Le RCITO et l'ICIS reconnaissent qu'il existe un faible risque d'identification, c'est-à-dire lorsque des cellules de faible valeur recoupent des sources d'information externes. Des statisticiens de l'ICIS vérifient les cellules de faible valeur publiées afin de réduire au maximum le risque d'identification.

## 1.6 Répartition selon le groupe d'âge

Tout au long du rapport, les données sont présentées par groupe d'âge. Les groupes d'âge ne sont pas toujours uniformes et peuvent être formés en fonction d'aspects thérapeutiques (par exemple, les niveaux d'activité ou le type de patient : pédiatrique par rapport à adulte) ou des limites d'analyse. La répartition selon le groupe d'âge peut également faciliter les comparaisons (par exemple, les taux d'incidence et de prévalence). Pour les besoins du présent rapport, le terme patient pédiatrique réfère aux patients de moins de 18 ans.

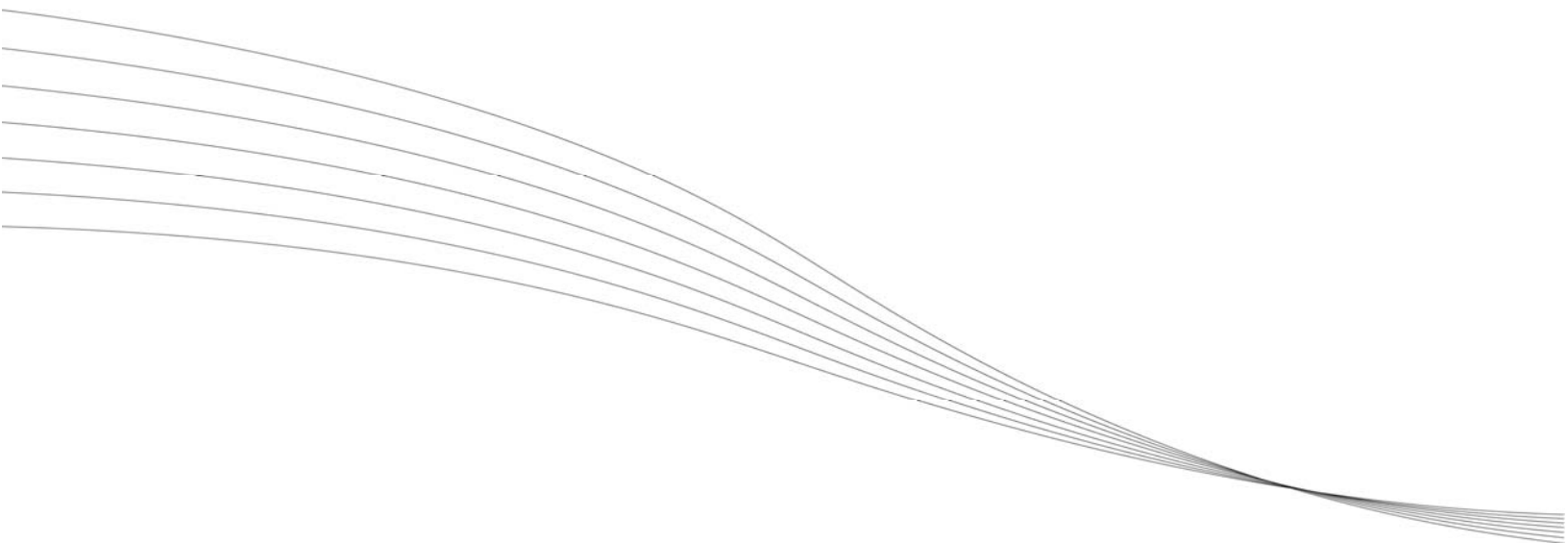


## 1.7 Renseignements complémentaires

Outre le présent rapport sommaire publié annuellement, vous trouverez de l'information et des tableaux de données à l'adresse [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito) sous forme de rapports spéciaux (Analyses en bref) et de publications semestrielles des SAO intitulées *Rapports électroniques sur les statistiques relatives aux transplantations, aux listes d'attente et aux donneurs*. Ces rapports contiennent les dernières statistiques sommaires relatives aux données sur les transplantations, les donneurs et les listes d'attente, y compris le nombre de patients en attente d'une transplantation d'organe vital qui sont décédés.

Le site Web contient également des présentations PowerPoint comprenant des données sommaires.

Si vous avez des questions sur le présent rapport ou si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, écrivez à [rcito@icis.ca](mailto:rcito@icis.ca).





## Chapitre 2 — Traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale



## 2 Traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale

Cette section porte sur les tendances relatives aux nouveaux patients (l'incidence) au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) de chaque année et sur le nombre total de patients en traitement pour le STIR au Canada à un moment donné (la prévalence). Le traitement pour l'insuffisance rénale (TIR) comprend les personnes atteintes d'insuffisance rénale en dialyse ou vivant avec un greffon fonctionnel. La présente section contient également les caractéristiques des patients au STIR, dont l'âge au début du traitement, le diagnostic principal à l'origine de l'insuffisance rénale et le traitement initial. Ces renseignements ont pour objectif d'appuyer les différents programmes de soins destinés aux patients canadiens au STIR et de contribuer à la prise de décisions éclairées à l'échelle des soins cliniques, des établissements et des politiques relatives au système de santé.

### 2.1 Nouveaux patients en traitement pour le stade terminal de l'insuffisance rénale

Un *nouveau patient* désigne un nouveau cas, dans la population, présentant une maladie définie qui doit être traitée (dans ce cas, le STIR). L'incidence est généralement exprimée en taux par million d'habitants (TPMH) ou en proportion relative de nouveaux patients. Les tendances relatives aux nouveaux patients canadiens au STIR sont présentées par groupe d'âge pour l'ensemble de la période visée dans les figures et les tableaux suivants.

En 2011, 5 489 nouveaux patients au STIR ont été recensés dans le RCITO, soit deux fois plus qu'en 1992 (tableau 1).

Le TPMH le plus élevé de nouveaux patients au STIR a encore été observé chez les personnes de 75 ans et plus (figure 1). Ce groupe d'âge a également enregistré la plus importante hausse en taux pour la période, une tendance qui a commencé dans les années 1980 et qui s'est poursuivie jusqu'en 2001, lorsque le TPMH des nouveaux patients était de 771,8. De 1992 à 2001, le taux d'incidence a plus que doublé chez les patients âgés de 75 ans et plus. Les taux sont restés relativement stables de 2001 à 2005. Depuis 2005, les taux parmi les groupes de personnes plus âgées ont baissé lentement. Le taux d'incidence chez les personnes de 45 à 64 ans est passé de 175,0 en 1992 à 217,3 en 2000. Depuis 1997, le taux d'incidence de ce groupe d'âge est demeuré relativement stable et a connu une légère diminution ces dernières années. Au cours de la période de 20 ans prise en considération, le taux d'incidence chez les personnes de moins de 45 ans est demeuré relativement inchangé.

En 2011, 53 % des nouveaux patients étaient âgés de 65 ans et plus, et un autre 34 % étaient âgés de 45 à 64 ans.

À l'échelle provinciale, en 2011, les TPMH d'incidence les plus élevés ont été constatés à Terre-Neuve-et-Labrador (276,2) et au Manitoba (201,5) (tableau 2).

À la fin de 2011, à peine moins de 80 % des nouveaux patients ont commencé leur traitement par une hémodialyse<sup>iv</sup>; cette proportion est demeurée presque la même depuis 2002 (tableau 3). Alors que l'hémodialyse était systématiquement le premier traitement administré, le nombre de nouveaux patients ayant eu recours à la dialyse péritonéale (DP)<sup>v</sup> comme traitement initial est aussi demeuré constant pendant cette période. Le recours aux transplantations préemptives a augmenté au fil des ans, passant de 111 en 2002 à 194 en 2011.

L'âge des nouveaux patients influe aussi sur le traitement initial (tableau 4). En 2011, 69 % des nouveaux patients de 20 à 44 ans ont commencé leur traitement par une hémodialyse. Dans le cas des patients de 65 ans et plus, cette proportion s'élève à 86 %. Le recours à la transplantation préemptive en tant que traitement initial était surtout élevé chez les patients plus jeunes pour diminuer au fur et à mesure que l'âge avançait.

Lorsque la dialyse était utilisée pour traiter les nouveaux patients en 2011, toutes les provinces ont opté pour l'hémodialyse la majorité du temps, Terre-Neuve-et-Labrador arrivant en tête (93 %), suivie du Nouveau-Brunswick (87 %). Le Manitoba affichait la plus grande proportion (21 %) de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) (tableau 5).

Les taux d'incidence selon le diagnostic principal sont présentés au tableau 6. Le diabète demeure la cause principale de STIR déclarée la plus fréquemment au Canada, représentant 35 % des nouveaux patients.

On considère en orientation tardive tout patient dont la dialyse débute moins de 90 jours après la première consultation avec un néphrologue. Cette caractéristique est considérée comme une mesure de la bonne gestion des phases initiales de la maladie rénale. L'orientation tardive facilite la gestion de la maladie et pourrait avoir une incidence sur la survie du patient. En 2011, 30 % des nouveaux patients étaient associés à une orientation tardive, une diminution comparativement à 41 % en 2002 (tableau 7). Cette amélioration a été observée dans toutes les provinces. Le tableau 8 présente la situation des orientations tardives selon le diagnostic principal. En 2002, 32 % des patients présentant un diagnostic principal de diabète étaient associés à des orientations tardives, tandis qu'en 2011, cette proportion était descendue à 19 % seulement.

Le tableau 9 indique certaines caractéristiques des patients en hémodialyse et en dialyse péritonéale. En 2011, l'âge moyen des nouveaux patients en hémodialyse et des patients en dialyse péritonéale était de 65,2 et 61,0 ans respectivement. Parmi les nouveaux patients en hémodialyse, 58 % étaient âgés de 65 ans et plus, et 62 % étaient des hommes.

---

iv. L'hémodialyse consiste à faire circuler le sang à l'extérieur du corps par des filtres spéciaux. Le sang passe dans un filtre avec des solutions qui aident à éliminer les toxines. Cette forme de dialyse doit être effectuée dans un établissement de santé.

v. La dialyse péritonéale filtre les déchets au moyen de la membrane péritonéale, dans l'abdomen. On introduit dans l'abdomen des solutions spéciales qui aident à éliminer les toxines. Les solutions sont laissées dans l'abdomen un certain temps avant d'être évacuées. Il existe deux types de dialyse péritonéale : la dialyse péritonéale continue ambulatoire et la dialyse péritonéale automatisée. Cette forme de dialyse peut être réalisée à la maison.

Tableau 1 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total de nouveaux patients au STIR selon le groupe d'âge, Canada, de 1992 à 2011

Groupe d'âge	De 0 à 19 ans			De 20 à 44 ans			De 45 à 64 ans			De 65 à 74 ans			75 ans et plus			Total	
	N	TPMH	%	N	TPMH	%	N	TPMH	%	N	TPMH	%	N	TPMH	%	N	TPMH
1992	88	11,3	3,2	603	51,7	22,2	983	175,0	36,2	701	356,7	25,8	344	258,6	12,7	2 719	95,9
1993	89	11,3	3,1	607	52,0	20,9	1 020	176,1	35,0	802	399,4	27,6	393	288,6	13,5	2 911	101,5
1994	69	8,7	2,2	629	53,9	20,2	1 111	186,1	35,7	882	431,5	28,4	420	301,3	13,5	3 111	107,3
1995	98	12,3	3,0	636	54,4	19,3	1 117	181,8	33,9	941	454,9	28,5	508	352,6	15,4	3 300	112,6
1996	70	8,8	2,0	639	54,5	18,0	1 237	195,7	34,9	1 003	480,2	28,3	596	399,9	16,8	3 545	119,7
1997	90	11,2	2,3	695	59,2	17,6	1 316	202,2	33,2	1 145	542,9	28,9	714	461,9	18,0	3 960	132,4
1998	86	10,7	2,0	685	58,5	16,2	1 417	211,2	33,5	1 198	563,2	28,3	848	530,9	20,0	4 234	140,4
1999	90	11,3	2,0	717	61,3	15,8	1 483	213,9	32,6	1 253	586,8	27,5	1 008	610,5	22,2	4 551	149,7
2000	103	12,9	2,2	676	57,8	14,2	1 558	217,3	32,8	1 296	603,9	27,3	1 123	658,0	23,6	4 756	155,0
2001	104	13,0	2,1	605	51,6	12,1	1 585	213,9	31,6	1 358	628,4	27,1	1 360	771,8	27,1	5 012	161,6
2002	86	10,8	1,7	632	53,8	12,5	1 567	204,2	31,1	1 377	633,1	27,3	1 381	759,5	27,4	5 043	160,7
2003	87	11,0	1,7	594	50,5	11,6	1 674	210,9	32,6	1 392	635,5	27,1	1 382	736,8	26,9	5 129	162,0
2004	75	9,5	1,4	627	53,3	12,0	1 737	212,0	33,2	1 345	607,8	25,7	1 445	749,4	27,6	5 229	163,7
2005	98	12,5	1,9	607	51,6	11,5	1 689	199,9	31,9	1 402	627,0	26,4	1 506	760,0	28,4	5 302	164,3
2006	85	10,9	1,6	639	54,2	11,8	1 797	206,2	33,1	1 369	602,3	25,2	1 534	751,5	28,3	5 424	166,3
2007	75	9,5	1,4	647	55,5	11,7	1 843	205,0	33,3	1 414	606,3	25,5	1 563	743,8	28,2	5 542	168,3
2008	80	10,2	1,5	634	54,3	11,5	1 863	201,7	33,7	1 392	579,3	25,2	1 562	725,2	28,2	5 531	166,0
2009	81	10,3	1,4	591	50,4	10,4	1 953	206,2	34,4	1 420	570,8	25,0	1 633	742,4	28,8	5 678	168,3
2010	73	9,3	1,3	622	52,8	10,8	2 007	207,6	34,9	1 424	553,0	24,7	1 631	724,8	28,3	5 757	168,7
2011	59	7,5	1,1	628	53,0	11,4	1 883	191,9	34,3	1 385	517,4	25,2	1 534	668,0	28,0	5 489	159,2

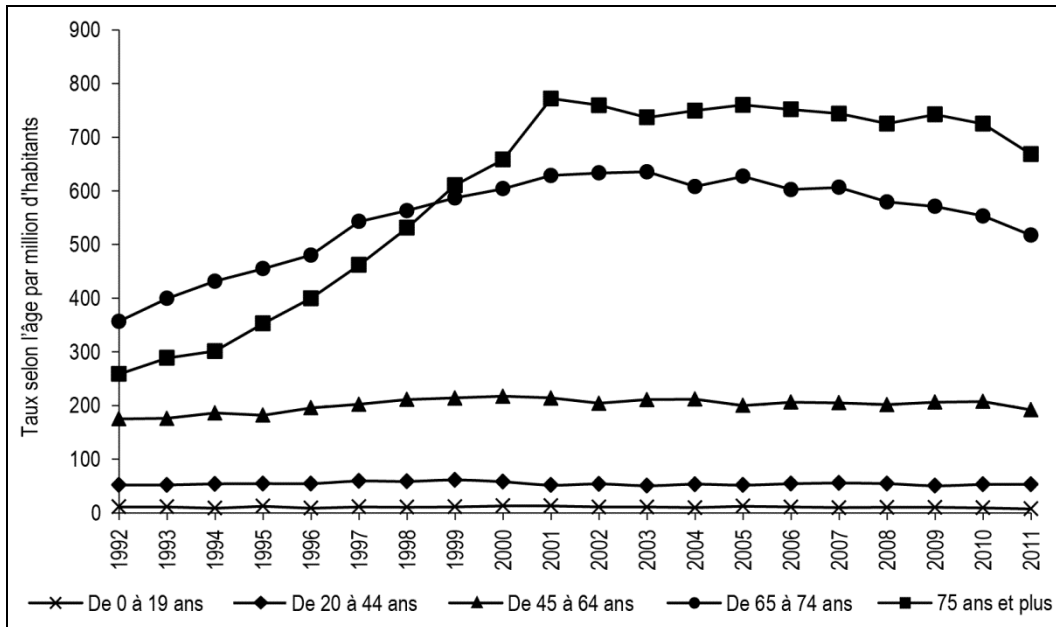
**Remarque**

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

Figure 1 : Nouveaux patients au STIR, taux selon l'âge par million d'habitants, Canada, de 1992 à 2011



**Remarque**

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.



Tableau 2 : Nombre et taux par million d'habitants de nouveaux patients au STIR selon la province, Canada, de 2002 à 2011

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B./ Yn</b>	N	652	623	669	636	701	717	697	771	751	773
	TPMH	157,3	148,9	158,2	148,4	161,5	165,1	157,8	171,8	164,5	167,8
<b>Alb./ T.N.-O./ Nun.</b>	N	495	558	465	531	483	529	482	530	512	497
	TPMH	155,3	172,8	142,0	159,5	140,1	147,4	131,3	140,8	134,8	128,9
<b>Sask.</b>	N	166	182	192	171	186	199	177	200	158	174
	TPMH	166,7	183,0	192,9	172,0	188,8	199,0	174,6	194,2	151,3	164,5
<b>Man.</b>	N	245	239	230	236	298	251	286	288	302	252
	TPMH	212,0	205,8	196,5	200,4	253,0	210,2	237,1	235,7	244,6	201,5
<b>Ont.</b>	N	2 092	2 102	2 219	2 275	2 316	2 376	2 312	2 379	2 520	2 548
	TPMH	172,9	171,5	179,1	181,4	182,5	185,7	178,7	182,0	190,5	190,5
<b>Qc</b>	N	1 009	1 006	1 021	1 050	1 053	1 067	1 101	1 067	1 050	815
	TPMH	135,5	134,3	135,4	138,2	137,6	138,8	142,0	136,3	132,8	102,1
<b>N.-B.</b>	N	128	144	161	123	140	112	147	130	134	119
	TPMH	170,6	191,8	214,3	163,6	186,9	150,2	196,7	173,5	178,0	157,5
<b>N.-É./ Î.-P.-É.</b>	N	152	176	157	186	165	203	222	187	200	170
	TPMH	141,9	164,0	146,1	172,9	153,8	189,0	206,3	173,3	183,8	155,8
<b>T.-N.-L.</b>	N	104	99	115	94	82	88	107	126	130	141
	TPMH	200,2	191,0	222,4	182,2	160,9	173,7	211,3	247,6	254,3	276,2
<b>Canada</b>	<b>N</b>	<b>5 043</b>	<b>5 129</b>	<b>5 229</b>	<b>5 302</b>	<b>5 424</b>	<b>5 542</b>	<b>5 531</b>	<b>5 678</b>	<b>5 757</b>	<b>5 489</b>
	<b>TPMH</b>	<b>160,7</b>	<b>162,0</b>	<b>163,7</b>	<b>164,3</b>	<b>166,3</b>	<b>168,3</b>	<b>166,0</b>	<b>168,3</b>	<b>168,7</b>	<b>159,2</b>

**Remarque**

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 3 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total de nouveaux patients au STIR selon le traitement initial, Canada, de 2002 à 2011**

Traitement initial		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>HD à domicile</b>	N	6	7	9	3	19	17	25	26	21	24
	TPMH	0,2	0,2	0,3	0,1	0,6	0,5	0,8	0,8	0,6	0,7
	%	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,3	0,5	0,5	0,4	0,4
<b>HD en établissement</b>	N	4 017	4 117	4 105	4 158	4 310	4 389	4 337	4 431	4 564	4 361
	TPMH	128,0	130,0	128,5	128,8	132,1	133,3	130,1	131,3	133,7	126,5
	%	79,7	80,3	78,5	78,4	79,5	79,2	78,4	78,0	79,3	79,5
<b>DPCA</b>	N	600	644	732	708	661	686	704	778	685	674
	TPMH	19,1	20,3	22,9	21,9	20,3	20,8	21,1	23,1	20,1	19,5
	%	11,9	12,6	14,0	13,4	12,2	12,4	12,7	13,7	11,9	12,3
<b>DPA</b>	N	309	242	253	272	271	272	297	260	297	236
	TPMH	9,8	7,6	7,9	8,4	8,3	8,3	8,9	7,7	8,7	6,8
	%	6,1	4,7	4,8	5,1	5,0	4,9	5,4	4,6	5,2	4,3
<b>Transplantation préemptive</b>	N	111	119	130	161	163	178	168	183	190	194
	TPMH	3,5	3,8	4,1	5,0	5,0	5,4	5,0	5,4	5,6	5,6
	%	2,2	2,3	2,5	3,0	3,0	3,2	3,0	3,2	3,3	3,5
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>5 043</b>	<b>5 129</b>	<b>5 229</b>	<b>5 302</b>	<b>5 424</b>	<b>5 542</b>	<b>5 531</b>	<b>5 678</b>	<b>5 757</b>	<b>5 489</b>
	<b>TPMH</b>	<b>160,7</b>	<b>162,0</b>	<b>163,7</b>	<b>164,3</b>	<b>166,3</b>	<b>168,3</b>	<b>166,0</b>	<b>168,3</b>	<b>168,7</b>	<b>159,2</b>

**Remarque**

HD : hémodialyse; DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire; DPA : dialyse péritonéale automatisée.

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 4 : Nombre de nouveaux patients au STIR selon l'année, le groupe d'âge et le mode de traitement initial, Canada, de 2002 à 2011**

Groupe d'âge	Mode de traitement initial	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
		N = 5 043	N = 5 129	N = 5 229	N = 5 302	N = 5 424	N = 5 542	N = 5 531	N = 5 678	N = 5 757	N = 5 489
De 0 à 19 ans	HD	36	39	34	45	59	39	35	51	39	25
	DP	28	32	29	33	15	16	33	21	18	14
	Préemptive	22	16	12	20	11	20	12	9	16	20
De 20 à 44 ans	HD	440	428	417	432	443	443	433	409	431	433
	DP	147	124	155	134	145	134	146	121	136	137
	Préemptive	45	42	55	41	51	70	55	61	55	58
De 45 à 64 ans	HD	1 200	1 275	1 295	1 231	1 344	1 392	1 388	1 428	1 521	1 416
	DP	326	344	392	367	368	376	389	430	381	369
	Préemptive	41	55	50	91	85	75	86	95	105	98
De 65 à 74 ans	HD	1 142	1 158	1 121	1 143	1 124	1 172	1 129	1 151	1 177	1 165
	DP	232	228	212	250	231	230	248	251	233	203
	Préemptive	3	6	12	9	14	12	15	18	14	17
75 ans et plus	HD	1 205	1 224	1 247	1 310	1 359	1 360	1 377	1 418	1 417	1 346
	DP	176	158	197	196	173	202	185	215	214	187
	Préemptive	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>HD</b>	<b>4 023</b>	<b>4 124</b>	<b>4 114</b>	<b>4 161</b>	<b>4 329</b>	<b>4 406</b>	<b>4 362</b>	<b>4 457</b>	<b>4 585</b>	<b>4 385</b>
	<b>DP</b>	<b>909</b>	<b>886</b>	<b>985</b>	<b>980</b>	<b>932</b>	<b>958</b>	<b>1 001</b>	<b>1 038</b>	<b>982</b>	<b>910</b>
	<b>Préemptive</b>	<b>111</b>	<b>119</b>	<b>130</b>	<b>161</b>	<b>163</b>	<b>178</b>	<b>168</b>	<b>183</b>	<b>190</b>	<b>194</b>

**Remarques**

HD : hémodialyse; DP : dialyse péritonéale; préemptive : transplantation rénale préemptive.

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 5 : Nombre et pourcentage du total de nouveaux patients selon le traitement initial et la province de traitement, Canada, 2011**

Traitement initial		Province de traitement*									Canada
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.	
<b>HD</b>	N	557	396	137	191	2 075	660	102	138	129	<b>4 385</b>
	%	72,2	79,0	80,6	76,1	81,4	80,9	87,2	79,8	92,8	<b>80,0</b>
<b>DPCA</b>	N	131	84	30	52	240	93	14	20	10	<b>674</b>
	%	17,0	16,8	17,6	20,7	9,4	11,4	12,0	11,6	7,2	<b>12,0</b>
<b>DPA</b>	N	48	4	3	3	168	5	1	4	0	<b>236</b>
	%	6,2	0,8	1,8	1,2	6,6	0,6	0,9	2,3	0,0	<b>4,0</b>
<b>Transplantation préemptive</b>	N	36	17	0	5	67	58	0	11	0	<b>194</b>
	%	4,7	3,4	0,0	2,0	2,6	7,1	0,0	6,4	0,0	<b>4,0</b>
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>772</b>	<b>501</b>	<b>170</b>	<b>251</b>	<b>2 550</b>	<b>816</b>	<b>117</b>	<b>173</b>	<b>139</b>	<b>5 489</b>

**Remarques**

\* La Colombie-Britannique comprend la population du Yukon; l'Alberta, celle des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut; la Nouvelle-Écosse, celle de l'Île-du-Prince-Édouard.

HD : hémodialyse; DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire; DPA : dialyse péritonéale automatisée.

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 6 : Nombre et taux par million d'habitants des nouveaux patients au STIR selon le diagnostic principal, Canada, de 2002 à 2011**

Diagnostic		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Glomérulonéphrite</b>	N	638	657	683	595	619	619	585	619	619	599
	TPMH	20,3	20,8	21,4	18,4	19,0	18,8	17,6	18,4	18,1	17,4
<b>Diabète</b>	N	1 708	1 758	1 799	1 847	1 857	1 926	1 919	1 909	2 018	1 943
	TPMH	54,4	55,5	56,3	57,2	56,9	58,5	57,6	56,6	59,1	56,4
<b>Maladie vasculaire rénale</b>	N	922	952	960	1 024	1 062	995	1 006	1 058	1 042	903
	TPMH	29,4	30,1	30,1	31,7	32,6	30,2	30,2	31,4	30,5	26,2
<b>Maladie polykystique des reins</b>	N	202	215	222	268	258	233	218	204	234	218
	TPMH	6,4	6,8	7,0	8,3	7,9	7,1	6,5	6,1	6,9	6,3
<b>D'origine médicamenteuse</b>	N	103	101	95	103	93	124	108	114	118	100
	TPMH	3,3	3,2	3,0	3,2	2,9	3,8	3,2	3,4	3,5	2,9
<b>Pyélonéphrite</b>	N	215	216	231	197	190	215	195	193	184	227
	TPMH	6,9	6,8	7,2	6,1	5,8	6,5	5,9	5,7	5,4	6,6
<b>Autre*</b>	N	508	493	525	583	626	573	664	651	725	802
	TPMH	16,2	15,6	16,4	18,1	19,2	17,4	19,9	19,3	21,2	23,3
<b>Inconnu</b>	N	747	737	714	685	719	857	836	930	817	697
	TPMH	23,8	23,3	22,4	21,2	22,0	26,0	25,1	27,6	23,9	20,2

**Remarques**

\* Consultez l'annexe G pour obtenir la liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

En 2011, la sous-déclaration estimée des nouveaux patients au STIR touchait environ 300 cas. Consultez l'annexe D pour en savoir davantage.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 7 : Pourcentage des nouveaux patients en traitement pour le STIR en orientation tardive\* selon la province et au Canada, de 2002 à 2011**

Province	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B./Yn</b>	43,3	35,1	34,7	31,2	29,8	31,0	32,9	34,2	30,1	34,1
<b>Alb./T.N.-O./Nun.</b>	36,1	38,2	40,3	34,1	39,0	30,8	33,0	31,2	33,3	27,4
<b>Sask.</b>	44,5	42,9	36,6	34,5	40,9	28,5	29,6	28,5	31,2	31,5
<b>Man.</b>	43,7	36,2	38,4	33,7	33,6	32,2	25,6	30,1	29,0	27,2
<b>Ont.</b>	40,5	38,5	35,9	36,1	33,6	31,9	32,3	31,9	30,2	30,0
<b>Qc</b>	41,5	36,6	38,3	33,3	33,1	32,8	29,3	28,4	32,0	29,1
<b>N.-B.</b>	42,4	40,3	32,7	37,5	39,1	38,5	32,3	34,4	34,9	32,4
<b>N.-É./Î.-P.-É.</b>	35,1	32,7	30,6	31,4	25,2	26,9	26,3	26,3	23,0	19,8
<b>T.-N.-L.</b>	40,0	31,5	36,1	30,2	22,7	25,0	30,8	26,8	26,2	27,5
<b>Canada</b>	<b>40,8</b>	<b>37,4</b>	<b>36,5</b>	<b>34,3</b>	<b>33,5</b>	<b>31,6</b>	<b>31,2</b>	<b>31,1</b>	<b>30,5</b>	<b>29,8</b>

**Remarque**

\* Les patients en orientation tardive ont commencé leur dialyse moins de 90 jours après leur première consultation d'un néphrologue.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 8 : Pourcentage des nouveaux patients en traitement pour le STIR en orientation tardive\*, selon le diagnostic principal, Canada, de 2002 à 2011**

Diagnostic	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Glomérulonéphrite</b>	33,8	32,3	32,8	30,9	30,3	28	23,9	26,6	25	29
<b>Diabète</b>	32,4	30,7	27,6	25,9	25,5	23,3	21,9	22,7	22,0	19,4
<b>Maladie vasculaire rénale</b>	44,4	41,2	37,2	32,1	33,2	29,1	26,5	25,5	23,5	24,5
<b>Maladie polykystique des reins</b>	20,0	14,2	15,3	11,0	9,4	8,7	8,6	8,8	11,2	8,6
<b>D'origine médicamenteuse</b>	42,4	40,7	42,7	25,0	33,7	36,8	29,7	24,8	25,2	32,6
<b>Pyélonéphrite</b>	37,6	32,6	40,1	36,0	30,2	31,1	38,4	35,1	37,8	36,4
<b>Autre<sup>†</sup></b>	61,8	54,9	58,8	59,4	56,5	54,7	57,3	55,3	55,5	52,1
<b>Inconnu</b>	54,4	50,3	50,3	53,7	47,7	47,3	48,5	48,2	49,6	46,2
<b>Tous les nouveaux patients</b>	<b>40,8</b>	<b>37,4</b>	<b>36,5</b>	<b>34,4</b>	<b>33,5</b>	<b>31,6</b>	<b>31,2</b>	<b>31,1</b>	<b>30,5</b>	<b>29,8</b>

**Remarques**

\* Les patients en orientation tardive ont commencé leur dialyse moins de 90 jours après leur première consultation d'un néphrologue.

† Consultez l'annexe G pour obtenir la liste de tous les diagnostics principaux saisis.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 9 : Nouveaux patients adultes en dialyse selon certaines caractéristiques, Canada, de 2002 à 2011**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>HD</b>	Âge moyen (années)	64,8	65,0	65,0	65,3	65,1	65,0	65,3	65,4	65,3	65,2	
	Pourcentage de patients de 65 ans et plus	58,8	58,2	57,9	59,4	57,9	57,8	57,8	58,1	56,9	57,5	
	Pourcentage d'hommes	57,8	60,3	59,6	60,2	59,6	61,9	61,0	59,8	61,1	62,2	
	Pourcentage de patients atteints de diabète	44,3	44,5	45,0	46,0	47,2	49,0	48,5	49,8	50,9	53,6	
	Indice de comorbidité moyen*	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,0	2,2	
	IMC moyen	26,8	27,0	27,4	27,5	27,7	27,6	28,2	28,2	28,3	28,3	
	DFGe moyen†	9,4	9,8	9,7	10,1	10,2	10,2	10,4	10,6	10,7	10,5	
	Pourcentage d'orientations tardives‡	44,8	41,7	41,3	39,6	37,8	36,0	35,7	35,9	35,1	33,9	
	<b>Type d'accès (%)</b>											
	Cathéter	70,4	70,6	73,2	73,4	74,5	76,3	79,0	79,7	77,4	81,1	
	Fistule AV	19,0	17,9	17,5	19,1	18,6	18,3	15,9	15,7	16,8	15,7	
	Greffon AV	2,5	2,3	2,1	1,5	1,6	1,5	1,5	1,2	1,2	0,8	
	Inconnu	8,1	9,2	7,2	6,0	5,3	3,9	3,7	3,4	4,6	2,5	
<b>DP</b>	Âge moyen (années)	60,4	60,5	60,3	61,3	60,6	61,1	60,8	61,9	61,7	61,0	
	Pourcentage de patients de 65 ans et plus	46,2	45,0	42,6	46,9	44,0	45,7	44,6	45,7	46,1	43,4	
	Pourcentage d'hommes	55,4	59,8	56,8	60,2	55,0	58,4	57,5	57,5	59,4	60,4	
	Pourcentage de patients atteints de diabète	41,4	41,7	43,4	45,1	43,1	43,4	42,7	44,5	47,0	45,5	
	Indice de comorbidité moyen*	1,4	1,5	1,3	1,4	1,2	1,3	1,1	1,1	1,3	1,2	
	IMC moyen	26,0	26,4	26,5	26,8	27,2	27,1	27,5	28,0	27,5	27,3	
	DFGe moyen†	10,0	9,8	9,9	10,1	10,0	10,5	10,7	10,7	10,9	10,1	
	Pourcentage d'orientations tardives‡	23,5	16,2	15,8	11,4	12,2	11,3	10,4	10,2	8,6	9,3	

**Remarques**

\* Cet indice attribue une valeur de 1 à 10 à chacune des 14 comorbidités saisies dans le RCITO. Les résultats possibles vont de 0 à 32.

† Estimation du débit de filtration glomérulaire établi au moyen de l'équation MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

‡ La première consultation d'un néphrologue a lieu moins de 90 jours avant le début de la dialyse.

HD : hémodialyse; DP : dialyse péritonéale; cathéter : cathéter intraveineux central; fistule AV : fistule artérioveineuse; greffon AV : greffon artérioveineux.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

## 2.2 Patients prévalents en traitement pour le STIR

La *prévalence* correspond au nombre de personnes ou à la proportion de la population atteinte d'une maladie à un moment précis, dans ce cas-ci le STIR. La prévalence est généralement exprimée en taux par million d'habitants ou en proportion relative de la population vivant avec la maladie en question. Dans le RCITO, la prévalence est mesurée au 31 décembre de chaque année.

Les tendances canadiennes relatives aux patients prévalents au STIR sont présentées pour l'ensemble de la période visée dans les figures et les tableaux suivants.

Au 31 décembre 2011, 40 385 Canadiens étaient en traitement pour le STIR. Parmi ceux-ci, 58 % (n = 23 423) étaient en dialyse et 42 % (16 962) étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel (tableau 10). Depuis 1992, le taux de prévalence des patients en dialyse a augmenté de 160 %, passant de 261,7 à 679,3 par million d'habitants (figure 2). Au cours de cette même période, le taux de prévalence des patients ayant subi une transplantation rénale a plus que doublé, passant de 209,0 à 491,9 par million d'habitants.

Le tableau 11 présente les taux de prévalence selon l'âge. Au cours de la période de 20 ans analysée, les taux de prévalence ont augmenté dans tous les groupes d'âge. En 2011, la répartition des patients prévalents selon l'âge était similaire dans la totalité des provinces et territoires (tableau 12).

En 2011, les taux de prévalence par million d'habitants les plus élevés ont été observés à Terre-Neuve-et-Labrador et au Manitoba (1 578,6 et 1 516,9 respectivement, tableau 13).

L'hémodialyse réalisée en établissement était la forme la plus courante de TIR au pays (46 %), suivie de la transplantation (42 %, tableau 14).

En 2011, comme le montre le tableau 15, la transplantation était le traitement principal des patients prévalents au STIR en Nouvelle-Écosse/Île-du-Prince-Édouard (55 %), en Alberta/Territoires du Nord-Ouest/Nunavut (49 %), et en Colombie-Britannique/Yukon (45 %). Le taux de transplantation le plus faible a été observé au Manitoba (33 %).

Les tableaux 16 et 17 présentent les taux de prévalence selon le diagnostic principal. De 2002 à 2011, le taux de prévalence des patients dont le diagnostic principal est le diabète a connu une hausse de 46 %. En 2011, les patients atteints de néphropathie diabétique représentaient la plus grande proportion (26 %) de l'ensemble des patients prévalents; ils sont suivis des patients atteints de glomérulonéphrite (22 %).

Parmi les patients prévalents en 2011 pour lesquels le diagnostic principal était le diabète, 63 % étaient en hémodialyse et 26 % avaient subi une transplantation (tableau 18). En général, les patients atteints de néphropathie diabétique représentaient 35 % des patients en hémodialyse. En outre, 61 % des patients pour lesquels le diagnostic principal était la glomérulonéphrite vivaient avec un greffon rénal fonctionnel, soit 32 % de tous les patients ayant subi une transplantation.

Le tableau 19 résume les changements de prévalence en examinant le roulement des traitements.

**Tableau 10 : Taux de prévalence des patients en dialyse ou porteurs d'un greffon fonctionnel, Canada, de 1992 à 2011 (par million d'habitants et pourcentage du total)**

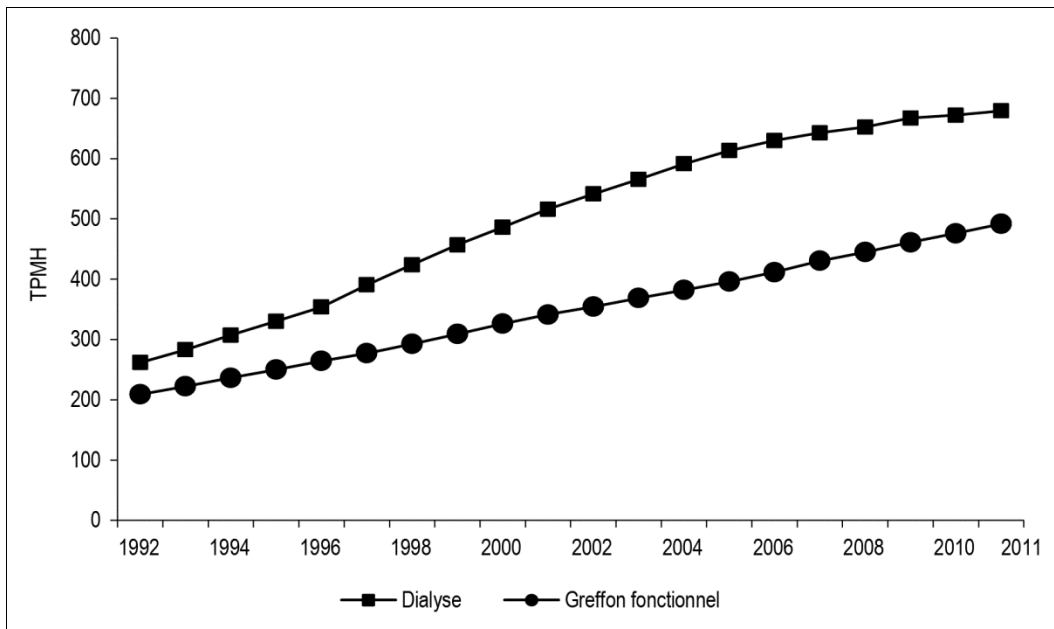
	Dialyse			Greffons fonctionnels			Total	
	Nombre	TPMH	%	Nombre	TPMH	%	Nombre	TPMH
<b>1992</b>	7 424	261,7	55,6	5 928	209,0	44,4	<b>13 352</b>	<b>470,7</b>
<b>1993</b>	8 123	283,2	56,0	6 377	222,3	44,0	<b>14 500</b>	<b>505,5</b>
<b>1994</b>	8 912	307,3	56,5	6 862	236,6	43,5	<b>15 774</b>	<b>543,9</b>
<b>1995</b>	9 674	330,1	56,9	7 326	250,0	43,1	<b>17 000</b>	<b>580,2</b>
<b>1996</b>	10 482	354,0	57,2	7 828	264,4	42,8	<b>18 310</b>	<b>618,4</b>
<b>1997</b>	11 682	390,6	58,5	8 292	277,3	41,5	<b>19 974</b>	<b>667,9</b>
<b>1998</b>	12 786	424,0	59,2	8 828	292,7	40,8	<b>21 614</b>	<b>716,7</b>
<b>1999</b>	13 896	457,0	59,6	9 404	309,3	40,4	<b>23 300</b>	<b>766,3</b>
<b>2000</b>	14 921	486,2	59,8	10 011	326,2	40,2	<b>24 932</b>	<b>812,4</b>
<b>2001</b>	16 011	516,1	60,2	10 594	341,5	39,8	<b>26 605</b>	<b>857,6</b>
<b>2002</b>	16 982	541,3	60,4	11 123	354,5	39,6	<b>28 105</b>	<b>895,8</b>
<b>2003</b>	17 905	565,5	60,5	11 681	368,9	39,5	<b>29 586</b>	<b>934,5</b>
<b>2004</b>	18 890	591,3	60,7	12 209	382,2	39,3	<b>31 099</b>	<b>973,5</b>
<b>2005</b>	19 788	613,2	60,8	12 783	396,1	39,2	<b>32 571</b>	<b>1 009,3</b>
<b>2006</b>	20 548	629,9	60,5	13 432	411,7	39,5	<b>33 980</b>	<b>1 041,6</b>
<b>2007</b>	21 172	642,9	59,9	14 181	430,6	40,1	<b>35 353</b>	<b>1 073,5</b>
<b>2008</b>	21 742	652,4	59,5	14 829	445,0	40,5	<b>36 571</b>	<b>1 097,3</b>
<b>2009</b>	22 515	667,3	59,1	15 560	461,2	40,9	<b>38 075</b>	<b>1 128,5</b>
<b>2010</b>	22 936	672,1	58,5	16 244	476,0	41,5	<b>39 180</b>	<b>1 148,1</b>
<b>2011</b>	23 423	679,3	58,0	16 962	491,9	42,0	<b>40 385</b>	<b>1 171,2</b>

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.



Figure 2 : Taux de prévalence des patients en dialyse ou porteurs d'un greffon fonctionnel, Canada, de 1992 à 2011 (par million d'habitants)



**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 11 : Nombre et taux par million d'habitants de patients prévalents au STIR selon le groupe d'âge, Canada, de 1992 à 2011**

	De 0 à 19 ans		De 20 à 44 ans		De 45 à 64 ans		De 65 à 74 ans		75 ans et plus		Total	
	N	TPMH	N	TPMH	N	TPMH	N	TPMH	N	TPMH	N	TPMH
<b>1992</b>	474	60,8	4 611	395,5	5 074	9 033	2 244	1 141,9	949	713,3	<b>13 352</b>	<b>470,7</b>
<b>1993</b>	483	61,5	4 816	412,8	5 568	961,5	2 541	1 265,4	1 092	801,9	<b>14 500</b>	<b>505,5</b>
<b>1994</b>	475	60,0	5 084	435,4	6 048	1 013,1	2 898	1 417,7	1 269	910,3	<b>15 774</b>	<b>543,9</b>
<b>1995</b>	491	61,7	5 264	450,1	6 498	1 057,7	3 240	1 566,4	1 507	1 045,9	<b>17 000</b>	<b>580,2</b>
<b>1996</b>	486	60,8	5 419	462,5	7 119	1 126,5	3 514	1 682,5	1 772	1 188,9	<b>18 310</b>	<b>618,4</b>
<b>1997</b>	499	62,3	5 646	481,0	7 791	1 197,1	3 897	1 847,9	2 141	1 385,0	<b>19 974</b>	<b>667,9</b>
<b>1998</b>	523	65,3	5 860	500,4	8 441	1 257,9	4 250	1 998,2	2 540	1 590,1	<b>21 614</b>	<b>716,7</b>
<b>1999</b>	536	67,1	6 023	515,2	9 155	1 320,5	4 594	2 151,3	2 992	1 812,1	<b>23 300</b>	<b>766,3</b>
<b>2000</b>	560	70,2	6 141	525,4	9 874	1 377,4	4 941	2 302,2	3 416	2 001,5	<b>24 932</b>	<b>812,4</b>
<b>2001</b>	566	71,0	6 215	530,5	10 540	1 422,2	5 311	2 457,6	3 973	2 254,8	<b>26 605</b>	<b>857,6</b>
<b>2002</b>	565	71,0	6 294	535,6	11 123	1 449,2	5 600	2 574,8	4 523	2 487,6	<b>28 105</b>	<b>895,8</b>
<b>2003</b>	566	71,6	6 325	538,1	11 776	1 483,9	5 971	2 726,0	4 948	2 637,8	<b>29 586</b>	<b>934,5</b>
<b>2004</b>	555	70,7	6 326	538,0	12 502	1 526,0	6 277	2 836,5	5 439	2 820,9	<b>31 099</b>	<b>973,5</b>
<b>2005</b>	562	71,8	6 358	540,0	13 106	1 551,5	6 607	2 954,6	5 938	2 996,5	<b>32 571</b>	<b>1 009,3</b>
<b>2006</b>	558	71,4	6 394	542,7	13 783	1 581,9	6 875	3 024,5	6 370	3 120,8	<b>33 980</b>	<b>1 041,6</b>
<b>2007</b>	555	70,6	6 356	545,5	14 406	1 602,6	7 308	3 133,7	6 728	3 201,8	<b>35 353</b>	<b>1 073,5</b>
<b>2008</b>	547	69,5	6 379	546,7	15 021	1 626,3	7 559	3 145,6	7 065	3 280,2	<b>36 571</b>	<b>1 097,3</b>
<b>2009</b>	551	70,1	6 326	539,8	15 679	1 655,7	8 034	3 229,2	7 485	3 403,0	<b>38 075</b>	<b>1 128,5</b>
<b>2010</b>	540	68,8	6 310	535,7	16 239	1 679,4	8 381	3 254,7	7 710	3 426,2	<b>39 180</b>	<b>1 148,1</b>
<b>2011</b>	503	64,1	6 322	533,2	16 645	1 696,5	8 852	3 306,6	8 063	3 511,2	<b>40 385</b>	<b>1 171,2</b>

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 12 : Nombre et pourcentage de patients prévalents au STIR selon l'âge et la province, Canada, 2011**

Province		De 0 à 19 ans	De 20 à 44 ans	De 45 à 64 ans	De 65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
<b>C.-B./Yn</b>	N	70	817	2 174	1 153	1 082	<b>5 296</b>
	%	1,3	15,4	41,0	21,8	20,4	<b>100,0</b>
<b>Alb./T.N.-O./Nun.</b>	N	73	785	1 741	801	605	<b>4 005</b>
	%	18	19,6	43,5	20,0	15,1	<b>100,0</b>
<b>Sask.</b>	N	4	248	553	232	205	<b>1 242</b>
	%	0,3	20,0	44,5	18,7	16,5	<b>100,0</b>
<b>Man.</b>	N	44	370	865	377	241	<b>1 897</b>
	%	2,3	19,5	45,6	19,9	12,7	<b>100,0</b>
<b>Ont.</b>	N	187	2 419	6 735	3 660	3 560	<b>16 561</b>
	%	1,1	14,6	40,7	22,1	21,5	<b>100,0</b>
<b>Qc</b>	N	89	1 174	3 140	1 922	1 788	<b>8 113</b>
	%	1,1	14,5	38,7	23,7	22,0	<b>100,0</b>
<b>N.-B.</b>	N	3	131	396	218	185	<b>933</b>
	%	0,3	14,0	42,4	23,4	19,8	<b>100,0</b>
<b>N.-É./Î.-P.-É.</b>	N	31	253	683	317	248	<b>1 532</b>
	%	2,0	16,5	44,6	20,7	16,2	<b>100,0</b>
<b>T.-N.-L.</b>	N	2	125	358	172	149	<b>806</b>
	%	0,2	15,5	44,4	21,3	18,5	<b>100,0</b>
<b>Canada</b>	<b>N</b>	<b>503</b>	<b>6 322</b>	<b>16 645</b>	<b>8 852</b>	<b>8 063</b>	<b>40 385</b>
	<b>%</b>	<b>1,2</b>	<b>15,7</b>	<b>41,2</b>	<b>21,9</b>	<b>20,0</b>	<b>100,0</b>

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 13 : Nombre et taux par million d'habitants de patients prévalents au STIR selon la province, Canada, de 2002 à 2011**

Province		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B./ Yn</b>	N	3 549	3 764	4 032	4 199	4 403	4 580	4 719	4 965	5 123	5 296
	TPMH	856,1	899,9	953,7	979,8	1 014,1	1 054,8	1 068,4	1 106,1	1 122,4	1 149,3
<b>Alb./ T.N.-O./ Nun.</b>	N	2 745	2 967	3 105	3 268	3 380	3 509,0	3 589	3 741	3 901	4 005
	TPMH	861,4	918,6	948,3	981,4	980,2	978,0	977,6	994,1	1 027,2	1 038,5
<b>Sask.</b>	N	895	951	978	1 014	1 056	1 117	1 138	1 203	1 193	1 242
	TPMH	898,7	956,3	982,5	1 020,0	1 071,7	1 116,8	1 122,7	1 167,8	1 142,7	1 174,0
<b>Man.</b>	N	1 315	1 351	1 388	1 446	1 523	1 574	1 647	1 750	1 850	1 897
	TPMH	1 138,0	1 163,1	1 186,1	1 228,0	1 293,1	1 318,3	1 365,6	1 432,1	1 498,5	1 516,9
<b>Ont.</b>	N	11 234	11 837	12 461	13 171	13 773	14 334	14 861	15 440	15 972	16 561
	TPMH	928,3	965,8	1 005,5	1 050,2	1 085,6	1 120,3	1 148,8	1 181,4	1 207,5	1 238,4
<b>Qc</b>	N	5 917	6 176	6 510	6 778	7 093	7 409	7 681	7 939	8 007	8 113
	TPMH	794,7	824,3	863,1	892,1	927	963,8	990,7	1 014,1	1 012,8	1 016,7
<b>N.-B.</b>	N	718	742	791	801	846	854	870	895	920	933
	TPMH	956,9	988,2	1 052,7	1 065,2	1 129,3	1 145,4	1 164,4	1 194,2	1 222,0	1 235,0
<b>N.-É./ Î.-P.-É.</b>	N	1 130	1 182	1 174	1 231	1 249	1 320	1 399	1 432	1 468	1 532
	TPMH	1 054,7	1 101,1	1 092,3	1 144,0	1 164,1	1 229,0	1 300,1	1 326,9	1 349,0	1 403,8
<b>T.-N.-L.</b>	N	602	616	660	663	657	656	667	710	746	806
	TPMH	1 158,9	1 188,4	1 276,5	1 285,0	1 289,1	1 295,1	1 317,0	1 395,1	1 459,1	1 578,6
<b>Canada</b>	<b>N</b>	<b>28 105</b>	<b>29 586</b>	<b>31 099</b>	<b>32 571</b>	<b>33 980</b>	<b>35 353</b>	<b>36 571</b>	<b>38 075</b>	<b>39 180</b>	<b>40 385</b>
	<b>TPMH</b>	<b>895,8</b>	<b>934,5</b>	<b>973,5</b>	<b>1 009,3</b>	<b>1 041,6</b>	<b>1 073,5</b>	<b>1 097,3</b>	<b>1 128,5</b>	<b>1 148,1</b>	<b>1 171,2</b>

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 14 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total des patients prévalents au STIR selon le type de traitement, Canada, de 2002 à 2011**

Type de traitement		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
HD à domicile	N	258	303	369	485	572	638	717	787	844	929
	TPMH	8,2	9,6	11,6	15,0	17,5	19,4	21,5	23,3	24,7	26,9
	%	0,9	1,0	1,2	1,5	1,7	2	2,0	2,1	2,2	2,3
HD en établissement	N	13 345	14 216	14 947	15 611	16 200	16 641	17 032	17 642	17 997	18 480
	TPMH	425,4	449,0	467,9	483,8	496,6	505,3	511,1	522,9	527,4	535,9
	%	47,5	48,0	48,1	47,9	47,7	47,1	46,6	46,3	45,9	45,8
DPCA	N	1 781	1 688	1 659	1 611	1 554	1 578	1 605	1 583	1 542	1 482
	TPMH	56,8	53,3	51,9	49,9	47,6	47,9	48,2	46,9	45,2	43,0
	%	6,3	5,7	5,3	4,9	4,6	4,5	4,4	4,2	3,9	3,7
DPA	N	1 598	1 698	1 915	2 081	2 222	2 315	2 388	2 503	2 553	2 532
	TPMH	50,9	53,6	59,9	64,5	68,1	70,3	71,7	74,2	74,8	73,4
	%	5,7	5,7	6,2	6,4	6,5	6,5	6,5	6,6	6,5	6,3
Transplantation	N	11 123	11 681	12 209	12 783	13 432	14 181	14 829	15 560	16 244	16 962
	TPMH	354,5	368,9	382,2	396,1	411,7	430,6	445,0	461,2	476,0	491,9
	%	39,6	39,5	39,3	39,2	39,5	40,1	40,5	40,9	41,5	42,0
Total	N	<b>28 105</b>	<b>29 586</b>	<b>31 099</b>	<b>32 571</b>	<b>33 980</b>	<b>35 353</b>	<b>36 571</b>	<b>38 075</b>	<b>39 180</b>	<b>40 385</b>
	TPMH	<b>895,8</b>	<b>934,5</b>	<b>973,5</b>	<b>1 009,3</b>	<b>1 041,6</b>	<b>1 073,5</b>	<b>1 097,3</b>	<b>1 128,5</b>	<b>1 148,1</b>	<b>1 171,2</b>

**Remarque**

HD : hémodialyse; DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire; DPA : dialyse péritonéale automatisée.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 15 : Nombre et pourcentage de patients prévalents au STIR selon le type et la province de traitement, Canada, 2011**

Type de traitement		Province de traitement									Canada
		C.-B./ Yn	Alb./ T.N.-O./ Nun.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É./ Î.-P.-É.	T.-N.-L.	
HD à domicile	N	119	126	20	32	514	75	14	16	13	<b>929</b>
	%	2,2	3,1	1,6	1,7	3,1	1	1,5	1,0	1,6	<b>2,0</b>
HD en établissement	N	2 078	1 526	601	990	7 937	3 810	482	589	467	<b>18 480</b>
	%	39,2	38,1	48,4	52,2	47,9	47,0	51,7	38,4	57,9	<b>46,0</b>
DPCA	N	187	123	93	87	547	337	51	30	27	<b>1 482</b>
	%	3,5	3,1	7,5	4,6	3,3	4,2	5,5	2,0	3,3	<b>4,0</b>
DPA	N	530	280	68	159	1 132	237	53	62	11	<b>2 532</b>
	%	10,0	7,0	5,5	8,4	6,8	2,9	5,7	4,0	1,4	<b>6,0</b>
Transplantation	N	2 382	1 950	460	629	6 431	3 654	333	835	288	<b>16 962</b>
	%	45,0	48,7	37,0	33,2	38,8	45,0	35,7	54,5	35,7	<b>42,0</b>
Total	N	<b>5 296</b>	<b>4 005</b>	<b>1 242</b>	<b>1 897</b>	<b>16 561</b>	<b>8 113</b>	<b>933</b>	<b>1 532</b>	<b>806</b>	<b>40 385</b>

**Remarque**

HD : hémodialyse; DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire; DPA : dialyse péritonéale automatisée.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 16 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total des patients prévalents au STIR selon le diagnostic principal\*, Canada, de 2002 à 2011**

Diagnostic		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Glomérulonéphrite</b>	N	6 690	6 987	7 337	7 530	7 741	7 924	8 109	8 378	8 628	8 833
	TPMH	213,2	220,7	229,7	233,3	237,3	240,6	243,3	248,3	252,8	256,2
	%	23,8	23,6	23,6	23,1	22,8	22	22,2	22,0	22,0	21,9
<b>Diabète</b>	N	6 663	7 224	7 738	8 218	8 701	9 116	9 500	9 931	10 304	10 678
	TPMH	212,4	228,2	242,2	254,7	266,7	276,8	285,1	294,3	301,9	309,7
	%	23,7	24,4	24,9	25,2	25,6	25,8	26,0	26,1	26,3	26,4
<b>Maladie vasculaire rénale</b>	N	3 666	3 863	4 009	4 250	4 475	4 649	4 765	4 957	5 041	5 117
	TPMH	116,9	122,0	125,5	131,7	137,2	141,2	143,0	146,9	147,7	148,4
	%	13,0	13,1	12,9	13,0	13,2	13,2	13,0	13,0	12,9	12,7
<b>Maladie polykystique des reins</b>	N	1 976	2 082	2 190	2 368	2 497	2 621	2 738	2 844	2 959	3 062
	TPMH	63,0	65,8	68,6	73,4	76,5	79,6	82,2	84,3	86,7	88,8
	%	7,0	7,0	7,0	7,3	7,3	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6
<b>D'origine médicamenteuse</b>	N	401	427	441	469	492	531	542	571	608	619
	TPMH	12,8	13,5	13,8	14,5	15,1	16,1	16,3	16,9	17,8	18,0
	%	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5
<b>Pyélonéphrite</b>	N	2 047	2 100	2 181	2 210	2 257	2 334	2 357	2 377	2 386	2 462
	TPMH	65,2	66,3	68,3	68,5	69,2	70,9	70,7	70,5	69,9	71,4
	%	7,3	7,1	7,0	6,8	6,6	6,6	6,4	6,2	6,1	6,1
<b>Autre*</b>	N	3 218	3 369	3 527	3 774	3 978	4 154	4 376	4 598	4 781	5 103
	TPMH	102,6	106,4	110,4	116,9	121,9	126,1	131,3	136,3	140,1	148,0
	%	11,4	11,4	11,3	11,6	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,6
<b>Inconnu</b>	N	3 444	3 534	3 676	3 752	3 839	4 024	4 184	4 419	4 473	4 511
	TPMH	109,8	111,6	115,1	116,3	117,7	122,2	125,5	131,0	131,1	130,8
	%	12,3	11,9	11,8	11,5	11,3	11,4	11,4	11,6	11,4	11,2
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>28 105</b>	<b>29 586</b>	<b>31 099</b>	<b>32 571</b>	<b>33 980</b>	<b>35 353</b>	<b>36 571</b>	<b>38 075</b>	<b>39 180</b>	<b>40 385</b>
	<b>TPMH</b>	<b>895,8</b>	<b>934,5</b>	<b>973,5</b>	<b>1 009,3</b>	<b>1 041,6</b>	<b>1 073,5</b>	<b>1 097,3</b>	<b>1 128,5</b>	<b>1 148,1</b>	<b>1 171,2</b>

**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 17 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total des patients prévalents au STIR selon le diagnostic principal\* et la province, Canada, 2011**

Province		Glomérulo-néphrite	Diabète	Maladie vasculaire rénale	Maladie polykystique des reins	D'origine médicamenteuse	Pyélo-néphrite	Autre*	Inconnu	Total
<b>C.-B./Yn</b>	N	1 150	939	721	391	71	240	720	1 064	<b>5 296</b>
	TPMH	251,5	205,3	157,7	85,5	15,5	525	157,4	232,7	<b>1 158,0</b>
	%	21,7	17,7	13,6	7,4	1,3	4,5	13,6	20,1	<b>100</b>
<b>Alb./T.N.-O./Nun.</b>	N	999	1 096	370	316	56	282	514	372	<b>4 005</b>
	TPMH	309,6	380,5	143,2	83,6	14,8	97,2	181,3	143,7	<b>1 353,9</b>
	%	24,9	27,4	9,2	7,9	1,4	7,0	12,8	9,3	<b>100</b>
<b>Sask.</b>	N	252	400	117	77	18	100	168	110	<b>1 242</b>
	TPMH	238,2	378,1	110,6	72,8	17,0	94,5	158,8	104,0	<b>1 174,0</b>
	%	20,3	32,2	9,4	6,2	1,4	8,1	13,5	8,9	<b>100</b>
<b>Man.</b>	N	439	724	134	91	26	102	275	106	<b>1 897</b>
	TPMH	351,0	578,9	107,2	72,8	20,8	81,6	219,9	84,8	<b>1 516,9</b>
	%	23,1	38,2	7,1	4,8	1,4	5,4	14,5	5,6	<b>100</b>
<b>Ont.</b>	N	3 469	4 670	2 343	1 249	229	933	1 934	1 734	<b>16 561</b>
	TPMH	259,4	349,2	175,2	93,4	17,1	69,8	144,6	129,7	<b>1 238,4</b>
	%	20,9	28,2	14,1	7,5	1,4	5,6	11,7	10,5	<b>100</b>
<b>Qc</b>	N	1 820	2 032	1 008	601	155	577	1 091	829	<b>8 113</b>
	TPMH	228,1	254,6	126,3	75,3	19,4	72,3	136,7	103,9	<b>1 016,7</b>
	%	22,4	25,0	12,4	7,4	1,9	7,1	13,4	10,2	<b>100</b>
<b>N.-B.</b>	N	200	252	144	91	11	57	107	71	<b>933</b>
	TPMH	264,7	333,6	190,6	120,5	14,6	75,5	141,6	94,0	<b>1 235,0</b>
	%	21,4	27,0	15,4	9,8	1,2	6,1	11,5	7,6	<b>100</b>
<b>N.-É./Î.-P.-É.</b>	N	311	367	178	183	36	105	209	143	<b>1 532</b>
	TPMH	381,1	521,5	234,7	205,2	61,3	169,0	267,4	209,2	<b>2 049,5</b>
	%	20,3	24,0	11,6	11,9	2,3	6,9	13,6	9,3	<b>100</b>
<b>T.-N.-L.</b>	N	193	198	102	63	17	66	85	82	<b>806</b>
	TPMH	378,0	387,8	199,8	123,4	33,3	129,3	166,5	160,6	<b>1 578,6</b>
	%	23,9	24,6	12,7	7,8	2,1	8,2	10,5	10,2	<b>100</b>
<b>Canada</b>	<b>N</b>	<b>8 833</b>	<b>10 678</b>	<b>5 117</b>	<b>3 062</b>	<b>619</b>	<b>2 462</b>	<b>5 103</b>	<b>4 511</b>	<b>40 385</b>
	<b>TPMH</b>	<b>256,2</b>	<b>309,7</b>	<b>148,4</b>	<b>88,8</b>	<b>18,0</b>	<b>71,4</b>	<b>148,0</b>	<b>130,8</b>	<b>1 171,2</b>
	<b>%</b>	<b>21,9</b>	<b>26,4</b>	<b>12,7</b>	<b>7,6</b>	<b>1,5</b>	<b>6,1</b>	<b>12,6</b>	<b>11,2</b>	<b>100</b>

**Remarque**

\* Diagnostic : Consultez l'annexe G pour une liste des diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 18 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total de patients prévalents au STIR selon le traitement\*, le groupe d'âge, le sexe et le diagnostic principal†, Canada, au 31 décembre 2011**

		HD	DP	GF	Total
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>19 076</b>	<b>4 110</b>	<b>16 164</b>	<b>39 350</b>
	<b>TPMH</b>	<b>559,3</b>	<b>120,5</b>	<b>473,9</b>	<b>1 153,7</b>
<b>Groupe d'âge</b>					
<b>De 0 à 19 ans</b>	N	54	36	413	503
	TPMH	6,9	4,6	52,7	64,1
	%	0,3	0,9	2,4	1,2
<b>De 20 à 44 ans</b>	N	2 051	546	3 725	6 322
	TPMH	173,0	46,0	314,2	533,2
	%	10,6	13,6	22,0	15,7
<b>De 45 à 64 ans</b>	N	6 419	1 568	8 658	16 645
	TPMH	654,2	159,8	882,4	1 696,5
	%	33,1	39,1	51,0	41,2
<b>De 65 à 74 ans</b>	N	4 713	984	3 155	8 852
	TPMH	1 760,5	367,6	1 178,5	3 306,6
	%	24,3	24,5	18,6	21,9
<b>75 ans et plus</b>	N	6 172	880	1 011	8 063
	TPMH	2 687,7	383,2	440,3	3 511,2
	%	31,8	21,9	6,0	20,0
<b>Sexe</b>					
<b>Femme</b>	N	7 968	1 731	6 428	16 127
	TPMH	458,5	99,6	369,9	928,0
	%	41,1	43,1	37,9	39,9
<b>Homme</b>	N	11 436	2 282	10 534	24 252
	TPMH	668,6	133,4	615,9	1 417,9
	%	58,9	56,9	62,1	60,1
<b>Diagnostic</b>					
<b>Diabète</b>	N	6 694	1 208	2 776	10 678
	TPMH	1 941	35	80,5	309,7
	%	34,5	30,1	16,4	26,4
<b>Glomérulonéphrite</b>	N	2 676	733	5 424	8 833
	TPMH	77,6	21,3	157,3	256,2
	%	13,8	18,3	32	21,9
<b>Maladie vasculaire rénale</b>	N	3 305	690	1 122	5 117
	TPMH	95,8	20	32,5	148,4
	%	17,0	17,2	6,6	12,7
<b>Pyélonéphrite</b>	N	863	243	1 956	3 062
	TPMH	25,0	7,0	56,7	88,8
	%	4,4	6,1	11,5	7,6
<b>Maladie polykystique des reins</b>	N	347	51	221	619
	TPMH	10,1	1,5	6,4	18
	%	1,8	1,3	1,3	1,5

(suite à la page suivante)



**Tableau 18 : Nombre, taux par million d'habitants et pourcentage du total de patients prévalents au STIR selon le traitement\*, le groupe d'âge, le sexe et le diagnostic principal†, Canada, au 31 décembre 2011 (suite)**

		HD	DP	GF	Total
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>19 409</b>	<b>4 014</b>	<b>16 962</b>	<b>40 385</b>
	<b>TPMH</b>	<b>562,9</b>	<b>116,4</b>	<b>491,9</b>	<b>1 171,2</b>
<b>Diagnostic (suite)</b>					
<b>D'origine médicamenteuse</b>	N	889	180	1 393	<b>2 462</b>
	TPMH	25,8	5,2	40,4	<b>71,4</b>
	%	4,6	4,5	8,2	<b>6,1</b>
<b>Autre</b>	N	2 083	431	2 589	<b>5 103</b>
	TPMH	60,4	12,5	75,1	<b>148</b>
	%	10,7	10,7	15,3	<b>12,6</b>
<b>Inconnu</b>	N	2 552	478	1 481	<b>4 511</b>
	TPMH	74	13,9	42,9	<b>130,8</b>
	%	13,1	11,9	8,7	<b>11,2</b>

**Remarques**

\* HD : hémodialyse; DP : dialyse péritonéale; GF : greffe.

† Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Tableau 19 : Volume des patients au STIR selon le traitement, Canada, de 2002 à 2011**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Dialyse</b>	Prévalence au 1 <sup>er</sup> janvier	16 011	16 982	17 905	18 890	19 788	20 548	21 172	21 742	22 515	22 936
	Nouveaux patients en dialyse	4 932	5 010	5 099	5 141	5 261	5 364	5 363	5 495	5 567	5 295
	Décès	3 061	3 175	3 195	3 353	3 485	3 585	3 672	3 529	3 669	3 542
	Nombre net de transplantations*	653	683	659	637	766	828	759	765	734	794
	Nombre net de migrations†	247	229	260	253	250	327	362	428	743	472
	Prévalence au 31 décembre	16 982	17 905	18 890	19 788	20 548	21 172	21 742	22 515	22 936	23 423
<b>Transplantation</b>	Prévalence au 1 <sup>er</sup> janvier	10 594	11 123	11 681	12 209	12 783	13 432	14 181	14 829	15 560	16 244
	Nouveaux patients en dialyse	1 094	1 097	1 084	1 120	1 254	1 325	1 271	1 278	1 269	1 193
	Décès	238	231	243	220	284	256	281	227	251	222
	Retours en dialyse	307	302	294	319	319	316	331	316	322	252
	Nombre net de migrations†	20	6	19	7	2	4	11	4	12	1
	Prévalence au 31 décembre	11 123	11 681	12 209	12 783	13 432	14 181	14 829	15 560	16 244	16 962

**Remarques**

\* Nombre de transplantations moins le nombre de retours en dialyse en raison de l'échec de la transplantation.

† Comprend les patients qui ont quitté le pays, qui se sont rétablis, qui n'ont pas fait l'objet de suivis ou qui ont arrêté le traitement.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

## 2.3 Profils des établissements

Tous les traitements de dialyse sont effectués à un poste de dialyse, qui traite un patient à la fois. Le nombre de postes d'hémodialyse disponibles est un indicateur relativement brut de la capacité de traiter les patients au STIR dans un établissement, une région ou une province (tableau 20).

Comme le montre le tableau 20, l'Ontario a enregistré le nombre le plus élevé de patients traités par poste (5,1), suivie de près par l'Alberta (4,9), alors que le Nouveau-Brunswick (3,1) et la Nouvelle-Écosse (3,9) ont affiché les nombres les plus faibles.

**Tableau 20 : Nombre de patients prévalents ponctuels en hémodialyse dans les hôpitaux, les établissements de santé autonomes et les centres communautaires, par province de traitement\* et nombre de postes†, Canada, 2011**

Province de traitement	Postes (N)	Patients (N)	Patients par poste	Population	Postes par million d'habitants
<b>C.-B.</b>	480	2 197	4,6	4 607 987	104,2
<b>Alb.</b>	340	1 652	4,9	3 856 350	88,2
<b>Sask.</b>	138	621	4,5	1 057 884	130,4
<b>Man.</b>	243	1 022	4,2	1 250 574	194,3
<b>Ont.</b>	1 669	8 451	5,1	13 372 996	124,8
<b>Qc</b>	847	3 885	4,6	7 979 663	106,1
<b>N.-B.</b>	160	496	3,1	755 455	211,8
<b>N.-É.</b>	155	605	3,9	1 091 292	142,0
<b>T.-N.-L.</b>	118	480	4,1	510 578	231,1
<b>Total</b>	<b>4 150</b>	<b>19 409</b>	<b>4,7</b>	<b>34 482 779</b>	<b>120,3</b>

### Remarques

\* La Colombie-Britannique inclut la population du Yukon. L'Alberta inclut les populations des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. La Nouvelle-Écosse inclut la population de l'Île-du-Prince-Édouard.

† Le nombre de postes est manquant pour l'Alberta, l'Ontario et le Québec. Le tableau présente de l'information sur les postes situés dans les hôpitaux offrant des soins complets, les établissements de santé autonomes et les centres communautaires et sur les patients qui y sont traités. Par poste satellite, on entend un établissement dans lequel des services de néphrologie aux patients hospitalisés ne sont pas offerts sur place, ce qui comprend les services de dialyse mobiles ainsi que les services de dialyse offerts dans des établissements de santé autonomes.

### Sources

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

## 2.4 Résultats

Les facteurs associés à la survie des patients recevant des traitements de dialyse sont bien documentés.

Le tableau 21 présente les taux de survie non ajustés des patients selon le traitement de dialyse. Les taux de survie à long terme ont affiché une augmentation progressive.

En général, le sexe présente peu de corrélation avec la survie à long terme des patients en dialyse, alors que l'âge et le diagnostic principal ont une incidence sur la survie des patients dialysés (figures 3 à 8).

Près de 90 % des patients dialysés de moins de 18 ans survivront cinq ans, ce qui est le cas pour 25 % des patients de plus de 75 ans (figure 3).

Les patients atteints de maladie rénovasculaire, d'insuffisance rénale d'origine médicamenteuse et de diabète affichent les taux les plus faibles de survie de cinq ans, soit 37 %, 40 % et 40 % respectivement (figure 6). Le meilleur taux de survie de cinq ans a été observé chez les patients présentant un diagnostic principal de maladie polykystique des reins (75 %) et de glomérulonéphrite (64 %).

**Tableau 21 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en dialyse, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Toutes les dialyses</b>	N	4 932	5 010	5 099	5 141	5 261	5 364	5 363	5 495	5 567	5 295
	3 mois	93,8	94,4	94,6	94,4	94,4	94,7	94,3	94,6	94,4	93,2
	1 an	82,3	83,3	83,4	83,5	83,8	84,4	83,8	85,0	84,6	—
	3 ans	58,1	59,5	60,6	61,5	61,0	63,0	62,3	—	—	—
	5 ans	39,4	40,3	42,8	43,8	43,2	—	—	—	—	—
<b>HD</b>	N	4 023	4 124	4 114	4 161	4 329	4 406	4 362	4 457	4 585	4 385
	3 mois	93,0	93,7	93,7	93,4	93,6	93,9	93,4	93,7	93,4	92,2
	1 an	80,4	81,5	81,6	81,4	81,8	82,6	81,7	82,9	82,9	—
	3 ans	56,2	57,4	58,4	59,3	58,9	60,8	59,8	—	—	—
	5 ans	37,6	38,6	41,0	42,5	41,3	—	—	—	—	—
<b>DP</b>	N	909	886	985	980	932	958	1 001	1 038	982	910
	3 mois	97,5	98,1	98,5	98,5	98,1	98,1	98,1	98,6	98,9	98,2
	1 an	90,7	91,6	91,0	92,5	92,6	92,3	92,7	93,8	92,6	—
	3 ans	66,4	69,6	70,1	71,1	70,8	73,2	73,6	—	—	—
	5 ans	47,7	48,9	50,9	49,4	52,6	—	—	—	—	—

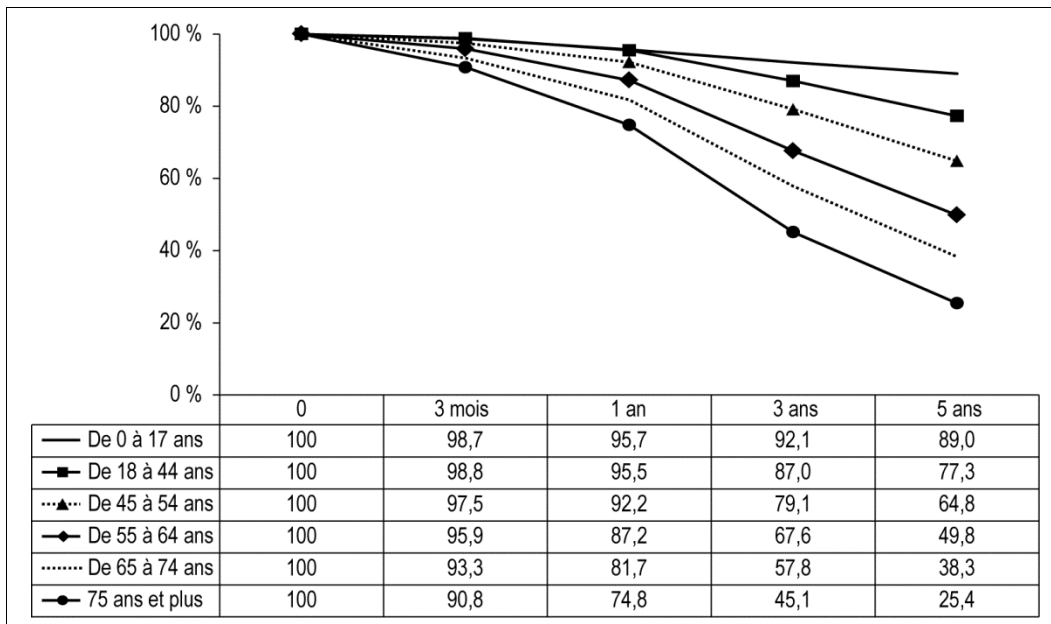
### Remarque

HD : hémodialyse; DP : dialyse péritonéale.

### Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

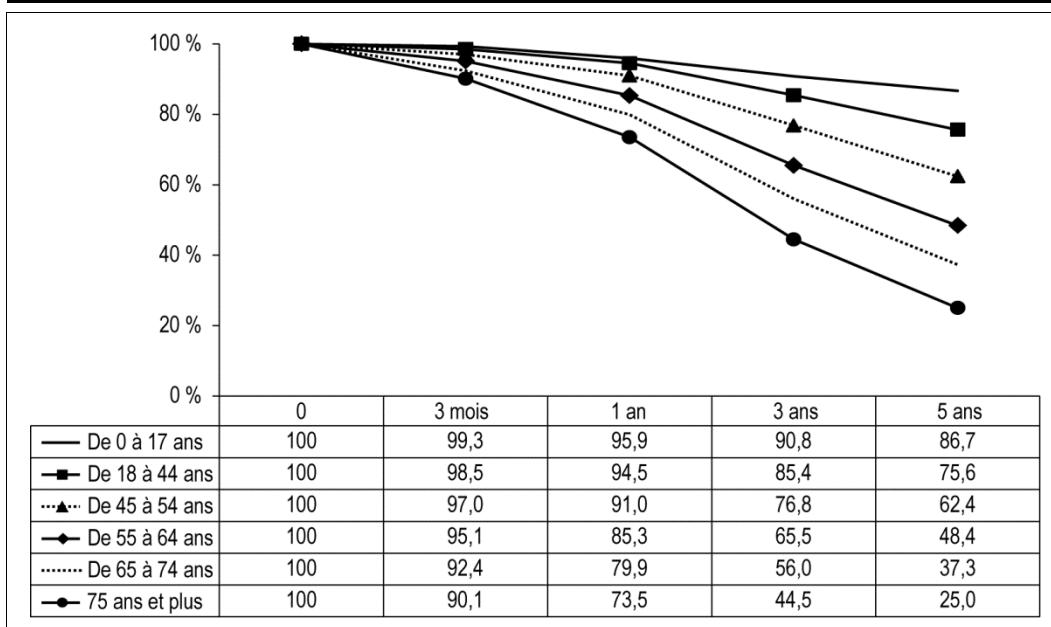
Figure 3 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en dialyse selon le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

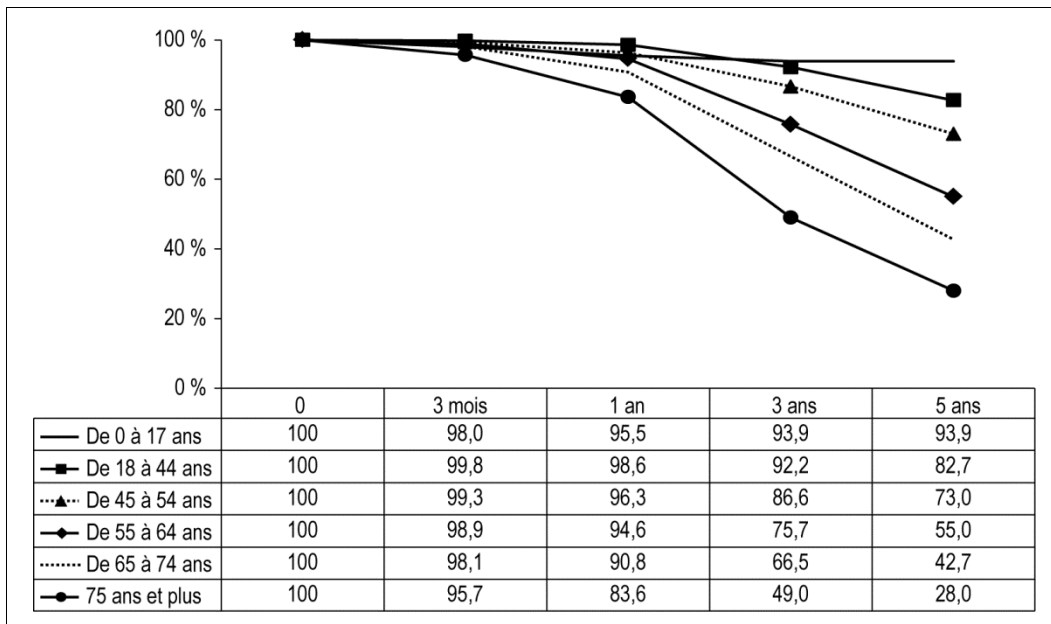
Figure 4 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en hémodialyse selon le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

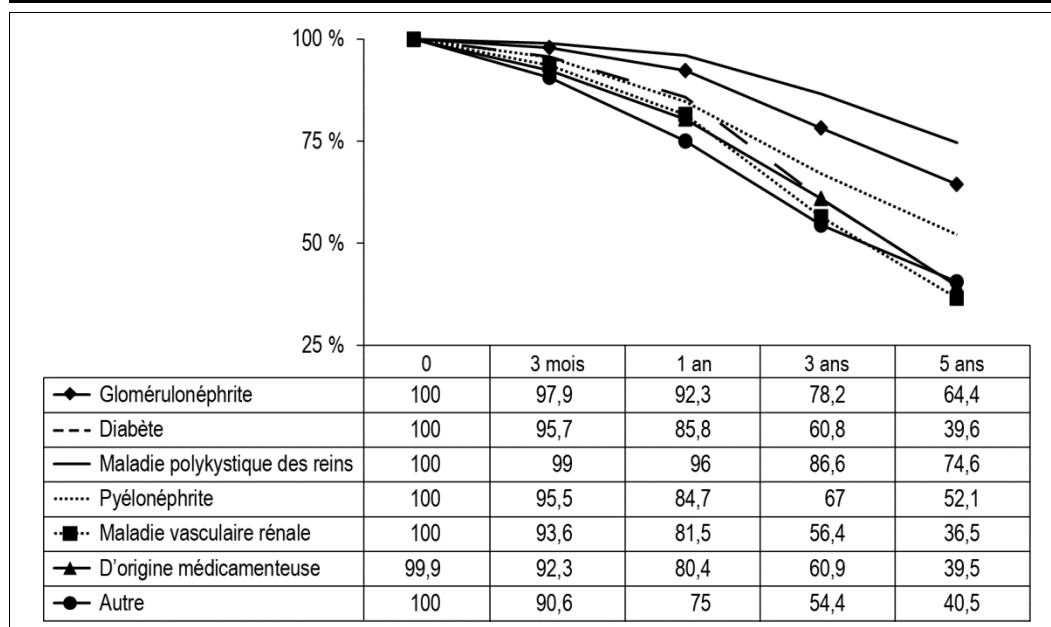
**Figure 5 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en dialyse péritonéale selon le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 6 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en dialyse selon l'étiologie\* de l'insuffisance rénale, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



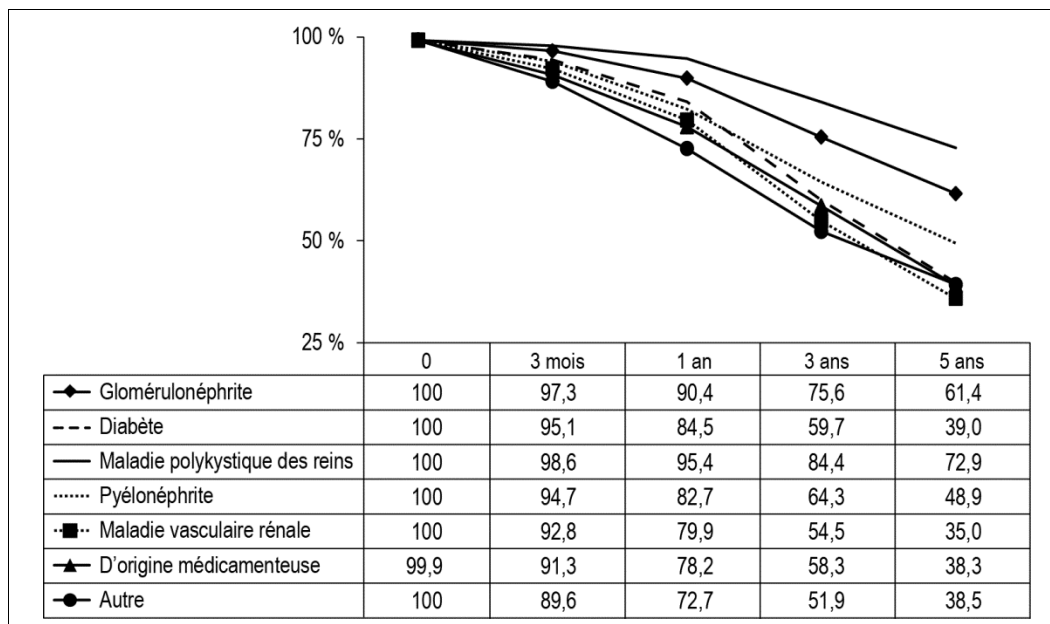
**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 7 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en hémodialyse selon l'étiologie\* de l'insuffisance rénale, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



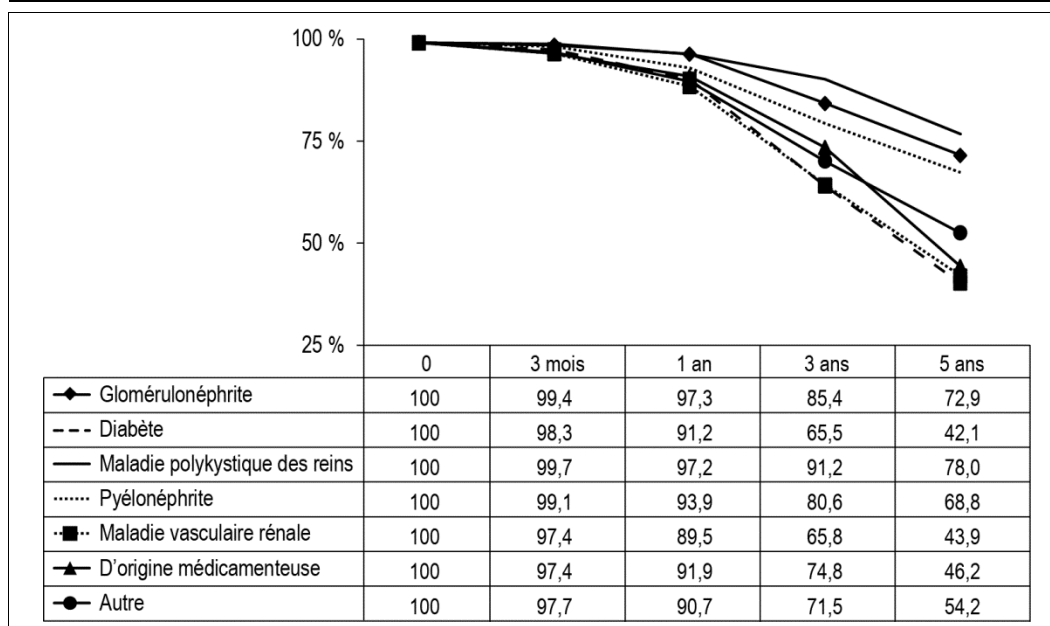
**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 8 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des patients en dialyse péritonéale selon l'étiologie\* de l'insuffisance rénale, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

## 2.5 Transplantation rénale chez les receveurs adultes

La transplantation rénale est le traitement que préfèrent la majorité des patients au STIR. La survie à court et à long terme des allogreffes rénales et la survie des patients en général se sont améliorées. Toutefois, les transplantations rénales sont tributaires de la disponibilité des organes. Le don d'organe par des personnes vivantes constitue une solution à la pénurie d'organes provenant de donneurs décédés et a joué un rôle grandissant dans la transplantation rénale au cours de la dernière décennie.

Cette section présente les activités de transplantation rénale chez les receveurs adultes (âgés de 18 ans et plus) au cours de la dernière décennie au Canada. Les résultats de la transplantation rénale sont examinés à l'aide d'une analyse de régression ajustée qui aide à définir les facteurs de risque associés à un risque accru de décès post-transplantation rénale.

En 2011, le Canada disposait de 25 programmes actifs de transplantation rénale dans sept provinces.

À la fin de 2011, 3 406 patients adultes et pédiatriques étaient en attente d'une transplantation d'un rein provenant d'un donneur décédé (tableau 22). De 2002 à 2011, en moyenne 70 personnes par année sont décédées en attente d'un rein.

Au cours de cette décennie, 10 977 transplantations rénales ont été consignées dans le RCITO (tableau 23), dont 1 119 (11 %) retransplantations. Parmi les 9 788 adultes ayant subi une première transplantation rénale uniquement, 61 % ont reçu un rein provenant d'un donneur décédé. Comme l'indique le tableau 24, c'est en Ontario et au Québec qu'a été enregistré le plus grand nombre de transplantations de reins provenant de donneurs décédés au cours de la période visée (2 516 et 1 977 respectivement). Le tableau 25 montre que l'Ontario a également enregistré le nombre le plus élevé de transplantations de reins provenant de donneurs vivants au cours de la décennie (1 895), suivi de la Colombie-Britannique (830). Depuis 2006, le nombre de transplantations de reins provenant de donneurs vivants est demeuré stable, fluctuant entre 437 et 466 par année.

Au cours des trois dernières années, c'est-à-dire de 2009 à 2011, le temps d'attente médian pour une transplantation de rein provenant d'un donneur décédé (excluant les transplantations préemptives) était de 3,8 ans (tableau 26). La Colombie-Britannique et le Manitoba ont enregistré les temps d'attente médians les plus longs, soit 5,4 et 5,1 ans respectivement. La Saskatchewan, quant à elle, a enregistré le temps d'attente médian le plus court, soit 2,3 ans.

Depuis 2002, la proportion de receveurs âgés de plus de 60 ans ayant reçu un rein d'un donneur décédé est passée de 29 % à 43 % et l'âge moyen des receveurs a augmenté de 50,7 ans à 54,5 ans (tableau 27). La tendance était similaire en ce qui concerne les patients ayant reçu un rein d'un donneur vivant, le pourcentage étant passé de 14 % à 21 % (tableau 27). Par ailleurs et comme le montre le tableau 28, la glomérulonéphrite est demeurée le diagnostic prédominant chez les adultes receveurs d'une transplantation rénale (295).

Les figures 9 et 10 comparent le taux de survie du greffon des receveurs d'un organe provenant d'un donneur vivant et celui des receveurs d'un organe provenant d'un donneur décédé, selon l'âge.

**Tableau 22 : Nombre de patients en attente d'une transplantation rénale\* au 31 décembre et de décès de patients en attente, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Liste d'attente</b>	2 963	2 875	2 872	2 759	2 962	2 963	3 179	2 732	3 362	3 406
<b>Décès de patients en attente</b>	86	82	55	66	70	46	58	76	82	80

**Remarque**

\* Inclut les patients adultes et pédiatriques.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 23 : Nombre de transplantations rénales\* selon l'année et le type de donneur, receveurs adultes, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Rein seulement, première greffe, donneur décédé</b>	516	550	514	504	606	631	634	667	647	686	<b>5 955</b>
<b>Rein seulement, première greffe, donneur vivant</b>	319	342	345	370	415	413	409	403	413	404	<b>3 833</b>
<b>Rein combiné, première greffe, donneur décédé†</b>	5	8	3	5	10	8	9	11	7	4	<b>70</b>
<b>Retransplantations</b>	129	99	104	104	119	133	114	91	124	102	<b>1 119</b>
<b>Total</b>	<b>969</b>	<b>999</b>	<b>966</b>	<b>983</b>	<b>1 150</b>	<b>1 185</b>	<b>1 166</b>	<b>1 172</b>	<b>1 191</b>	<b>1 196</b>	<b>10 977</b>

**Remarques**

\* Exclut les transplantations simultanées rein-pancréas. Voir le chapitre 6.

† Inclut les transplantations combinées rein-foie, rein-poumon, rein-cœur et rein-intestin.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 24 : Nombre de transplantations rénales\* provenant de donneurs décédés selon l'année et la province de traitement, receveurs adultes, Canada, de 2002 à 2011**

Province de traitement	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>C.-B.</b>	46	53	52	40	61	61	83	54	89	91	<b>630</b>
<b>Alb.</b>	81	67	67	83	78	71	66	61	74	74	<b>722</b>
<b>Sask.</b>	18	29	18	15	21	21	21	14			<b>157</b>
<b>Man.</b>	17	17	13	6	22	27	24	22	33	17	<b>198</b>
<b>Ont.</b>	196	192	208	206	243	291	253	323	308	296	<b>2 516</b>
<b>Qc</b>	186	218	196	173	197	204	217	207	172	207	<b>1 977</b>
<b>N.-É.</b>	63	51	35	49	67	52	49	50	49	74	<b>539</b>
<b>Total</b>	<b>607</b>	<b>627</b>	<b>589</b>	<b>572</b>	<b>689</b>	<b>727</b>	<b>713</b>	<b>731</b>	<b>725</b>	<b>759</b>	<b>6 739</b>

**Remarque**

\* Exclut les transplantations simultanées rein-pancréas. Inclut les premières transplantations et les retransplantations.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.



**Tableau 25 : Nombre de transplantations rénales provenant de donneurs vivants selon l'année et la province de traitement, receveurs adultes, Canada, de 2002 à 2011**

Province de traitement	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>C.-B.</b>	74	69	74	70	98	100	75	87	89	94	<b>830</b>
<b>Alb.</b>	47	52	61	50	46	60	51	40	66	54	<b>527</b>
<b>Sask.</b>	14	10	12	11	9	7	13	1	3	2	<b>82</b>
<b>Man.</b>	15	18	12	19	24	21	17	18	20	19	<b>183</b>
<b>Ont.</b>	149	156	157	186	206	199	211	224	208	199	<b>1 895</b>
<b>Qc</b>	38	43	38	46	47	44	47	39	51	42	<b>435</b>
<b>N.-É.</b>	25	24	23	29	31	27	39	32	29	27	<b>286</b>
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>372</b>	<b>377</b>	<b>411</b>	<b>461</b>	<b>458</b>	<b>453</b>	<b>441</b>	<b>466</b>	<b>437</b>	<b>4 238</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 26 : Durée de la dialyse avant la première transplantation rénale selon la province de traitement, receveurs adultes, Canada, de 2009 à 2011**

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	Canada
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur décédé</b>	1 954	1 186	849,5	1 839	1 578	863,5	882,5	<b>1 325</b>
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur décédé, transplantations préemptives exclues</b>	1 954	1 265	849,5	1 861,5	1 598	1 028,5	981	<b>1 382</b>
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur vivant</b>	212	309	564	380	367,5	48	217	<b>293,5</b>
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur vivant, transplantations préemptives exclues</b>	628,5	460	564	470	624	438	413,5	<b>525</b>

**Remarques**

Dans le calcul du nombre de jours médian en dialyse, la valeur « 0 » a été attribuée aux temps d'attente précédant les transplantations rénales préemptives. La transplantation préemptive est pratiquée sur un patient qui n'a jamais eu recours à la dialyse.

De 2009 à 2011, on a dénombré 3 242 premières transplantations rénales chez des receveurs adultes au Canada, dont 408 transplantations préemptives.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 27 : Nombre et pourcentage de transplantations rénales chez les receveurs adultes selon certaines caractéristiques (première greffe), Canada, de 2002 à 2011**

Donneur	Caractéristique	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Décédé	Pourcentage d'hommes	63,5	64,7	62,1	63,9	61,7	63,8	65,0	63,6	63,6	64,8	
	Pourcentage de patients de 60 ans et plus	29,4	26,7	30,6	29,5	29,7	34,9	35,8	37,5	39,4	42,6	
	Âge moyen	50,7	50,4	51,2	51,8	51,9	53,4	53,2	53,8	54,2	54,5	
	Âge (écart type)	13,6	12,6	13,2	12,4	12,7	12,8	13,0	12,9	12,6	12,9	
	<b>Cause principale du STIR* (%)</b>											
	Diabète	19,0	21,1	14,5	17,3	17,0	21,6	23,6	19,8	24,2	27,0	
	Maladie vasculaire rénale	9,4	7,9	13,2	10,6	10,7	9,1	10,1	9,1	9,9	11,6	
	Glomérulonéphrite	31,9	36,4	36,4	30,3	31,0	28,3	27,1	30,5	29,5	24,2	
	Autre*	33,8	29,9	31,9	37,7	37,2	36,6	33,6	33,6	32,7	33,8	
	Diagnostic inconnu	6,0	4,7	4,1	4,1	4,1	4,4	5,6	6,9	3,7	3,5	
	PRA maximal médian	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Pourcentage de patients dont le PRA maximal était supérieur à 50 %	2,3	3,2	2,7	3,1	1,3	2,4	6,1	6,1	8,6	5,6	
	Durée de la dialyse (médiane)	973	1 015,5	1 305	1 261	1 282,5	1 338	1 199	1 252	1 381,5	1 330,5	
Vivant	Pourcentage d'hommes	60,5	65,2	59,1	63,2	62,4	63,4	60,1	59,6	65,6	60,4	
	Pourcentage de patients de 60 ans et plus	13,8	16,7	14,5	14,6	14,7	18,6	19,3	21,6	26,4	20,5	
	Âge moyen	43,8	46,1	44,6	46,6	45,4	46	46,8	47	48,4	46,5	
	Âge (écart type)	13,5	13	13,2	12,6	13,1	13,8	13,4	13,6	14,2	14,1	
	<b>Cause principale du STIR* (%)</b>											
	Diabète	16	19,6	16,8	16,5	13,3	16,9	14,7	16,6	15,3	16,8	
	Maladie vasculaire rénale	5,3	7,6	4,6	5,7	7,2	7,7	7,1	6,9	6,5	5,9	
	Glomérulonéphrite	32,9	32,5	38	31,1	35,4	29,1	29,3	28	32	31,7	
	Autre*	39,8	35,1	35,7	41,1	36,1	36,3	41,1	38,5	34,4	34,9	
	Diagnostic inconnu	6	5,3	4,9	5,7	8	9,9	7,8	9,9	11,9	10,6	
	PRA maximal médian	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Pourcentage de patients dont le PRA maximal était supérieur à 50 %	1,9	0,9	3,4	1,5	1,1	2,9	5,4	5,1	3,7	5,0	
	Durée de la dialyse (médiane)	350	380,5	343	286	314	304	356	285	280	302	

**Remarques**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

PRA : pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 28 : Nombre de patients adultes ayant subi une transplantation rénale\*, selon le groupe d'âge et la catégorie de diagnostic rénal principal† (première greffe), Canada, 2011**

	De 18 à 44 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 64 ans	65 ans et plus	Total
<b>Glomérulonéphrite</b>	118	74	69	34	<b>295</b>
<b>Pyélonéphrite</b>	21	15	14	10	<b>60</b>
<b>Maladie polykystique des reins</b>	15	47	50	21	<b>133</b>
<b>Hypertension ou autre maladie vasculaire</b>	25	17	33	29	<b>104</b>
<b>Néphropathie diabétique</b>	44	55	88	67	<b>254</b>
<b>Autre†</b>	74	39	41	27	<b>181</b>
<b>Inconnu ou non déclaré</b>	23	11	20	13	<b>67</b>
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>258</b>	<b>315</b>	<b>201</b>	<b>1 094</b>

**Remarques**

\* Patients recevant une première greffe. Le tableau comprend les diagnostics posés lors du nouveau traitement de dialyse et les diagnostics subséquents fournis au moment de la transplantation rénale.

† Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

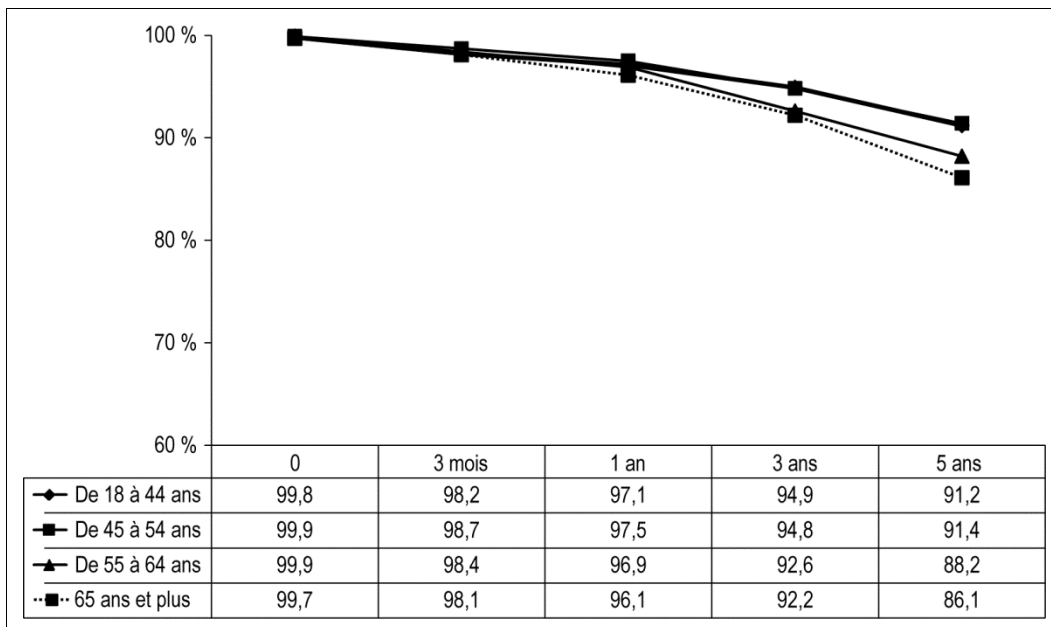
**Tableau 29 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des greffons chez les receveurs adultes d'une première transplantation rénale, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Donneur décédé</b>	N	521	558	517	509	616	639	643	678	654	690
	3 mois	93,3	95,2	95,2	96,3	95,6	96,6	95,6	95,7	97,4	97,4
	1 an	90,4	91,4	91,9	92,5	93,3	93,3	92,5	93,2	95	—
	3 ans	82,9	85,8	85,9	85,9	86,7	87,5	87,2	—	—	—
	5 ans	75,4	79,7	79,1	80,7	82,1	—	—	—	—	—
<b>Donneur vivant</b>	N	319	342	345	370	415	413	409	403	413	404
	3 mois	99,1	98,5	98,6	98,1	97,6	98,8	97,8	98,8	98,3	98,5
	1 an	98,1	98,0	98,3	95,9	96,4	96,6	96,6	97,5	96,9	—
	3 ans	95,3	95,9	94,5	92,4	93,3	93,0	94,4	—	—	—
	5 ans	92,2	91,5	90,1	89,7	88,2	—	—	—	—	—

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

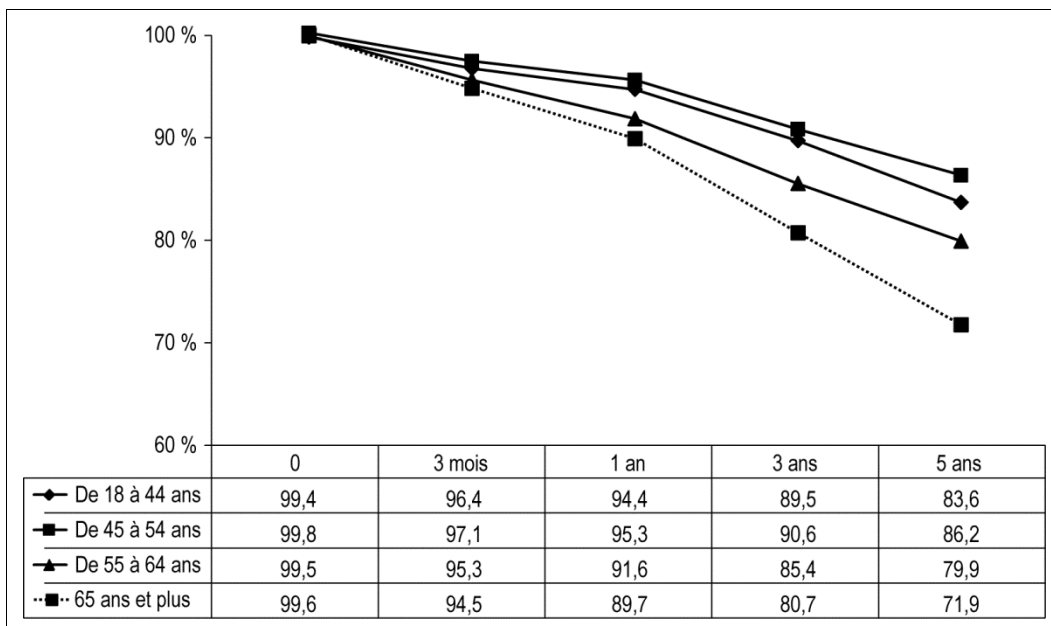
Figure 9 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des greffons chez les receveurs adultes d'une première transplantation rénale (donneur vivant), selon l'âge à la transplantation, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des greffons chez les receveurs adultes d'une première transplantation rénale (donneur décédé), selon l'âge à la transplantation, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

## 2.6 Transplantation rénale chez les receveurs pédiatriques

Dans la présente section, le terme *receveur pédiatrique* désigne les patients de moins de 18 ans.

Les défis associés au traitement des patients pédiatriques au STIR diffèrent de ceux des patients adultes. La transplantation est devenue le traitement de choix pour ce groupe de patients. Les tendances en matière de transplantation rénale chez les patients pédiatriques sont présentées dans les tableaux 30 à 34. Au cours de la décennie étudiée, les receveurs pédiatriques ont subi 550 transplantations initiales et 35 retransplantations. Les transplantations d'organes provenant de donneurs vivants ou de donneurs décédés ne présentent pas de caractéristiques distinctes.

**Tableau 30 : Nombre de transplantations et de retransplantations rénales selon l'année et le type de donneur, receveurs pédiatriques, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Première greffe (donneur décédé)</b>	28	27	19	39	22	42	24	31	28	29	<b>289</b>
<b>Première greffe (donneur vivant)</b>	36	28	37	29	26	21	23	18	25	18	<b>261</b>
<b>Retransplantation</b>	2	3	5	5	1	4	3	4	4	4	<b>35</b>
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>73</b>	<b>49</b>	<b>67</b>	<b>50</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>585</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 31 : Nombre et pourcentage de transplantations rénales selon le groupe d'âge et la province de traitement, receveurs pédiatriques, Canada, de 2002 à 2011**

		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	Total
<b>De 0 à 4 ans</b>	N	12	12	—	3	33	16	10	<b>86</b>
	%	15,8	17,9	—	7,0	14,9	11,9	28,6	<b>14,7</b>
<b>De 5 à 10 ans</b>	N	17	16	—	12	44	30	8	<b>127</b>
	%	22,4	23,9	—	27,9	19,8	22,2	22,9	<b>21,7</b>
<b>De 11 à 17 ans</b>	N	47	39	7	28	145	89	17	<b>372</b>
	%	61,8	58,2	100,0	65,1	65,3	65,9	48,6	<b>63,6</b>
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>76</b>	<b>67</b>	<b>7</b>	<b>43</b>	<b>222</b>	<b>135</b>	<b>35</b>	<b>585</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 32 : Durée en jours de la dialyse avant la première transplantation rénale, receveurs pédiatriques, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur décédé</b>	336	460	586	625	631	422	344	265	524	599
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur décédé, transplantations préemptives exclues</b>	436	772	705	770	649	558	373	286	614	762
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur vivant</b>	140	175	264	107	144	137	66	197	228	0*
<b>Durée de la dialyse (nombre de jours médian), donneur vivant, transplantations préemptives exclues</b>	348	327	414	349	271	483	258	297	304	339

**Remarques**

\* En 2011, plus de la moitié des transplantations pratiquées sur des donneurs vivants étaient préemptives.

Dans le calcul du nombre de jours médian en dialyse, la valeur « 0 » a été attribuée pour les temps d'attente d'une transplantation rénale préemptive. La transplantation préemptive est pratiquée sur un patient qui n'a jamais eu recours à la dialyse.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 33 : Nombre et pourcentage de transplantations rénales pédiatriques selon le groupe d'âge et la catégorie de diagnostic rénal principal\*, Canada, de 2002 à 2011**

Catégorie de diagnostic rénal principal*	De 0 à 4 ans		De 5 à 10 ans		De 11 à 17 ans	
	N	%	N	%	N	%
<b>Syndrome d'Alport</b>	0	0,0	0	0,0	7	2,1
<b>Cystinose</b>	0	0,0	9	7,2	17	5,0
<b>Dysplasie ou hypoplasie</b>	25	29,8	23	18,4	44	12,9
<b>Valvules urétrales postérieures</b>	8	9,5	8	6,4	10	2,9
<b>Uropathie obstructive</b>	< 5	..	5	4,0	13	3,8
<b>Reflux vésico-urétéral</b>	< 5	..	< 5	..	18	5,3
<b>Polykystose rénale</b>	< 5	..	< 5	..	7	2,1
<b>Néphronophthise</b>	< 5	..	7	5,6	15	4,4
<b>Autre maladie congénitale ou héréditaire</b>	7	8,3	< 5	..	10	2,9
<b>Autre pyélonéphrite</b>	0	0,0	5	4,0	8	2,3
<b>Glomérulonéphrite</b>	11	13,1	15	12,0	40	11,7
<b>Sclérose focale</b>	5	6,0	8	6,4	22	6,5
<b>Maladie auto-immune</b>	0	0,0	0	0,0	23	6,7
<b>Syndrome hémolytique urémique</b>	< 5	..	7	5,6	8	2,3
<b>Autre*</b>	8	9,5	18	14,4	41	12,0
<b>Inconnu</b>	12	14,3	15	12,0	58	17,0
<b>Nombre total de patients</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>	<b>341</b>	<b>100,0</b>

**Remarques**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

.. Pourcentage supprimé par souci de confidentialité.

Données fondées sur les patients recevant une première greffe. Les diagnostics posés lors du nouveau traitement de dialyse et les diagnostics subséquents posés au moment de la transplantation rénale sont inclus dans ce tableau.

**Source**

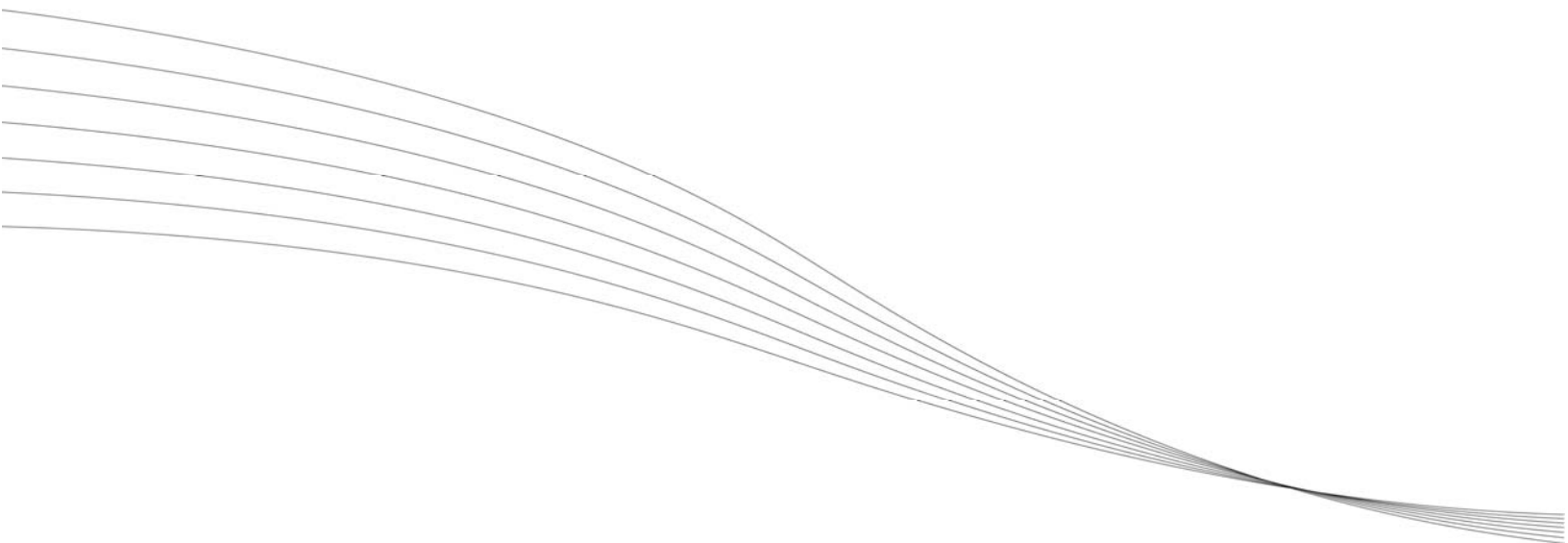
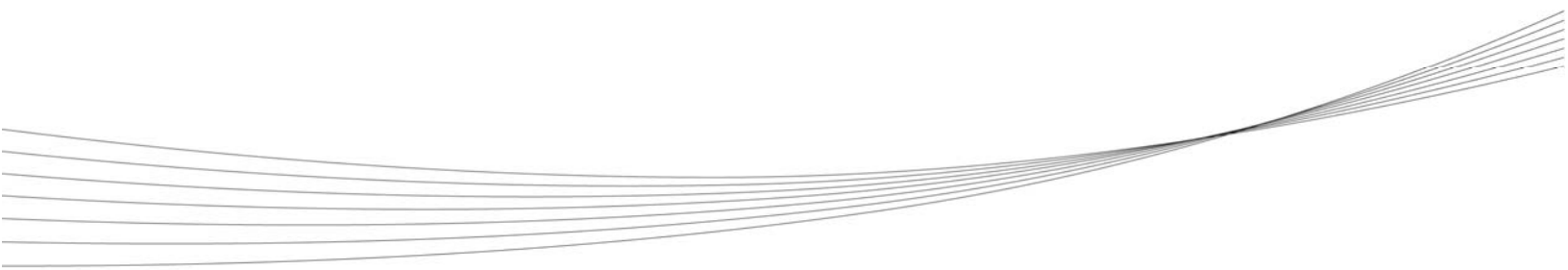
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 34 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des greffons chez les receveurs pédiatriques d'une première transplantation rénale, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Donneur décédé</b>	N	28	27	19	39	22	42	24	31	28	29
	3 mois	100	92,6	94,7	97,4	95,5	95,2	100	96,8	100	100
	1 an	100	88,9	94,7	97,4	90,9	95,2	95,8	96,8	100	—
	3 ans	100	74,1	94,7	92,3	77,3	90,4	87,5	—	—	—
	5 ans	88,9	70,4	89,5	89,7	77,3	—	—	—	—	—
<b>Donneur vivant</b>	N	36	28	37	29	26	21	23	18	25	18
	3 mois	94,4	96,4	100	96,6	100	100	95,7	100	96	100
	1 an	94,4	96,4	100	96,6	100	100	95,7	100	96	—
	3 ans	94,4	85,7	100	93,1	92,3	100	95,7	—	—	—
	5 ans	94,4	85,7	89,2	93,1	84,6	—	—	—	—	—

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.







## Chapitre 3 — Transplantation hépatique





### 3 Transplantation hépatique

La science de la transplantation hépatique a connu un changement de paradigme en 1989, quand a eu lieu, aux États-Unis, la première transplantation partielle d'un foie provenant d'un donneur vivant. Au Canada, la première transplantation sur un enfant d'un foie provenant d'un parent vivant a été pratiquée en 1993. Elle a été suivie, en 2000, de la première transplantation sur un adulte d'un foie provenant d'un donneur adulte vivant. Les progrès réalisés dans le domaine des immunosuppresseurs ont permis d'améliorer considérablement les chances de survie des personnes recevant une greffe. De plus, l'évolution des techniques de chirurgie et de préservation des organes dans les années 1980 a permis d'améliorer les taux de survie des greffons et des patients. Les développements dans le domaine sont tels que la transplantation hépatique est désormais considérée comme le traitement optimal des maladies hépatiques au stade terminal. La présente section traite des activités canadiennes de transplantation hépatique au cours de la période de 2002 à 2011.

Avant 2007, le nombre de personnes en attente d'une transplantation hépatique a augmenté chaque année, le sommet ayant été atteint en 2006 avec 723 patients (tableau 35). En 2011, ce nombre a chuté à 489. Par ailleurs, le taux de décès de patients en attente d'une transplantation hépatique est passé de 141 à 93 de 2005 à 2011 (tableau 35).

De 2002 à 2011, 4 419 transplantations hépatiques ont été consignées dans le RCITO, et 78 % des patients ont reçu leur premier foie d'un donneur décédé (tableau 36). Durant la même période, la proportion de premières transplantations de foie provenant de donneurs vivants a fluctué, passant de 9 % en 2003 à 15 % en 2007 et 2008. Même si la plupart des transplantations visaient le foie seulement, des transplantations combinées ont également été pratiquées et représentaient 2 % de l'ensemble des transplantations (tableau 37).

Chez les receveurs de moins de 10 ans, l'atrésie des voies biliaires était la principale cause du stade terminal de l'insuffisance hépatique. Dans le cas des receveurs de 35 à 59 ans, c'est l'hépatite C qui était le diagnostic le plus courant (tableau 38).

L'état médical des patients atteints d'une maladie hépatique fait partie de l'algorithme décisionnel clinique. Les patients dont l'état clinique est de niveau 1 (à domicile), 1T (à domicile avec tumeur) ou 2 (hospitalisation) sont considérés comme des cas non urgents. En revanche, les patients dont l'état clinique est de niveau 3 (en unité de soins intensifs), 3F (en unité de soins intensifs et fulminant) ou 4 (en unité de soins intensifs, intubé, ventilé et fulminant) sont considérés comme des cas urgents. La distribution de l'état médical des patients au moment de la transplantation n'a pas beaucoup changé au cours de la décennie à l'étude. En général, plus de 80 % des receveurs d'un foie ayant subi une première greffe au cours de la dernière décennie (à l'exception de 2000) étaient considérés comme des cas non urgents, c.-à-d. associés à un état clinique de niveau 1 ou 2 (figure 11).

Le taux brut le plus élevé de receveurs d'une transplantation hépatique par million d'habitants a été observé en Ontario (15,7) et en Alberta (14,4). Celui des autres provinces variait de 5,6 à 12,7 par million d'habitants (figure 12).

Les taux de survie non ajustés des receveurs d'une transplantation hépatique sont restés relativement stables au cours de la dernière décennie. Le taux de survie de trois ans variait de 82 % à 89 %. Le taux de survie de cinq ans a pour sa part affiché une légère diminution, s'établissant entre 79 % et 81 % (figure 13). Le taux de survie d'un an a atteint un sommet en 2008 et en 2012 (93 %).

En 2011, 5 436 Canadiens vivaient avec une greffe de foie (tableau 39).

**Tableau 35 : Nombre de patients en attente d'une transplantation hépatique au 31 décembre et de décès de patients en attente, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>De 0 à 17 ans</b>	31	30	37	32	36	19	17	19	22	21	<b>264</b>
<b>18 ans et plus</b>	528	539	630	681	687	616	570	532	479	468	<b>5 730</b>
<b>Total</b>	<b>559</b>	<b>569</b>	<b>667</b>	<b>713</b>	<b>723</b>	<b>635</b>	<b>587</b>	<b>551</b>	<b>501</b>	<b>489</b>	<b>5 994</b>
<b>Décès de patients en attente</b>	82	100	96	141	120	77	92	91	74	93	<b>966</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 36 : Nombre de transplantations et de retransplantations hépatiques selon l'année, le type de donneur et le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Receveur pédiatrique : de 0 à 17 ans</b>	Première greffe, donneur vivant	25	33	15	34	25	28	27	31	22	34	<b>274</b>
	Retransplantation	10	6	12	8	9	15	9	9	14	14	<b>106</b>
	Première greffe, donneur décédé	3	4	3	9	8	6	7	7	6	5	<b>58</b>
<b>Receveur adulte : 18 ans et plus</b>	Première greffe, donneur vivant	290	302	318	296	324	342	318	324	331	349	<b>3 194</b>
	Retransplantation	32	29	42	52	58	56	59	48	50	50	<b>476</b>
	Première greffe, donneur vivant	26	31	27	24	42	33	33	34	28	33	<b>311</b>
<b>Donneurs de tous âges</b>		<b>386</b>	<b>405</b>	<b>417</b>	<b>423</b>	<b>466</b>	<b>480</b>	<b>453</b>	<b>453</b>	<b>451</b>	<b>485</b>	<b>4 419</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 37 : Nombre de transplantations hépatiques et de transplantations combinées incluant le foie, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Foie seulement</b>	381	399	414	416	447	468	442	440	442	482	<b>4 331</b>
<b>Transplantations combinées incluant le foie</b>	5	6	3	7	19	12	11	13	9	3	<b>88</b>
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>405</b>	<b>417</b>	<b>423</b>	<b>466</b>	<b>480</b>	<b>453</b>	<b>453</b>	<b>451</b>	<b>485</b>	<b>4 419</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 38 : Pourcentage de receveurs d'une première transplantation hépatique selon le diagnostic principal\* et le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

	Moins d'un an	De 1 à 10 ans	De 11 à 17 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 59 ans	60 ans et plus	Total
<b>Atrésie primitive des voies biliaires</b>	58,6	28,2	4,7	0,9	0,1	0,1	<b>2,8</b>
<b>Hépatite C</b>	0	0	1,2	3,7	28,5	16,0	<b>21,7</b>
<b>Hépatite B</b>	0	0	1,2	5,9	5,1	5,1	<b>4,7</b>
<b>Autre hépatite</b>	3	4,1	11,6	12,8	3,3	2,7	<b>3,9</b>
<b>Cirrhose alcoolique</b>	0	0	0	0,6	17,0	17,4	<b>14,7</b>
<b>Cirrhose cryptogénique</b>	0	0	2,3	4,0	3,4	6,0	<b>3,8</b>
<b>Cancer</b>	1,5	11,2	4,7	5,9	14,5	22,8	<b>15,3</b>
<b>Troubles métaboliques</b>	4,5	9,4	9,3	5,0	1,9	2,1	<b>2,6</b>
<b>Maladie hépatique cholestatique</b>	3,8	7,6	18,6	26,8	10,9	10,7	<b>11,7</b>
<b>Inconnu ou manquant</b>	16,5	16,5	12,8	6,2	2,2	1,9	<b>3,5</b>
<b>Autre*</b>	12,0	22,9	33,7	28,0	13,2	15,3	<b>15,3</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

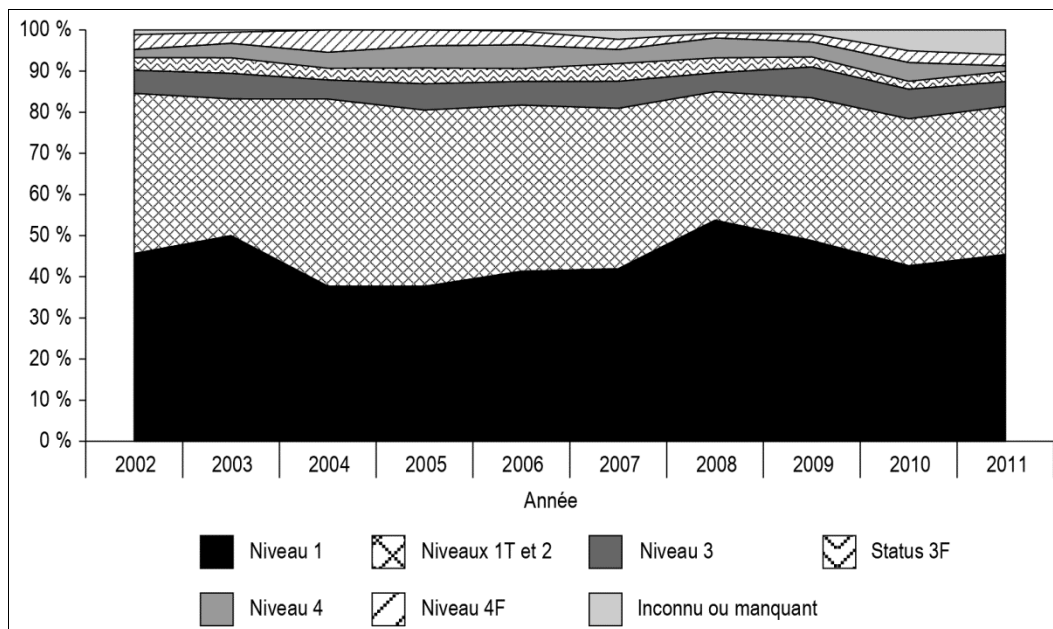
**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

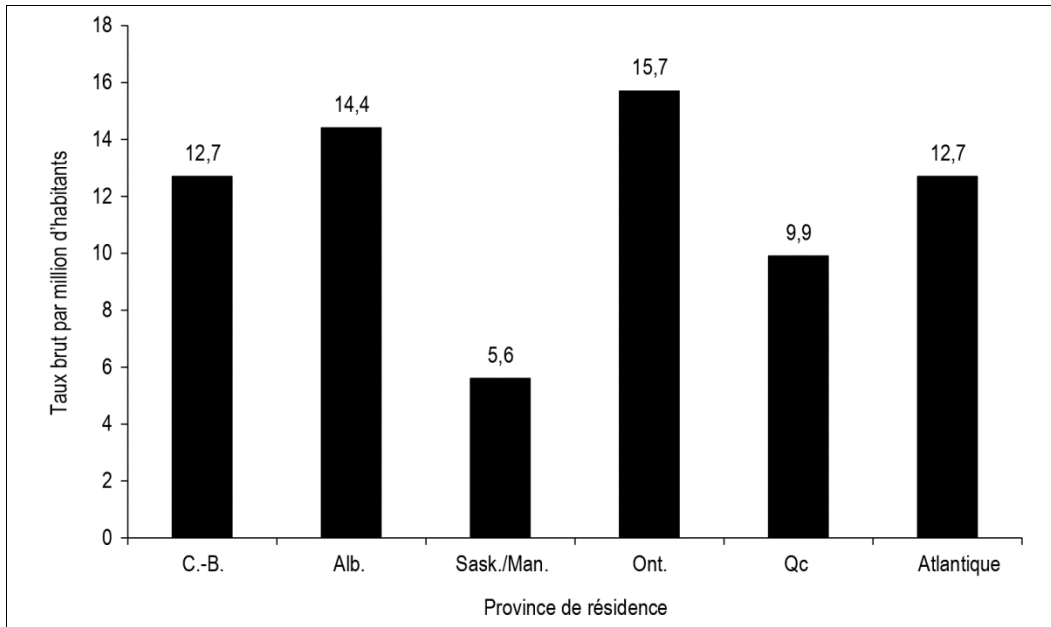
**Figure 11 : Répartition des transplantations hépatiques selon l'état médical au moment de la transplantation, Canada, de 2002 à 2011**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 12 : Taux brut par million d'habitants de receveurs d'une transplantation hépatique selon la province de résidence, Canada, 2011**



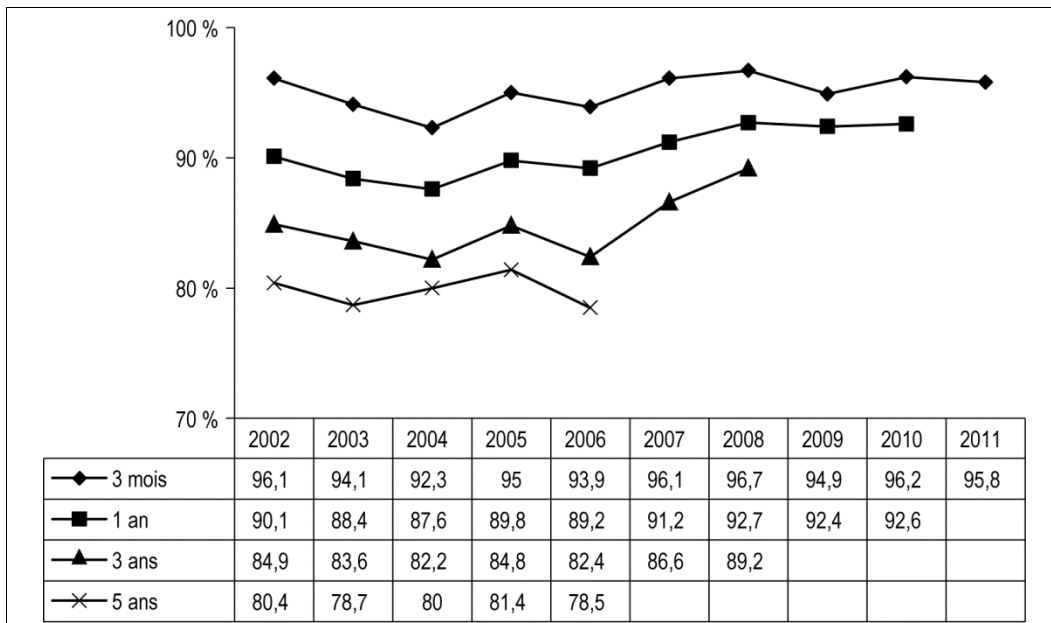
**Remarque**

En raison de leur faible nombre, les données des provinces de l'Atlantique ont été combinées, tout comme celles de la Saskatchewan et du Manitoba.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 13 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des receveurs d'une première transplantation hépatique (donneur décédé), Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 39 : Nombre de patients prévalents receveurs d'une transplantation hépatique, par province de traitement ou de suivi, 2002 à 2011**

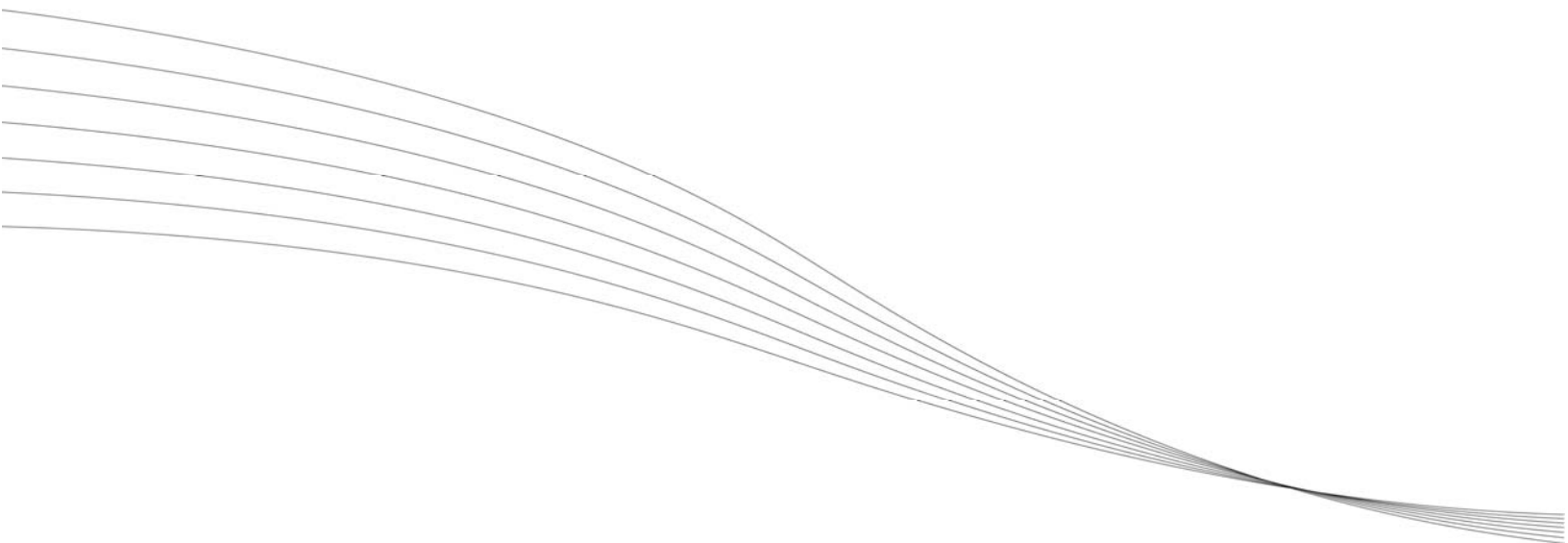
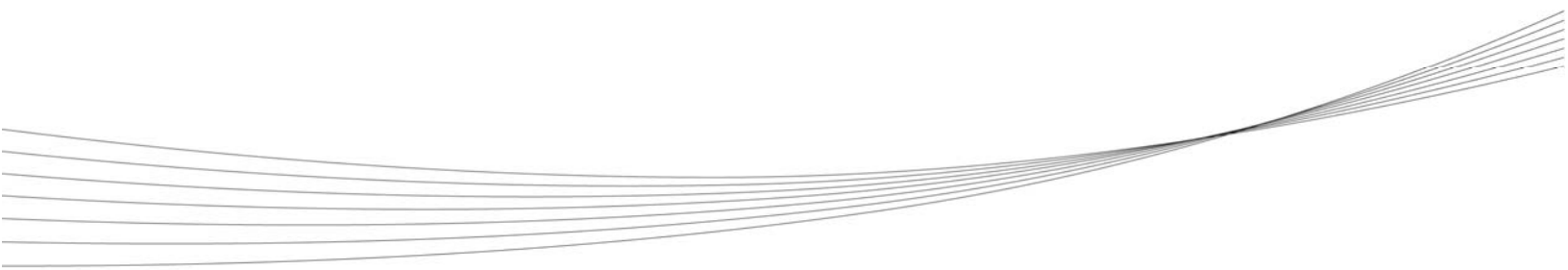
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B.</b>	264	284	307	330	356	388	422	442	483	512
<b>Alb.</b>	393	427	469	492	538	561	579	610	645	680
<b>Sask.</b>	25	35	42	47	51	61	66	74	74	73
<b>Man.</b>	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*
<b>Ont.</b>	1 439	1 553	1 672	1 798	1 924	2 078	2 214	2 360	2 508	2 675
<b>Qc</b>	663	724	774	826	873	937	1 005	1 070	1 118	1 178
<b>N.-B.</b>	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	0	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*
<b>N.-É.</b>	182	191	196	212	230	245	262	280	289	313
<b>T.-N.-L.</b>	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*
<b>Canada</b>	<b>2 972</b>	<b>3 220</b>	<b>3 466</b>	<b>3 711</b>	<b>3 977</b>	<b>4 274</b>	<b>4 552</b>	<b>4 840</b>	<b>5 122</b>	<b>5 436</b>

**Remarque**

\* Valeur supprimée conformément à la politique de l'ICIS en matière de protection des renseignements personnels; la valeur de la cellule est de 1 à 4.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.







## Chapitre 4 — Transplantation cardiaque





## 4 Transplantation cardiaque

La transplantation cardiaque est le dernier traitement auquel ont recours les patients atteints d'une insuffisance cardiaque. Elle occupe maintenant le troisième rang des transplantations d'organes les plus courantes au Canada, après les transplantations rénales et hépatiques. Cette section présente les tendances en matière de transplantation cardiaque et les résultats au Canada de 2002 à 2011.

En 2011, 166 personnes étaient en attente d'une transplantation cardiaque. Depuis 2002, le nombre de décès de patients en attente d'une transplantation a varié de 14 à 35 par année (tableau 40). Au total, 241 Canadiens inscrits sur la liste d'attente en vue d'une transplantation cardiaque sont décédés au cours des 10 dernières années.

De 2002 à 2011, 1 632 transplantations cardiaques ont été consignées dans le RCITO, y compris 51 retransplantations. Le nombre de transplantations réalisées chaque année est resté relativement stable, passant de 164 à 152 au cours de la même période. Le nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu un cœur a peu fluctué (sous la barre des 20 chaque année). Comme le montre le tableau 41, le plus grand nombre de transplantations cardiaques a été effectué sur des personnes âgées de 35 à 59 ans (796), suivies des personnes de 60 ans et plus (325). Le taux brut de transplantations cardiaques par million d'habitants variait de 3,5 à 4,9 partout au Canada (figure 14).

Les personnes inscrites sur la liste d'attente en vue d'une transplantation cardiaque sont classées selon leur état médical au moment de la transplantation. Les patients dont l'état est de niveau 1 ou 2, qui peuvent se trouver à la maison ou à l'hôpital, sont considérés comme des cas non urgents. Les patients dont l'état est de niveau 3, 3B ou 4 sont considérés comme les cas les plus urgents. Ceux de niveau 3A ou 3B peuvent se trouver à l'unité de soins intensifs (USI) ou nécessiter des médicaments inotropes visant à accroître la puissance de la contraction du muscle cardiaque, alors que ceux de niveau 4 ont déjà été admis dans une USI et reçoivent un soutien ventilatoire. Depuis 2004, près de la moitié des receveurs ont été considérés comme des cas urgents (figure 15).

Les taux de survie à long terme (figure 16) montrent une amélioration pour une grande partie de la période visée. En 2008, 93 % des receveurs survivaient les trois premières années, le taux de survie de cinq ans s'améliorant aussi entre 2002 et 2006, passant de 75 % à 85 %.

En 2011, 2 533 Canadiens vivaient avec une greffe cardiaque.

**Tableau 40 : Nombre de patients en attente d'une transplantation cardiaque au 31 décembre et de décès de patients en attente, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>De 0 à 17 ans</b>	13	37	6	9	7	13	17	12	14	23	<b>151</b>
<b>18 ans et plus</b>	90	94	119	87	80	102	114	124	121	143	<b>1 074</b>
<b>Total</b>	103	131	125	96	87	115	131	136	135	166	<b>1 225</b>
<b>Décès de patients en attente</b>	35	30	26	27	13	19	14	30	22	25	<b>241</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 41 : Nombre de transplantations et de retransplantations cardiaques selon l'année et le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Receveur pédiatrique : de 0 à 17 ans</b>	Première greffe, moins de 1 an	5	6	14	15	17	7	16	17	5	8	<b>110</b>
	Première greffe, de 1 à 10 ans	8	4	7	8	7	9	6	11	12	9	<b>81</b>
	Première greffe, de 11 à 17 ans	8	10	9	9	9	11	15	9	9	8	<b>97</b>
<b>Receveur adulte : 18 ans et plus</b>	Première greffe, de 18 à 34 ans	15	16	13	18	27	14	19	17	21	12	<b>172</b>
	Première greffe, de 35 à 59 ans	84	82	66	86	91	85	75	78	73	76	<b>796</b>
	Première greffe, 60 ans et plus	41	33	30	33	20	31	30	33	47	27	<b>325</b>
<b>Retransplantation</b>		3	6	4	5	7	6	3	3	2	12	<b>51</b>
<b>Total</b>		<b>164</b>	<b>157</b>	<b>143</b>	<b>174</b>	<b>178</b>	<b>163</b>	<b>164</b>	<b>168</b>	<b>169</b>	<b>152</b>	<b>1 632</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 42 : Pourcentage de receveurs d'une transplantation cardiaque selon le diagnostic principal\*, Canada, de 2002 à 2011**

	Moins d'un an	De 1 à 10 ans	De 11 à 17 ans	De 18 à 34 ans	De 35 à 59 ans	60 ans et plus	Total
<b>Maladie congénitale</b>	40,3	25,3	15,5	12,9	2,6	0	<b>7,8</b>
<b>Myocardiopathie non précisée</b>	7,6	6,0	14,6	9,7	10,1	10,5	<b>10</b>
<b>Myocardiopathie avec dilatation</b>	10,1	9,6	20,4	26,3	22,5	17,4	<b>20,2</b>
<b>Myocardiopathie idiopathique</b>	4,2	7,2	5,8	13,4	10,8	11,1	<b>10,2</b>
<b>Myocardiopathie ischémique</b>	0	1,2	1,0	3,2	28,6	45,5	<b>24,1</b>
<b>Inconnu ou manquant</b>	16,8	22,9	20,4	3,2	2,8	3,0	<b>6</b>
<b>Autre*</b>	21,0	27,7	22,3	31,2	22,6	12,6	<b>21,7</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

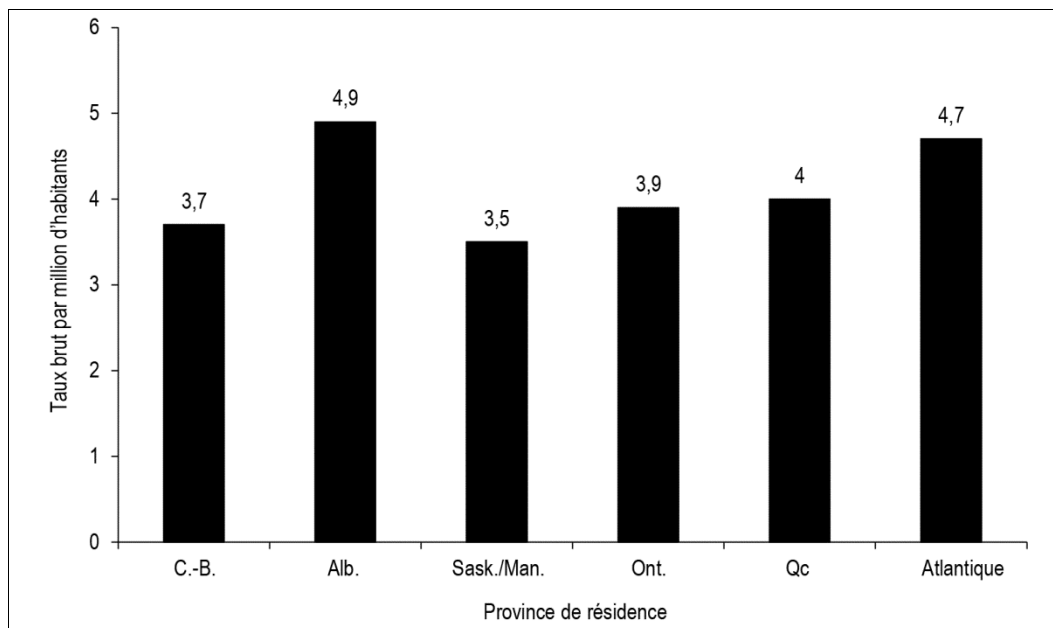
**Remarque**

\* Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 14 : Taux brut de receveurs d'une transplantation cardiaque selon la province de résidence, Canada, 2011 (par million d'habitants)**



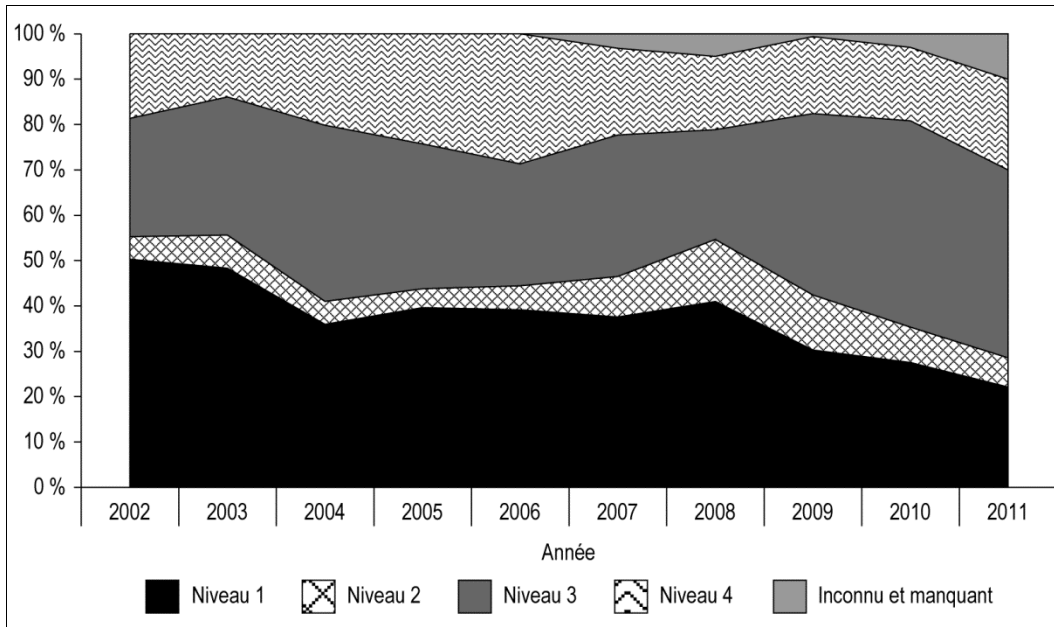
**Remarque**

En raison de leur faible nombre, les données des provinces de l'Atlantique ont été combinées, tout comme celles de la Saskatchewan et du Manitoba.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 15 : Répartition des transplantations cardiaques selon l'état médical\*  
au moment de la transplantation, Canada, de 2002 à 2011



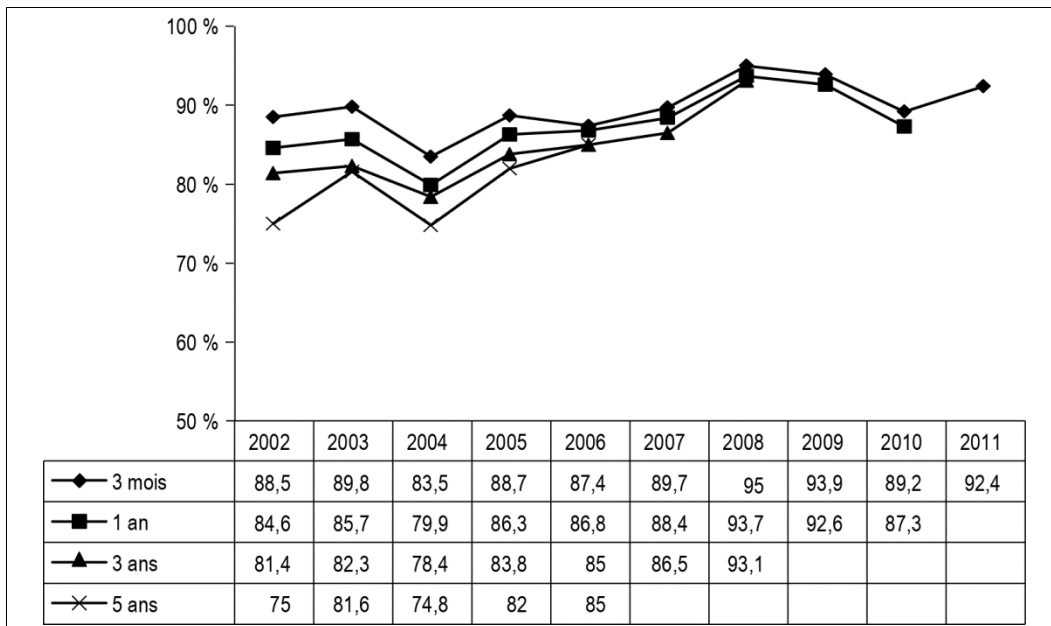
**Remarque**

\* Niveau 1 : à domicile; niveau 2 : hospitalisé; niveau 3 : hospitalisé à l'unité de soins intensifs et nécessitant un soutien inotrope, âgé de moins de six mois ou dont l'état se détériore rapidement; niveau 4 : à l'unité de soins intensifs avec soutien ventilatoire; inconnu : niveau non fourni.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 16 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des receveurs d'une première transplantation cardiaque, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 43 : Nombre de patients prévalents receveurs d'une transplantation cardiaque, par province de traitement ou de suivi, 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B.</b>	163	178	182	192	200	213	227	230	242	250
<b>Alb.</b>	269	285	298	324	350	365	383	411	435	459
<b>Sask.</b>	13	14	14	14	15	16	20	22	22	21
<b>Man.</b>	5	5	5	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	< 5*	8	9
<b>Ont.</b>	692	731	754	789	819	855	891	935	981	1 011
<b>Qc</b>	460	482	485	496	509	531	567	605	629	647
<b>N.-É.</b>	96	99	103	108	110	113	116	126	128	136
<b>Canada<sup>†</sup></b>	<b>1 698</b>	<b>1 794</b>	<b>1 841</b>	<b>1 927</b>	<b>2 007</b>	<b>2 096</b>	<b>2 207</b>	<b>2 332</b>	<b>2 445</b>	<b>2 533</b>

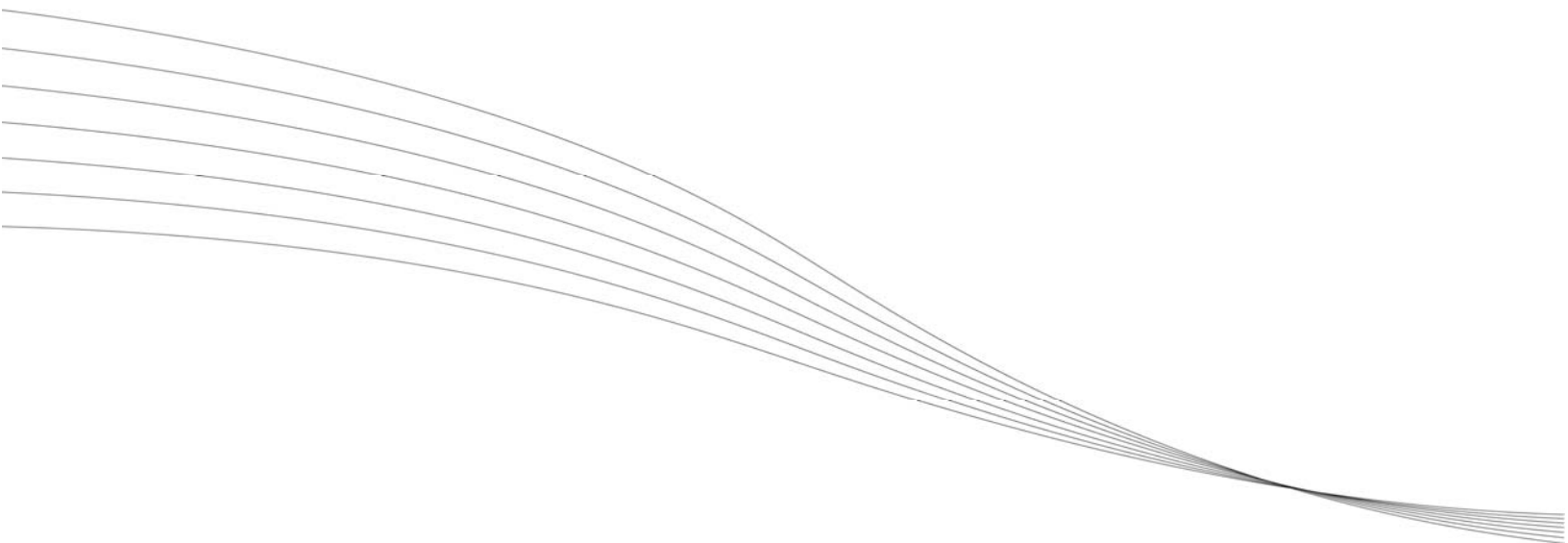
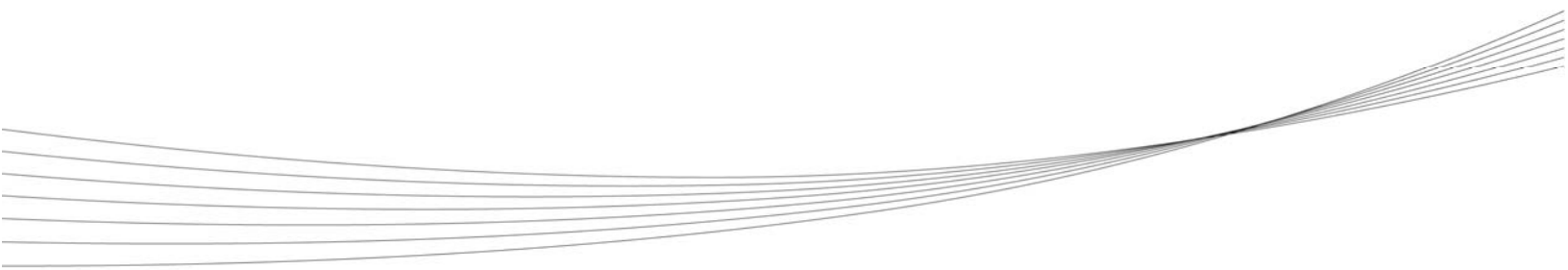
**Remarques**

\* Valeur supprimée conformément à la politique de l'ICIS en matière de protection des renseignements personnels; la valeur de la cellule est de 1 à 4.

† Les totaux pour le Canada ne tiennent pas compte des cellules supprimées.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.







## Chapitre 5 — Transplantation pulmonaire





## 5 Transplantation pulmonaire

La première transplantation pulmonaire unilatérale au Canada a été réalisée en 1983. Elle a été suivie de la première transplantation pulmonaire bilatérale en 1986. Depuis, les résultats pour les receveurs n'ont cessé de s'améliorer, en raison notamment des techniques de préservation des organes plus efficaces, des meilleurs soins préopératoires et peropératoires, d'un meilleur suivi de la prise en charge médicale des receveurs, ainsi que des avancées dans le domaine de l'immunosuppression. Au Canada, les activités de transplantation pulmonaire ont presque doublé au cours des 10 dernières années. La présente section décrit l'évolution des pratiques en matière de transplantation pulmonaire au Canada de 2002 à 2011.

Le nombre de patients en attente d'une transplantation pulmonaire a continué d'augmenter au cours de la décennie à l'étude, atteignant 311 en 2011. Le nombre annuel de décès a par ailleurs plus que doublé entre 2002 et 2011, passant de 26 à 67 (tableau 44).

De 2002 à 2011, le nombre annuel de transplantations pulmonaires réalisées au Canada a connu une hausse. En effet, cette décennie a vu le nombre total de transplantations pulmonaires pratiquées atteindre 1 604, pour une moyenne de 178 par année depuis 2006 (tableau 45). Pour cette même période, le nombre de transplantations pulmonaires bilatérales a augmenté de 66 %, passant de 96 à 159. De 2002 à 2011, en moyenne, 27 transplantations pulmonaires unilatérales ont été pratiquées par année (tableau 46).

En 2011, l'Ontario a enregistré le taux le plus élevé de transplantations pulmonaires, soit 6,5 transplantations par million d'habitants; elle est suivie de l'Alberta (5,7) et de la Colombie-Britannique (3,7) (figure 17).

Une tendance généralement à la hausse est observée au chapitre du taux de survie des receveurs d'une transplantation pulmonaire (figure 18). Le taux de survie de trois ans est passé de 71 % à 82 % de 2002 à 2008. De même, le taux de survie de cinq ans a augmenté de 2002 à 2006, passant de 62 % à 66 %. Les taux de survie de trois mois et d'un an ont pour leur part présenté des améliorations similaires (90 % à 98 % de 2002 à 2011 et 86 % à 90 % de 2002 à 2010 respectivement).

En 2011, 1 500 Canadiens vivaient avec une greffe pulmonaire (tableau 47).

**Tableau 44 : Nombre de patients en attente d'une transplantation pulmonaire au 31 décembre et de décès de patients en attente, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Pulmonaire bilatérale</b>	88	131	155	188	147	183	147	137	178	188	<b>1 542</b>
<b>Pulmonaire unilatérale</b>	50	29	22	37	94	51	129	104	125	122	<b>763</b>
<b>Cœur-poumons</b>	12	12	4	14	11	9	6	4	7	1	<b>80</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>172</b>	<b>181</b>	<b>239</b>	<b>252</b>	<b>243</b>	<b>282</b>	<b>245</b>	<b>310</b>	<b>311</b>	<b>2 385</b>
<b>Décès de patients en attente</b>	26	29	43	43	36	43	44	44	51	67	<b>426</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 45 : Nombre de transplantations et de retransplantations pulmonaires selon l'année et le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Première greffe, 18 ans et plus</b>	130	112	128	137	166	179	156	178	174	167	<b>1 527</b>
<b>Première greffe, de 0 à 17 ans</b>	5	2	3	5	4	4	6	4	3	5	<b>41</b>
<b>Retransplantation</b>	4	4	2	3	1	4	5	7	3	3	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>118</b>	<b>133</b>	<b>145</b>	<b>171</b>	<b>187</b>	<b>167</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>175</b>	<b>1 604</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 46 : Nombre de transplantations pulmonaires selon le type de transplantation, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Pulmonaire bilatérale</b>	96	95	98	119	129	152	135	153	153	159	<b>1 289</b>
<b>Pulmonaire unilatérale</b>	36	21	30	19	35	32	28	31	25	13	<b>270</b>
<b>Lobe pulmonaire d'un donneur vivant</b>	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	<b>5</b>
<b>Cœur-poumons</b>	7	2	3	6	6	3	4	5	2	2	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>118</b>	<b>133</b>	<b>145</b>	<b>171</b>	<b>187</b>	<b>167</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>175</b>	<b>1 604</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 47 : Nombre et pourcentage de receveurs d'une transplantation pulmonaire selon le diagnostic principal\*, première greffe, Canada, de 2002 à 2011**

	Pulmonaire bilatérale		Pulmonaire unilatérale		Cœur-poumons	
	N	%	N	%	N	%
<b>Maladie congénitale</b>	8	0,6	0	0,0	13	31,7
<b>Déficit en alpha-1-antitrypsine</b>	59	4,6	12	4,3	0	0,0
<b>Fibrose kystique</b>	348	27,4	11	3,9	3	7,3
<b>Emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique</b>	281	22,1	120	42,9	4	9,8
<b>Fibrose pulmonaire idiopathique</b>	287	22,6	100	35,7	3	7,3
<b>Hypertension pulmonaire primitive</b>	54	4,3	2	0,7	6	14,6
<b>Inconnu ou manquant</b>	48	3,8	5	1,8	3	7,3
<b>Autre<sup>†</sup></b>	184	14,5	30	10,7	9	22,0
<b>Total</b>	<b>1 269</b>	<b>100,0</b>	<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

**Remarques**

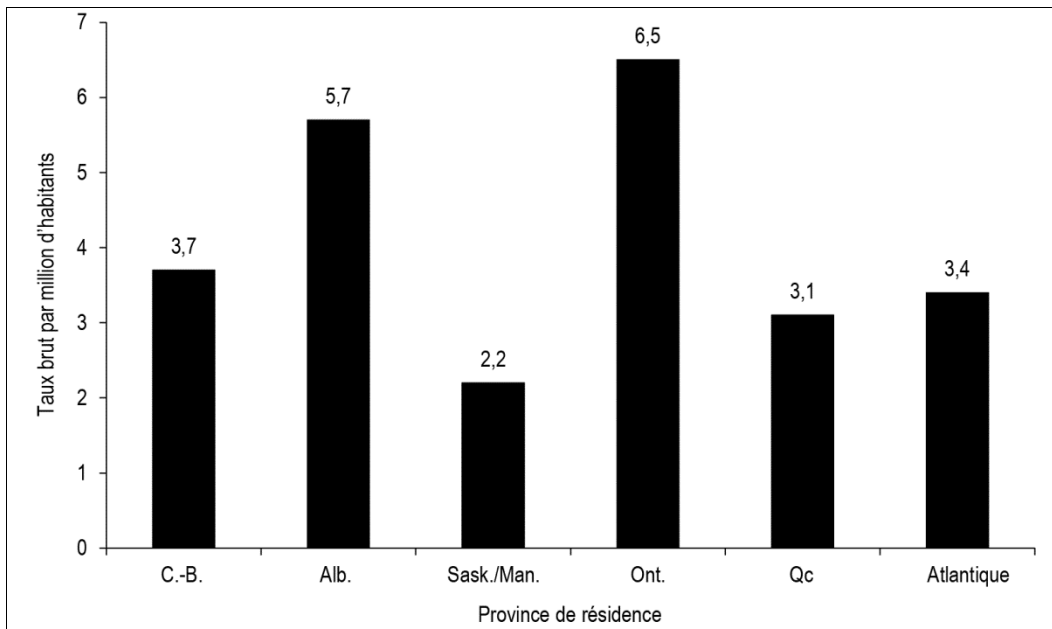
\* Un patient peut faire l'objet de plus d'un diagnostic.

† Consultez l'annexe G pour une liste de tous les diagnostics principaux saisis dans le RCITO.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 17 : Taux brut de receveurs d'une transplantation pulmonaire selon la province de résidence, Canada, 2011 (par million d'habitants)



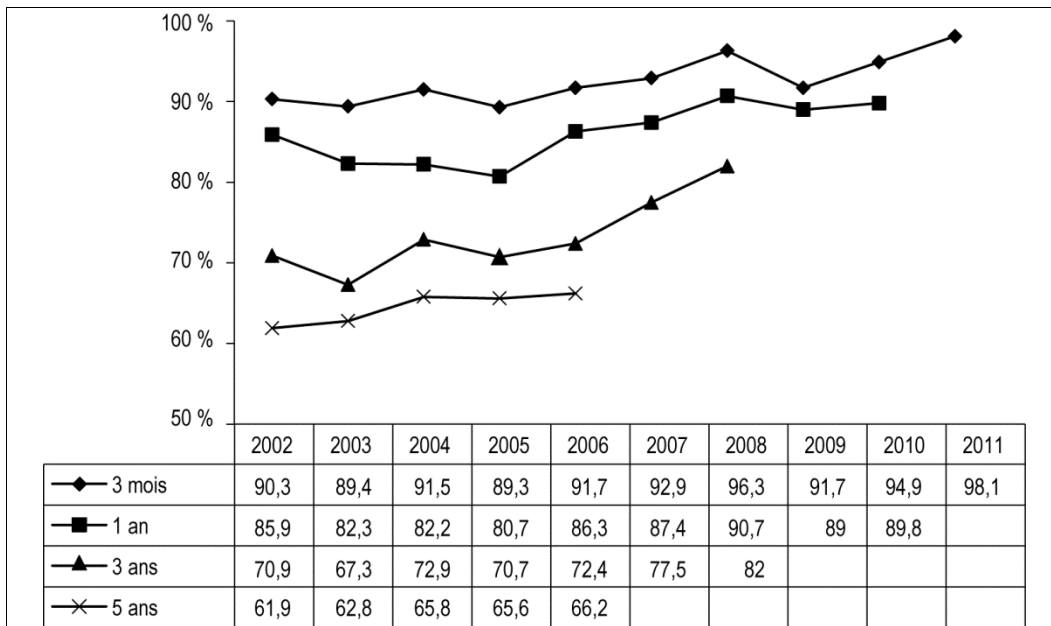
**Remarque**

En raison de leur faible nombre, les données des provinces de l'Atlantique ont été combinées, tout comme celles de la Saskatchewan et du Manitoba.

**Sources**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé; Statistique Canada.

**Figure 18 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des receveurs d'une première transplantation pulmonaire (donneur décédé), Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)**



**Source**

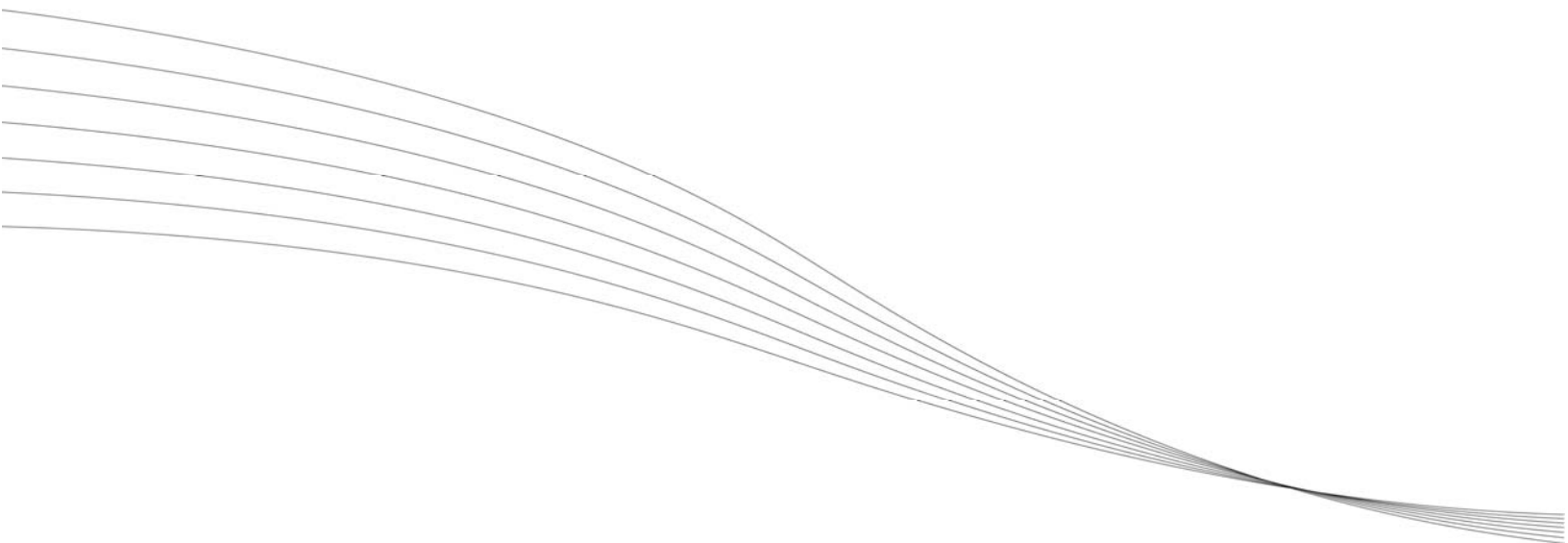
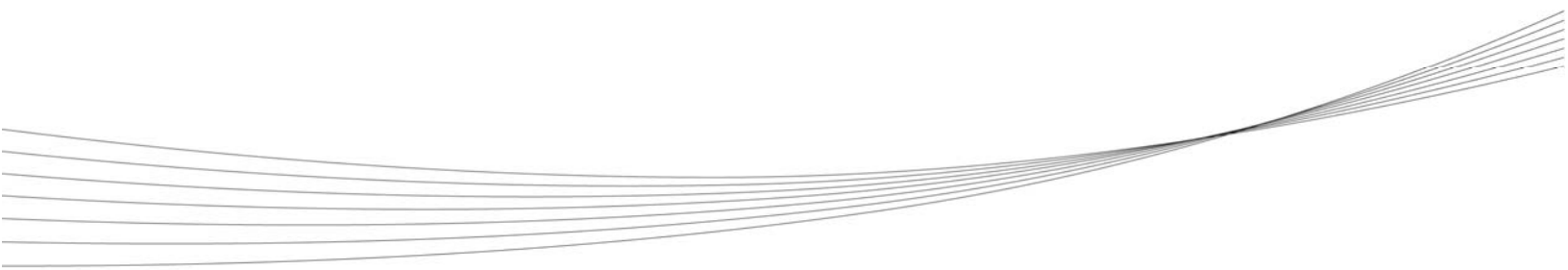
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 48 : Nombre de patients prévalents receveurs d'une transplantation pulmonaire, par province de traitement ou de suivi, 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B.</b>	54	55	59	63	67	76	86	82	88	95
<b>Alb.</b>	123	132	147	167	186	205	232	253	293	325
<b>Sask.</b>	5	5	5	5	6	8	15	29	29	29
<b>Man.</b>	55	63	71	71	74	79	85	87	91	94
<b>Ont.</b>	289	311	342	376	424	495	539	585	630	695
<b>Qc</b>	127	143	157	155	175	200	207	233	255	262
<b>Canada</b>	<b>653</b>	<b>709</b>	<b>781</b>	<b>837</b>	<b>932</b>	<b>1 063</b>	<b>1 164</b>	<b>1 269</b>	<b>1 386</b>	<b>1 500</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.







## Chapitre 6 — Transplantation pancréatique





## 6 Transplantation pancréatique

En général, les patients au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) atteints d'un diabète sous-jacent souffrent de deux problèmes graves nécessitant des traitements distincts. Dans le cas de l'insuffisance rénale, les patients ont besoin d'un traitement pour l'insuffisance rénale (TIR), alors que, pour le diabète, il faut régulariser la glycémie. La transplantation pancréatique permet aux receveurs diabétiques de type 1 de se libérer de la dépendance à l'insuline. Elle peut également stabiliser certaines complications découlant du diabète. La transplantation pancréatique offre une normoglycémie stable et à long terme, avec tolérance au glucose normale ou presque normale, tout en permettant d'éviter les épisodes d'hypoglycémie. Il existe trois types de transplantation pancréatique. La plus courante est la transplantation simultanée rein-pancréas (SRP), destinée aux receveurs au STIR. Les deux autres sont la transplantation pancréatique après une transplantation rénale (PAR) et la transplantation de pancréas seulement (TPS). Les résultats des transplantations pancréatiques se sont améliorés grâce à l'introduction de la cyclosporine et des agents antilymphocytes T, aux nouvelles techniques chirurgicales et aux critères plus sophistiqués de sélection des patients.

Le nombre de patients en attente d'une transplantation du pancréas en 2011 était de 171 (tableau 49). Plus de 60 % de ces patients étaient en attente d'une transplantation SRP.

De 2002 à 2011, 711 transplantations pancréatiques ont été réalisées au Canada (tableau 50). La majorité (70 %) était des transplantations SRP. Le tableau 51 présente les données sur les transplantations d'îlots pancréatiques, soit l'intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les cellules productrices d'insuline du pancréas (cellules des îlots pancréatiques ou îlots de Langerhans), qui ont été détruites chez les diabétiques de type 1. Depuis 2002, 357 interventions ont été pratiquées sur 259 patients (deux interventions par patient en général).

Un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont subi une transplantation pancréatique au Canada (figure 19).

Les taux de survie des patients ayant subi une transplantation SRP sont présentés à la figure 20.

**Tableau 49 : Nombre de patients en attente d'une transplantation du pancréas ou d'une transplantation rein-pancréas au 31 décembre, Canada, de 2002 à 2011**

Transplantation	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>SRP</b>	122	120	101	132	113	126	98	56	107	108
<b>PAR/TPS</b>	37	31	51	63	63	55	49	42	68	63
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>151</b>	<b>152</b>	<b>195</b>	<b>176</b>	<b>181</b>	<b>147</b>	<b>98</b>	<b>175</b>	<b>171</b>

### Remarque

SRP : transplantation simultanée rein-pancréas; PAR : transplantation pancréatique après une transplantation rénale;

TPS : transplantation de pancréas seulement.

### Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 50 : Nombre de transplantations pancréatiques au Canada, de 2002 à 2011**

Transplantation	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>SRP</b>	44	38	47	53	55	50	63	48	50	53	<b>501</b>
<b>PAR</b>	17	17	11	12	13	13	18	20	20	16	<b>157</b>
<b>TPS</b>	11	9	3	6	5	6	3	2	5	3	<b>53</b>
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>73</b>	<b>69</b>	<b>84</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>711</b>

**Remarque**

SRP : transplantation simultanée rein-pancréas; PAR : transplantation pancréatique après une transplantation rénale; TPS : transplantation de pancréas seulement.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

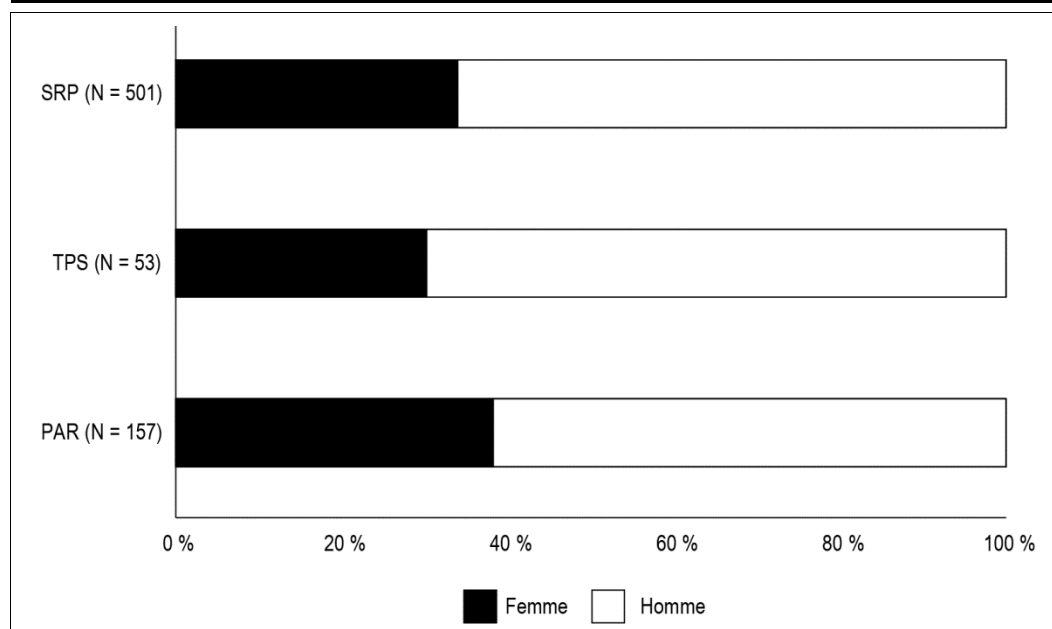
**Tableau 51 : Nombre de transplantations d'îlots pancréatiques au Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Patients</b>	26	15	25	28	31	18	28	29	32	27	<b>259</b>
<b>Interventions</b>	41	21	39	39	39	25	35	38	44	36	<b>357</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 19 : Pourcentage de receveurs selon le type de transplantation pancréatique et le sexe (première greffe), Canada, de 2002 à 2011**



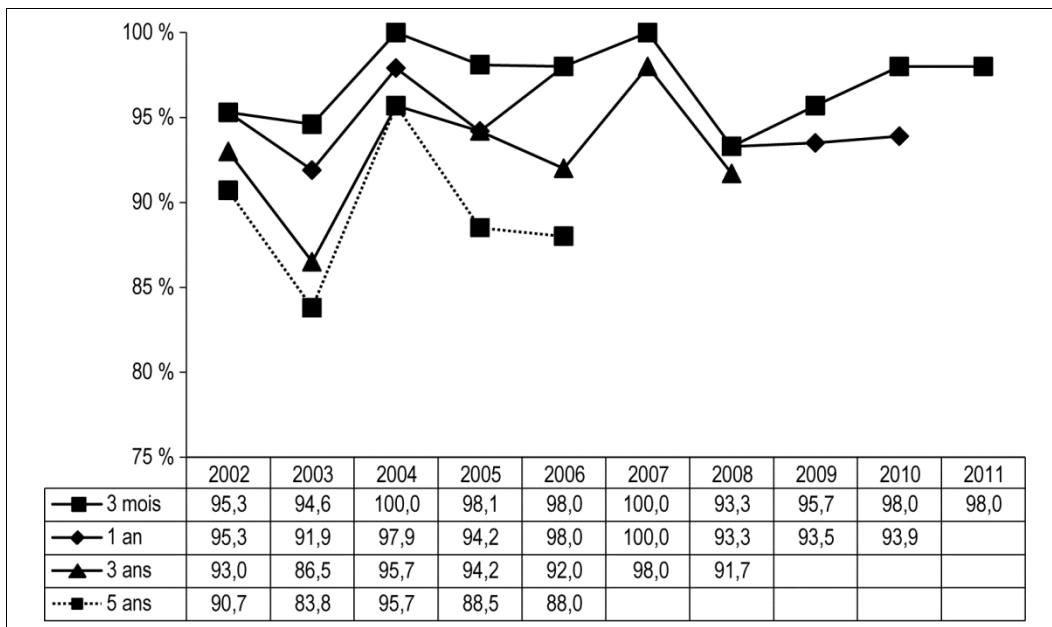
**Remarque**

SRP : transplantation simultanée rein-pancréas; PAR : transplantation pancréatique après une transplantation rénale; TPS : transplantation de pancréas seulement.

**Source**

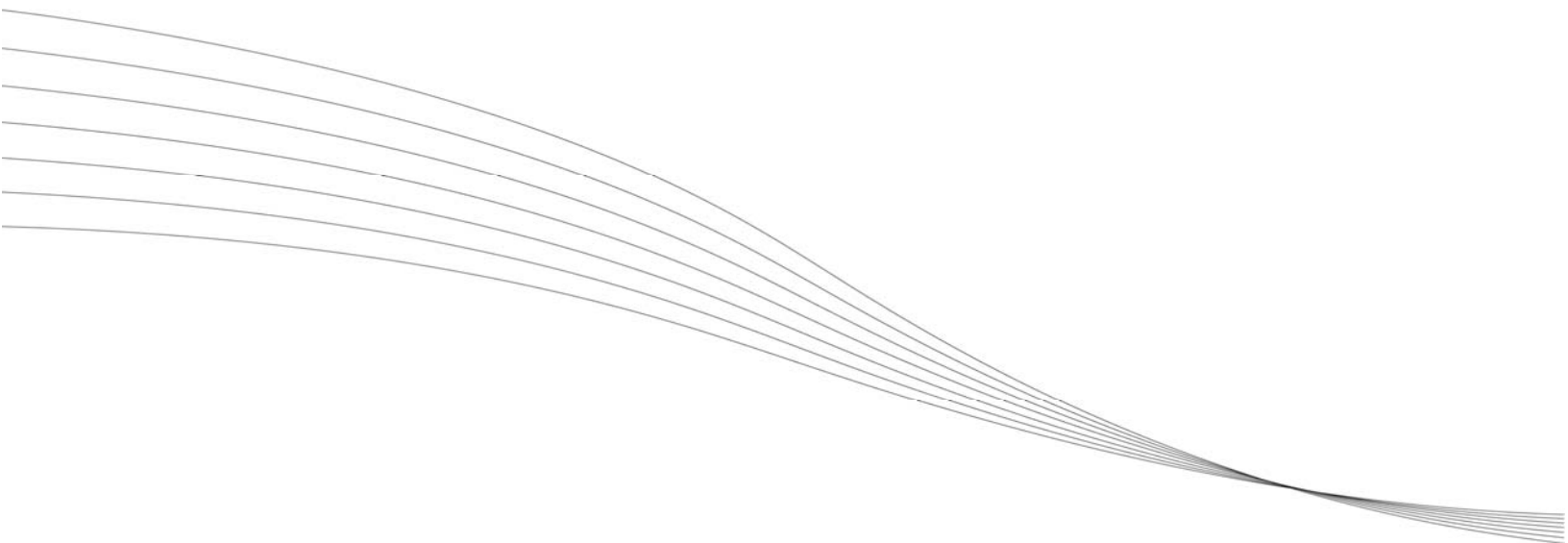
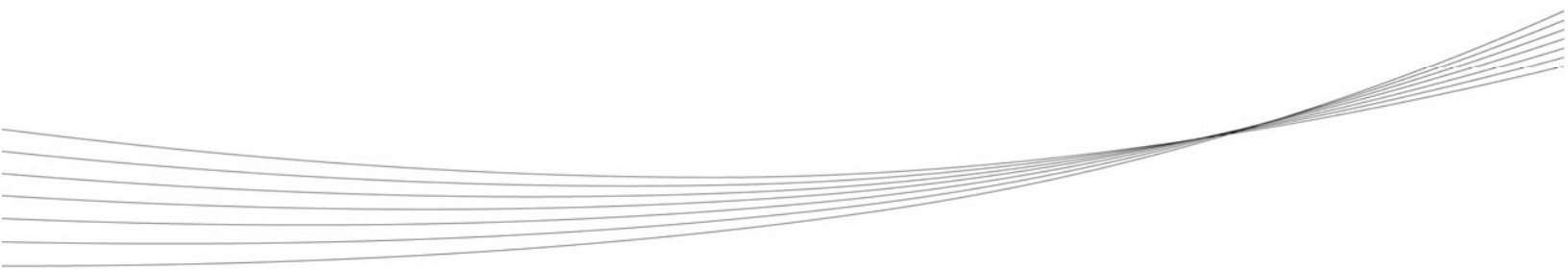
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 20 : Taux de survie non ajusté de trois mois, un an, trois ans et cinq ans des receveurs d'une première transplantation simultanée rein-pancréas, selon l'année de la transplantation, Canada, de 2002 à 2011 (pourcentage)



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.





## Chapitre 7 — Transplantation intestinale







## 7 Transplantation intestinale<sup>vi</sup>

La transplantation de l'intestin grêle est une intervention chirurgicale en pleine évolution qui sert à la prise en charge de l'insuffisance intestinale chez les enfants et les adultes. Malgré les récentes avancées, la transplantation intestinale n'est encore envisagée que pour les patients dont l'état ne cesse de se détériorer malgré la nutrition parentérale totale (NPT); elle n'est pas encore considérée pour les patients qui répondent bien à la NPT.

Depuis 1992, 54 transplantations intestinales ont été déclarées au RCITO (tableau 52). Les transplantations ont été pratiquées en proportions presque égales sur des receveurs pédiatriques (57 %) et des receveurs adultes (43 %). En revanche, la majorité (84 %) des transplantations foie-intestin grêle ont été réalisées sur des patients pédiatriques.

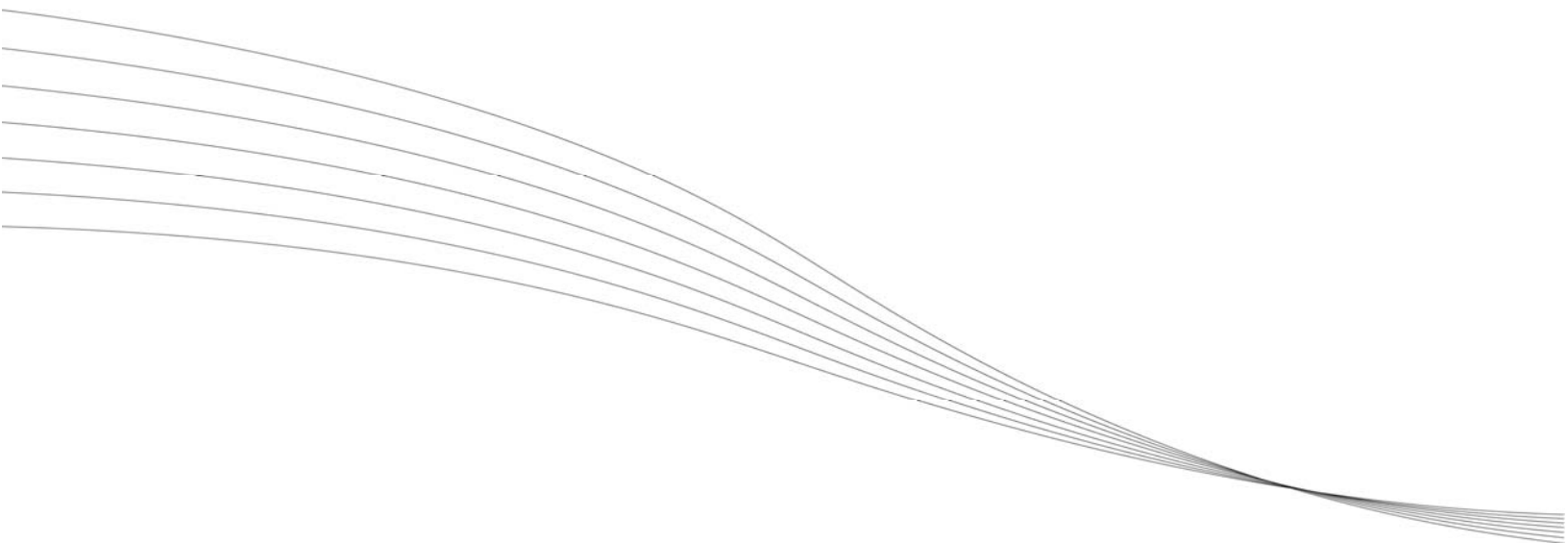
**Tableau 52 : Nombre de transplantations intestinales selon la période de transplantation et le groupe d'âge, Canada, de 1992 à 2011**

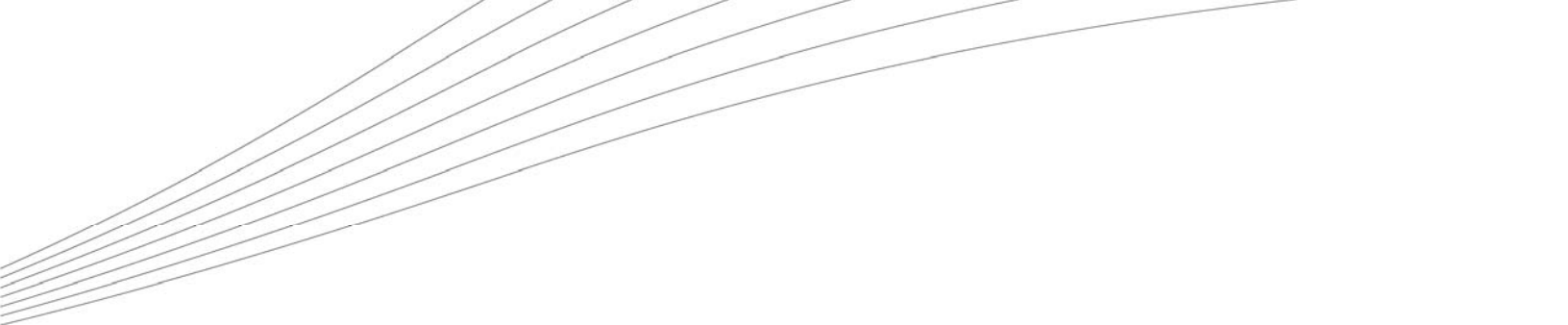
Type de transplantation	1992 à 2001		2002 à 2011		Total		
	De 0 à 17 ans	18 ans et plus	De 0 à 17 ans	18 ans et plus	De 0 à 17 ans	18 ans et plus	Tous les âges
<b>Multiviscérale</b>	1	3	5	6	6	9	15
<b>Intestin grêle seul</b>	5	2	3	7	8	9	17
<b>Foie-intestin grêle</b>	6	2	10	1	16	3	19
<b>Rein-intestin grêle</b>	0	2	0	0	0	2	2
<b>Foie-rein-intestin grêle</b>	1	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>54</b>

### Source

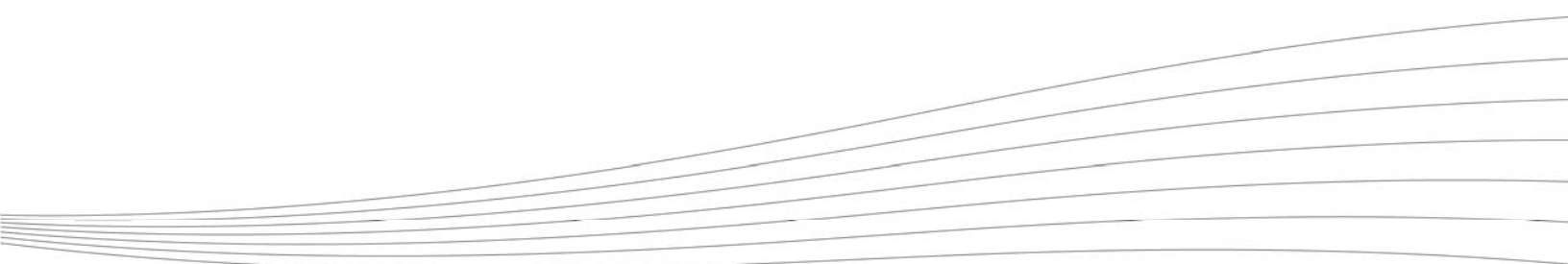
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

vi. L'information fournie est restreinte par le petit nombre de transplantations intestinales pratiquées. Dans cette section, la période d'observation diffère du reste du rapport, car elle a été prolongée pour inclure les années 1992 à 2011.





## Chapitre 8 — Donneurs





## 8 Donneurs

Dans l'ensemble, le nombre de donneurs d'organes canadiens est passé de 846 en 2002 à 1 033 en 2011, une augmentation relative de 22 % (figure 21). Au cours de la même période, le pourcentage de donneurs vivants est passé de 51 % à 55 %. À l'image de cette augmentation du nombre de donneurs, le nombre de transplantations a connu une hausse de 18 %, passant de 1 789 en 2002 à 2 124 en 2011 (figure 22).

Bien que le nombre total de donneurs décédés soit demeuré stable au cours des 10 dernières années, la répartition par âge des donneurs a changé. En 2002, le nombre de donneurs décédés âgés de 55 ans et plus comptait pour 25 % des donneurs (tableau 53). À l'inverse, en 2011, 8 % des donneurs décédés avaient moins de 18 ans, par rapport à 12 % en 2002. Ce changement au chapitre de l'âge s'est également manifesté chez les donneurs vivants (tableau 54). Le nombre de donneurs vivants a augmenté chez les 55 ans et plus. Ce groupe d'âge représentait 20 % du nombre de donneurs vivants en 2011 par rapport à 10 % en 2002.

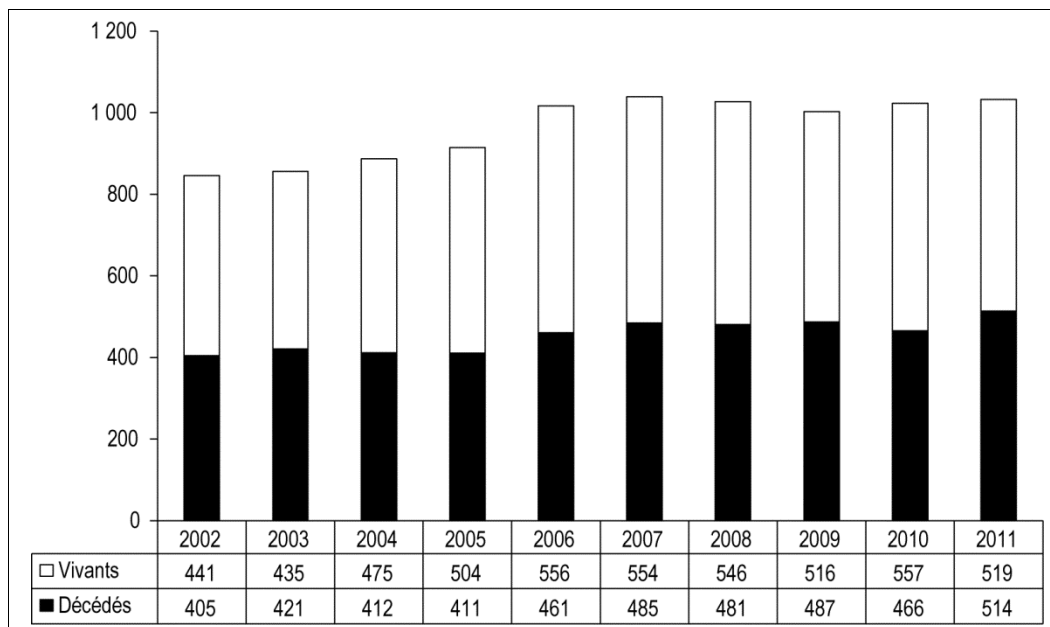
De 2002 à 2011, 34 % des donneurs vivants au Canada n'avaient aucun lien de parenté avec les receveurs (les conjoints n'étant pas considérés comme des parents). La proportion de dons d'organes provenant de donneurs non apparentés a augmenté, passant de 26 % des donneurs vivants en 2002 à 43 % en 2011 (tableau 55).

Le taux global de donneurs décédés par million d'habitants au Canada était de 14,9 en 2011, soit le plus haut taux atteint pendant la décennie, excédant de 17 % le taux de 2005 (figure 23). Le taux de donneurs vivants par million d'habitants était de 15,1. Les figures 24 et 25 présentent les taux de donneurs à l'échelle régionale.

### Remarque sur les taux de donneurs décédés

Pour l'instant, le taux de donneurs décédés par million d'habitants demeure la mesure la plus utilisée pour calculer les dons d'organes de donneurs décédés, au Canada et dans le reste du monde. Le taux de donneurs décédés par million d'habitants ne tient pas compte de la variation dans le nombre de donneurs d'organes potentiels qui meurent à l'hôpital. En outre, divers facteurs sociodémographiques et non liés au système de santé peuvent influencer sur ce nombre. Ainsi, le taux de donneurs décédés par million d'habitants peut varier selon le pays ou la région pour des raisons autres que la capacité du système de santé à déterminer les donateurs potentiels et à obtenir leur consentement à faire le don de leurs organes à leur décès. L'influence que peuvent exercer les facteurs sociodémographiques et non reliés au système de santé sur le taux de donneurs décédés par million d'habitants dans différentes régions d'un pays n'a pas fait l'objet d'études approfondies. Si la population d'une région ou d'un pays demeure relativement stable au fil du temps, le taux de donneurs décédés par million d'habitants peut fournir des renseignements utiles sur les changements longitudinaux en matière de dons d'organes dans une région donnée.

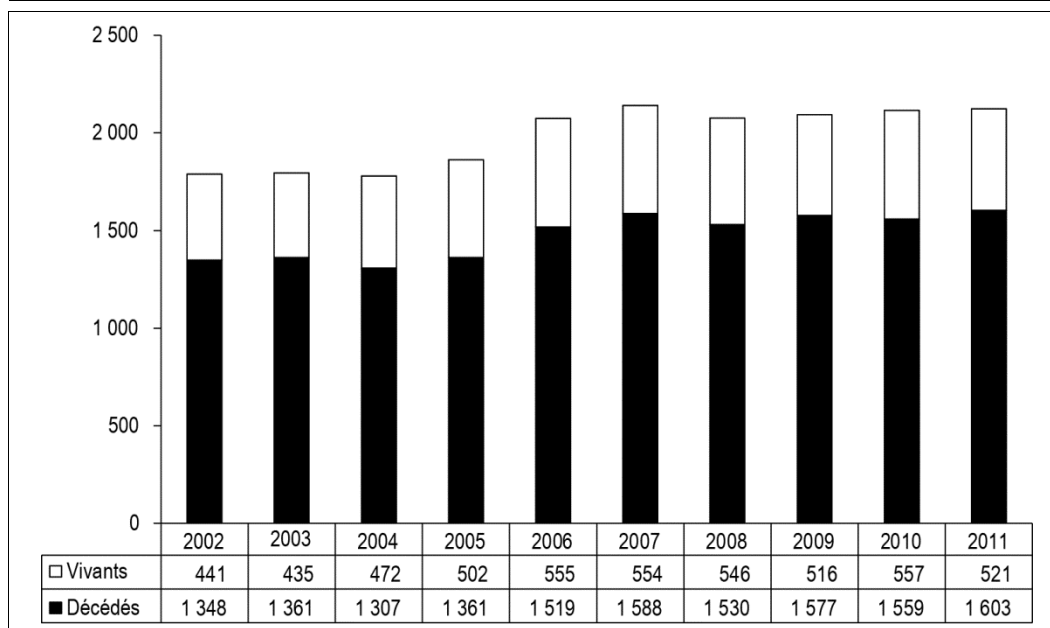
**Figure 21 : Nombre de donneurs d'organes selon le type de donneur (décédé ou vivant), Canada, de 2002 à 2011**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 22 : Nombre de transplantations d'organes pleins selon le type de donneur (décédé ou vivant), Canada, de 2002 à 2011**



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 53 : Nombre de donneurs décédés selon le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>De 0 à 17 ans</b>	47	36	29	47	41	53	49	39	34	43	<b>418</b>
<b>De 18 à 39 ans</b>	109	128	114	99	115	108	131	125	138	128	<b>1 195</b>
<b>De 40 à 49 ans</b>	96	95	86	83	102	101	92	86	82	97	<b>920</b>
<b>De 50 à 54 ans</b>	51	36	43	51	53	60	50	51	74	55	<b>524</b>
<b>De 55 à 59 ans</b>	41	35	46	44	48	52	58	53	42	60	<b>479</b>
<b>60 ans et plus</b>	61	91	94	87	102	111	101	133	96	131	<b>1 007</b>
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>421</b>	<b>412</b>	<b>411</b>	<b>461</b>	<b>485</b>	<b>481</b>	<b>487</b>	<b>466</b>	<b>514</b>	<b>4 543</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 54 : Nombre de donneurs vivants selon le groupe d'âge, Canada, de 2002 à 2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>De 0 à 39 ans</b>	191	178	190	180	218	199	188	169	192	188	<b>1 893</b>
<b>De 40 à 49 ans</b>	144	139	151	159	163	178	177	171	170	144	<b>1 596</b>
<b>De 50 à 54 ans</b>	63	58	61	66	66	78	87	72	73	85	<b>709</b>
<b>De 55 à 59 ans</b>	28	26	34	48	49	68	56	54	64	59	<b>486</b>
<b>60 ans et plus</b>	15	18	22	23	32	31	37	50	58	43	<b>329</b>
<b>Inconnu</b>	0	16	17	28	28	0	1	0	0	0	<b>90</b>
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>435</b>	<b>475</b>	<b>504</b>	<b>556</b>	<b>554</b>	<b>546</b>	<b>516</b>	<b>557</b>	<b>519</b>	<b>5 103</b>

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 55 : Nombre de donneurs vivants selon leur relation avec le receveur, Canada, de 2002 à 2011**

	Parent	Frère ou sœur	Fils ou fille	Autre membre de la famille*	Conjoint ou conjointe	Aucun lien de parenté	Total
<b>2002</b>	86	144	68	27	51	65	<b>441</b>
<b>2003</b>	62	154	71	30	62	56	<b>435</b>
<b>2004</b>	85	149	72	43	58	68	<b>475</b>
<b>2005</b>	79	150	75	39	86	75	<b>504</b>
<b>2006</b>	89	159	84	66	80	78	<b>556</b>
<b>2007</b>	84	149	94	38	91	98	<b>554</b>
<b>2008</b>	78	171	60	37	86	114	<b>546</b>
<b>2009</b>	81	120	76	39	96	104	<b>516</b>
<b>2010</b>	79	126	86	43	80	143	<b>557</b>
<b>2011</b>	66	131	54	43	85	140	<b>519</b>

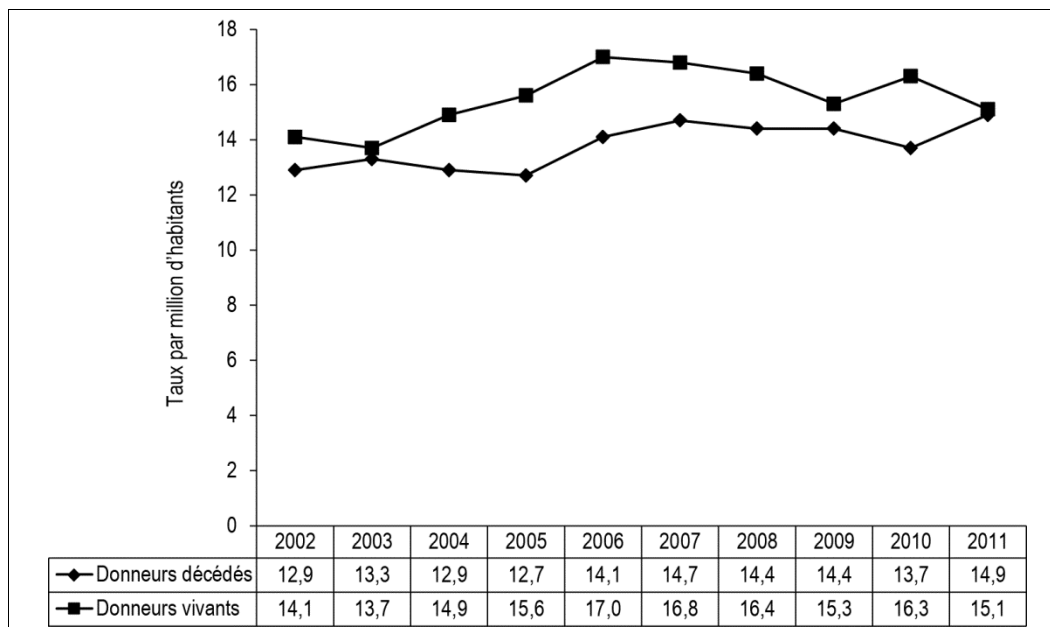
**Remarque**

\* Membres de la famille comme les tantes, les oncles ou les cousins.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

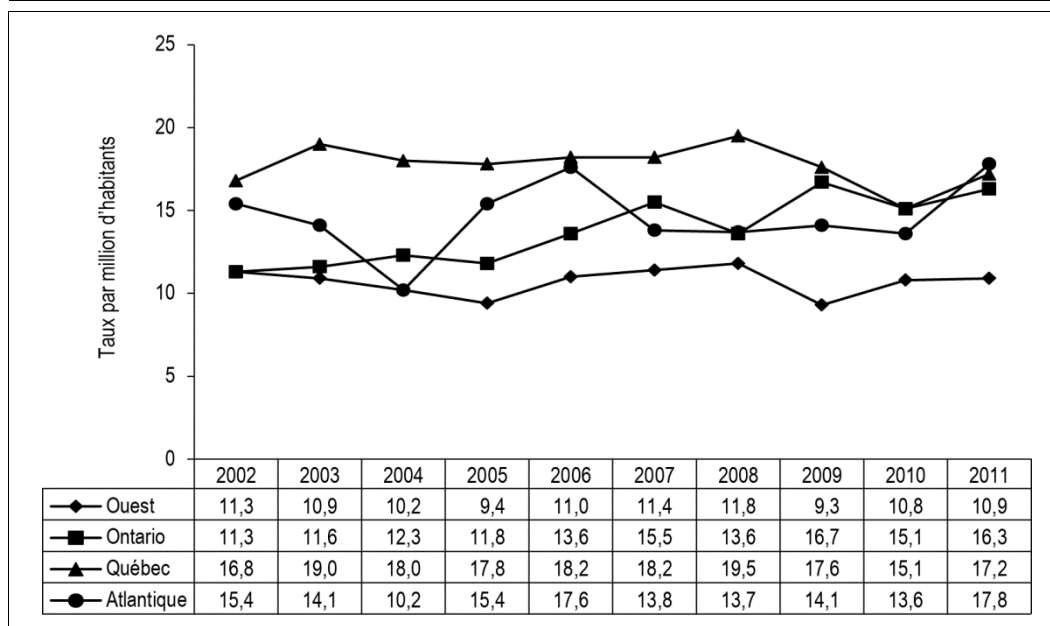
Figure 23 : Taux de donneurs par million d'habitants, selon le type de donneur (décédé ou vivant), Canada, de 2002 à 2011



**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 24 : Taux de donneurs décédés par million d'habitants selon la région, Canada, de 2002 à 2011



**Remarques**

L'Ouest comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba.

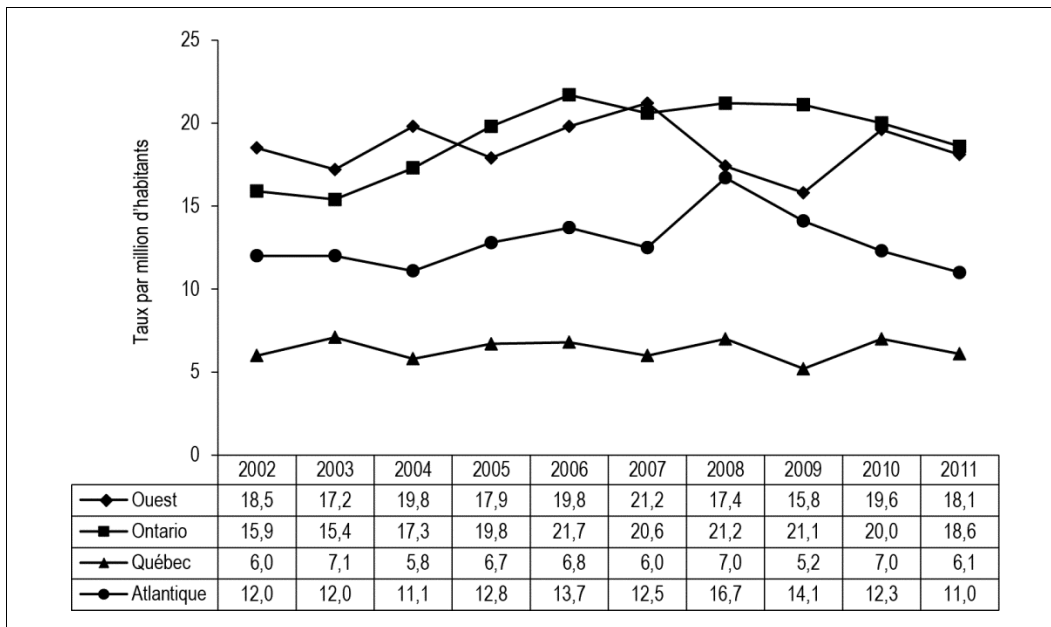
L'Atlantique comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

**Source**

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.



Figure 25 : Taux de donneurs vivants par million d'habitants selon la région, Canada, de 2002 à 2011



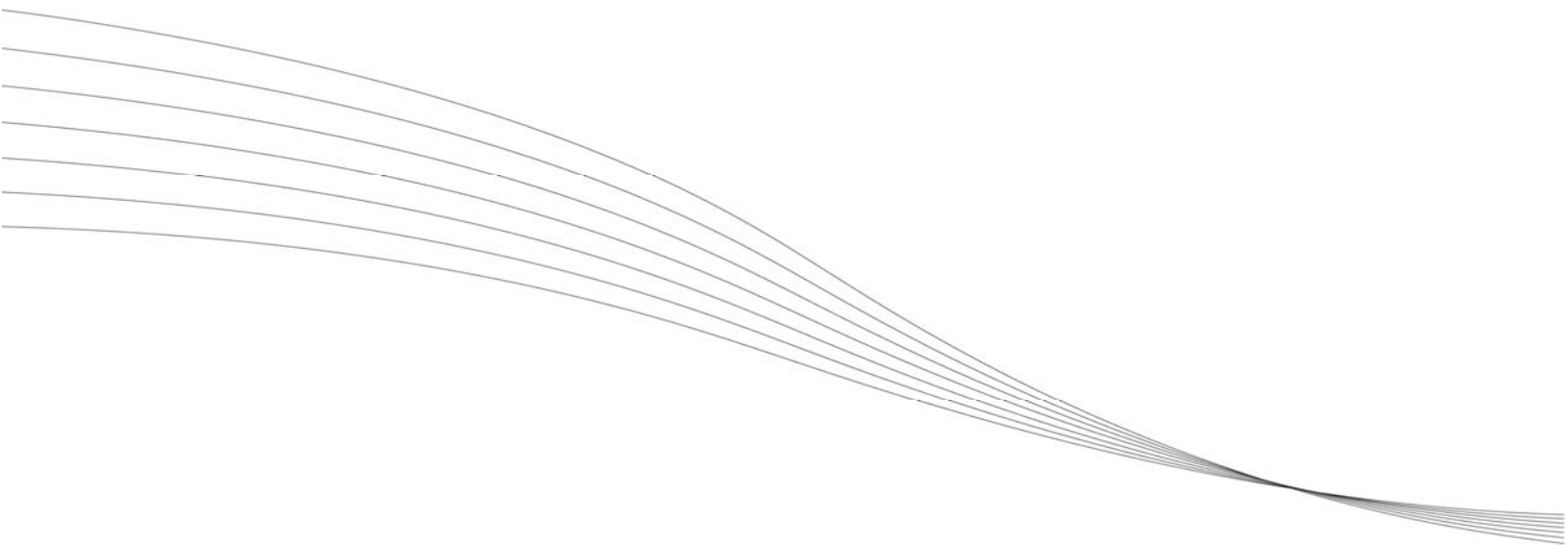
#### Remarques

L'Ouest comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba.

L'Atlantique comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

#### Source

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2012, Institut canadien d'information sur la santé.





# Annexes





# Annexe A — Membres du Conseil d'administration du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes

## Conseil d'administration du RCITO (au 1<sup>er</sup> octobre 2012)

- D<sup>re</sup> Louise Moist, Société canadienne de néphrologie, présidente
- D<sup>r</sup> Joseph Kim, Société canadienne de transplantation, vice-président
- D<sup>r</sup> John Gill, Société canadienne de transplantation/Société canadienne de néphrologie, ancien président
- M. Peter Hault, Fondation canadienne du rein, secrétaire-trésorier
- D<sup>re</sup> Brenda Hemmelgarn, Société canadienne de néphrologie
- D<sup>re</sup> Joanne Kappel, Société canadienne de néphrologie
- D<sup>r</sup> Daniel H. Kim
- D<sup>r</sup> Scott Klarenbach
- D<sup>r</sup> Jean-Pierre Lafrance, Société canadienne de néphrologie
- D<sup>r</sup> Susan M. Samuel
- D<sup>r</sup> Lianne Singer
- D<sup>re</sup> Rosalie Starzomski, Association canadienne des infirmières et technologues en néphrologie
- D<sup>r</sup> Jean Tchervenkov, Société québécoise de transplantation
- M<sup>me</sup> Kim Young, Société canadienne du sang



## Annexe B — Centres canadiens de transplantations, programmes rénaux et établissements de santé autonomes offrant un service de dialyse aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique, selon les données fournies au RCITO

Hôpital ou établissement	Type de transplantation pratiquée en 2011								Programme de dialyse en 2011			
	Rein	Foie	Cœur	Cœur-poumons	Poumon	Intestin/multi-viscérale	Pancréas/rein-pancréas	Îlots pancréatiques	HD	Formation à l'HD à domicile <sup>†</sup>	DP	Formation à la DP à domicile
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>												
Autorité sanitaire Stanton Territorial*									X			
Autorité sanitaire Hay River*									X			
<b>Colombie-Britannique</b>												
Abbotsford Regional									X			
B.C. Children's	X								X		X	X
Kelowna General									X	X	X	X
Nanaimo Regional									X			
Kootenay-Boundary Regional									X	X	X	X
Penticton Regional									X		X	X
Université de Northern British Columbia									X	X	X	X
Royal Columbian									X		X	X
Royal Inland									X	X	X	X
Royal Jubilee									X	X	X	X
St. Paul's	X		X						X	X	X	X
Surrey Memorial									X			
Vancouver General	X	X			X		X	X	X		X	X
<b>Alberta</b>												
SARP, Foothills Medical	X						X		X	X	X	X
NARP, Université de l'Alberta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alberta Children's Hospital	X								X		X	X
<b>Saskatchewan</b>												
Regina General									X	X	X	X
St. Paul's	X								X	X	X	X

Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2002 à 2011 —  
rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes

Hôpital ou établissement	Type de transplantation pratiquée en 2011								Programme de dialyse en 2011			
	Rein	Foie	Cœur	Cœur-poumons	Poumon	Intestin/multi-viscérale	Pancréas/rein-pancréas	Îlots pancréatiques	HD	Formation à l'HD à domicile†	DP	Formation à la DP à domicile
<b>Manitoba</b>												
Office régional de la santé de Brandon									X			
Hôpital pour enfants de Winnipeg	X								X		X	X
Centre des sciences de la santé	X			X	X				X	X		
Seven Oaks General									X	X	X	X
Hôpital général de Saint-Boniface									X		X	X
<b>Ontario</b>												
Bayshore Centre Dialysis Brockville*									X			
Bayshore Centre Dialysis Stoney Creek*									X			
Brantford General*									X			
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario									X		X	X
Cornwall Dialysis Clinic*									X			
Credit Valley									X	X	X	X
Dialysis Management Clinics Inc. — Pickering*									X			
Dialysis Management Clinics Inc. — Markham*									X			
Dialysis Management Clinics Inc. — Peterborough*									X			
Grand River									X	X	X	X
Halton Healthcare Services									X			
McMaster Children's											X	X
Hospital for Sick Children	X	X	X		X				X	X	X	X
Niagara Health System									X	X	X	X
Hôtel-Dieu Grace									X	X	X	X
Humber River Regional									X	X	X	X
Kingston General	X								X	X	X	X
Lake of the Woods									X			
Lakeridge Health									X	X	X	X
LHSC — University and South Street	X	X	X				X		X			
LHSC — Victoria									X	X	X	X
North Bay General									X		X	
Orillia Soldiers' Memorial									X	X	X	X
Ottawa–Carleton Dialysis Clinic*									X			
Hôpital d'Ottawa	X								X	X	X	X
Peterborough Regional Health									X		X	X
Renfrew Victoria									X		X	
Sault Area Hospitals — Plummer Memorial									X		X	X



Annexe B — Centres canadiens de transplantations, programmes rénaux et établissements de santé autonomes offrant un service de dialyse aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique, selon les données fournies au RCITO

Hôpital ou établissement	Type de transplantation pratiquée en 2011								Programme de dialyse en 2011			
	Rein	Foie	Cœur	Cœur-poumons	Poumon	Intestin/multi-viscérale	Pancréas/rein-pancréas	Îlots pancréatiques	HD	Formation à l'HD à domicile <sup>†</sup>	DP	Formation à la DP à domicile
<b>Ontario (suite)</b>												
Scarborough — General Division									X		X	X
Sheppard Centre*									X			
St. Joseph's (Hamilton)	X								X	X	X	X
St. Joseph's (Toronto)									X		X	X
St. Michael's	X								X	X	X	X
Health Sciences North									X	X	X	X
Sunnybrook Health Centre									X	X	X	X
Sussex Centre*									X			
Thunder Bay Regional — McKellar Site									X	X	X	X
Timmins and District									X		X	X
Toronto East General									X	X		
Toronto General — University Health Network	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa			X									
William Osler									X			
Mckenzie Richmond Hill									X		X	X
<b>Québec</b>												
Aurores boréales									X		X	
Charles-LeMoine									X		X	X
CHUS — Fleurimont	X								X		X	X
C.H. de Granby									X			
C.H. de Verdun									X		X	X
Chicoutimi									X		X	
C.H. de la région de l'Amiante*									X			
CHUM — Notre-Dame	X				X		X		X	X	X	X
CHUM — Saint-Luc		X							X		X	X
C.H. régional de Trois-Rivières									X		X	X
Cité de la Santé de Laval									X	X	X	X
CHUQ — Hôtel-Dieu	X								X	X	X	X
C.H. régional de Lanaudière									X		X	
CSSS de Gatineau-Hull									X		X	X
CSSS de Rimouski-Neigette									X		X	X
CSSS du lac Témiscamingue												
CSSS du Suroît									X		X	X
CSSS de la Vallée-de-l'Or									X		X	X
CSSS Haut-Richelieu-Rouville									X		X	X
CSSS de Saint-Jérôme									X		X	X
CSSS de Sorel-Tracy									X		X	X
Hôtel-Dieu de Lévis									X		X	X

Hôpital ou établissement	Type de transplantation pratiquée en 2011								Programme de dialyse en 2011			
	Rein	Foie	Cœur	Cœur-poumons	Poumon	Intestin/multi-viscérale	Pancréas/rein-pancréas	Îlots pancréatiques	HD	Formation à l'HD à domicile†	DP	Formation à la DP à domicile
<b>Québec (suite)</b>												
Institut de cardiologie de Montréal			X									
Lakeshore									X			
Maisonneuve-Rosemont	X								X	X	X	X
Hôpital de Montréal pour enfants, McGill	X								X		X	X
Hôpital général de Montréal, McGill									X	X	X	X
Pierre-Le Gardeur									X			
Royal Victoria, McGill	X	X	X						X		X	X
Sacré-Cœur de Montréal									X		X	X
Sainte-Croix*									X		X	
Sainte-Justine	X	X	X						X		X	X
Sir Mortimer B. Davis — Hôpital général juif									X		X	X
St. Mary's									X		X	X
<b>Nouveau-Brunswick</b>												
Hôpital régional Chaleur									X		X	
Edmundston									X	X	X	X
Dr-Georges-L.-Dumont									X	X	X	X
Hôpital régional de Saint John									X	X	X	X
St. Joseph's*									X			
<b>Nouvelle-Écosse</b>												
Cape Breton Regional									X		X	X
IWK Grace Health	X								X		X	X
Queen Elizabeth II	X	X	X						X	X	X	X
Yarmouth Regional									X			
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>												
Central Newfoundland Regional									X			
Eastern Health									X	X	X	X
Western Memorial Regional									X		X	

**Remarques**

\* Les établissements de santé autonomes.

† La formation à l'hémodialyse à domicile est fournie à l'établissement principal de dialyse ou dans les centres communautaires de dialyse affiliés.

HD : hémodialyse; DP : dialyse péritonéale.

# Annexe C — Services canadiens d’approvisionnement en organes

## **Colombie-Britannique**

BC Transplant Society  
Tour ouest, 3<sup>e</sup> étage  
555, 12<sup>e</sup> avenue Ouest  
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 3X7  
[www.transplant.bc.ca](http://www.transplant.bc.ca)

## **Alberta**

Southern Alberta Organ and Tissue Donation Program — Calgary  
(SAOTDP)

Foothills Medical Centre Site  
1403, 29<sup>e</sup> rue Nord-Ouest  
Calgary (Alberta) T2N 2T9

HOPE Program — Edmonton  
Hôpital de l’Université de l’Alberta  
Transplant Services  
Walter C. Mackenzie Centre  
8440, 112<sup>e</sup> Rue  
Edmonton (Alberta) T6G 2B7

## **Saskatchewan**

Saskatchewan Transplant Program  
Bureau provincial  
Hôpital St. Paul  
1702, 20<sup>e</sup> rue Ouest  
Saskatoon (Saskatchewan) S7M 0Z9

Saskatchewan Transplant Program  
Bureau de Regina  
Hôpital général de Regina  
1440, 14<sup>e</sup> Avenue  
Regina (Saskatchewan) S4P 0W5

## **Manitoba**

Transplant Manitoba — Gift of Life Program  
Health Sciences Centre  
820, rue Sherbrook, salle GE441  
Winnipeg (Manitoba) R3A 1R9

### **Ontario**

Réseau Trillium pour le don de vie  
522, avenue University, bureau 900  
Toronto (Ontario) M5G 1W7  
[www.giftoflife.on.ca](http://www.giftoflife.on.ca)

### **Québec**

Transplant Québec  
Siège social  
4100, rue Molson, bureau 200  
Montréal (Québec) H1Y 3N1  
[www.quebec-transplant.qc.ca](http://www.quebec-transplant.qc.ca)

Transplant Québec  
Bureau de Québec  
2700, rue Jean-Pierre, bureau 170  
Québec (Québec) G2C 1S9

### **Nouveau-Brunswick**

Programme de prélèvement d'organes et de tissus  
Direction des services hospitaliers du ministère de la Santé  
C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8  
[www.gnb.ca/0051/0217/organ/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0217/organ/index-f.asp)

### **Nouvelle-Écosse**

Multi-Organ Transplant Program  
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre  
1278, chemin Tower, C.P. 9000  
6 Sud, salle 291  
Immeuble Victoria  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9

### **Terre-Neuve-et-Labrador**

Organ Procurement and Exchange of Newfoundland and Labrador (OPEN)  
Health Sciences Centre  
300, promenade Prince Phillip  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 3V6

# Annexe D — Documentation relative à la qualité des données du RCITO : de 2002 à 2011

L'information contenue dans l'annexe D devrait être utilisée conjointement avec le chapitre 1 du présent rapport, l'annexe E — Glossaire et sigles courants, et l'annexe F — Méthodes d'analyse. La documentation ne représente qu'une partie du programme exhaustif de qualité des données appliqué par l'ICIS. Pour obtenir un complément d'information, veuillez écrire à [rcito@icis.ca](mailto:rcito@icis.ca).

## Description de la base de données

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) est le système national d'information relative aux insuffisances organiques, à la transplantation, au don d'organes et à la dialyse rénale. Il a pour mandat d'enregistrer et d'analyser le niveau d'activité ainsi que les résultats liés aux transplantations d'organes vitaux et à la dialyse. Il s'agit d'une base de données longitudinale qui suit les patients atteints d'insuffisance organique au stade terminal depuis le premier traitement jusqu'au décès. La portée nationale du RCITO a permis d'éclairer les politiques relatives aux soins de santé en ce qui concerne les dons d'organes au Canada, les cas de STIR ainsi que la transplantation d'organes. Le chapitre 1 du présent rapport propose une brève rétrospective de la base de données.

## Sources de données et méthodologie

**Population cible :** Tous les patients ayant subi une transplantation autre que rénale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1988 et tous les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique ayant commencé un TIR le 1<sup>er</sup> janvier 1981 ou après cette date font partie de la population cible du RCITO. Le RCITO ne recueille pas de données sur les patients atteints d'insuffisance rénale aiguë mais non chronique, les receveurs d'une greffe de tissu, les patients inscrits sur une liste d'attente, mais qui n'ont pas subi de transplantation d'organe vital et les donneurs d'organes potentiels (c'est-à-dire les donneurs décédés qui répondaient aux critères, mais dont aucun organe n'a été utilisé pour une transplantation).

La base de sondage du RCITO (c'est-à-dire les organismes qui devraient fournir des données au RCITO, étant donné son mandat) comprend tous les programmes de dialyse pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique et tous les programmes de transplantation d'organes vitaux au Canada. Les données proviennent directement ou indirectement de ces programmes. Les tableaux D1 et D2 qui suivent indiquent respectivement le nombre de programmes de dialyse et de transplantation en vigueur en 2009 qui ont participé au RCITO soit directement, soit au moyen d'un registre ou d'un service régional ou provincial d'approvisionnement en organes.

**Tableau D1 : Programmes de dialyse inclus dans la base de sondage du RCITO selon la province, 2011**

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	T.N.-O.	Total
<b>Programmes de dialyse complète</b>	13	3	2	5	31	33	4	4	0	3	0	<b>98</b>
<b>Centres communautaires affiliés</b>	27	32	9	14	53	6	6	10	0	9	0	<b>166</b>
<b>Établissements de soins de santé autonomes offrant l'hémodialyse</b>	0	0	0	0	11	6	1	0	4	0	2	<b>24</b>

**Tableau D2 : Programmes de transplantation inclus dans la base de sondage du RCITO selon la province, 2011**

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	Total
<b>Rein</b>	3	3	1	2	7	7	2	<b>25</b>
<b>Foie</b>	1	1	0	0	3	3	1	<b>9</b>
<b>Cœur/cœur-poumons</b>	1	1	0	0	4	4	1	<b>11</b>
<b>Poumon</b>	1	1	0	1	2	1	0	<b>6</b>
<b>Pancréas/rein-pancréas</b>	1	2	0	0	2	2	1	<b>8</b>
<b>Intestin/greffe multiviscérale</b>	0	1	0	0	3	0	0	<b>3</b>
<b>Îlots</b>	1	1	0	0	0	0	0	<b>2</b>

Des procédures de mise à jour de la base de sondage du RCITO existent depuis de nombreuses années. Le personnel du RCITO est informé par des sources provinciales de l'ouverture des nouveaux services de dialyse des hôpitaux et détermine généralement les identificateurs de l'établissement (à savoir, le code de la province [1 à 9] et l'identificateur à quatre caractères) conformément à la Base de données sur les congés des patients. Des identificateurs d'établissement uniques sont attribués aux hôpitaux du Québec, aux unités satellites et aux services d'approvisionnement en organes (SAO) au moyen d'un système d'inscription uniforme. Tous les identificateurs d'établissement figurent dans le *Répertoire des centres de dialyse, des centres de transplantation et des organismes chargés de l'acheminement des organes au Canada du RCITO*, qui est publié annuellement. De plus, un processus officiel de révision de la base de sondage du RCITO a été mis en œuvre en avril et en mai 2002.

**Sources de données :** Le RCITO contient des données rétrospectives cliniques, démographiques et relatives aux résultats. Les données sont reçues sous forme de formulaires papier ou de tableurs. Pour les besoins de la collecte de documents papier, les formulaires sont normalisés et comprennent les valeurs de domaine ainsi que des éléments de données détaillés. Ces formulaires et les manuels d'instructions connexes aident également aux soumissions des tableurs.

Dans le RCITO, les éléments de données peuvent être obligatoires, obligatoires selon le cas ou facultatifs. Les éléments obligatoires (p. ex. le nom du receveur, la date de naissance du receveur et le code de traitement) doivent être fournis et saisis, tandis que les éléments obligatoires selon le cas doivent être entrés seulement si d'autres conditions particulières sont remplies (la date du décès, par exemple, ne doit être saisie que si la cause du décès est indiquée). Avant 2001, le RCITO ne comptait que 19 éléments obligatoires. Toutefois, depuis 2001, d'importantes modifications ont été apportées. Les fournisseurs de données sont encouragés à transmettre l'information relative à tous les éléments de données, même s'il est important de souligner que la participation au RCITO n'est exigée ni par les gouvernements provinciaux ni par le gouvernement fédéral.

Le tableau D3 résume le type de données saisies, de même que le moment auquel les données sont saisies dans le RCITO. Les changements dans le traitement des patients sont suivis et les résultats du traitement sont inscrits. On recueille également de l'information sur les donneurs d'organes. Les services de dialyse des hôpitaux et des établissements de santé autonomes fournissent des données sur leurs politiques et leurs pratiques cliniques, et les SAO fournissent un dénombrement des patients en attente d'une transplantation.

**Tableau D3 : Types de données saisies et moment de saisie des données dans le RCITO**

Patients en dialyse	Receveurs d'une greffe	Donneurs	Programmes hospitaliers de dialyse	Programmes hospitaliers de transplantation qui assurent le suivi des receveurs de rein	Statistiques sur les listes d'attente de transplantation
Une fois un traitement de dialyse entamé ↓ Moment <ul style="list-style-type: none"> <li>• du transfert à un autre programme</li> <li>• de la modification des modes de traitement</li> <li>• de la transplantation rénale</li> <li>• de l'arrêt de la dialyse</li> <li>• du rétablissement des fonctions rénales</li> <li>• du décès</li> </ul> ↓ Suivi annuel, le 31 octobre (enquête à participation volontaire)	Après une transplantation ↓ Moment <ul style="list-style-type: none"> <li>• du transfert à un autre programme aux fins de suivi</li> <li>• de l'échec de la transplantation</li> <li>• de la retransplantation</li> <li>• du décès</li> <li>• du suivi annuel des receveurs de foie seulement aux fins de détection d'une tumeur au foie, d'une hépatite B ou d'une hépatite C récurrente</li> </ul>	Lorsque l'organe ou les organes sont prélevés aux fins de transplantation — profil des donneurs décédés et des donneurs vivants	À la fin de l'année — profil des établissements d'hémodialyse et de dialyse péritonéale	À la fin de l'année — profils des établissements de transplantation rénale	Dénombrement (fourni semestriellement par les SAO) des patients en attente d'une transplantation dans chacun des programmes de transplantation

Le tableau D4 illustre la chaîne d'approvisionnement des données du RCITO.

**Tableau D4 : Chaîne d'approvisionnement des données du RCITO**

Province ou territoire de traitement	Patients en dialyse	Receveurs d'une transplantation	Donneurs d'organes décédés	Donneurs d'organes vivants	Nombre de patients en attente
<b>C.-B.</b>	BC Renal Agency, programmes rénaux	BC Transplant	BC Transplant	BC Transplant	BC Transplant
<b>Alb.</b>	Southern Alberta Renal Program (Calgary) et Northern Alberta Renal Program (Edmonton)	Programmes de transplantation des hôpitaux	Southern Alberta Organ and Tissue Donation Program — Calgary, HOPE Edmonton	Programmes de transplantation des hôpitaux	Southern Alberta Organ and Tissue Donation Program — Calgary, HOPE Edmonton
<b>Sask.</b>	Programmes rénaux	Saskatchewan Transplant Program	Saskatchewan Transplant Program	Saskatchewan Transplant Program	Saskatchewan Transplant Program
<b>Man.</b>	Programme rénal du Manitoba	Programmes de transplantation des hôpitaux	Transplant Manitoba — Gift of Life	Programmes de transplantation des hôpitaux	Transplant Manitoba — Gift of Life
<b>Ont.</b>	Réseau rénal de l'Ontario	Réseau Trillium pour le don de vie	Réseau Trillium pour le don de vie	Réseau Trillium pour le don de vie	Réseau Trillium pour le don de vie
<b>Qc</b>	Programmes rénaux	Programmes de dialyse des hôpitaux	Transplant Québec	Programmes de dialyse des hôpitaux	Transplant Québec
<b>N.-B.</b>	Programmes rénaux		Programme de prélèvement d'organes et de tissus		
<b>N.-É.</b>	Programmes rénaux	Multi-Organ Transplant Program	Multi-Organ Transplant Program	Multi-Organ Transplant Program	Multi-Organ Transplant Program
<b>Î.-P.-É.</b>	Programme rénal de l'Î.-P.-É.				
<b>T.-N.-L.</b>	Programmes rénaux		Organ Procurement and Exchange of Newfoundland and Labrador (OPEN)		
<b>T.N.-O.</b>	Programme communautaire de dialyse				

**Détection des erreurs :** Tous les programmes de dialyse et de transplantation ainsi que les SAO reçoivent des manuels de codification qui définissent et décrivent chaque élément de données consigné dans le RCITO et expliquent comment saisir correctement les données. D'autres mesures visant à améliorer l'uniformité et la qualité des soumissions ont été mises en place, dont un service de soutien téléphonique, des visites guidées du site et l'envoi de directives et de commentaires écrits.



Le processus de transmission des données est conçu de façon à améliorer la détection d'erreurs. En ce qui concerne les transplantations, les données sur les donneurs doivent être saisies en premier, suivies des données sur les receveurs. Cette manière de procéder permet de faire facilement le lien entre le receveur et le donneur d'un organe et d'identifier sans peine les patients en dialyse qui subiront une transplantation. Les données relatives au traitement de dialyse doivent être entrées en ordre chronologique, ce qui permet de repérer les données problématiques (p. ex. des données contradictoires relativement à l'état d'un patient).

Une fois les données saisies, les fournisseurs de données reçoivent des rapports de vérification normalisés servant à la vérification des données. Les modifications proposées par les fournisseurs sont entrées dans la base de données. Le personnel de saisie des données peut également communiquer avec les fournisseurs s'il constate que les formulaires envoyés contiennent des irrégularités ou si des erreurs de données sont détectées au cours de l'analyse des projets de recherche et des demandes spéciales.

En 2001, l'application de saisie de données a été entièrement modifiée. Le RCITO est passé de l'architecture client-serveur à deux niveaux Microsoft SQL sur plateforme Windows NT à l'architecture client-serveur à plusieurs niveaux de la base de données Oracle. De nouvelles fonctions de vérification avec rejet et de vérification avec avertissement ont été ajoutées à la nouvelle application Web aux fins suivantes :

- réduire le nombre d'inscriptions en double (p. ex. l'utilisation d'un même algorithme d'adaptation dans le but de réduire les inscriptions en double des données sur les patients);
- améliorer l'uniformité des données (p. ex. des vérifications logiques afin d'assurer la saisie en ordre chronologique des données relatives au traitement);
- réduire au minimum la saisie de données erronées (p. ex. menus déroulants permettant d'éviter que des valeurs de domaine erronées ne soient saisies, ou inscription des dates en format AAAA-MMM-JJ afin que le mois et le jour ne soient pas inversés);
- améliorer l'intégralité des données (p. ex. les éléments de données obligatoires ne peuvent pas être contournés, certains éléments de données sont entrés automatiquement, les éléments de données obligatoires selon le cas ne s'affichent que si d'autres éléments de données ont été entrés).

Dans certains cas où les éléments de données sont facultatifs (p. ex. la taille et le poids du patient), la nouvelle fonction de vérification avec avertissement avise le personnel de saisie des données de toute erreur potentielle.

En 2010, la fonctionnalité de la base de données a été améliorée afin de permettre la soumission électronique et le traitement des données sur la dialyse au moyen de spécifications de soumission définies, auxquelles s'appliquent les mêmes règles de vérification et de validation que celles utilisées lors de la saisie manuelle des données. Pour les besoins du présent rapport, les données de 2011 déclarées par le Réseau rénal de l'Ontario ont été soumises par voie électronique. Le RCITO surveille la soumission électronique afin d'en assurer l'exhaustivité et la qualité.

**Imputation** : En date de décembre 2006, le RCITO ne contenait pas de données imputées.

**Évaluation de la qualité** : Le Cadre de la qualité des données de l'ICIS, mis en place en 2000-2001, fournit une stratégie commune d'évaluation de la qualité des données des registres et des bases de données de l'ICIS, d'après les cinq critères généraux suivants :

- Exactitude : L'information contenue dans une base de données reflète-t-elle la réalité?
- Comparabilité : Dans quelle mesure une base de données peut-elle être intégrée adéquatement à l'ensemble du système d'information sur la santé de l'ICIS?
- Actualité : Les utilisateurs ont-ils accès aux données dans des délais raisonnables?
- Convivialité : Les utilisateurs peuvent-ils facilement et judicieusement utiliser les données stockées?
- Pertinence : Ce critère englobe, jusqu'à un certain point, tous les critères énumérés précédemment, mais il est axé plus particulièrement sur la valeur et l'adaptabilité des données.

La mise en œuvre du Cadre de la qualité des données s'inscrit dans un cadre de qualité plus vaste qui permet de repérer, de résoudre, de recenser et d'examiner les problèmes de façon régulière. Toutes les banques de données de l'ICIS sont évaluées à chaque diffusion annuelle des données.

## Exactitude des données

**Couverture** : Le RCITO ne contient aucune erreur de couverture connue. Tous les hôpitaux qui devraient fournir des données sont inclus dans le programme. Une analyse des transplantations figurant dans la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de 1995 à 2000 fait état des hôpitaux ayant pratiqué les transplantations qui sont consignées dans le RCITO.

Selon une étude officielle de couplage<sup>vii</sup> des données du RCITO et de celles de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) réalisée en 2008, les patients ayant reçu une transplantation ou qui sont atteints d'une insuffisance rénale chronique sont correctement déclarés au RCITO. Le volume de transplantations recensé dans le RCITO est couvert à 98,5 % par rapport au volume rapporté dans la BDGP. Les données sur les patients en dialyse en Ontario sont comparables entre le RCITO et le SNISA.

Les données antérieures à 2001 inscrites en double ont été repérées et éliminées de la base de données. La nouvelle application mise en œuvre en 2001 est dotée d'un algorithme d'adaptation qui prévient l'inscription en double de données sur les patients.

**Non-réponse** : Le RCITO étant continuellement mis à jour, les cas de non-réponse sont traités régulièrement. Le personnel travaille avec les établissements qui n'ont pas fourni de données au RCITO dans des délais raisonnables ou qui n'ont pas fourni de données complètes afin d'améliorer la méthode de transmission des données. Des stratégies d'amélioration ont été

---

vii. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de la qualité des données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Ottawa, ON : ICIS; 2009. Le document est accessible en format PDF à l'adresse [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito).

mises en place, dont un service de soutien téléphonique et un service de soutien sur place, au besoin. L'analyse des tendances relatives aux nouveaux patients en dialyse et la contre-vérification des sources de données par nombre agrégé par rapport aux données au niveau des patients constituent les deux principales méthodes d'évaluation des cas de non-réponse. La section ne décrit que les cas de non-réponse visant les données utilisées dans le présent rapport.

### 1) Nouveaux patients au STIR

En 2011, les cas de non-réponse concernant les nouveaux patients au STIR (sous-déclaration) étaient estimés à environ 300 cas répartis dans six à huit centres au Québec.

### 2) Transplantations rénales

Depuis les années 1990, les données au niveau des patients, fournies par les hôpitaux et les services d'approvisionnement en organes (SAO), sont comparées aux nombres agrégés fournis par les SAO qui sont reçus avant les données au niveau des patients. Le tableau D5 présente une comparaison des dénombrements selon la source et le nombre de transplantations par province en 2011. Il montre que le nombre de nouveaux patients établi d'après les données au niveau des patients est légèrement inférieur au nombre agrégé provenant des SAO. Cette comparaison semble indiquer un taux de déclaration de 99,9 % des données agrégées.

**Tableau D5 : Comparaison du nombre de transplantations rénales\* selon la source de données, 2011**

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	Total
<b>Nombre agrégé fourni par les SAO à la fin de l'année</b>	194	139	2	39	550	268	107	<b>1 299</b>
<b>Données au niveau des patients relatives aux transplantations dans le RCITO</b>	193	139	2	39	550	270	107	<b>1 300</b>

#### Remarque

\* Inclut les transplantations simultanées rein-pancréas et les autres transplantations rénales combinées.

### 3) Transplantations autres que rénales

Pour ce qui est des transplantations autres que rénales pratiquées en 2011, le nombre de transplantations inscrites dans la base de données a été comparé aux nombres agrégés fournis par les SAO. Le tableau D6 présente les résultats, qui semblent indiquer une légère sous-déclaration des transplantations pratiquées au cours des 10 dernières années.

**Tableau D6 : Comparaison du nombre de transplantations autres que rénales\* selon la source de données et la province de traitement, 2011**

Type d'organe	Source de données†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-É.	Total
Foie	RCITO	56	70	0	0	231	98	30	<b>485</b>
	SAO	56	70	0	0	231	98	30	<b>485</b>
Cœur	RCITO	15	34	0	1	61	35	8	<b>154</b>
	SAO	15	34	0	0	61	38	8	<b>156</b>
Poumon et cœur-poumons	RCITO	12	33	0	6	102	22	0	<b>175</b>
	SAO	12	33	0	6	102	28	0	<b>181</b>
Pancréas	RCITO	8	11	0	0	34	12	3	<b>68</b>
	SAO	8	11	0	0	34	13	3	<b>69</b>
Îlots	RCITO	2	34	0	0	0	0	0	<b>36</b>
	SAO	3	34	0	0	0	0	0	<b>37</b>
Intestin/multiviscérale	RCITO	0	1	0	0	1	0	0	<b>2</b>
	SAO	0	1	0	0	1	0	0	<b>2</b>

#### Remarques

\* Inclut les transplantations combinées, celles-ci étant comptabilisées sous le type d'organe respectif.

† RCITO : données au niveau des patients enregistrées dans le RCITO; SAO : nombres agrégés fournis par les services d'approvisionnement en organes à la fin de l'année.

### 4) Donneurs

Le tableau D7 présente une comparaison entre le nombre de donneurs enregistrés dans le RCITO et le nombre de donneurs déclarés par les SAO à la fin de l'année. Selon le tableau, il n'y a pas eu de sous-dénombrement des donneurs dans le RCITO. Dans l'ensemble, le nombre de donneurs sur lesquels des données ont été recueillies dans le RCITO de 2002 à 2011 dépassait de 26 le nombre de donneurs initialement déclarés par les SAO.

**Tableau D7 : Comparaison du nombre de donneurs décédés et vivants inscrits au RCITO et de ceux fournis par les SAO, de 2002 à 2011**

Année	Nombre dans le RCITO			Nombre déclaré par les SAO		
	Donneurs décédés	Donneurs vivants	Total	Donneurs décédés	Donneurs vivants	Total
<b>2002</b>	405	441	<b>846</b>	405	433	<b>838</b>
<b>2003</b>	421	435	<b>856</b>	428	438	<b>866</b>
<b>2004</b>	412	475	<b>887</b>	387	468	<b>855</b>
<b>2005</b>	411	504	<b>915</b>	414	503	<b>917</b>
<b>2006</b>	461	556	<b>1 017</b>	468	554	<b>1 022</b>
<b>2007</b>	485	554	<b>1 039</b>	493	549	<b>1 042</b>
<b>2008</b>	481	546	<b>1 027</b>	486	542	<b>1 028</b>
<b>2009</b>	487	516	<b>1 003</b>	487	516	<b>1 003</b>
<b>2010</b>	466	557	<b>1 023</b>	468	549	<b>1 017</b>
<b>2011</b>	514	519	<b>1 033</b>	514	518	<b>1 032</b>
<b>Total</b>	<b>4 543</b>	<b>5 103</b>	<b>9 646</b>	<b>4 550</b>	<b>5 070</b>	<b>9 620</b>

**Cas de non-réponse** : Globalement, le taux de non-réponse a diminué au fil des ans, surtout depuis 1997. Le taux de non-réponse de certaines provinces reste toutefois élevé.

Une étude de la qualité des données<sup>viii</sup> réalisée en 2008 qui comprenait une recodification des données de 2006 a révélé que, hormis l'origine ethnique, les éléments de données démographiques (numéro d'assurance sociale, date de naissance) saisis dans le RCITO étaient généralement très fiables.

Une étude des facteurs de risque liés aux nouveaux patients en dialyse montre des taux de sensibilité faibles à modérés pour la plupart des facteurs de risque, ce qui indique une tendance à la sous-déclaration. Il est toutefois rare que des conditions soient attribuées à tort à des patients, ce qui permet de présumer un taux élevé de spécificité.

viii. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de la qualité des données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Le document est accessible en format PDF à l'adresse [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito).

Le tableau D8 présente un sommaire de la proportion d'enregistrements comprenant des valeurs nulles ou inconnues pour les principaux éléments de données obligatoires du RCITO relativement aux receveurs d'un premier greffon et aux donneurs, de 2002 à 2011. Les taux de non-réponse et de valeurs inconnues de plus de 10 % sont en gris.

**Tableau D8 : Pourcentage dans le RCITO de non-réponses et de valeurs inconnues pour les principaux éléments de données analytiques relativement aux donneurs et aux receveurs d'un greffon\* inscrits, de 2002 à 2011**

Type de donnée	Élément de données	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Donneur décédé</b>	Âge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sexe	0,2	0,2	0,2	0	0,2	0,2	0	0	0	0
	Groupe sanguin	0	0	2,4	0,2	0	0,4	0,2	0,4	0,2	0
	Origine ethnique	3,5	22,1	31,6	36,7	34,7	36,3	36,6	31,6	16,3	5,8
	Province de résidence	0	0	0	0	0	0,2	0,2	0	0	0,2
	Cause du décès	2,2	2,4	2,9	2,9	6,3	5,8	3,3	4,1	2,4	1
<b>Donneur vivant</b>	Âge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sexe	0,2	0	0	0	0,5	0,2	0,2	0	0	0,2
	Groupe sanguin	6,8	7,4	12,4	9,5	4,5	0,7	1,5	1,9	1,1	1,9
	Province de résidence	0,2	0,2	1,3	1,2	2,2	1,1	0,5	0	0,9	0,2
<b>Receveurs</b>	Sexe	0	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0
	Origine ethnique	16,1	20,1	21,1	23,6	22,1	19,8	19,4	19,4	18,3	20,0
	Groupe sanguin	3,2	4,1	3,1	3,6	2,9	4,2	4,7	2	1,5	4,4
	Code postal du domicile	0,7	3,2	2,4	1,7	0,9	1,9	1	0,8	0,9	1,2
	Cause du décès	24,2	24,3	21,6	24,4	22,0	30,8	18,5	21,3	13,5	18,6
	Diagnostic	0,8	5,1	2,1	3	3,5	7,5	4,2	4,1	6,1	6,8
	État de santé au moment de l'inscription (transplantation cardiaque, hépatique ou pulmonaire)	1,9	3,4	1,6	3,1	4,5	4	4	4,8	3,9	10,2
	État de santé au moment de la transplantation (transplantation cardiaque, hépatique ou pulmonaire)	1,0	0,8	0,4	1,4	1,0	2,9	2,2	2,5	3,7	7,7
Cause de l'échec de la greffe	43,9	53,2	53,5	44,7	51,9	57,0	46,7	59,0	52,7	58,3	

**Remarque**

\* Receveurs d'un premier greffon de 2002 à 2011.

Le tableau D9 présente un résumé de la proportion d'enregistrements qui comprennent des valeurs nulles ou inconnues pour les principaux éléments de données obligatoires du RCITO relativement aux nouveaux patients en dialyse, pour chaque année, de 2002 à 2011. Le tableau D10 contient la même information divisée par province de traitement. Les taux de non-réponse et de valeurs inconnues de plus de 10 % sont en gris.

**Tableau D9 : Pourcentage de non-réponses et de valeurs inconnues pour les principaux éléments de données analytiques relativement aux nouveaux patients en dialyse inscrits au RCITO selon l'année, de 2002 à 2011**

Type de donnée	Élément de données	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Receveurs</b>	Sexe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	<b>0</b>
	Origine ethnique	6,0	6,7	5,5	4,8	6,8	5,2	4,6	5,8	4,8	3,7	<b>5,4</b>
	Code postal du domicile	0,6	1,0	1,0	1,1	0,9	1,2	1,8	1,1	1,0	1,0	<b>1,1</b>
	Diagnostic	13,6	14,3	12,9	12,6	13,0	14,8	14,7	16,1	13,6	11,3	<b>13,7</b>
	Cause du décès	27,1	29,6	25,4	28,4	28,1	28,7	27,6	26,3	27,7	24,5	<b>27,7</b>
<b>Facteurs de risque</b>	Angine de poitrine	6,8	9,1	9,1	9,3	11,7	11,1	13,1	15,1	13,6	8,3	<b>10,7</b>
	Pontage aortocoronarien ou angioplastie	7,4	9,6	8,9	9,4	10,9	10,8	12,3	13,4	12,1	6,7	<b>10,2</b>
	Œdème pulmonaire	7,3	9,3	9,3	9,3	11,0	11,0	12,2	14,1	12,4	7,2	<b>10,4</b>
	Infarctus du myocarde	6,9	8,8	9,1	9,0	10,8	10,5	12,4	13,9	12,2	7,3	<b>10,1</b>
	Diabète	4,3	6,4	6,5	6,4	8,0	6,6	8,0	8,0	6,6	4,7	<b>6,6</b>
	Accident vasculaire cérébral	6,7	8,2	8,8	8,5	10,8	10,2	12,2	13,9	12,2	6,5	<b>9,8</b>
	Maladie vasculaire périphérique	7,4	9,3	9,4	9,2	11,3	11,0	12,8	14,9	13,1	7,3	<b>10,6</b>
	Tumeur maligne	8,7	11,2	10,6	12,7	13,2	14,5	16,2	19,5	16,4	9,5	<b>13,3</b>
	Maladie pulmonaire chronique	7,8	9,3	9,7	9,4	11,5	11,5	13,2	16,2	14,8	7,6	<b>11,1</b>
	Utilisation de médicaments pour traiter l'hypertension	4,9	6,7	7,0	6,6	8,1	7,2	8,1	8,6	9,6	6,7	<b>7,3</b>
	Autre maladie grave	18,2	19,3	18,8	21,3	20,0	18,6	24,7	27,8	23,0	20,2	<b>21,2</b>
	Fume actuellement	13,7	13,2	15,4	15,3	15,6	15,0	15,9	17,8	18,0	11,2	<b>15,1</b>

**Tableau D10 : Pourcentage de non-réponses et de valeurs inconnues pour les principaux éléments de données analytiques relativement aux nouveaux patients en dialyse inscrits au RCITO selon la province, de 2002 à 2011**

Type de donnée	Élément de données	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.	Total
<b>Receveurs</b>	Sexe	0	0	0	0	0	0	0,2	0	0	0
	Origine ethnique	15,9	6,3	1,8	5,0	3,7	3,2	3,1	7,9	1,8	5,4
	Code postal du domicile	1,5	1,3	0,4	1,5	0,7	1,4	3,2	1,5	0,7	1,1
	Diagnostic	32,1	10,4	7,7	7,0	11,4	13,8	8,7	8,6	12,8	13,7
	Cause du décès	55,1	37,5	20,6	28,6	21,9	24,5	9,8	23,8	11,9	27,7
<b>Facteurs de risque</b>	Angine de poitrine	34,3	8,5	8,9	10,9	6,8	9,0	3,2	2,4	1,5	10,7
	Pontage aortocoronarien ou angioplastie	34,3	8,2	3,3	10,5	6,3	9,0	3,4	1,8	1,8	10,2
	Œdème pulmonaire	33,9	7,6	5,9	10,1	6,6	9,2	3,0	2,2	1,8	10,4
	Infarctus du myocarde	33,4	7,7	6,0	10,4	6,2	9,1	2,8	2,8	1,8	10,1
	Diabète	28,6	3,4	0,9	7,5	2,8	5,7	1,6	0,6	0,5	6,6
	Accident vasculaire cérébral	33,7	7,3	4,9	10,0	6,2	8,1	3,0	1,5	1,1	9,8
	Maladie vasculaire périphérique	35,2	8,2	5,4	10,5	6,8	8,8	2,6	2,6	2,1	10,6
	Tumeur maligne	38,9	12,6	7,4	10,9	9,1	12,3	5,1	2,3	4,1	13,3
	Maladie pulmonaire chronique	36,7	8,9	6,5	10,4	7,3	8,7	4,0	2,8	2,3	11,1
	Utilisation de médicaments pour traiter l'hypertension	31,3	3,3	1,0	7,6	3,5	6,2	2,1	0,9	0,9	7,3
	Autre maladie grave	52,8	22,5	12,7	13,5	16,6	18,2	19,5	9,1	6,6	21,2
	Fume actuellement	43,8	10,7	9,9	13,9	9,2	17,3	11,2	5,1	3,3	15,1

**Fiabilité et déviation systématique des données :** Une étude officielle de couplage<sup>ix</sup> des données du RCITO et de celles de la BDCP et du SNISA, réalisée en 2008, montre que les patients ayant reçu une transplantation ou qui sont atteints d'une insuffisance rénale chronique ont été déclarés correctement dans le RCITO. Les chiffres sur les transplantations du RCITO correspondent à 98,5 % des transplantations rapportées dans la BDCP. Les données sur les patients en dialyse en Ontario sont comparables entre le RCITO et le SNISA.

Toujours selon l'étude, un enregistrement des données de 2006 a permis de constater que le taux de concordance entre les données des codificateurs de l'étude et les données du RCITO sur la maladie rénale initiale était de 59 %, tandis que le taux de concordance concernant le type de maladies rénales initiales était de 71 %. On a également observé qu'en règle générale, les facteurs de risque étaient sous-déclarés dans le RCITO.

Généralement, les ratios de risque associés à diverses maladies rénales initiales et les facteurs de risque étaient semblables, qu'ils soient calculés au moyen des données du RCITO ou de celles de l'étude. Les ratios de risque demeuraient soit inférieurs à un (ce qui indique des problèmes de santé qui n'entraînent pas de risque de mortalité), soit supérieurs à un (ce qui

ix. Institut canadien d'information sur la santé, *Étude de la qualité des données du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009. Le document est accessible en format PDF à l'adresse [www.icis.ca/rcito](http://www.icis.ca/rcito).



indique la présence de maladies augmentant le risque de mortalité). Toutefois, l'étendue du risque changeait parfois. Les ratios de risque non ajustés étaient similaires lorsqu'on utilisait les données du RCITO par rapport à celles de l'étude pour diverses maladies rénales initiales, mais ils étaient sous-estimés dans le RCITO pour plusieurs facteurs de risque.

L'étude de la qualité des données a permis de comprendre la qualité des données du RCITO et de cerner les points à améliorer. Même si le RCITO contient les données nationales les plus complètes sur les traitements pour le STIR à l'heure actuelle, l'intégralité et l'exactitude des données continueront de faire l'objet d'une évaluation. Plus particulièrement, une enquête sur l'importance de déclarer des données complètes et exactes sur l'état du décès sera réalisée au cours de la prochaine année, car les taux de survie des patients et des greffons au Canada sont toujours plus élevés que les taux enregistrés dans d'autres pays, probablement en raison d'une sous-déclaration des données relatives aux échecs et aux décès.

Les taux de décès des patients en attente d'une transplantation (dont le nombre est fourni par les SAO) ont tendance à être sous-estimés, car les patients à risque élevé (état médicalement urgent) sont plus susceptibles d'avoir préséance sur les autres, et les patients qui sont retirés de la liste d'attente et qui décèdent par la suite ne sont pas comptabilisés, même si leur décès est attribuable à l'absence de traitement médical (c.-à-d. une transplantation).

## Modifications récentes apportées à la base de données

En 2000, un certain nombre de groupes de travail composés d'experts ont apporté des modifications majeures à la base de données. Des éléments de données ont été éliminés, d'autres, perfectionnés, et d'autres encore, ajoutés. Ces modifications sont entrées en vigueur pour l'année de déclaration 2001.

Voici les principales modifications apportées :

- augmentation des modes de traitement de dialyse;
- ajout d'éléments de données sur la pré-dialyse;
- ajout d'éléments de données sur la fonction cardiaque et l'effet inotrope dans le profil des donneurs décédés;
- création d'un formulaire normalisé pour les donneurs vivants;
- ajout d'une enquête de suivi de tous les patients en dialyse aux fins de vérification de la conformité des traitements actuels aux lignes directrices de pratique clinique de la Société canadienne de néphrologie (traitement des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique);
- amélioration des profils de l'établissement de dialyse et de transplantation rénale;
- ajout d'éléments de données sur les tumeurs au foie chez les receveurs de greffe hépatique;
- ajout d'une enquête de suivi pour tous les receveurs de greffe hépatique présentant un diagnostic d'hépatite B ou C ou de tumeurs au foie;
- ajout de comorbidités pour les receveurs et les donneurs;
- ajout d'éléments de données sur les processus de transplantation.

Un nouveau modèle de données a été conçu pour améliorer la souplesse de la base de données aux fins d'analyse et pour faciliter l'introduction des modifications à venir.

En 2010, la fonctionnalité de la base de données a été améliorée afin de permettre la soumission électronique et le traitement des données sur la dialyse au moyen de spécifications de soumission définies.

## Annexe E — Glossaire et sigles courants

### code de degré d'urgence médicale :

Codes attribués aux patients atteints d'insuffisance hépatique, cardiaque ou pulmonaire au moment de leur inscription sur la liste d'attente de transplantation. Le degré d'urgence médicale est évalué en fonction de l'état de santé du patient et de l'urgence de la transplantation. Ces codes sont mis à jour périodiquement jusqu'à la transplantation. Le RCITO recueille les codes attribués au moment de l'inscription et au moment de la transplantation.

**diabète** : Maladie causée par le manque d'insuline dans l'organisme ou par l'incapacité de l'organisme à utiliser correctement la quantité normale d'insuline.

- **type 1** : Le pancréas ne produit plus d'insuline ou en produit très peu. L'insuline permet à l'organisme de transformer le sucre en énergie. Environ 10 % des diabétiques sont atteints du diabète de type 1.
- **type 2** : Le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou l'organisme n'utilise pas efficacement l'insuline produite. Environ 90 % des diabétiques sont atteints du diabète de type 2.

**dialyse** : Type de traitement pour l'insuffisance rénale qui purifie le sang et élimine les impuretés et l'excès d'eau de l'organisme. Le recours à la dialyse est parfois temporaire. Toutefois, si les reins cessent de fonctionner en permanence, comme c'est le cas au STIR, la dialyse doit être effectuée régulièrement. Le seul autre traitement pour l'insuffisance rénale est la transplantation. Il existe deux types de dialyse : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

- **hémodialyse** : Le sang est filtré dans un appareil doté d'un dialyseur. Le dialyseur est divisé en deux compartiments, séparés par une fine membrane. Le sang passe d'un côté de la membrane pendant qu'une solution de dialyse passe de l'autre. Les impuretés et l'excès d'eau passent, à travers la membrane, du sang à la solution de dialyse, qui est ensuite jetée. Le sang épuré est alors réintroduit dans la circulation sanguine.
- **dialyse péritonéale** : La cavité péritonéale à l'intérieur de l'abdomen est remplie de solution de dialyse qui pénètre dans l'organisme par un cathéter installé en permanence. Les impuretés et l'excès d'eau passent, à travers la membrane qui tapisse la cavité péritonéale (le péritoine), du sang à la solution de dialyse qui est ensuite évacuée de l'organisme et jetée. Dans la plupart des cas, ce traitement peut être effectué sans l'assistance du personnel hospitalier.

### Sigles courants

**DP** : dialyse péritonéale  
**DPA** : dialyse péritonéale automatisée  
**DPCA** : dialyse péritonéale continue ambulatoire  
**ET** : écart type  
**HD** : hémodialyse  
**MPOC** : maladie pulmonaire obstructive chronique  
**PAR** : transplantation pancréatique après une transplantation rénale  
**RCITO** : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes  
**SAO** : service d'approvisionnement en organes  
**SRP** : transplantation simultanée rein-pancréas  
**STIR** : stade terminal de l'insuffisance rénale  
**TIR** : traitement pour l'insuffisance rénale  
**TPMH** : taux par million d'habitants  
**TPS** : transplantation de pancréas seulement  
**USI** : unité de soins intensifs

**donneur d'organes** : Personne dont un ou plusieurs organes sont prélevés et utilisés pour une transplantation. Le donneur d'organes peut être décédé ou vivant.

- **donneur décédé** : Personne dont la mort cérébrale a été déclarée et qui avait accepté de faire don de ses organes pour la transplantation. La mort cérébrale est établie lorsque des signes cliniques précis ou des résultats obtenus par neuro-imagerie indiquent l'absence irréversible de fonctionnement neurologique clinique. Le RCITO définit les donneurs décédés comme étant d'origine canadienne et ayant fait don d'au moins un organe plein qui a été transplanté. Les organes pleins qui peuvent être donnés après le décès comprennent le cœur, le foie, les reins, le pancréas, les poumons, les intestins et l'estomac.
- **donneur vivant** : Personne ayant un lien biologique (apparentée) ou émotionnel (non apparentée) avec le receveur de la greffe. Le plus souvent, les donneurs vivants font don d'un rein. Ils peuvent également faire don d'un lobe du foie ou du poumon, ou d'une portion du pancréas ou de l'intestin. Au moment de la rédaction du rapport, aucune transplantation du pancréas ou de l'intestin d'un donneur vivant n'avait été pratiquée au Canada.

**évaluation du débit de filtration glomérulaire (DFGe)** : Taux estimé du volume de plasma filtré par le rein, en mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Ce débit est calculé à l'aide de la créatininémie, en utilisant la formule MDRD. On utilise le DFGe pour mesurer les fonctions rénales.

**indice de masse corporelle (IMC)** : Rapport entre le poids et la taille associé à l'adiposité et aux risques pour la santé. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimé en mètres.

Quatre catégories d'IMC sont définies dans le système canadien de classification du poids :

- poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5);
- poids normal (IMC de 18,5 à 24,9);
- excès de poids (IMC de 25 à 29,9);
- obésité (IMC de 30 et plus).

**liste d'attente d'une transplantation d'organes** : Liste sur laquelle figurent les patients en attente d'une transplantation. Les listes d'attente sont maintenues par les SAO. L'information relative aux transplantations hépatiques ou cardiaques urgentes circule d'une province à l'autre. Chaque liste indique si les patients sont en attente d'une greffe immédiate ou non immédiate.

- **patient sur la liste d'attente immédiate** : Patient figurant sur la liste d'attente d'une transplantation et qui peut recevoir une transplantation en tout temps.
- **patient sur la liste d'attente non immédiate** : Patient figurant sur la liste d'attente d'une transplantation, mais qui, pour une raison médicale ou autre, ne peut pas recevoir de transplantation pendant une courte période.

**nouveau patient** : Patient au STIR qui a commencé un TIR (dialyse ou transplantation rénale) pour la première fois au cours de l'année (voir la section 2.1).

**patient inscrit** : Patient qui a commencé un traitement pour le STIR pour la première fois en 1981 ou ultérieurement et qui est inscrit dans le RCITO. L'évolution des patients inscrits est contrôlée chaque année.

**patient prévalent** : Patient vivant qui recevait un traitement pour le stade terminal de l'insuffisance rénale le 31 décembre d'une année donnée, peu importe la date de début du traitement. Le dénombrement des patients prévalents provient des hôpitaux de traitement qui fournissent en fin d'année les données relatives au changement de situation des patients dans les profils des établissements d'hémodialyse et de dialyse péritonéale.

**service d'approvisionnement en organes (SAO)** : Service responsable de coordonner, dans la région ou la province où il est situé, le prélèvement et l'acheminement des organes des donneurs décédés. Étant donné que les transplantations autres que rénales ne sont pas pratiquées dans toutes les provinces canadiennes, les différents SAO doivent coordonner leurs activités afin que les patients en attente d'une transplantation urgente autre que rénale reçoivent un organe approprié en premier.

**stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR)** : État caractérisé par une détérioration permanente des reins, qui ne peuvent plus fonctionner normalement pour maintenir le malade en vie.

**survie du greffon** : État d'un greffon fonctionnel évalué après une certaine période suivant la transplantation.

**survie du patient** : État du patient évalué après une certaine période suivant la transplantation (s'il est encore en vie).

**temps d'attente médian** : Calcul du temps que les patients doivent attendre en moyenne avant de recevoir une transplantation autre que rénale. Le temps d'attente de la moitié des patients est inférieur au temps d'attente médian et le temps d'attente de l'autre moitié y est supérieur. Le RCITO ne contient pas de données sur les patients qui figuraient sur la liste d'attente, mais qui n'ont pas reçu de transplantation. Le temps d'attente médian ne reflète donc qu'une partie de la situation. Le temps d'attente des receveurs de rein est calculé d'après l'intervalle entre la première dialyse et la première transplantation.

**traitement pour l'insuffisance rénale (TIR)** : Traitement (hémodialyse, dialyse péritonéale ou transplantation rénale) qui remplace de façon temporaire ou permanente les reins non fonctionnels d'un patient.

**transplantation d'organe** : Intervention chirurgicale qui consiste à transplanter un organe ou une partie d'un organe d'un donneur vivant ou décédé sur un patient au stade terminal d'une insuffisance organique. Les organes qui peuvent être transplantés comprennent le cœur, le foie, les reins, le pancréas, les poumons, les intestins et l'estomac. La transplantation rénale seule est la plus courante. Dans de rares cas, deux organes ou plus, qui peuvent provenir d'un ou de plusieurs donneurs, peuvent être transplantés.

- **transplantation combinée d'organes** : Intervention chirurgicale qui consiste à transplanter des organes ou des parties d'organes sur des patients au stade terminal de plus d'une insuffisance organique. Au Canada, les transplantations combinées les plus courantes sont les transplantations rein-foie et rein-cœur pour les patients au STIR qui présentent également une insuffisance hépatique ou cardiaque. Les organes utilisés pour ces transplantations proviennent généralement du même donneur.

- **transplantation d'îlots pancréatiques** : Intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les cellules productrices d'insuline du pancréas (îlots pancréatiques), qui ne sont pas fonctionnelles chez les diabétiques de type 1. Au Canada, les îlots pancréatiques sont prélevés du pancréas de donneurs décédés, et peuvent être conservés durant une certaine période avant la transplantation. Le RCITO contient des données sur ce type de transplantation.
- **transplantation rénale** : Intervention chirurgicale qui consiste à prélever un ou deux reins d'un donneur décédé ou un rein d'un donneur vivant et à greffer ce rein ou ces reins sur un patient au STIR. Ce ne sont pas tous les patients au STIR qui peuvent recevoir une transplantation rénale. La plupart d'entre eux ont recours à la dialyse avant de subir une transplantation rénale.
- **transplantation multiviscérale** : Intervention chirurgicale rare qui consiste en une transplantation du foie, de l'intestin grêle, du pancréas, de l'estomac et du duodénum (également appelée FIPE).
- **transplantation rénale préemptive** : Transplantation d'au moins un rein pratiquée sur un patient qui n'a jamais eu recours à la dialyse.

# Annexe F — Méthodes d'analyse

## Calcul de l'âge

L'âge du patient est calculé en additionnant le nombre de mois entre sa date de naissance et la date du début du traitement, puis en divisant le résultat par 12, ce qui équivaut à un nombre d'années. L'âge des donneurs est indiqué par un code (p. ex. *nouveau-né, jours, mois, ans*) et un nombre (p. ex. 2, 12, 35), puisque l'information fournie sur les donneurs n'inclut pas la date de naissance. Pour les besoins du présent rapport, l'âge des donneurs est converti en un nombre d'années (arrondi).

## Nouveaux patients en traitement pour le stade terminal de l'insuffisance rénale

Les nombres et les taux sont basés sur les patients inscrits au cours d'une année donnée (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Un nouveau patient doit commencer le traitement pour le STIR dans un établissement canadien. Les patients qui ont commencé leur traitement pour le STIR à l'extérieur du Canada, mais qui ont par la suite été traités au Canada sont considérés comme des patients inscrits et prévalents, et non comme de nouveaux patients.

## Taux de prélèvement d'organes

Les taux de prélèvement d'organes (donneurs décédés) présentés dans le rapport sont calculés en fonction des organes prélevés sur des donneurs décédés identifiés dans les hôpitaux canadiens.

## Survie des patients

Les probabilités de survie non ajustées (exprimées en pourcentages de 0 à 100 %) sont calculées à l'aide de la méthode Kaplan-Meier. Les cohortes sont divisées entre les patients ayant commencé leur dialyse entre 2002 et 2011 et ceux ayant subi une première transplantation au cours de cette période. Dans le cas de la survie à la dialyse, les patients sont suivis jusqu'à la première transplantation rénale, jusqu'à ce qu'on ait perdu leur trace, jusqu'à leur déménagement hors du pays ou jusqu'à leur guérison. Pour ce qui est de la survie à la transplantation, les patients sont suivis jusqu'à l'échec de la transplantation, jusqu'à ce qu'on ait perdu leur trace ou jusqu'à leur déménagement hors du pays.

## Estimations démographiques utilisées pour le calcul des taux

Les taux présentés dans le rapport sont soit bruts, soit calculés selon l'âge, et ne sont pas normalisés selon l'âge.

Taux brut = (nombre de cas ÷ nombre total d'habitants) × 1 000 000

Taux selon l'âge = (nombre de cas dans un groupe d'âge ÷ nombre total d'habitants dans le groupe d'âge) × 1 000 000

Toutes les estimations démographiques sont tirées du rapport CANSIM de Statistique Canada, tableau 051-0001, et sont établies en fonction de la population totale au 1<sup>er</sup> juillet.

Province	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>C.-B.*</b>	4 108 576	4 145 550	4 182 843	4 227 592	4 285 510	4 341 681	4 342 039	4 417 017	4 488 860	4 565 500
<b>Alb.†</b>	3 125 682	3 186 560	3 229 988	3 274 349	3 329 790	3 448 406	3 587 925	3 671 210	3 763 284	3 797 900
<b>Sask.</b>	1 000 134	995 886	994 428	995 391	994 126	985 386	1 000 139	1 013 620	1 030 129	1 045 600
<b>Man.</b>	1 151 285	1 155 584	1 161 552	1 170 268	1 177 556	1 177 765	1 193 932	1 206 100	1 221 964	1 235 400
<b>Ont.</b>	11 897 647	12 102 045	12 256 645	12 392 721	12 541 410	12 686 952	12 794 689	12 936 296	13 069 182	13 210 700
<b>Qc</b>	7 396 990	7 445 745	7 492 333	7 542 760	7 598 146	7 651 531	7 687 125	7 753 470	7 828 879	7 907 400
<b>Atlantique‡</b>	2 340 937	2 341 217	2 342 677	2 343 235	2 343 969	2 331 769	2 326 107	2 329 624	2 337 561	2 346 300
<b>Canada</b>	<b>31 021 251</b>	<b>31 372 587</b>	<b>31 660 466</b>	<b>31 946 316</b>	<b>32 270 507</b>	<b>32 623 490</b>	<b>32 931 956</b>	<b>33 327 337</b>	<b>33 739 859</b>	<b>34 108 800</b>

### Remarques

\* Comprend le Yukon.

† Comprend les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

‡ Comprend le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador (voir les taux de chacun ci-dessous).

### Source

Statistique Canada.

Provinces de l'Atlantique	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>N.-B.</b>	749 890	750 327	750 896	751 384	752 006	749 168	745 561	747 147	749 468	749 468
<b>N.-É./Î.-P.-É.</b>	1 069 061	1 071 441	1 073 431	1 074 824	1 076 002	1 072 924	1 074 016	1 076 036	1 079 168	1 079 168
<b>T.-N.-L.</b>	521 986	519 449	518 350	517 027	515 961	509 677	506 530	506 441	508 925	508 925
<b>Total</b>	<b>2 340 937</b>	<b>2 341 217</b>	<b>2 342 677</b>	<b>2 343 235</b>	<b>2 343 969</b>	<b>2 331 769</b>	<b>2 326 107</b>	<b>2 329 624</b>	<b>2 337 561</b>	<b>2 346 300</b>

### Source

Statistique Canada.



## Patients prévalents

Les statistiques relatives aux patients prévalents à la fin de l'année sont basées sur les données à l'échelle des patients, qui comprennent les patients inscrits dans le RCITO. Il s'agit de patients prévalents inscrits. Par ailleurs, les statistiques relatives aux patients prévalents au STIR sont basées sur les données des établissements qui sont obtenues à la fin de l'année lorsque les profils d'établissements sont fournis par les programmes canadiens de traitement de l'insuffisance rénale. Les centres doivent indiquer dans ces profils le nombre de patients qui ont été traités à la fin de l'année, selon le mode de traitement. Les nombres sont ensuite comparés à ceux des patients inscrits dans le RCITO. Au fil du temps, le nombre de patients en dialyse contenu dans les profils des établissements et les données à l'échelle des patients du RCITO se sont rapprochés au point d'être presque identiques. Cependant, même s'ils se sont rapprochés, le nombre de patients ayant un greffon rénal fonctionnel qui provient des profils des établissements diffère encore des données à l'échelle des patients du RCITO. À ce titre, les profils des établissements pourraient continuer de mieux représenter le poids du STIR sur le système de santé.

## Diagnostic principal

Le diagnostic principal des receveurs d'une greffe autre que rénale est établi en fonction du diagnostic posé au moment de la première transplantation. Dans certains cas, plus d'un diagnostic peut être indiqué, surtout pour les receveurs de foie. Le diagnostic principal des receveurs de rein est établi en fonction du diagnostic fourni au début de la première dialyse et au moment de la transplantation rénale, si cette dernière n'est pas préemptive.

## Patients inscrits

Les patients inscrits sont les patients dont les données sont consignées dans le RCITO, ainsi que les patients qui sont en dialyse dans le cadre d'un programme canadien de traitement pour l'insuffisance rénale ou qui ont un greffon rénal fonctionnel à la fin de l'année. Les patients prévalents inscrits sont présentés à la section 2.2. Le nombre de patients prévalents inscrits au RCITO peut différer du nombre de patients prévalents dérivé des profils annuels des établissements pour les raisons suivantes : les patients ne sont pas tous inscrits dans le RCITO, car il est possible qu'ils aient commencé le traitement avant le 1<sup>er</sup> janvier 1981, les nouveaux patients ont été sous-dénombrés par certains centres déclarants et les décès seraient sous-déclarés dans le RCITO, ce qui pourrait gonfler le nombre de patients en vie.

## Receveurs

L'information sur les receveurs présentée dans le rapport concerne les receveurs d'une première greffe d'un organe précis effectuée dans un établissement canadien de transplantation. Les tableaux et les figures des chapitres 3 à 7 font référence aux processus de transplantation ou aux receveurs, ces derniers n'étant recensés qu'une seule fois, soit pour leur première greffe d'organe. Les caractéristiques des receveurs et les taux propres aux provinces sont établis en fonction des données concernant les receveurs.

## Liste d'attente

Les données sur les patients en attente d'une transplantation sont tirées des statistiques fournies par les SAO provinciaux et régionaux. Les données à l'échelle des patients ne sont pas disponibles. En 2002, la définition d'un patient pédiatrique en attente d'une transplantation rénale est passée de moins de 15 ans à moins de 18 ans, ce qui correspond à la définition d'un patient pédiatrique qui est utilisée pour les transplantations autres que rénales.

## Temps d'attente

Le temps d'attente est calculé pour les receveurs d'une transplantation autre que rénale et exclut les patients décédés en attente d'une transplantation ainsi que ceux qui ont été retirés de la liste d'attente parce qu'ils étaient trop malades pour pouvoir subir la transplantation. Actuellement, il n'existe pas de source d'information canadienne sur les temps d'attente de tous les patients en attente d'une transplantation.

Une variable subrogative est utilisée pour mesurer le temps d'attente (c.-à-d. le temps passé en dialyse avant la transplantation) des patients ayant subi une transplantation rénale. Même si cette méthode permet d'éviter le problème des données incomplètes en ce qui concerne les dates de début d'attente en vue d'une transplantation rénale dans le RCITO, elle ne fait pas état du temps d'attente des patients figurant sur la liste d'attente d'une transplantation rénale qui n'ont pas subi de greffe. Le temps d'attente des patients ayant subi une transplantation rénale préemptive est indiqué comme nul.

# Annexe G — Diagnostics principaux saisis dans le RCITO

Les tableaux ci-dessous énumèrent les catégories de diagnostics saisis par organe dans le RCITO pour les diagnostics principaux.

## Stade terminal de l'insuffisance rénale

Codes de diagnostics principaux — stade terminal de l'insuffisance rénale	
<b>Génériques</b>	
00	Insuffisance rénale chronique, d'étiologie inconnue
<b>Glomérulonéphrite/maladies auto-immunes</b>	
05	Glomérulonéphrite proliférative mésangiale
06	Syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimales
07	Glomérulonéphrite post-streptococcique
08	Glomérulonéphrite à évolution rapide
09	Glomérulonéphrite focale — adulte
10	Glomérulonéphrite, <b>sans</b> examen histologique
11	Syndrome néphrotique sévère avec sclérose focale (jeunes patients uniquement)
12	Néphropathies à dépôts mésangiaux d'IgA (diagnostic prouvé par immunofluorescence, autre que code 85)
13	Glomérulonéphrite à dépôts denses (prouvée par immunofluorescence ou microscope électronique (GNMP type II))
14	Néphropathie membraneuse
15	Glomérulonéphrite mésangio-capillaire membrano-proliférative (GNMP type I)
16	Glomérulonéphrite idiopathique proliférative diffuse avec croissants
17	Néphrose congénitale ou syndrome néphrotique congénital (patients pédiatriques seulement)
19	Glomérulonéphrite avec examen histologique — préciser
73	Polyartérite (périartérite)
74	Granulomatose de Wegener
84	Lupus érythémateux
85	Purpura Henoch-Schönlein
86	Syndrome de Goodpasture
87	Sclérodermie
88	Syndrome hémolytique urémique (syndrome de Moschcowitz)
<b>Néphropathie d'origine médicamenteuse</b>	
30	Néphropathie due à des médicaments ou à des agents néphrotoxiques — cause non précisée
31	Néphropathie due à des médicaments analgésiques
32	Néphropathie due à la cisplatine
33	Néphropathie due à la cyclosporine A
39	Néphropathie due à un médicament spécifique — préciser

<b>Codes de diagnostics principaux — stade terminal de l'insuffisance rénale (suite)</b>	
<b>Rein polykystique</b>	
41	Reins polykystiques de l'adulte (dominant)
42	Reins polykystiques de type infantile et de type juvénile (récessive)
<b>Maladies rénales congénitales/héréditaires</b>	
21	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle associée à une vessie neurogène
22	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle due à une uropathie obstructive d'origine congénitale avec ou sans reflux vésico-urétéral
24	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle due à un reflux vésico-urétéral sans obstruction
40	Maladies kystiques du rein — non spécifiées
41	Rein polykystique, adulte (dominant)
42	Rein polykystique, type infantile et juvénile (récessive)
43	Maladie kystique de la médullaire (néphronophtise incluse)
49	Maladies kystiques du rein, autre type — préciser
50	Néphropathie héréditaire/familiale — type non précisé
51	Néphropathie héréditaire avec surdité de perception (syndrome d'Alport)
52	Cystinose
53	Oxalose
54	Maladie de Fabry
55	Syndrome de DRASH
58	Valves urétrales postérieures
59	Néphropathie héréditaire, autre — préciser
60	Hypoplasie rénale congénitale — préciser
61	Hypoplasie rénale avec oligoméganéphronie
62	Hypoplasie rénale segmentaire (rein d'Ask-Upmark)
63	Dysplasie rénale congénitale avec ou sans malformation des voies urinaires
66	Syndrome d'agénésie des muscles abdominaux (« prune belly syndrome »)
<b>Diabète</b>	
80	Néphropathie diabétique (type 1)
81	Néphropathie diabétique (type 2)
<b>Maladies vasculaires rénales</b>	
70	Néphropathie d'origine vasculaire — type non spécifié
71	Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension maligne (absence de néphropathie primaire)
72	Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension (absence de néphropathie primaire)
73	Périartérite noueuse
78	Maladie rénale athéroembolique
79	Maladie vasculaire rénale (néphrosclérose, thrombose de l'artère rénale)
<b>Autre</b>	
20	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle — cause non précisée
23	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle due à une uropathie obstructive acquise — préciser
25	Pyélonéphrite ou néphrite interstitielle due à une lithiase urinaire

<b>Codes de diagnostics principaux — stade terminal de l'insuffisance rénale (suite)</b>	
<b>Autre (suite)</b>	
29	Pyélonéphrite, autre cause
56	Néphropathie associée à l'anémie falciforme
57	Tumeur de Wilms
82	Myélome multiple
83	Amyloidose
89	Maladie de système, autre — préciser
90	Nécrose corticale ou tubulaire
91	Tuberculose
92	Goutte
93	Néphrocalcinose ou néphropathie due à une hypercalcémie
94	Néphropathie endémique des Balkans
95	Tumeur rénale
96	Perte de rein d'origine traumatique ou chirurgicale
97	Néphropathie due au VIH
99	Autre désordre rénal identifié — préciser

## Transplantation hépatique

<b>Diagnostic principal — transplantation hépatique</b>	
<b>Insuffisances hépatiques aiguës (fulminante)</b>	
01	Hépatite A
02	Hépatite B
61	Hépatite C
58	Hépatite non A, non B, non C
35	Hépatite avec agent Delta
05	Toxique
04	Hépatite médicamenteuse — autre
56	Hépatite médicamenteuse — acétaminophène
47	Autre insuffisance hépatique aiguë (y compris la maladie de Budd-Chiari et de Wilson)
<b>Insuffisance hépatique chronique</b>	
12	Maladie de Budd-Chiari
36	Maladie de Byler (cholestase intrahépatique)
09	Cirrhose — alcoolique
10	Cirrhose — autre
08	Cirrhose cryptogénique
49	Cirrhose postnécrotique
07	Cirrhose biliaire primitive
14	Cirrhose biliaire secondaire
45	Médicamenteuse — autre

<b>Diagnostic principal — transplantation hépatique (suite)</b>	
<b>Insuffisance hépatique chronique (suite)</b>	
42	Hépatite A
43	Hépatite B
60	Hépatite C
59	Hépatite non A, non B, non C
51	Hépatite néonatale
06	Hépatite chronique active auto-immune
13	Atrésie primitive des voies biliaires
11	Angiocholite sclérosante
46	Toxique
15	Maladie de Watson-Alagille (dysplasie artéro-hépatique)
62	Maladie polykystique du foie
64	Stéatohépatite non-alcoolique (NASH)
<b>Tumeurs hépatiques</b>	
50	Angiosarcome
17	Cholangiocarcinome
18	Hépatome fibrolamellaire
16	Carcinome hépatocellulaire
19	Tumeur métastatique
53	Tumeur hépatique — autre
<b>Troubles du métabolisme</b>	
20	Déficit en alpha-1-antitrypsine
28	Syndrome de Crigler-Najjar
21	Thésaurismose glycogénique
23	Hémochromatose
27	Hyperlipoprotéïnémie type 2
24	Maladie de Niemann-Pick
26	Phénylcétonurie
25	Protoporphyrurie
29	Tyrosinémie
22	Maladie de Wilson
34	Trouble du métabolisme, autre
<b>Autres diagnostics principaux</b>	
30	Fibrose hépatique congénitale
31	Maladie de Caroli
32	Affections kystiques
52	Artère hépatique thrombosée
98	Inconnu/manquant
99	Autre

## Transplantation cardiaque

Diagnostic principal — transplantation cardiaque	
32	Myocardiopathie
29	Myocardiopathie avec dilatation
01	Myocardiopathie idiopathique
30	Autre myocardiopathie avec dilatation (préciser)
33	Myocardiopathie métabolique/génétique
34	Myocardiopathie associée à la dystrophie musculaire
35	Myocardiopathie d'origine médicamenteuse (chimiothérapie)
12	Myocardiopathie restrictive
31	Myocardiopathie hypertrophique
24	Myocardite
07	Maladie de l'artère coronaire (myocardiopathie ischémique)
04	Maladie cardiaque valvulaire
23	Infarctus aigu du myocarde
15	Maladie cardiaque congénitale — préciser
16	Maladie cardiaque congénitale — acyanogène
17	Maladie cardiaque congénitale — cyanogène
36	Troubles métaboliques
37	Tumeur cardiaque
38	Arythmie réfractive
39	Dystrophie musculaire
98	Inconnu
99	Autre — préciser

## Transplantation du poumon, du cœur-poumon

Code	Diagnostic principal — transplantation du poumon, cœur-poumon
08	Syndrome d'Eisenmenger
11	Fibrose pulmonaire idiopathique
13	Emphysème
15	Insuffisance pulmonaire due à une maladie congénitale
17	Hypertension pulmonaire primitive
18	Maladie pulmonaire obstructive chronique
19	Déficit en alpha-1-antitrypsine
20	Fibrose kystique
22	Bronchiectasie
26	Sarcoïdose
27	Asbestose
28	Bronchiolite oblitérante
32	Myocardiopathie — non spécifiée
98	Inconnu
99	Autre — préciser

## Transplantation pancréatique

Code	Diagnostic principal — transplantation pancréatique
01	Pancréatite chronique
02	Diabète de type 1
03	Pancréatectomie
04	Fibrose kystique
05	Traumatisme
06	Diabète de type 2
07	Cancer du pancréas
08	Cancer des voies biliaires
98	Inconnu
99	Autre — préciser



La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-164-0 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2002 à 2011 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*. Ottawa, ON : ICIS; 2012.

This publication is also available in English under the title *Canadian Organ Replacement Register Annual Report: Treatment of End-Stage Organ Failure in Canada, 2002 to 2011*.

ISBN 978-1-77109-163-3 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

*Au cœur des données*



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information