

(RCRA) REGISTRE CANADIEN DES REMPLACEMENTS ARTICULAIRES



RAPPORT DE 2002

ARTHROPLASTIES TOTALES DE LA HANCHE

ET DU GENOU AU CANADA

(COMPREND LES DONNÉES DE 1994-1995 À 1999-2000)



Institut canadien
d'information sur la santé



**Registre canadien des remplacements
articulaires (RCRA)
Rapport de 2002**

**Arthroplasties totales de la hanche et du
genou au Canada
(comprend les données de
1994-1995 à 1999-2000)**

Tous droits réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou diffusée sous quelque forme que ce soit ou par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies, les enregistrements ou tout système de stockage d'information et de recherche documentaire présent ou futur, à moins d'avoir l'autorisation écrite de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de courts passages pour une publication dans un magazine, un journal, ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être adressées à :

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-896766-44-X (PDF)

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title : *Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) – 2002 Report, Total Hip and Total Knee Replacements in Canada – (includes 1994/1995 to 1999/2000 data)*
ISBN 1-894766-43-1 (PDF)

Remerciements

L'équipe du RCRA de l'ICIS désire souligner le travail des nombreux chirurgiens orthopédiques au Canada qui ont contribué à assurer le succès de l'élaboration et de la mise en oeuvre du RCRA et lui ont présenté rapidement les données chirurgicales versées au Registre. Elle désire remercier tout particulièrement les membres du Comité consultatif du RCRA et du Sous-comité de la recherche et du développement du RCRA à qui nous exprimons toute notre gratitude pour leurs précieux conseils spécialisés sur la préparation du registre et du présent rapport.

D^r Robert Bourne
Président, Comité consultatif du RCRA
Également directeur médical, OJRR
Ontario

D^r Cecil Rorabeck
Président, Sous-comité RD du RCRA
Ontario

M^{me} Susan Adolph
Directrice générale, OJRR
Ontario

D^r William Beveridge
Représentant provincial
Nouvelle-Écosse

D^r Emerson Brooks
Représentant provincial
Île-du-Prince-Édouard

D^r Ken L. Brown
Représentant provincial
Colombie-Britannique

D^r Dalton Dickinson
Représentant provincial
Nouveau-Brunswick

D^r Michael Dunbar
Représentant en recherche
Nouvelle-Écosse

D^r Clive Duncan
Président, Association canadienne
d'orthopédie
Colombie-Britannique

D^r Nicholas Duval
Représentant provincial
Québec

D^r Olga Huk
Représentante provinciale
Québec

D^r William Johnston
Représentant provincial
Alberta

D^r Douglas E. Kayler
Représentant provincial
Manitoba

D^r Hans Kreder
Représentant provincial
Ontario

D^r Andreas Laupacis
Représentant à la recherche
Président et directeur général
Institute for Clinical Evaluative Sciences
Ontario

D^r Brendan Lewis
Représentant provincial
Île-du-Prince-Édouard

D^r Barry Ling
Représentant provincial
Île-du-Prince-Édouard

D^r James MacKenzie
Représentant provincial
Fondation canadienne d'orthopédie
Alberta

D^r Rod Martin
Représentant provincial
Terre-Neuve

D^r Robert McMurtry
Représentant de Santé Canada
Ontario

M. Denis Morrice
Président et directeur général
Représentant de la Société d'arthrite du
Canada
Ontario

D^r Timothy J. Pearce
Représentant provincial
Alberta

D^r David Petrie
Représentant provincial
Nouvelle-Écosse

M. John Pipe
Représentant des patients
Ontario

D^r Robert Russell
Représentant provincial
Terre-Neuve

D^r William A. Silver
Représentant provincial
Saskatchewan

D^{re} Sandra Taylor
Représentante en matière d'éthique
Queen's University
Ontario

D^r Peter Uhthoff
Représentant de Santé Canada
Ontario

D^r James Waddell
Représentant de la Décennie des os et des
articulations
Ontario

Sous la direction de Nizar Ladak, directeur, Information sur les services de santé, le Rapport de 2002 sur le RCRA a été préparé à l'ICIS par :

- Greg Webster, gestionnaire, Registres cliniques
- Julian Martalog, consultant, RCRA
- Kinga David, analyste principale, RCRA
- Sharon Meade, opératrice de saisie de données, RCRA
- Isabel Tsui, gestionnaire, Développement des applications, Services de santé
- Herbet Brasileiro, consultant, Développement des applications, Services de santé

Toutes les questions concernant ce Rapport doivent être adressées à :

ICIS
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ontario)
M4P 2Y3
Téléphone : (416) 481-2002
Télécopieur : (416) 481-2950

Julian Martalog, consultante, RCRA
Téléphone : (416) 481-1616, poste 3408
Courriel : jmartalog@cihi.ca

**Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)
Rapport de 2002
Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada
(comprend les données de 1994-1995 à 1999-2000)**

Table des matières

Remerciements

Introduction	1
Contexte	2
Registre canadien des remplacements articulaires	3
Description	3
Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?	5
Avantages du RCRA	6
Participation au RCRA	7
Méthodologie et limites	9
Sources de données	9
Éléments de données et analyse de données	10
Résultats	11
Tendances relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada	11
Données démographiques sur les patients	20
Écarts entre les provinces	25
Processus de soins et résultats	33
Discussion	36
Ce que nous savons	36
Ce que nous ne savons pas	37
Ce qu'il reste à faire	39
Autres registres des remplacements articulaires	39
Le registre suédois des arthroplasties du genou	40
Le registre suédois des arthroplasties totales de la hanche	40
Le registre finlandais des arthroplasties	41
Le registre norvégien des arthroplasties	41
Le registre national australien des remplacements articulaires	41
Le registre national des articulations de la Nouvelle-Zélande	42
Bibliographie	
Annexe A — Taux bruts et normalisés selon l'âge pour les provinces	A-1
Annexe B — Population canadienne selon l'âge et le sexe	B-1
Annexe C — Glossaire	C-1

Sommaire

- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a élaboré et mis en oeuvre le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) en collaboration avec les chirurgiens orthopédiques du Canada. Le RCRA a été conçu pour articuler des façons de permettre d'améliorer les soins aux patients et la qualité des arthroplasties totales. Le Canada est l'un des rares pays à dresser un registre sur les arthroplasties totales.
- Ce premier rapport du RCRA présente les tendances et les écarts concernant les arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont été effectuées au Canada de 1994-1995 à 1999-2000.
- Le RCRA permettra de surveiller le rendement post-chirurgical des implants utilisés dans les arthroplasties totales afin de préciser les façons de réduire les reprises non nécessaires (p. ex. dans le cas de chirurgies répétées) causées par l'usure et le bris des implants. Même une faible réduction des taux de reprise pourra profiter grandement tant aux patients qu'au système de santé.
- Géré par l'ICIS, le Registre fournit d'importantes données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada. Les données ne sont recueillies qu'auprès des patients qui acceptent de participer au projet.
- Un comité consultatif national, composé de chirurgiens orthopédiques, de consommateurs ainsi que de représentants de l'Association canadienne d'orthopédie, de la Fondation canadienne d'orthopédie, de la Société d'arthrite et de Santé Canada, oriente les activités d'élaboration et de mise en oeuvre du registre.
- Le personnel du RCRA diffusera régulièrement de nouvelles données nécessaires pour éclairer les décisions relatives au traitement, à l'élaboration des politiques et à la planification portant sur ces chirurgies. Le RCRA servira également de modèle précieux pour la mise sur pied d'autres initiatives pancanadiennes qui visent à assurer la surveillance des produits après leur mise sur le marché ou à améliorer les résultats pour le patient.
- Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées au Canada est passé de 32 147 en 1994-1995 à 42 338 en 1999-2000, ce qui correspond à une hausse de 31,7 %.
- Le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada est passé de 15 360 en 1994-1995 à 22 302 en 1999-2000, ce qui correspond à une augmentation de 45,2 %.
- Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada est passé de 16 787 en 1994-1995 à 20 036 en 1999-2000, ce qui correspond à une augmentation de 19,3 %.

- Le taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants pour les arthroplasties totales du genou au Canada a augmenté de 33,1 %, passant de 50,5 en 1994-1995 à 67,2 en 1999-2000.
- Le taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants pour les arthroplasties totales de la hanche au Canada a augmenté de 8,5 %, passant de 55,0 en 1994-1995 à 59,7 en 1999-2000.
- La tendance constante à la hausse des taux normalisés selon l'âge d'une année à l'autre indique que le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur contribuant à une hausse du nombre de chirurgies pratiquées de façon annuelle. Le RCRA servira à mieux comprendre la relation des diverses causes de ces augmentations.
- En 1999-2000, 89,4 % de toutes les arthroplasties totales ont été pratiquées chez des personnes âgées de 55 ans ou plus.
- En 1999-2000, la majorité des arthroplasties totales du genou (59,8 %) et des arthroplasties totales de la hanche (57,8 %) ont été pratiquées chez des femmes.
- En 1999-2000, le nombre d'arthroplasties totales du genou pour 100 000 habitants a été le moins élevé au Québec (34,4) et à Terre-Neuve (35,4) et le plus élevé en Nouvelle-Écosse (98,7) et au Manitoba (94,8). En 1999-2000, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche pour 100 000 habitants a été le moins élevé à Terre-Neuve (35,5) et au Québec (36,3) et le plus élevé en Nouvelle-Écosse (76,4) et au Manitoba (74,9).
- Entre 1994-1995 et 1999-2000, le Manitoba a connu la plus importante augmentation en pourcentage d'arthroplasties totales du genou (104,7 %) et d'arthroplasties totales de la hanche (39,5 %). Au cours de la même période, la Saskatchewan a enregistré l'augmentation en pourcentage la moins élevée d'arthroplasties totales du genou, soit 2,6 %.
- Entre 1994-1995 et 1999-2000, le taux d'arthroplasties totales de la hanche a diminué dans trois provinces : Île-du-Prince-Édouard (diminution de 9,4 %), Terre-Neuve (diminution de 7,8 %) et Alberta (diminution de 4,1 %).
- En 1999-2000, les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche sont demeurés, en moyenne, plus longtemps à l'hôpital que les patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou, et ce, dans toutes les provinces.
- En 1999-2000, les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou sont restés en moyenne à l'hôpital 8,5 jours, soit une baisse de 30,3 % par rapport à la moyenne de 12,2 jours observée en 1994-1995.
- En 1999-2000, les patients ayant obtenu une arthroplastie totale de la hanche sont demeurés à l'hôpital en moyenne 10,1 jours, soit une baisse de 25,7 % par rapport à la moyenne de 13,6 jours observée en 1994-1995.

- En 1999-2000, la durée moyenne du séjour pour les arthroplasties totales du genou a été moins longue en Ontario (7,4 jours) et en Nouvelle-Écosse (8,1 jours) et plus longue à l'Île-du-Prince-Édouard (12,8 jours) et à Terre-Neuve (11,9 jours).
- En 1999-2000, la durée moyenne du séjour pour les arthroplasties totales de la hanche a été plus courte en Ontario (9,0 jours) et en Alberta (9,2 jours) et plus longue à l'Île-du-Prince-Édouard (13,0 jours) et à Terre-Neuve (12,8 jours).
- La plupart des patients ont obtenu une chirurgie dans leur propre province.
- Le taux de mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche (0,7 %) et d'une arthroplastie totale du genou (0,2 %) est faible. Les risques de mortalité en milieu hospitalier à la suite de ces chirurgies augmentent avec l'âge. En outre, chez les 85 ans ou plus, le taux de mortalité à l'hôpital est de 4,1 % à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et de 0,9 % à la suite d'une arthroplastie totale du genou.
- En 1999-2000, 31,6 % des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ont reçu une transfusion sanguine au cours de la chirurgie par rapport à 20,3 % des patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou.
- Nous savons que la qualité des données sur les arthroplasties totales du genou et de la hanche est sensiblement exacte.
- On ne comprend pas encore exactement l'importance relative du vieillissement de la population, les tendances concernant la prévalence de l'arthrose et bien d'autres facteurs qui peuvent jouer un rôle sur le taux des arthroplasties totales de la hanche et du genou.
- De plus, il reste à préciser les causes des écarts entre les taux et la durée de séjour dans les hôpitaux des provinces dans le cas des arthroplasties totales du genou et de la hanche. Plusieurs facteurs peuvent vraisemblablement expliquer ces écarts, y compris l'âge et la santé de la population, les modes d'aiguillage, l'accès aux soins, la qualité des soins et les types d'implants utilisés.
- Une prochaine analyse des données du RCRA nous permettra de mieux comprendre ces tendances et ces écarts.
- On ne connaît pas le taux optimal des arthroplasties totales de la hanche et du genou servant à répondre aux besoins de la population canadienne. Le RCRA sera en mesure de fournir l'information nécessaire pour évaluer les écarts de taux relatifs à ces procédures pour diverses régions et sous-populations. Ces renseignements seront utiles aux décideurs et aux dispensateurs de soins qui sont chargés de planifier la prestation de services.

- Au Canada, on ne connaît pas le pourcentage de toutes les arthroplasties totales annuelles qui représentent des reprises et, plus important encore, le pourcentage des arthroplasties initiales qui engendrent une reprise (le taux de reprise). Afin de dresser des comparaisons significatives de la qualité des soins et des implants, le taux de reprise et les données sur les processus de soins doivent être recueillis et analysés. Le RCRA sera en mesure de fournir ces données dans les rapports à venir.
- On ne recueille pas de façon régulière de données approfondies nationales sur les opérations. Par conséquent, on ne connaît pas l'efficacité relative des diverses techniques chirurgicales, l'environnement entourant le bloc opératoire, les pratiques d'utilisation des antibiotiques et la prévention des thromboses veineuses profondes ainsi que les méthodes de fixation sur les résultats cliniques et le taux de réussite des implantations. Le RCRA sera en mesure d'étudier bon nombre de ces questions en assurant un suivi des patients au fil des ans.

Introduction

Il s'agit du premier rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Ce rapport vise à caractériser l'épidémiologie de base des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées au Canada en tenant compte des personnes (données démographiques des patients), de l'endroit (données provinciales et nationales) et du temps (tendances) ainsi que des paramètres cliniques sélectionnés. Les données sur les arthroplasties totales ayant servi pour ce rapport proviennent de deux bases de données sur les diagnostics-congés gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients. Un rapport supplémentaire présentant des données approfondies sur les chirurgies qui sont soumises par les chirurgiens orthopédiques qui participent à l'enrichissement du RCRA est prévu à l'automne 2002.

Le RCRA est un nouveau registre national qui permet de recueillir de l'information sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées au Canada et d'assurer un suivi au fil du temps des patients ayant subi une arthroplastie afin de surveiller les résultats pour les patients, y compris les taux de reprise. Il faut reprendre une chirurgie lorsque l'arthroplastie initiale (première) n'est pas efficace. La nécessité de reprendre une chirurgie peut être réduite en améliorant le rendement à long terme des arthroplasties initiales. Un taux de reprise inférieur se traduit par un nombre moindre de patients qui doivent subir une autre chirurgie et la première chirurgie devient alors plus rentable. L'objectif ultime du RCRA consiste à accroître la qualité des résultats pour les soins et des résultats cliniques des patients par une surveillance après la mise sur le marché des implants orthopédiques, une amélioration de la qualité des procédures chirurgicales et l'étude des facteurs de risque ayant des conséquences sur les résultats.

Le RCRA est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et les chirurgiens orthopédiques au Canada. Cette initiative a vu le jour grâce au travail de l'ICIS et des chirurgiens orthopédiques de chaque province et des territoires, y compris des représentants de l'Association canadienne d'orthopédie et de la Fondation canadienne d'orthopédie. Plusieurs autres partenaires clés ont contribué à assurer le succès d'élaboration et de mise en oeuvre du RCRA, dont les ministères de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux, la Société d'arthrite, le Réseau canadien de l'arthrite et le Ontario Joint Replacement Registry.

Le tableau 1 présente les étapes qui ont jalonné l'élaboration du RCRA. Des précisions sur le RCRA figurent à la page 3.

Tableau 1. Étapes d'élaboration du RCRA

Jalons	Date
1. Proposition et planification	1995
2. Étude de faisabilité et rapport (Phase 1)	Mai 1996
3. Étude pilote et rapport (Phase 2)	Août 1997
4. Lancement du RCRA à la rencontre annuelle de 2000 de l'ACO	Juin 2000
5. Début de présentation des données	Mai 2001
6. Rapport de 2002 du RCRA — Arthroplasties totales du genou et de la hanche au Canada	Janvier 2002
7. Rapport supplémentaire du RCRA	Septembre 2002

Contexte

On compte 42 338 arthroplasties totales du genou et de la hanche qui ont été pratiquées au Canada en 1999-2000 par rapport à 32 147 procédures en 1994-1995, ce qui représente une hausse de 32 % au cours de cette période. Cette tendance est similaire aux procédures effectuées aux États-Unis où le nombre d'arthroplasties totales du genou et de la hanche a augmenté de 38 %, passant de 277 000 procédures en 1991 à 383 000 interventions en 1996.¹ Le nombre accru de ces procédures serait attribuable à plusieurs facteurs, y compris au vieillissement de la population et au nombre croissant d'arthroplasties pratiquées chez des personnes plus jeunes et actives.

L'arthroplastie totale a grandement évolué depuis 1938 lorsque l'arthroplastie totale de la hanche a été pratiquée pour la première fois. Le remplacement d'une hanche ou d'un genou malade peut alléger énormément la douleur du patient et accroître considérablement son état fonctionnel et sa qualité de vie.² L'arthrose est la principale cause commune de troubles articulaires et il faut donc procéder à une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Étant donné la possibilité d'obtenir d'excellents résultats à la suite d'une arthroplastie totale, ces procédures ne devraient pas cesser d'augmenter dans la plupart des pays développés à mesure que les technologies évoluent et que la population vieillit.³ Le nombre de ces procédures pratiquées tous les ans sera influencé par plusieurs facteurs, y compris la nécessité d'avoir recours à ces chirurgies et aux services de santé.

Répondons-nous aux besoins? « Les chirurgiens orthopédiques au Canada font face à une demande accrue d'arthroplasties totales et doivent compter sur moins de ressources », de déclarer le Dr Robert Bourne, chirurgien orthopédique du London Health Sciences Centre et directeur médical du Ontario Joint Replacement Registry.

Pour déterminer le taux optimal d'arthroplasties totales du genou et de la hanche pour les régions au Canada, il faut mener d'autres recherches et analyses. Le RCRA sera en mesure de fournir la plupart des renseignements nécessaires pour répondre à cette question. Les estimations publiées varient grandement. Par exemple, un article publié récemment dans le Journal de l'Association médicale canadienne dressait des estimations sur les besoins de la population en arthroplasties totales de la hanche en Ontario.⁴ Les auteurs concluent que les besoins actuels en arthroplasties totales de la hanche excèdent largement l'offre. Ils signalent un taux d'incidence nécessaire de 223 pour 100 000 habitants d'après le nombre d'Ontariens nécessitant une arthroplastie totale de la hanche en raison d'une douleur en 1996. En 1999-2000, le taux brut d'arthroplasties totales de la hanche en Ontario s'élevait à 73 pour 100 000 habitants, nombre nettement inférieur au taux suggéré dans cet article. Toutefois, le registre suédois des arthroplasties totales de la hanche note un taux recommandé nettement inférieur de 130 pour 100 000 habitants afin de répondre aux besoins en arthroplasties totales de la hanche et d'éliminer le temps d'attente en Suède.⁵ Par rapport à 1999-2000, le taux brut d'arthroplasties totales de la hanche au Canada s'élevait à 65 pour 100 000 habitants. Comme il est indiqué ultérieurement dans ce rapport, aucun pays ne signale des taux d'arthroplasties totales de la hanche qui ne répondent à l'un ou l'autre des objectifs « optimaux » décrits précédemment.

Au fil du temps, les données du RCRA feront l'objet d'analyse afin de mieux comprendre les liens complexes entre les besoins de la population concernant ces chirurgies, l'accès aux services, le temps d'attente approprié et les résultats pour les patients. Ces renseignements serviront alors à enrichir nos connaissances de la relation entre les arthroplasties totales et la santé de la population.

Registre canadien des remplacements articulaires

Description

Le RCRA représente un registre national chargé de recueillir l'information sur les résultats pour les patients et les reprises à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou pratiquée au Canada. Ce registre a été officiellement lancé à la rencontre annuelle de l'Association canadienne d'orthopédie tenue en juin 2000 et reçoit des données approfondies sur les chirurgies depuis mai 2001. Le RCRA s'est inspiré des modèles des registres suédois concernant la hanche et le genou, qui sont exploités depuis 1975 et 1979, respectivement.

La gestion de ce registre est assurée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui reçoit d'importants conseils des chirurgiens orthopédiques et d'autres spécialistes du Canada qui participent au Comité consultatif du RCRA et au Sous-comité de recherche et de développement.

Avant la chirurgie, on demande aux patients de remplir un formulaire de consentement pour que l'on puisse verser les données rattachées à leur chirurgie au RCRA. Seules les données des patients qui ont donné leur consentement sont versées au RCRA. Dès que le consentement écrit du patient est obtenu, le chirurgien et/ou le personnel du bloc opératoire remplit un formulaire de cueillette de données de deux pages qui permet de saisir de l'information sur les caractéristiques démographiques du patient, le genre d'arthroplastie, la raison de la chirurgie, l'approche chirurgicale, le mode de fixation, le genre d'implant, l'utilisation d'antibiotiques, le traitement prophylactique de la thrombose veineuse profonde et le milieu où est exercée l'opération. Sauf en Ontario, les formulaires de cueillette de données sont acheminés directement à l'ICIS de façon confidentielle et sécuritaire lorsque la vérification des données et leur entrée sont terminées. Les données approfondies sur les remplacements articulaires sont ensuite rattachées aux données cliniques et administratives des hôpitaux conservées à l'ICIS, soit dans la Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Au moment de la parution de cette publication, seule la province de l'Ontario comptait un registre séparé des remplacements articulaires, soit l'Ontario Joint Replacement Registry (OJRR). Les chirurgiens orthopédiques de l'Ontario passent par l'OJRR pour contribuer à enrichir le RCRA. En Ontario, une liste approfondie d'éléments de données est recueillie par les chirurgiens orthopédiques qui ont recours à des assistants numériques dans la salle d'opération et puis elle est soumise par voie électronique au RCRA. Un sous-ensemble des données chirurgicales de l'Ontario, qui correspond au RCRA, est alors transmis électroniquement à l'ICIS qui verse les données au RCRA. Comme il est mentionné précédemment, les chirurgiens de toutes les autres provinces présentent les données sur les chirurgies directement à l'ICIS. L'acheminement des données au RCRA est présenté à la figure 1 dans le cas des modèles non provinciaux et provinciaux.

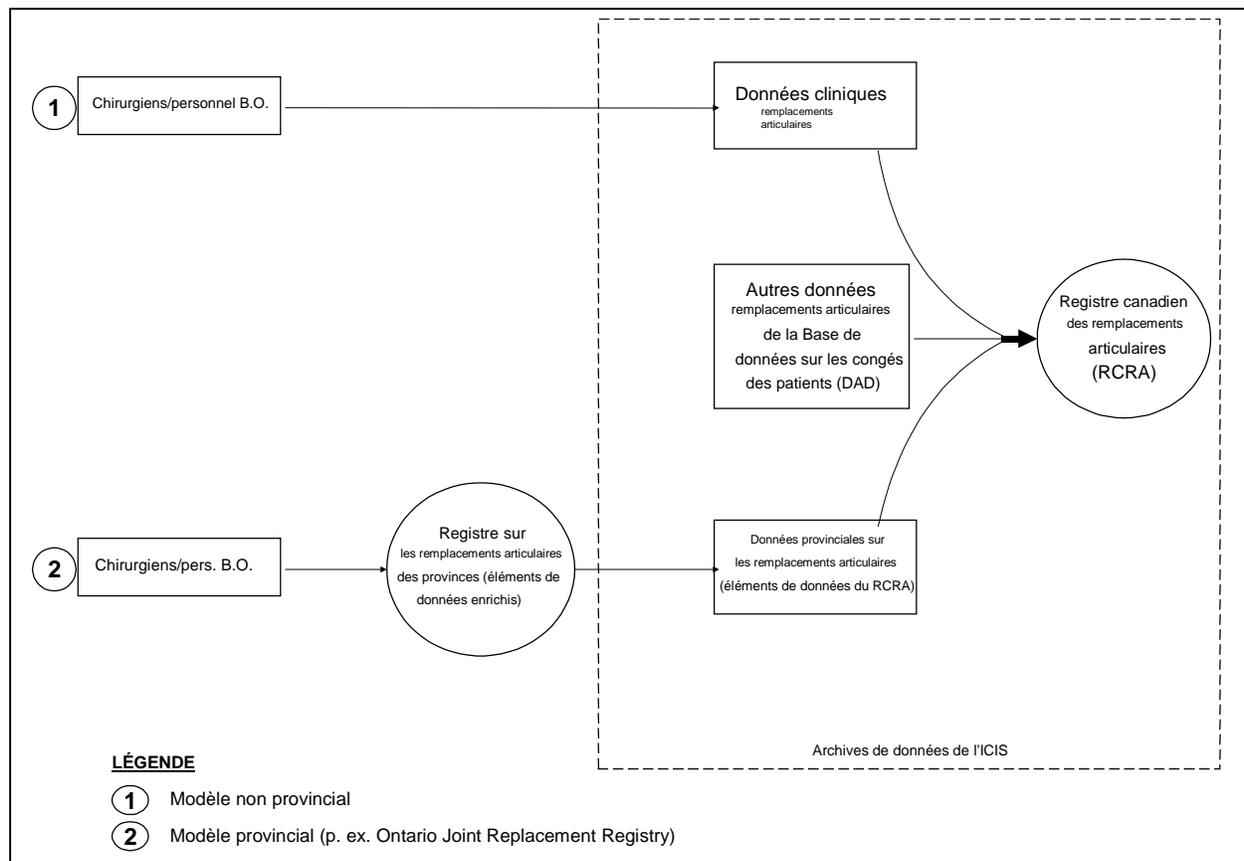


Figure 1. Acheminement des données dans le cas du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Le RCRA constitue une ressource précieuse pour les chirurgiens orthopédiques oeuvrant à améliorer de façon proactive la qualité et à évaluer le rendement. La participation des chirurgiens orthopédiques au RCRA est volontaire et a constamment augmenté depuis le moment où les chirurgiens ont commencé à présenter de l'information au RCRA en mai 2001. Les chirurgiens participants bénéficient de nombreux avantages s'y rattachant : rapports annuels, rapports sur des sujets précis et commentaires sur leur rendement par rapport à ceux de leurs pairs. Comme autre incitatif à leur participation, les chirurgiens peuvent obtenir des crédits visant à conserver leur permis en participant au RCRA et en analysant leurs données par rapport à celles de leurs pairs. Le RCRA représente également une précieuse ressource dans le cadre des études de recherche sur les services de santé, de l'élaboration des politiques et des initiatives de planification régionales. À court et à long terme, le RCRA constituera une mine d'information pertinente qui servira à surveiller et à améliorer la qualité de ces procédures de plus en plus importantes.

Le respect de la vie privée et la confidentialité des patients et des chirurgiens sont garantis, car l'ICIS souscrit à ses politiques rigoureuses sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité. Les pratiques sur le respect de la vie privée de l'ICIS répondent aux exigences fédérales, provinciales et territoriales et l'ICIS a fait sa marque à titre de gardien expérimenté et fiable de plusieurs registres et bases de données ne sont plus à faire.

Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?

Le RCRA présentera l'information nécessaire pour évaluer et améliorer le rendement des arthroplasties totales au Canada. Les sources de données actuelles ne sont pas conçues à cette fin. En outre, le codage des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada ne fait pas de distinction appropriée à ce moment-ci entre une première chirurgie et une reprise. Par conséquent, le pourcentage des remplacements qui représentent des reprises, le taux de reprise et les raisons s'y rattachant ne peuvent être facilement déterminés à partir des sources de données existantes. De plus, on ne dispose pas d'information chirurgicale approfondie sur le genre de remplacement ou la procédure comme tel. En outre, les données sur les modes de fixation, l'approche chirurgicale et le type d'implant, ne sont pas recueillies de façon systématique et constante.

Les données sur les études des projets pilotes du RCRA indiquent que de 10 à 12 % des patients pourraient tôt ou tard avoir à subir une autre intervention en raison de l'usure, de la laxité et du bris de l'implant. À titre de comparaison, le taux de reprise en Suède pour les implants de la hanche cimentés s'élève à 7 % par rapport à 13 % pour les implants non cimentés. En Suède, l'implant cimenté prédomine les procédures de remplacement utilisées dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, représentant 93 % des procédures. Au cours des cinq dernières années, seulement 8 à 9 % des arthroplasties de la hanche ont dû être reprises.⁵ L'efficacité du registre des arthroplasties totales de la hanche de la Suède n'a pas tardé à faire ses preuves grâce à une sensibilisation auprès de la collectivité orthopédique sur les risques rattachés aux nouvelles technologies relatives aux prothèses par la désignation des meilleures techniques chirurgicales et les prothèses orthopédiques de qualité inférieure. Le RCRA permet de saisir les chirurgies ayant fait l'objet d'une reprise et les raisons qui en découlent et d'assurer le suivi au fil des ans des patients ayant subi un remplacement articulaire pour contrôler leurs résultats. Par conséquent, le RCRA peut servir à calculer avec précision les taux de reprise et à désigner les raisons les plus souvent citées pour pratiquer une autre intervention. Par une étude approfondie des cas qui ont été repris, les raisons des reprises et d'autres facteurs rattachés au patient, à la prothèse et à la technique chirurgicale, on pourra prédire les facteurs de risque qui suscitent une reprise, d'où la possibilité de réduire le nombre de reprises et d'améliorer les autres résultats pour les patients.

Santé Canada s'est doté d'un mécanisme d'évaluation et d'approbation des dispositifs médicaux avant de les lancer sur le marché. Toutefois, la surveillance des prothèses médicales et des nouvelles technologies après leur mise sur le marché est grandement déficiente au Canada. Le suivi longitudinal des patients ayant subi une arthroplastie qui sont inscrits au RCRA permettra de dresser les raisons du taux de réussite des implantations et les variables s'y rattachant, d'où la présentation d'un mécanisme efficace de surveillance après la mise sur le marché des prothèses orthopédiques. En 1996, le *British Medical Journal* a demandé l'élaboration d'un registre national des arthroplasties au RU et a précisé qu'il s'agissait de la meilleure méthode d'évaluation de prothèses orthopédiques.⁶ L'auteur prétend qu'il faut habituellement assurer un suivi d'au moins 10 ans pour déterminer l'efficacité d'une prothèse. Sauf dans le cas de l'arthroplastie à frottement réduit de Charnley, aucune autre prothèse n'a fait l'objet de suivi à long terme au RU. Le registre national des remplacements articulaires du RU en est au stade de consultation. Le RCRA permettra d'obtenir des renseignements clés sur le rendement après la mise sur le marché des diverses prothèses.

Le RCRA assurera un acheminement constant de nouvelles données nécessaires pour éclairer les décisions en matière de traitement, d'élaboration de politiques et de planification, rattachées à ces chirurgies. Le RCRA servira également de modèle précieux en ce qui concerne l'élaboration d'autres initiatives pancanadiennes visant à assurer la surveillance d'un produit après sa mise sur le marché ou à améliorer les résultats pour les patients.

Avantages du RCRA

Plus de 42 000 arthroplasties totales étant pratiquées annuellement au Canada, le RCRA deviendra l'un des plus importants registres des remplacements articulaires au monde et, grâce à cette mine de renseignements, on pourra répondre aux questions clés en assurant un suivi au fil des ans des patients ayant subi une arthroplastie. Le nombre imposant de patients compris dans le registre permettra d'effectuer des analyses des sous-groupes et des comparaisons qui sont essentielles pour mesurer le rendement clinique et le rendement des prothèses à partir de vrais cas. Le RCRA présentera également des données importantes sur les tendances et les écarts provinciaux et régionaux concernant les taux sur les procédures, la durée du séjour, les réadmissions, la mortalité en milieu hospitalier et d'autres interventions cliniques à l'hôpital, dont les transfusions sanguines. Ces renseignements permettront aux décideurs de prendre des décisions éclairées fondées sur des faits.

Avantages pour les patients

Le RCRA vise de façon absolue à améliorer la qualité des soins et des résultats cliniques des receveurs d'une arthroplastie totale au Canada. La réduction des risques de reprendre une procédure par la présentation de techniques chirurgicales optimales et de prothèses orthopédiques efficaces représente un moyen pour que le RCRA puisse contribuer à de meilleurs soins et résultats chirurgicaux. Dans les années à venir, le RCRA évaluera également le temps d'attente des patients, l'état fonctionnel après une chirurgie et le taux de satisfaction des patients.

Avantages pour les chirurgiens

Les chirurgiens participant à l'enrichissement du registre recevront des commentaires à intervalles réguliers, des analyses ainsi que des rapports comparatifs. Ces rapports représenteront une source d'information qui servira à la prise de décisions concernant l'élaboration de politiques, la planification et la qualité des soins. Les données du RCRA permettront également aux chirurgiens participants de contribuer à l'élaboration d'initiatives d'amélioration de la qualité et d'évaluation du rendement de concert avec leurs collègues à l'échelle du pays. Au fil des ans, le RCRA permettra de présenter de l'information aux chirurgiens qui servira à prendre des décisions fondées sur des faits à la lumière de l'établissement des priorités pour le patient, des techniques chirurgicales et du choix des prothèses, favorisant ainsi l'amélioration de la qualité des arthroplasties totales de la hanche et du genou.

« Le RCRA peut relever les implants de qualité inférieure aussi tôt que possible et communiquer les résultats à la collectivité orthopédique au moment opportun » de déclarer le Dr Cecil Rorabeck du London Health Sciences Centre et président sortant de l'Association canadienne orthopédique.

Les chirurgiens participants peuvent également acquérir des unités de formation de perfectionnement professionnel permanent (PPP) dans le cadre du maintien de leur certificat en présentant des données sur les interventions au RCRA et en passant en revue les rapports de commentaires du RCRA fournis à intervalles réguliers. L'équipe du RCRA de l'ICIS offre aux chirurgiens des mises à jour régulières sur le nombre d'unités de formation de PPP acquises grâce à leur participation au RCRA. Cet avantage aide les chirurgiens à répondre aux exigences fixées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour le maintien du certificat. L'équipe du RCRA envisage également d'autres avantages pour les chirurgiens participants, dont la capacité de participer à des activités de formation professionnelle en direct, notamment la mise sur pied d'un club de journal.

Avantages pour le système de santé

Le RCRA constituera une source d'information clé pour les décideurs, les planificateurs et les dispensateurs de soins chargés de veiller à combler le besoin relatif aux arthroplasties totales de la hanche et du genou de haute qualité. On pourra obtenir des données sur les écarts entre les régions quant au besoin de se doter de procédures de qualité et à l'accès s'y rattachant auprès du personnel du RCRA afin d'éclairer les décisions à prendre. Les données recueillies auprès de l'équipe du RCRA serviront également à l'élaboration de directives cliniques fondées sur des faits dans le cas des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées au Canada. L'application de ces pratiques fondées sur les faits permettra d'améliorer les résultats de ces chirurgies par une diminution de la morbidité ultérieure chez les patients ayant subi une arthroplastie et de faire des économies dans l'ensemble du système.

Participation au RCRA

La participation à l'enrichissement du RCRA a augmenté progressivement depuis le début de la présentation de données sur les procédures par les chirurgiens orthopédiques en mai 2001. Entre mai 2001 et le 19 décembre 2001, 139 chirurgiens ont commencé à participer à l'enrichissement du RCRA, soit directement, soit par l'entremise du Ontario Joint Replacement Registry (OJRR). Ces chirurgiens comptent pour environ 30 % des chirurgiens orthopédiques admissibles à participer à l'enrichissement du RCRA au Canada (sauf pour l'Ontario). De plus, leur volume annuel représente 46 % des arthroplasties annuelles totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada (sauf pour l'Ontario). Les chirurgiens orthopédiques en Ontario soumettent leurs données au OJRR, qui sont ensuite acheminées par voie électronique au RCRA. Le OJRR a obtenu de taux de participation impressionnant de 97 % dans les régions où il est exploité. Comme l'indique le tableau 2, la participation à l'enrichissement du RCRA varie selon la province : le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l'Ontario bénéficient des taux de participation les plus élevés.

Tableau 2. Participation à l'enrichissement du Registre canadien des remplacements articulaires au 21 décembre 2001

Province	Chirurgiens inscrits à titre de participants	Nombre probable de chirurgiens ²	% des chirurgiens participants	Procédures en 1999-2000	Arthroplasties totales de la hanche ³	Arthroplasties totales du genou ³	Total	% des procédures totales
Colombie-Britannique	34	99	34,3	5 856	1 381	1 375	2 756	47,1
Alberta	14	53	26,4	4 148	533	807	1 340	32,3
Saskatchewan	10	20	50,0	1 735	578	578	1 156	66,6
Manitoba	11	27	40,7	2 252	381	456	837	37,2
Québec	38	201	18,9	5 707	1 021	1 150	2 171	38,0
Nouvelle-Écosse	8	26	30,8	1 871	475	555	1 030	55,1
Terre-Neuve	9	11	81,8	401	212	230	442	S.O.
Île-du-Prince-Édouard	0	4	0,0	188	-	-	-	-
Nouveau-Brunswick	14	25	56,0	1 227	411	540	951	77,5
Territoires du Nord-Ouest	∫	∫	∫	34	∫	∫	∫	∫
Nunavut	S.O.	0	S.O.	-	-	-	-	S.O.
Yukon	S.O.	0	S.O.	-	-	-	-	S.O.
Total partiel¹	139	468	29,7	23 419	5 002	5 711	10 713	45,7
Ontario ¹	31	32	96,9	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
TOTAL	170	500	34,0	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

¹ Les chirurgiens ontariens passent par le OJRR pour participer à l'enrichissement du RCRA. Le OJRR est mis en oeuvre par région à l'échelle de l'Ontario. À ce moment-ci, le OJRR est exploité intégralement dans la région sud-ouest seulement et on commence à le mettre en oeuvre dans les régions centrales du Sud et de l'Ouest. Les autres régions suivront.

² On ne connaît pas le nombre de chirurgiens qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Cette liste sera mise à jour dès que les renseignements seront disponibles.

³ Le nombre probable d'arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées par des chirurgiens ayant accepté de participer à l'enrichissement du RCRA.

∫ Les chiffres ne sont pas assez élevés.

Les représentants provinciaux du RCRA et plusieurs leaders dans les établissements ont joué un rôle crucial afin de promouvoir les avantages du registre, d'où l'augmentation du nombre de chirurgiens qui participent et s'engagent à présenter des données sur les procédures au RCRA dans leur province respective. L'engagement et les efforts de ces chirurgiens orthopédiques continueront à influencer grandement les taux de participation à l'enrichissement du RCRA et à assurer le succès continu de ce registre.

Méthodologie et limites

Sources de données

Les données présentées dans ce rapport proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients (DAD) de l'ICIS. La plupart des analyses sont fondées sur les données issues de la Base de données sur la morbidité hospitalière afin de dresser une étude pour l'ensemble du Canada. Le présent rapport ne dresse pas de données approfondies sur les chirurgies et les prothèses, car elles ne sont pas présentées dans les sources de données. Un rapport supplémentaire axé sur des données relatives aux procédures et aux prothèses orthopédiques est prévu à l'automne 2002. L'information qui sera présentée dans ce rapport supplémentaire proviendra des données recueillies par le RCRA.

Base de données sur la morbidité hospitalière

La Base de données sur la morbidité hospitalière présente le nombre de congés (y compris les décès) d'un hôpital selon le principal diagnostic et renferme tous les congés des établissements de soins de courte durée au Canada. Cette base de données dresse d'autres différentes données cliniques et démographiques, dont le principal diagnostic, les procédures, la date d'admission, l'état au moment du congé, le nombre total de jours à l'hôpital, l'âge et le sexe du patient.

Les données proviennent des hôpitaux à vocation générale et des hôpitaux spécialisés, y compris les établissements de soins de courte durée, pour convalescents et malades chroniques (sauf pour l'Ontario) et sont téléchargées à partir de la Base de données sur les congés des patients (DAD) pour les provinces qui contribuent à alimenter cette base de données. Les données pour les autres hôpitaux sont fournies séparément par les provinces ou territoires correspondants. Même si la Base de données sur la morbidité hospitalière renferme moins d'éléments de données que la DAD, elle permet de saisir l'intégralité des données sur les congés des patients des établissements de soins de courte durée pour le Canada.

La cueillette et la publication des statistiques nationales sur la morbidité hospitalière (maladie) ont débuté en 1960. Depuis 1994-1995, l'ICIS est chargé de la cueillette, du traitement et de la révision des données. Statistique Canada détient la série antérieure, soit de 1960 à 1994-1995.

Base de données sur les congés des patients

La Base de données sur les congés des patients (DAD) a été élaborée initialement en 1963 pour recueillir des données sur les congés accordés par les hôpitaux en Ontario. Au fil des ans, elle a été élargie pour recueillir des données nationales. Cette base de données actuelle renferme des données à partir de l'exercice 1979-1980 à 2000-2001.

Elle contient des données démographiques, administratives et cliniques qui se rapportent aux congés d'hôpitaux, y compris les patients hospitalisés de courte durée, les unités pour les maladies chroniques, la réadaptation ainsi que les chirurgies d'un jour. L'ICIS reçoit des données directement des hôpitaux participants, ce qui représente environ 85 % de tous les congés des patients hospitalisés au Canada.

Statistique Canada

Pour le calcul des taux, on a recours à des estimations financières à l'échelle nationale et provinciale (1^{er} octobre). Il s'agit de mises en ordre présentées par la Division de la démographie, Statistique Canada.

Éléments de données et analyse de données

Les remplacements articulaires dans le présent rapport englobent les arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont saisies dans les congés des patients au Canada. L'arthroplastie totale de la hanche englobe celle pratiquée au moyen de méthacrylate de méthyle et les autres arthroplasties totales de la hanche, ce qui correspond aux codes 93.51 et 93.59, respectivement, de la CIM-9-CCA¹. L'arthroplastie totale du genou englobe l'arthroplastie totale du genou de Geomedic et l'arthroplastie totale polycentrique du genou, ce qui correspond au code 93.41 de la CIM-9-CCA.

Ces codes englobent les procédures initiales et les reprises ainsi que les opérations chirurgicales urgentes et non urgentes. Le pourcentage approximatif des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui représentent des opérations chirurgicales d'urgence est de l'ordre de 6 % et de 1 % respectivement. Au 1^{er} avril 2000, on a demandé aux établissements de soins de santé d'utiliser un code de CCA séparé pour les reprises. À l'heure actuelle, cette mesure n'a pas été appliquée de manière constante et uniforme dans tous les établissements de soins de santé au Canada. Bien qu'il soit possible de différencier les remplacements articulaires initiaux des reprises par l'examen du diagnostic principal rattaché à cette procédure, cette méthode est limitée en raison des erreurs de codage, en général, aux écarts provinciaux dans le codage, en particulier.

Les chirurgies annulées sont exclues des exercices 1998-1999 et 1999-2000 seulement. On évalue le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche annulées entre 0,7 et 0,8 % par année. Dans le même ordre d'idées, on annule de 0,6 à 0,7 % des arthroplasties totales du genou par année. Les chirurgies annulées englobent seulement celles parmi lesquelles une admission a été enregistrée.

Le nombre de procédures ne correspond pas toujours au nombre de patients, car une personne peut devoir subir deux remplacements. Dans ce cas-là, un patient compte pour deux procédures. À moins d'avis contraire, les analyses sont effectuées d'après le nombre de procédures.

Dans le calcul des taux des arthroplasties totales de la hanche et du genou, le numérateur est fondé sur le nombre de procédures selon le lieu de résidence du patient et non là où la procédure est pratiquée. L'endroit où habite le patient est consigné à l'échelon provincial. Les patients ayant un code de résidence inconnu ou invalide ont été exclus du calcul des taux.

¹ Classification internationale des maladies, 9^e révision — Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux

À moins d'avis contraire, les taux sont ajustés selon l'âge et consignés séparément pour les hommes et les femmes. La normalisation selon l'âge est une méthode statistique utilisée pour ajuster les taux afin d'établir les différences dans les structures par âge des populations faisant l'objet de comparaison. On recommande, en règle générale, d'avoir recours aux taux normalisés selon l'âge pour étudier les tendances au fil des ans et comparer les taux entre les populations. Après le rajustement selon l'âge, toute différence de taux est attribuable à des facteurs autres que l'âge. En outre, les différences entre les taux normalisés selon l'âge dans le cas des arthroplasties totales de la hanche et du genou sont attribuables à des facteurs autres que les différences dans les structures par âge des populations faisant l'objet de comparaison. Les taux normalisés selon l'âge propres au sexe sont consignés pour indiquer les différences des taux d'arthroplasties totales de la hanche et du genou entre les hommes et les femmes.

Résultats

Tendances relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada

On compte 42 338 arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont été pratiquées au Canada en 1999-2000 et il s'agit d'une hausse de 32 % par rapport aux 32 147 remplacements effectués en 1994-1995 (figure 2). Cette hausse va de pair avec celle observée aux États-Unis. D'après l'American Academy of Orthopaedic Surgeons, les arthroplasties initiales totales de la hanche et du genou ont progressé, passant de 277 000 en 1991 à 383 000 en 1996, ce qui représente une augmentation de 38 % pour ces procédures.¹

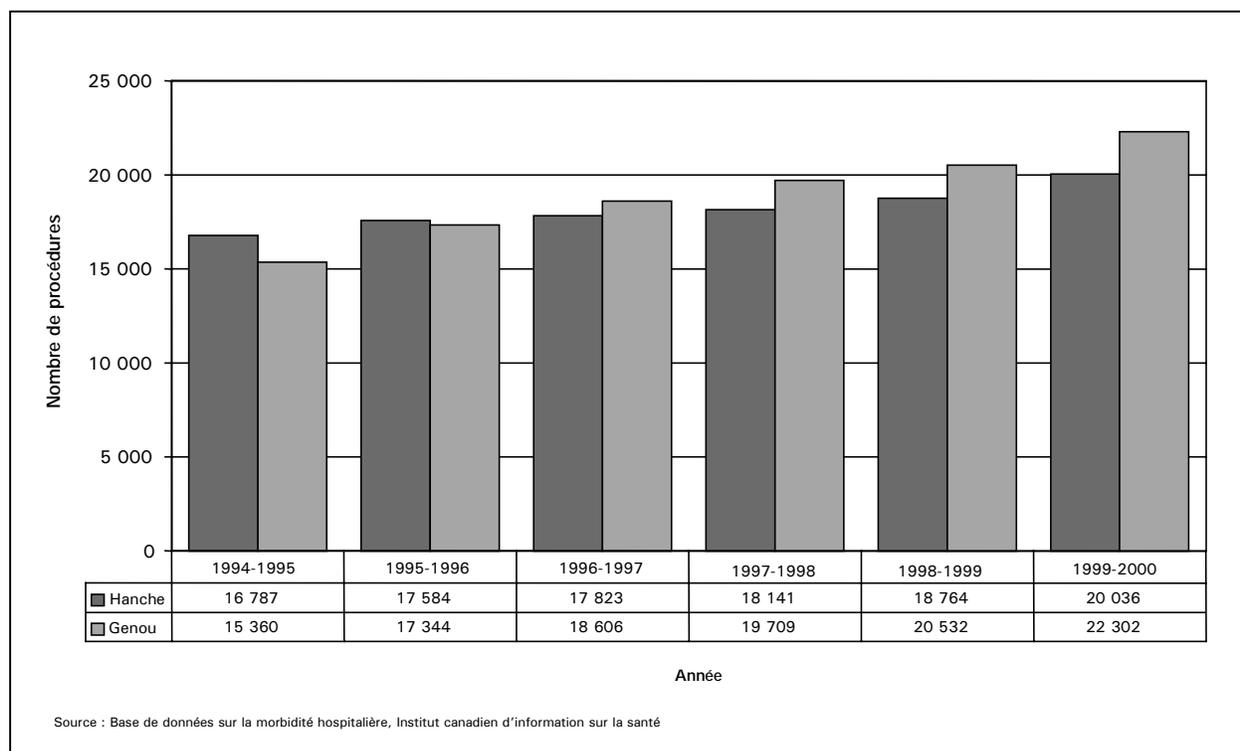


Figure 2. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada, 1994-1995 à 1999-2000

On note une inversion dans le pourcentage d'arthroplasties totales du genou par rapport à celles de la hanche au Canada depuis 1994-1995. En 1994-1995, la majorité des procédures se composaient des arthroplasties totales de la hanche (52 %) suivies de près par les arthroplasties totales du genou (48 %). En 1999-2000, ces chiffres étaient inversés : 53 % pour les arthroplasties totales du genou et 47 % pour les arthroplasties totales de la hanche, ce qui traduit une progression plus rapide du nombre d'arthroplasties totales du genou depuis 1994-1995. Par exemple, on compte une hausse de 45 % du nombre d'arthroplasties totales du genou par rapport à une augmentation de 19 % du nombre d'arthroplasties totales de la hanche de 1994-1995 à 1999-2000. Des augmentations similaires ont été observées aux États-Unis où les arthroplasties totales de la hanche ont progressé de 18 % et le nombre d'arthroplasties totales du genou ont augmenté de 53 % entre 1991 et 1996.¹

L'augmentation du nombre de procédures variait d'une province/territoire à l'autre dans le cas des arthroplasties totales de la hanche et du genou comme en font foi les tableaux 3 et 4. Même si des écarts existent, on observe, en règle générale, une augmentation du nombre de procédures dans chaque province-territoire. Entre les provinces, la plus importante augmentation en pourcentage est observée au Manitoba où les arthroplasties totales de la hanche ont progressé de 46 % et les arthroplasties totales du genou ont plus que doublé (de 111 %) de 1994-1995 à 1999-2000.

Tableau 3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada d'après le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 1999-2000

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 1999-2000	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	203 ²	201	- 1,0%
Île-du-Prince-Édouard	104	104	0,0%
Nouvelle-Écosse	734	825	+ 12,4%
Nouveau-Brunswick	429	511	+ 19,1%
Québec	2 527	2 979	+ 17,9%
Ontario	6 988	8 433	+ 20,7%
Manitoba	664	967	+ 45,6%
Saskatchewan	821	861	+ 4,9%
Alberta	1 786	1 992	+ 11,5%
Colombie-Britannique	2 383	2 931	+ 23,0%
Territoires du Nord-Ouest	1	14	+ 1300,0% ⁴
Yukon et Nunavut	8	13	+ 62,5% ⁴
Inconnu ¹	199 ²	205	--
CANADA	16 787³	20 036	+ 19,3 %

¹ Englobe les résidents canadiens et étrangers.

² Pour Terre-Neuve et les patients n'ayant aucun lieu de résidence connu, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés; les données pour 1994-1995 sont incomplètes.

³ Le total ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

⁴ Le changement en pourcentage devrait être interprété prudemment, car les chiffres sont peu élevés.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 4. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada d'après le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 1999-2000

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 1999-2000	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	175 ²	198	+ 13,1 %
Île-du-Prince-Édouard	88	104	+ 18,2 %
Nouvelle-Écosse	679	1 039	+ 53,0 %
Nouveau-Brunswick	402	643	+ 59,9 %
Québec	2 146	2 796	+ 30,3 %
Ontario	6 839	10 220	+ 49,4 %
Manitoba	578	1 217	+ 110,6 %
Saskatchewan	840	870	+ 3,6 %
Alberta	1 587	1 984	+ 25,0 %
Colombie-Britannique	1 875	2 970	+ 58,4 %
Territoires du Nord-Ouest	2	17	+ 750,0 % ⁴
Yukon et Nunavut	4	30	+ 650,0 % ⁴
Inconnu ¹	176 ²	214	--
CANADA	15 360³	22 302	+ 45,2 %

¹ Englobe les résidents canadiens et étrangers.

² Pour Terre-Neuve et les patients n'ayant aucun lieu de résidence connu, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés; les données pour 1994-1995 sont incomplètes.

³ Le total ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

⁴ Le changement en pourcentage devrait être interprété prudemment, car les chiffres sont peu élevés.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

De plus, les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou ont progressé de 1994-1995 à 1999-2000. La figure 3 présente les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada de 1994-1995 à 1999-2000. Une hausse progressive est manifeste pour les hommes, les femmes et les deux sexes réunis. La progression est plus marquée dans le cas des arthroplasties totales du genou comme en témoigne la figure 4. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir à subir les deux types de procédures par rapport aux hommes.

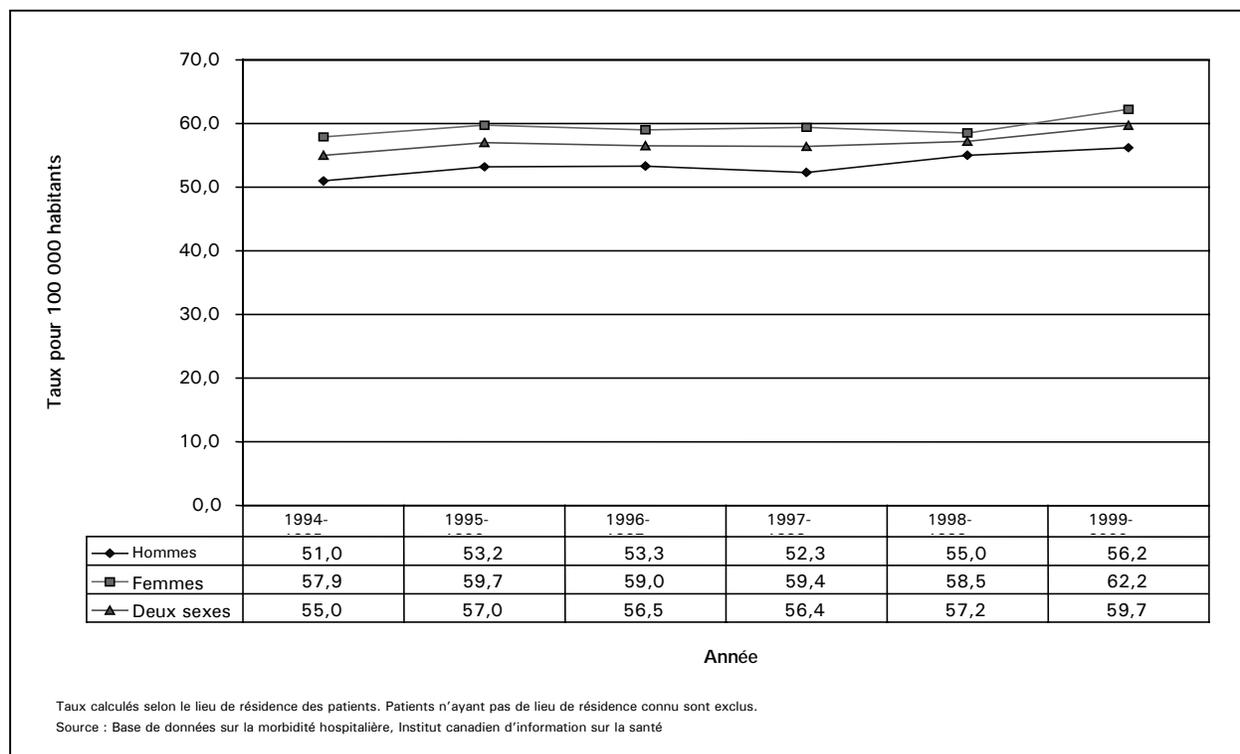


Figure 3. Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales de la hanche, Canada, 1994-1995 à 1999-2000

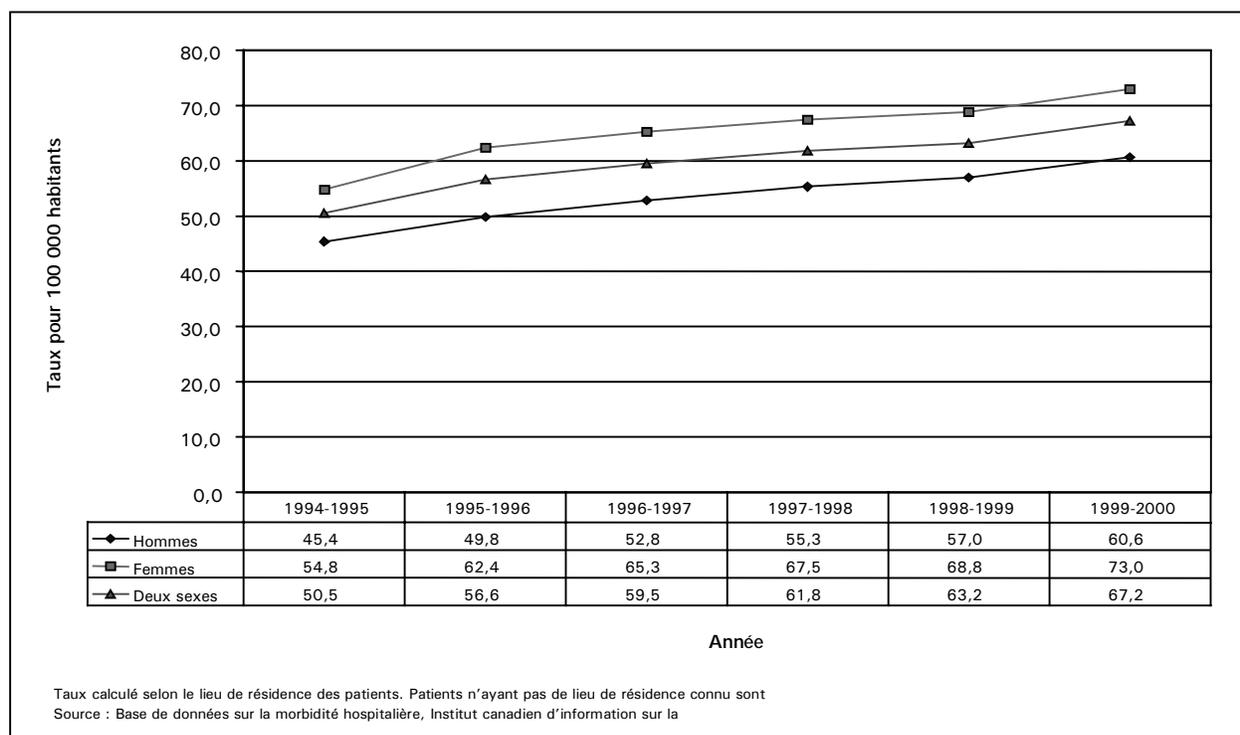


Figure 4. Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales du genou, Canada, 1994-1995 à 1999-2000

Comme dans le cas des hausses en chiffres absolus du nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou, le Manitoba a également connu la plus grande augmentation des taux normalisés selon l'âge pour ces procédures au cours de la même période (tableaux 5 et 6). Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche ont diminué à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard de 8 et de 9 %, respectivement, de 1994-1995 à 1999-2000.

Tableau 5. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995 et 1999-2000

Province	Arthroplastie totale de la hanche 1994-1995	Arthroplastie totale de la hanche 1999-2000	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	38,5 ¹	35,5	- 7,8 %
Île-du-Prince-Édouard	70,9	64,2	- 9,4 %
Nouvelle-Écosse	72,9	76,4	+ 4,8 %
Nouveau-Brunswick	53,7	60,6	+ 12,8 %
Québec	34,0	36,3	+ 6,8 %
Ontario	62,1	67,0	+ 7,9 %
Manitoba	53,7	74,9	+ 39,5 %
Saskatchewan	69,6	70,3	+ 1,0 %
Alberta	77,5	74,3	- 4,1 %
Colombie-Britannique	59,7	64,6	+ 8,2 %
CANADA²	55,0	59,7	+ 8,5 %

¹ Pour les taux de Terre-Neuve, les chiffres de 1995-1996 s'appliquent, car les données de 1994-1995 sont incomplètes.

² Les patients ayant un lieu de résidence inconnu sont exclus. Les taux pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été enlevés en raison des chiffres peu élevés, mais ils sont inclus dans la moyenne nationale.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 6. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995 et 1999-2000

Province	Arthroplastie totale du genou 1994-1995	Arthroplastie totale du genou 1999-2000	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	33,6 ¹	35,4	+ 5,4 %
Île-du-Prince-Édouard	61,2	67,0	+ 9,5 %
Nouvelle-Écosse	67,6	98,7	+ 46,0 %
Nouveau-Brunswick	50,8	77,3	+ 52,2 %
Québec	29,0	34,4	+ 18,6 %
Ontario	60,9	81,7	+ 34,1 %
Manitoba	46,3	94,8	+ 104,7 %
Saskatchewan	70,0	71,8	+ 2,6 %
Alberta	70,0	75,8	+ 8,3 %
Colombie-Britannique	46,9	66,0	+ 40,7 %
CANADA²	50,5	67,2	+ 33,1 %

¹ Pour les taux de Terre-Neuve, les chiffres de 1995-1996 s'appliquent, car les données de 1994-1995 sont incomplètes.

² Les patients ayant un lieu de résidence inconnu sont exclus. Les taux pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été enlevés en raison des chiffres peu élevés, mais ils sont inclus dans la moyenne nationale.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Les personnes âgées de 85 ans et plus ont connu l'augmentation la plus élevée en pourcentage du nombre d'arthroplasties totales de la hanche, soit une hausse de 55 % chez les hommes et de 51 % chez les femmes (tableau 7). Cette situation reflète en partie le plus grand nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 1999-2000 par rapport à 1994-1995. Dans le même ordre d'idées, on note une hausse de 97 % du nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées chez les hommes de 85 ans et plus et de 80 % chez les femmes du même âge (tableau 8). En tenant compte du changement dans les taux propres à un groupe d'âges pour les arthroplasties totales de la hanche au cours de la même période, une faible augmentation constante est notée chez les hommes (25 %) et les femmes (22 %) de 85 ans ou plus (tableau 9). Une tendance similaire à la hausse est également manifeste pour les taux propres à un groupe d'âges pour les arthroplasties totales du genou, qui affiche une hausse de 59 % chez les hommes et de 46 % chez les femmes appartenant à ce groupe d'âges, et ce, de 1994-1995 à 1999-2000 (tableau 10).

Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées chez des Canadiens plus jeunes a progressé de 1994-1995 à 1999-2000 comme l'indiquent l'augmentation de 44 % chez les femmes et la hausse de 28 % chez les hommes âgés de 45 à 54 ans (tableau 7). Cette tendance est plus marquée dans le cas des arthroplasties totales du genou, car on observe une augmentation de 97 % chez les femmes âgées de 45 à 54 ans et de 60 % chez les hommes (tableau 8). Comme c'est le cas pour les groupes d'âges supérieurs, la hausse des taux propres à un groupe d'âges pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou chez les 45 à 54 ans va de pair avec l'augmentation en nombres absolus de ces procédures, mais elle est moins marquée (tableaux 9 et 10).

Tableau 7. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche par groupe d'âges et selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 1999-2000

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	1999-2000	Changement en %	1994/1995	1999/2000	Changement en %
< 45 ans	489	574	+ 17,4 %	475	534	+ 12,4 %
45-54 ans	716	915	+ 27,8 %	630	909	+ 44,3 %
55-64 ans	1 609	1 761	+ 9,4 %	1 659	1 843	+ 11,1 %
65-74 ans	2 475	2 926	+ 18,2 %	3 746	3 867	+ 3,2 %
75-84 ans	1 470	1 984	+ 35,0 %	2 798	3 629	+ 29,7 %
85 ans et +	194	301	+ 55,1 %	526	793	+ 50,8 %
TOTAL	6 953	8 461	+ 21,7 %	9 834	11 575	+ 17,7 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 8. Nombre d'arthroplasties totales du genou par groupe d'âges et selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 1999-2000

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	1999-2000	Changement en %	1994-1995	1999-2000	Changement en %
< 45 ans	104	131	+ 26,0 %	155	188	+ 21,3 %
45-54 ans	282	452	+ 60,3 %	397	783	+ 97,2 %
55-64 ans	1 292	1 871	+ 44,8 %	1 684	2 517	+ 49,5 %
65-74 ans	2 754	3 878	+ 40,8 %	4 170	5 318	+ 27,5 %
75-84 ans	1,564	2 396	+ 53,2 %	2 597	4 097	+ 57,8 %
85 ans et +	117	231	+ 97,4 %	244	440	+ 80,3 %
TOTAL	6 113	8 959	+ 46,6 %	9 247	13 343	+ 44,3 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 9. Taux propres à un groupe d'âges (pour 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 1999-2000

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	1999-2000	Changement en %	1994-1995	1999-2000	Changement en %
< 45 ans	4,9	5,7	+ 16,3 %	4,9	5,5	+ 12,2 %
45-54 ans	40,8	43,5	+ 6,6 %	35,9	42,9	+ 19,5 %
55-64 ans	131,1	131,0	- 0,1 %	131,8	132,8	+ 0,8 %
65-74 ans	267,5	295,5	+ 10,5 %	335,8	340,9	+ 1,5 %
75-84 ans	353,2	400,2	+ 13,3 %	434,0	480,2	+ 10,6 %
85 ans et +	205,0	255,5	+ 24,6 %	236,6	289,0	+ 22,1 %
TOTAL	48,2	55,9	+ 16,0 %	66,9	75,0	+ 12,1 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 10. Taux propres à un groupe d'âges (pour 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 1999-2000

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	1999-2000	Changement en %	1994-1995	1999-2000	Changement en %
< 45 ans	1,0	1,3	+ 30,0 % ¹	1,6	1,9	+ 18,7 % ¹
45-54 ans	16,1	21,5	+ 33,5 %	22,6	37,0	+ 63,7 %
55-64 ans	105,3	139,2	+ 32,2 %	133,8	181,4	+ 35,6 %
65-74 ans	297,6	391,7	+ 31,6 %	373,8	468,8	+ 25,4 %
75-84 ans	375,8	483,3	+ 28,6 %	402,9	542,1	+ 34,5 %
85 ans et +	123,6	196,0	+ 58,6 %	109,7	160,4	+ 46,2 %
TOTAL	42,4	59,2	39,6 %	62,9	86,4	+ 37,4 %

¹ Le changement en pourcentage doit être interprété prudemment, car il s'agit de chiffres peu élevés.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Il importe également d'examiner les changements dans le nombre réel d'arthroplasties totales de la hanche et du genou par groupe d'âges. En outre, la progression de 55 % du nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées chez les hommes de 85 ans et plus, décrite précédemment, reflète une hausse, passant de 194 procédures à 301, soit une augmentation totale de 107 procédures (tableau 7). À titre de comparaison, la hausse de 18 % du nombre d'arthroplasties totales de la hanche chez les hommes de 65 à 74 ans se traduit par une progression, passant de 2 475 procédures à 2 926, soit une augmentation totale de 451 procédures. Cet exemple illustre l'importance de revoir les changements réels et en pourcentage dans le nombre et les taux propres à un groupe d'âges pour toutes les catégories portant sur l'âge et le sexe et les types de procédures au moment d'interpréter les changements au fil des ans.

Le taux brut des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées dans plusieurs pays figurent aux tableaux 11 et 12. Même si le Canada affiche l'un des taux les moins élevés en arthroplasties totales de la hanche, le taux des arthroplasties totales du genou s'inscrit dans la moyenne. Il faut faire preuve de vigilance dans la comparaison de ces taux bruts nationaux, car ceux-ci ne sont pas rajustés pour tenir compte des différences dans les structures de l'âge et du sexe des personnes de chaque pays. De plus, à l'exception de la Suède, les taux optimaux des arthroplasties totales de la hanche et du genou n'ont pas fait l'objet d'estimations pour ces pays, d'où la difficulté accrue de dresser des comparaisons. La Suède recommande un taux d'arthroplasties totales de la hanche de 130 pour 100 000 habitants pour combler les besoins s'y rattachant et éliminer le temps d'attente dans ce pays.⁵ Toutefois, on ne peut présumer que ce taux « optimal » peut s'appliquer à d'autres pays, car il existe de nombreux facteurs qui influencent les besoins axés sur la population dans le cas des arthroplasties totales de la hanche. Le RCRA permettra d'obtenir des renseignements cruciaux qui serviront aux initiatives visant à déterminer les différents taux pouvant s'appliquer aux régions et aux sous-populations du Canada.

Tableau 11. Comparaison internationale des taux bruts (pour 100 000 habitants) concernant les arthroplasties totales initiales de la hanche¹

Pays	Taux brut pour 100 000 habitants	Année	Référence
Australie	74	1999-2000	Rapport annuel de 2001
Finlande	93	1999	Acta Orthop Scand 2001;72(5):433-41
Nouvelle-Zélande	119	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordonnatrice du registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Norvège	114	1990	Bulletin Hospital Joint Diseases 1999;58(3):139-47
	124	2000	Entretien personnel, Birgitte Espehaug, statisticienne, registre des arthroplasties de la Norvège, décembre 2001.
Suède	100	S.O.	Acta Orthop Scand 2000;71(2):111-21
États-Unis	52	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures. 1999.
Canada	65	1999-2000	Institut canadien d'information sur la santé

¹ Ces comparaisons ne tiennent pas compte des différences relatives aux structures sur l'âge et le sexe de ces populations. Seul le taux canadien englobe les arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises.

Tableau 12. Comparaison internationale des taux bruts (pour 100 000 habitants) concernant les arthroplasties totales initiales du genou¹

Pays	Taux brut pour 100 000 habitants	Année	Référence
Australie	81	1999-2000	Rapport annuel de 2001
Nouvelle-Zélande	75	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordonnatrice du registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Norvège	35	2000	Entretien personnel, Birgitte Espehaug, statisticienne, registre des arthroplasties de la Norvège, décembre 2001.
Suède	63	1996-1997	Acta Orthop Scand 2000;71(4):378-80
États-Unis	92	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures. 1999.
Canada	72	1999-2000	Institut canadien d'information sur la santé

¹ Ces comparaisons ne tiennent pas compte des différences relatives aux structures sur l'âge et le sexe de ces populations. Seul le taux canadien englobe les arthroplasties totales du genou initiales et reprises.

Données démographiques sur les patients

Les arthroplasties totales de la hanche et du genou sont pratiquées en grande partie chez les patients âgés de 65 ans et plus. En 1999-2000, l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche au Canada s'élevait à 68,0 ans (69,3 ans pour les femmes et 66,1 ans pour les hommes). Ce taux est similaire à celui de l'Australie, où l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie totale initiale de la hanche s'élevait à 67,6 ans (69,0 ans pour les femmes et 66,0 ans pour les hommes).⁷ La majorité (67 %) des patients canadiens ayant subi une arthroplastie totale de la hanche avaient 65 ans ou plus (figure 5). Par contre, seulement 6 % des patients qui ont obtenu une arthroplastie totale de la hanche avaient moins de 45 ans.

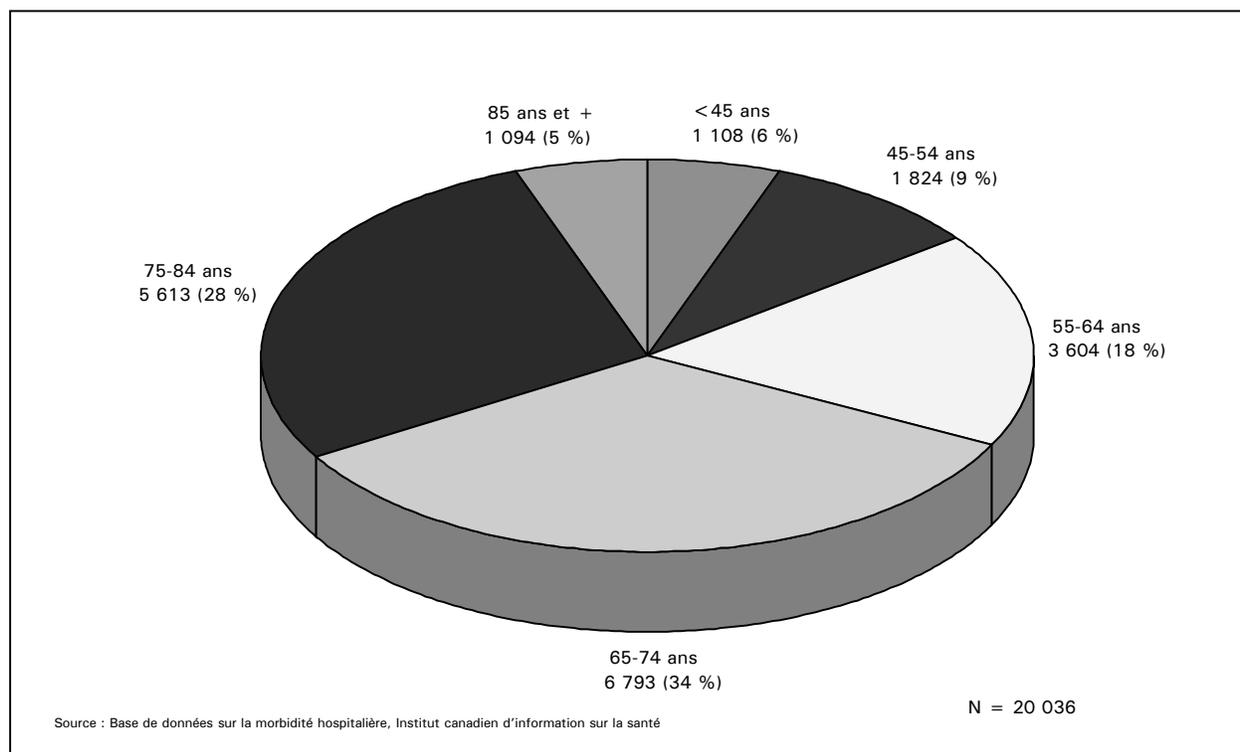


Figure 5. Répartition des arthroplasties totales de la hanche selon l'âge des patients, Canada, 1999-2000

Dans l'ensemble, 58 % des femmes ont reçu une arthroplastie totale de la hanche. Le groupe d'âges ≥ 65 comptait pour 71 % des arthroplasties totales de la hanche chez les femmes et 61 %, chez les hommes. Par contre, le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche chez les personnes âgées de 55 ans et moins était plus élevé chez les hommes (18 %) que les femmes (13 %) (figures 6 et 7).

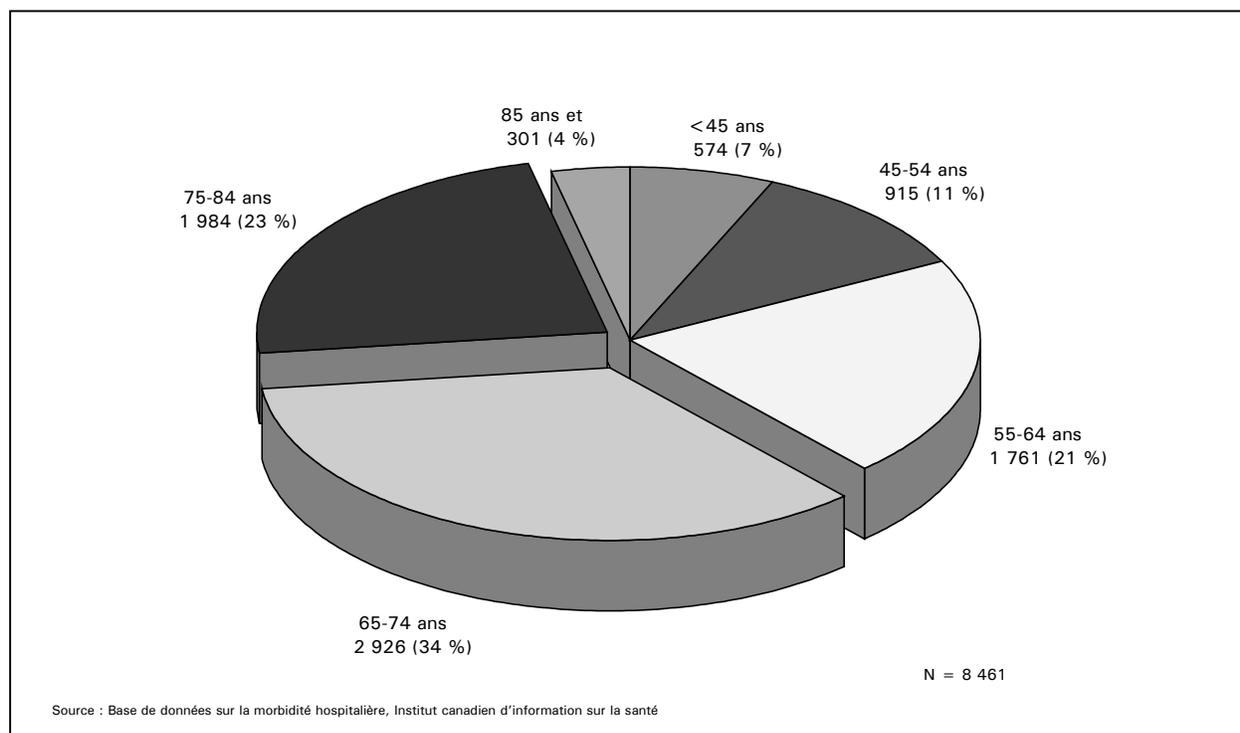


Figure 6. Répartition des arthroplasties totales de la hanche chez les hommes selon leur âge, Canada, 1999-2000

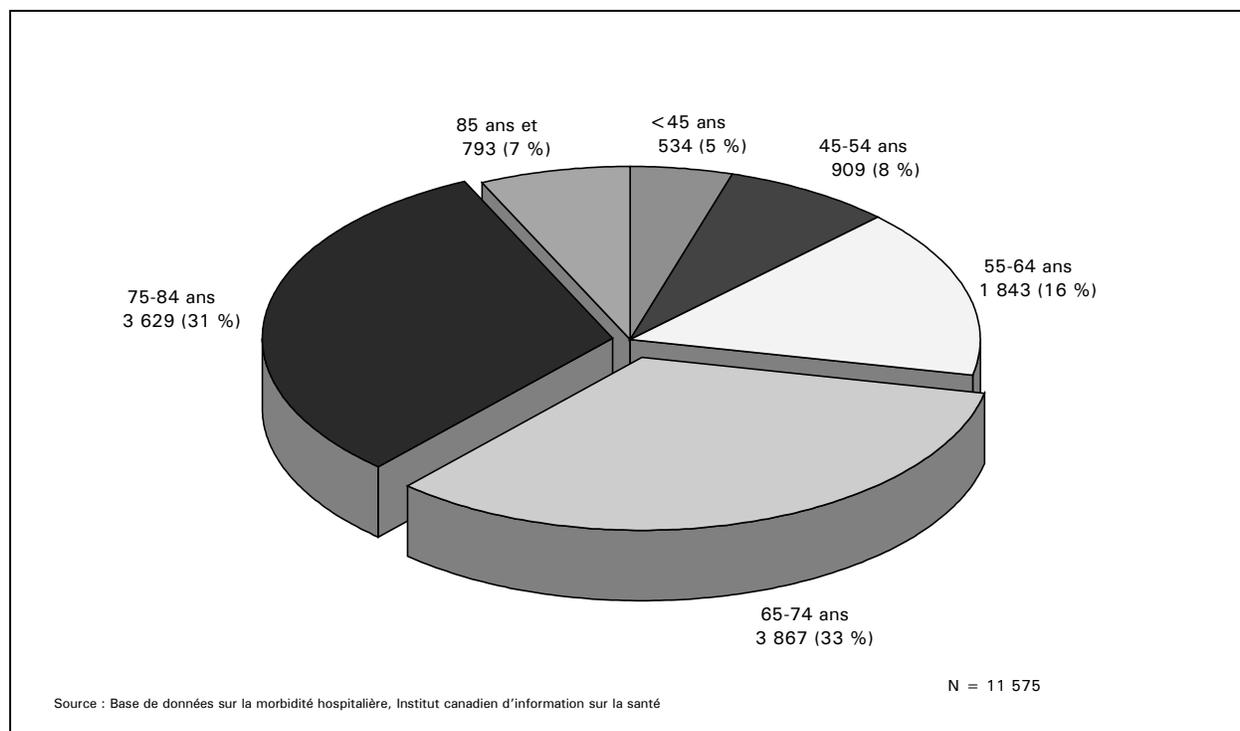


Figure 7. Répartition des arthroplasties totales de la hanche chez les femmes selon leur âge, Canada, 1999-2000

En 1999-2000, les patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou étaient légèrement plus âgés, en moyenne, que les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche. L'âge moyen des patients canadiens ayant reçu une arthroplastie totale du genou s'élevait à 69,5 ans (69,7 ans pour les femmes et 69,2 ans pour les hommes) en 1999-2000. En Australie, le moyenne d'âge des patients ayant reçu une arthroplastie totale initiale du genou s'élevait à 71 ans (71,5 chez les femmes et 70,5 chez les hommes).⁷

Les patients âgés de ≥ 65 ans représentaient 83 % de tous les patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou (figure 8). En général, ces procédures ont été moins pratiquées chez les patients plus jeunes que dans le cas des arthroplasties totales de la hanche; on compte tout juste 1 % des patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou âgés de moins de 45 ans par rapport à un taux de 6 % pour une arthroplastie totale de la hanche.

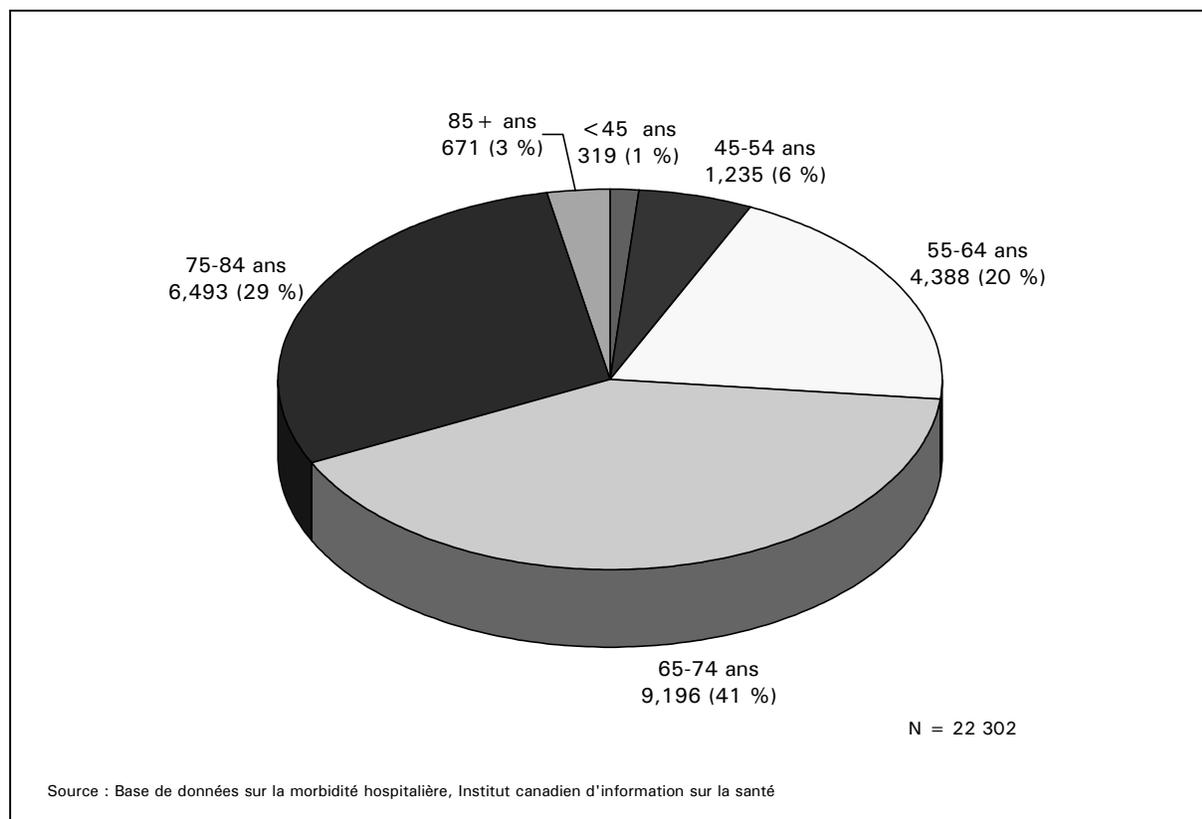


Figure 8. Répartition des arthroplasties totales du genou selon l'âge du patient, Canada, 1999-2000

Comme dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, la majorité (60 %) des arthroplasties totales du genou ont été pratiquées chez des femmes. Contrairement aux arthroplasties totales de la hanche, toutefois, la répartition selon l'âge pour les arthroplasties totales du genou est similaire chez les hommes et les femmes (figures 9 et 10).

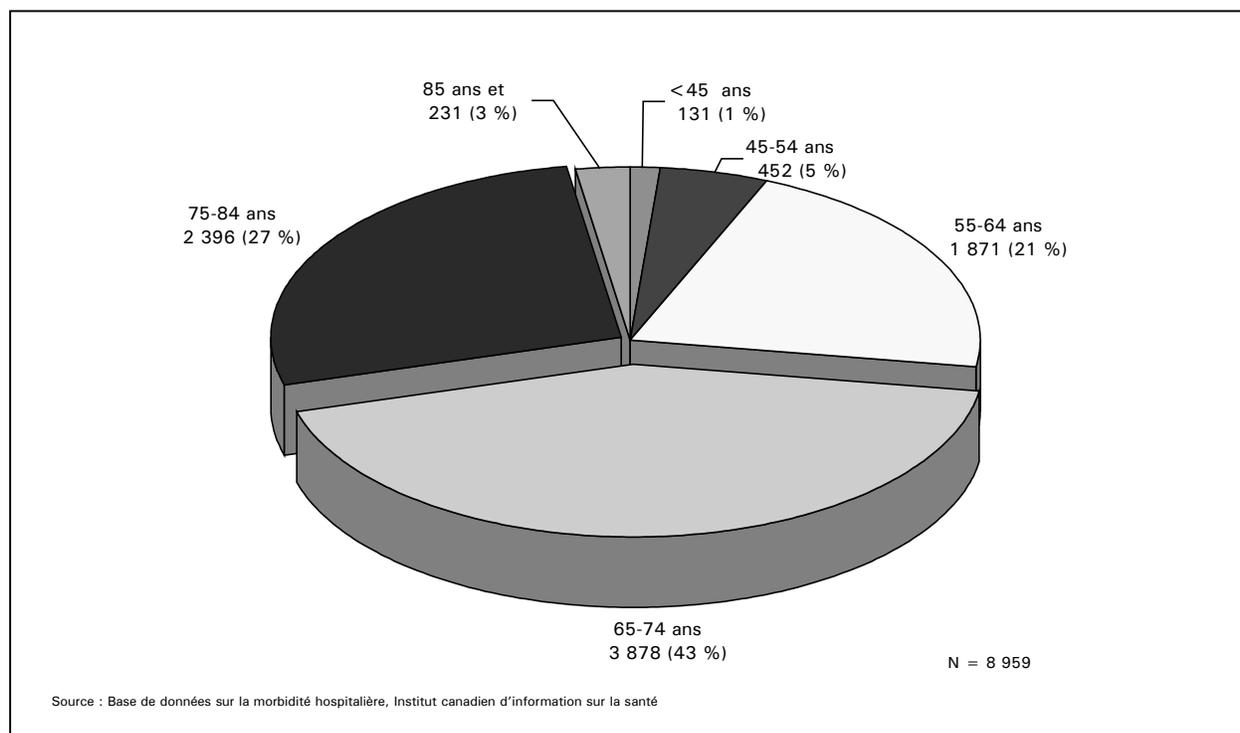


Figure 9. Répartition des arthroplasties totales du genou pratiquées chez des hommes selon l'âge, Canada, 1999-2000

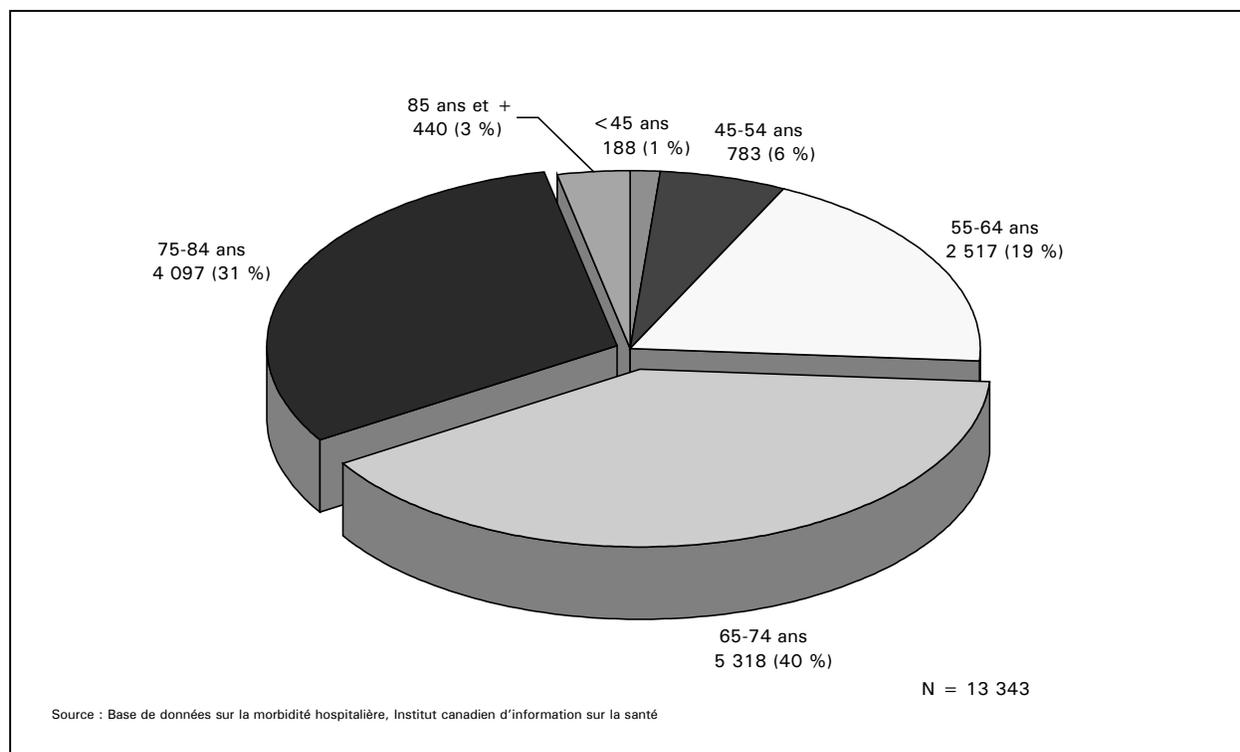


Figure 10. Répartition des arthroplasties totales du genou pratiquées chez des femmes selon l'âge, Canada, 1999-2000

Lorsque l'on examine le nombre absolu d'arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le groupe d'âges et le sexe, le nombre de procédures pour les femmes est plus élevé que celui des hommes pour tous les groupes d'âge, à l'exception du groupe d'âges < 55 ans dans le cas des arthroplasties totales de la hanche (figures 11 et 12).

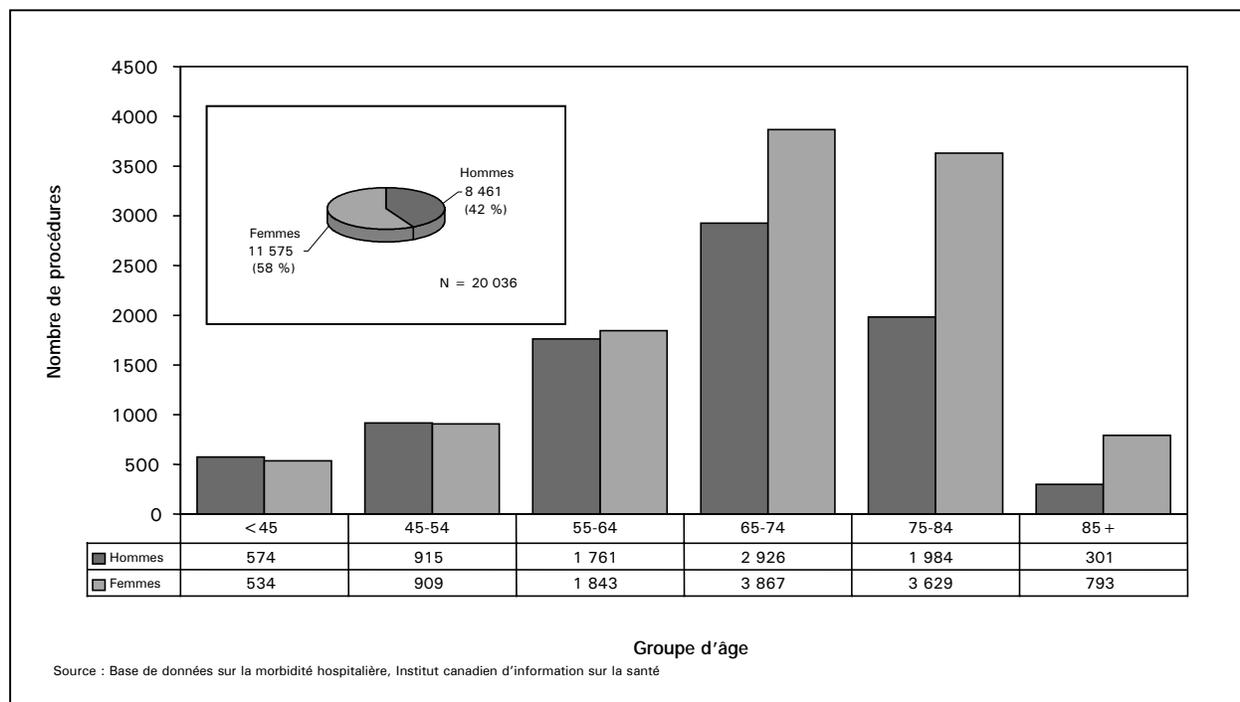


Figure 11. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche par groupe d'âges et selon le sexe, Canada, 1999-2000

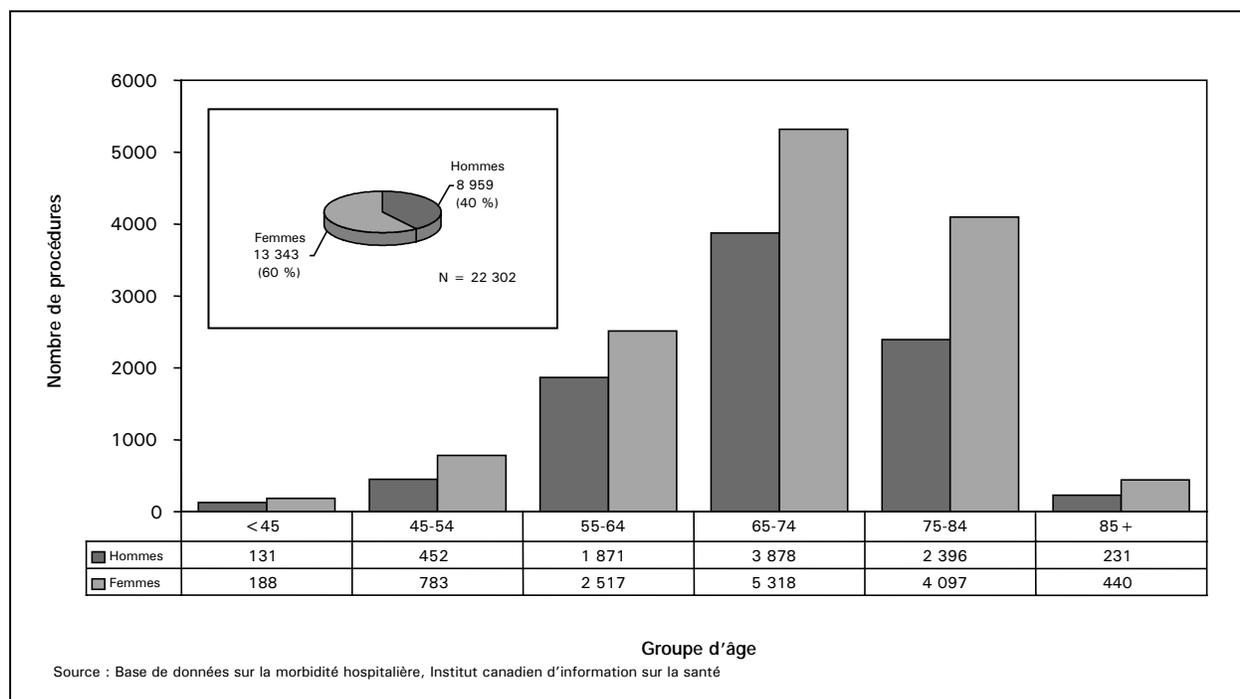


Figure 12. Nombre d'arthroplasties totales du genou par groupe d'âges et selon le sexe, Canada, 1999-2000

Écarts entre les provinces

Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou varient à l'échelle du Canada (figure 13). Les taux normalisés selon l'âge à l'échelle provinciale et nationale sont également consignés séparément pour les hommes et les femmes afin de pouvoir présenter les différences entre les sexes (figures 14 et 15). Le Québec et Terre-Neuve affichent les taux les plus bas au Canada, tandis que la Nouvelle-Écosse et le Manitoba obtiennent les plus élevés. Ces observations s'appliquent aux hommes et aux femmes ainsi qu'aux deux. Les taux relatifs aux procédures dans les provinces et territoires les plus peuplés influencent de façon plus marquée les moyennes nationales que pour les taux des régions moins peuplées.

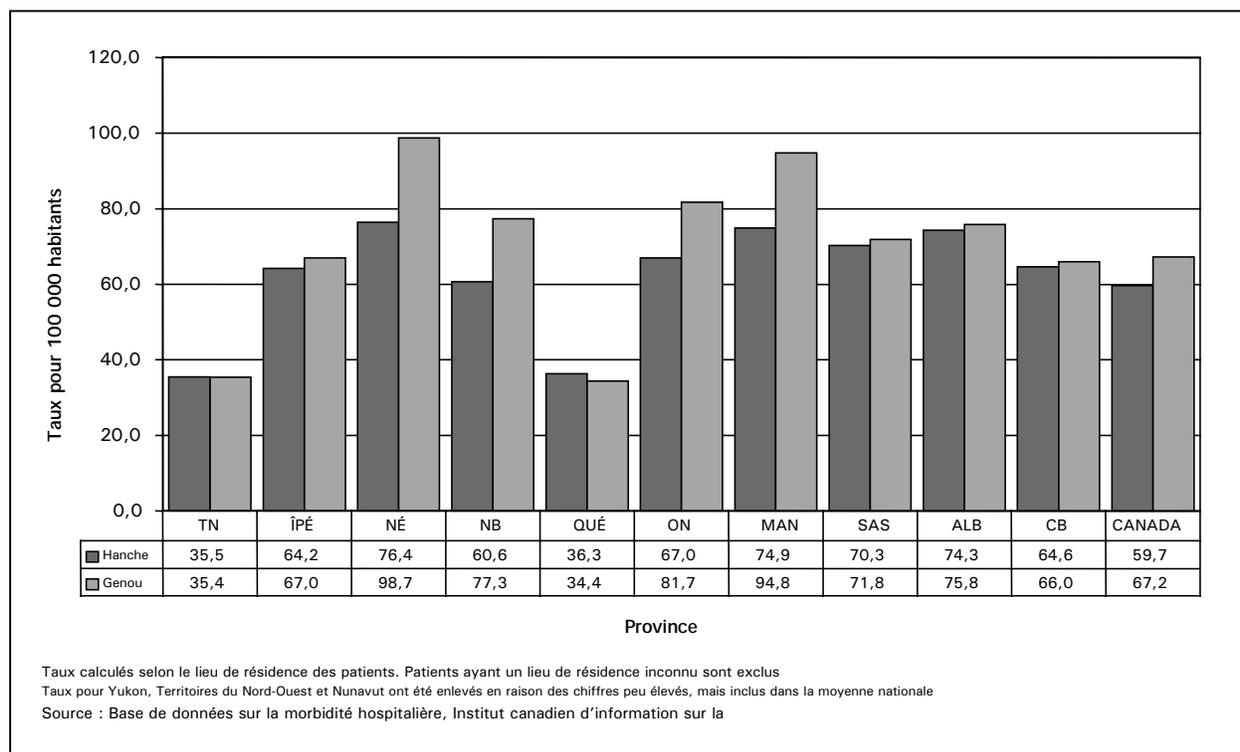


Figure 13. Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche et du genou par province, 1999-2000

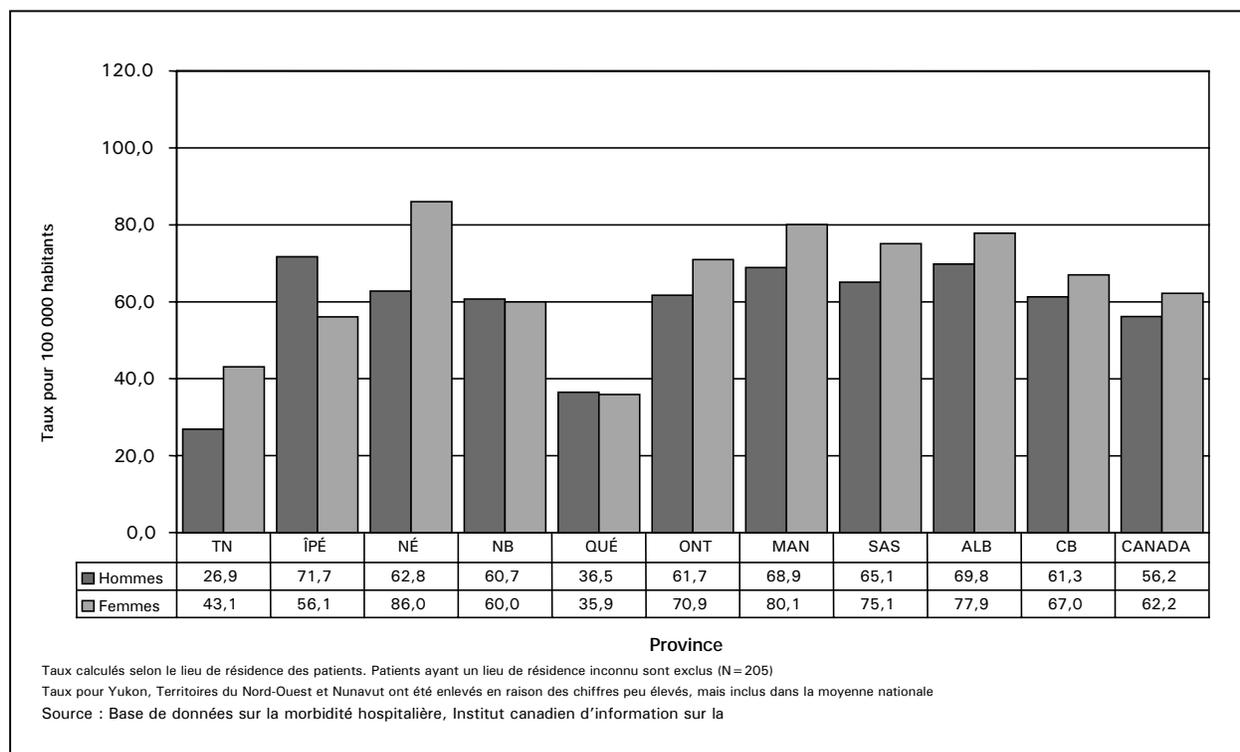


Figure 14. Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche chez les hommes et les femmes, 1999-2000

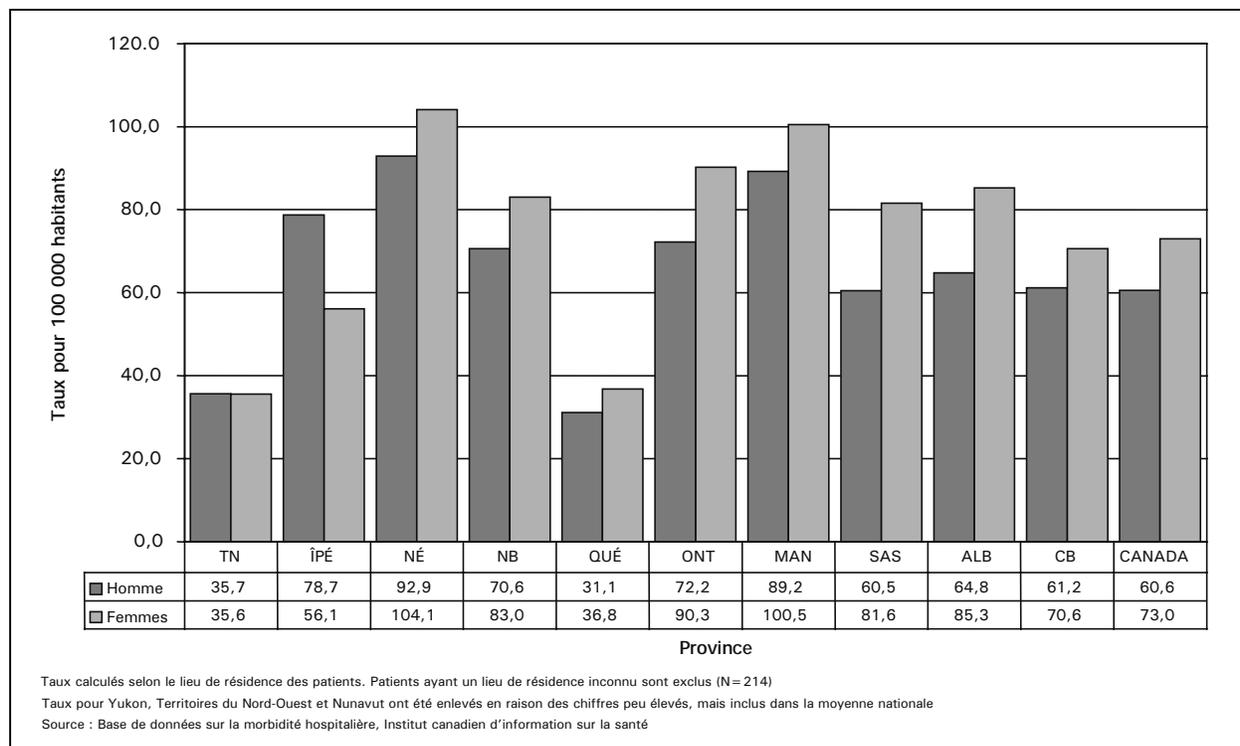


Figure 15. Taux normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou chez les hommes et les femmes, 1999-2000

On ne peut expliquer encore clairement pourquoi il existe des écarts entre les taux des provinces et des territoires pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou. De nombreux facteurs contribueraient à expliquer ces écarts concernant le recours aux arthroplasties totales, y compris les différences relatives à l'accès aux soins, à la qualité des services de santé, aux conditions qui s'opposent, aux ressources humaines sur la santé et à la prédisposition de certains segments de la population à faire face à des conditions cliniques, telles que l'arthrose. Les écarts dans les directives sur les pratiques cliniques concernant les indications relatives à la gestion médicale et au traitement chirurgical de ces conditions ont également été mentionnés comme explication possible d'une partie de cet écart.³ Une étude canadienne menée en 1999 se penche sur les causes des écarts régionaux concernant l'utilisation des arthroplasties totales du genou en Ontario. Après le contrôle de l'âge, du sexe et de l'accès aux soins, les avis ou l'enthousiasme des chirurgiens orthopédiques pour cette procédure ont joué un rôle déterminant sur les écarts géographiques.⁸ Le RCRA présentera les données nécessaires pour étudier les justifications de ces écarts de façon plus approfondie que ce qui a été possible jusqu'à maintenant.

Le nombre absolu d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées de 1994-1995 à 1999-2000 figure aux tableaux 13 et 14 pour chaque province, territoire et l'ensemble du Canada. Le calcul est fondé sur le lieu de résidence du patient plutôt qu'à l'endroit où a eu lieu la chirurgie. En 1999-2000, en outre, 870 arthroplasties totales du genou ont été pratiquées sur des résidents de la Saskatchewan.

Tableau 13. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche menées au Canada, d'après le lieu de résidence du patient, 1994-1995 à 1999-2000

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 1995-1996	Arthroplasties totales de la hanche 1996-1997	Arthroplasties totales de la hanche 1997-1998	Arthroplasties totales de la hanche 1998-1999	Arthroplasties totales de la hanche 1999-2000
Terre-Neuve	*	203	205	187	182	201
Île-du-Prince-Édouard	104	95	109	106	111	104
Nouvelle-Écosse	734	749	730	772	841	825
Nouveau-Brunswick	429	466	488	510	451	511
Québec	2 527	2 617	2 447	2 611	2 964	2 979
Ontario	6 988	7 110	7 306	7 646	7 916	8 433
Manitoba	664	689	745	828	921	967
Saskatchewan	821	851	922	849	825	861
Alberta	1 786	1 868	1 944	1 741	1 802	1 992
Colombie-Britannique	2 383	2 713	2 706	2 659	2 543	2 931
Territoires du Nord-Ouest	1	10	8	9	9	14
Yukon et Nunavut	8	14	7	20	15	13
Inconnu ¹	*	199	206	203	184	205
CANADA	16 787	17 584	17 823	18 141	18 764	20 036

¹ Englobe les résidents canadiens et étrangers.

* Les données de 1994-1995 sont incomplètes pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 14. Nombre d'arthroplasties totales du genou menées au Canada, d'après le lieu de résidence du patient, 1994-1995 à 1999-2000

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 1995-1996	Arthroplasties totales du genou 1996-1997	Arthroplasties totales du genou 1997-1998	Arthroplasties totales du genou 1998-1999	Arthroplasties totales du genou 1999-2000
Terre-Neuve	*	175	220	186	194	198
Île-du-Prince-Édouard	88	75	73	81	101	104
Nouvelle-Écosse	679	894	906	933	981	1 039
Nouveau-Brunswick	402	504	565	611	653	643
Québec	2 146	2 264	2 287	2 427	2 696	2 796
Ontario	6 839	7 693	8 303	9 054	9 580	10 220
Manitoba	578	661	725	911	989	1 217
Saskatchewan	840	778	904	952	931	870
Alberta	1 587	1 782	2 000	1 857	1 729	1 984
Colombie-Britannique	1 875	2 329	2 401	2 492	2 499	2 970
Territoires du Nord-Ouest	2	2	13	14	20	17
Yukon et Nunavut	4	11	15	19	15	30
Inconnu ¹	*	176	194	172	144	214
CANADA	15 360	17 344	18 606	19 709	20 532	22 302

¹ Englobe les résidents canadiens et étrangers.

* Les données de 1994-1995 sont incomplètes pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

À l'exception du Yukon et du Nunavut, la majorité des patients ont une chirurgie dans leur propre province/territoire. Toutefois, une faible partie des patients reçoivent une arthroplastie totale dans une autre province ou un autre territoire. Aucune arthroplastie totale n'étant pratiquée au Yukon ni au Nunavut, les résidents de ces deux territoires doivent se déplacer dans une province avoisinante, généralement en Alberta ou en Colombie-Britannique, pour subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le déplacement interprovincial/territorial des patients est décrit au tableau 15. Les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard étaient le plus susceptibles d'obtenir leur arthroplastie totale de la hanche dans une autre province que les résidents de toute autre province au Canada. Un peu plus de 16 % des patients de l'Î.-P.-É qui ont eu une arthroplastie totale de la hanche en 1999-2000 se sont rendus en Nouvelle-Écosse pour subir une opération. Par contre, les résidents de l'Ontario (0,1 %) et de l'Alberta (0,3 %) étaient les moins susceptibles de se rendre dans une autre province pour obtenir une chirurgie. Lorsque l'on tient compte du nombre de patients, plus de résidents de la Colombie-Britannique (N = 63) et du Québec (N = 36) sont allés dans une autre province pour obtenir une arthroplastie de la hanche que les habitants de toute autre province. La majorité des patients de la Colombie-Britannique se sont rendus en Alberta et ceux du Québec sont allés en Ontario.

Tableau 15. Déplacement interprovincial des patients d'une arthroplastie totale de la hanche, 1999-2000

Province	Nombre de patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province	Nombre de patients d'une arthroplastie totale de la hanche habitant à l'extérieur qui ont été opérés dans cette province
Alberta	7 (0,3 %)	106 (5,1 %)
Colombie-Britannique	63 (2,2 %)	20 (0,7 %)
Manitoba	24 (2,5 %)	52 (5,3 %)
Nouveau-Brunswick	6 (1,2 %)	30 (5,7 %)
Terre-Neuve	2 (1,0 %)	1 (0,5 %)
Nouvelle-Écosse	18 (2,2 %)	36 (4,3 %)
Territoires du Nord-Ouest	3 (21,4 %)	**
Nunavut	1 (100 %)*	*
Ontario	5 (0,1 %)	127 (1,5 %)
Île-du-Prince-Édouard	17 (16,5 %)	2 (2,3 %)
Québec	36 (1,2 %)	16 (0,5 %)
Saskatchewan	21 (2,4 %)	28 (3,2 %)
Yukon	12 (100 %)*	*

* Aucun remplacement articulaire pratiqué au Nunavut ni au Yukon

** Les chiffres ont été enlevés.

Nota : Dans les colonnes deux et trois, les totaux sont différents, car les chiffres des Territoires du Nord-Ouest ont été enlevés et les patients dont le code géographique est inconnu ne sont pas comptabilisés dans la deuxième colonne.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Lorsque l'on tient compte de la circulation des patients entre les provinces pour subir une arthroplastie totale de la hanche, le Nouveau-Brunswick (5,7 %), le Manitoba (5,3 %) et l'Alberta (5,1 %) ont reçu, en pourcentage, le plus grand nombre de patients à l'extérieur de la province. En nombre absolus, toutefois, l'Ontario (N = 127) et l'Alberta (N = 106) ont reçu le plus de patients provenant de l'extérieur de la province pour subir une arthroplastie totale de la hanche.

Le tableau 16 présente le déplacement des patients qui ont reçu une arthroplastie totale du genou au Canada en 1999-2000. L'Île-du-Prince-Édouard (3,9 %) et la Saskatchewan (3,7 %) comptaient le plus grand pourcentage de résidents devant se déplacer dans une autre province pour subir une arthroplastie totale du genou. Comme pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche, une faible proportion d'habitants de l'Alberta (0,4 %) et de l'Ontario (<0,1 %) ont obtenu une chirurgie à l'extérieur de la province. Plus de résidents du Québec (N = 51), de la Colombie-Britannique (N = 32) et de la Saskatchewan (N = 32) ont subi une arthroplastie totale du genou dans une autre province que les patients résidant dans d'autres provinces. Pour les Québécois, la plupart des arthroplasties totales du genou effectuées à l'extérieur de la province ont été faites en Ontario et presque tous les patients de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan devant se déplacer se sont rendus dans la province voisine, soit en Alberta, pour obtenir une arthroplastie totale du genou. Dans le même ordre d'idées, l'Ontario (N = 135) et l'Alberta (N = 79) ont accueilli le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province qui y ont subi une arthroplastie totale du genou.

Tableau 16. Déplacement des patients d'une arthroplastie totale de la hanche entre les provinces, 1999-2000

Province	Nombre de patients qui ont subi leur arthroplastie totale du genou dans une autre province	Nombre de patients d'une arthroplastie totale du genou habitant à l'extérieur qui ont été opérés dans cette province
Alberta	7 (0,4 %)	79 (3,9 %)
Colombie-Britannique	32 (1,1 %)	30 (1,0 %)
Manitoba	19 (1,6 %)	57 (4,6 %)
Nouveau-Brunswick	3 (0,5 %)	48 (7,2 %)
Terre-Neuve	3 (1,5 %)	6 (3,0 %)
Nouvelle-Écosse	27 (2,6 %)	18 (1,8 %)
Territoires du Nord-Ouest	0	**
Nunavut	8 (100 %)*	*
Ontario	3 (<0,1 %)	135 (1,4 %)
Île-du-Prince-Édouard	4 (3,9 %)	1 (1,0 %)
Québec	51 (1,8 %)	5 (0,2 %)
Saskatchewan	32 (3,7 %)	29 (3,4 %)
Yukon	22 (100 %)*	*

* Aucun remplacement articulaire pratiqué au Nunavut ni au Yukon

** Les chiffres ont été enlevés.

Nota : Dans les colonnes deux et trois, les totaux sont différents, car les chiffres des Territoires du Nord-Ouest ont été enlevés et les patients dont le code géographique est inconnu ne sont pas comptabilisés dans la deuxième colonne.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

La figure 16 affiche la durée moyenne des séjours des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou dans les provinces. Les receveurs d'une arthroplastie totale de la hanche restent plus longtemps à l'hôpital que les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou dans toutes les provinces. En moyenne, les patients d'une arthroplastie totale de la hanche restent 10,1 jours par rapport à 8,5 jours pour les patients d'une arthroplastie totale du genou. L'Ontario et les provinces de l'Ouest, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan, comptent en moyenne une durée de séjour moins longue que la moyenne nationale. Par contre, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et le Québec obtiennent, en moyenne, une durée de séjour plus longue que le moyenne nationale dans le cas de ces procédures.

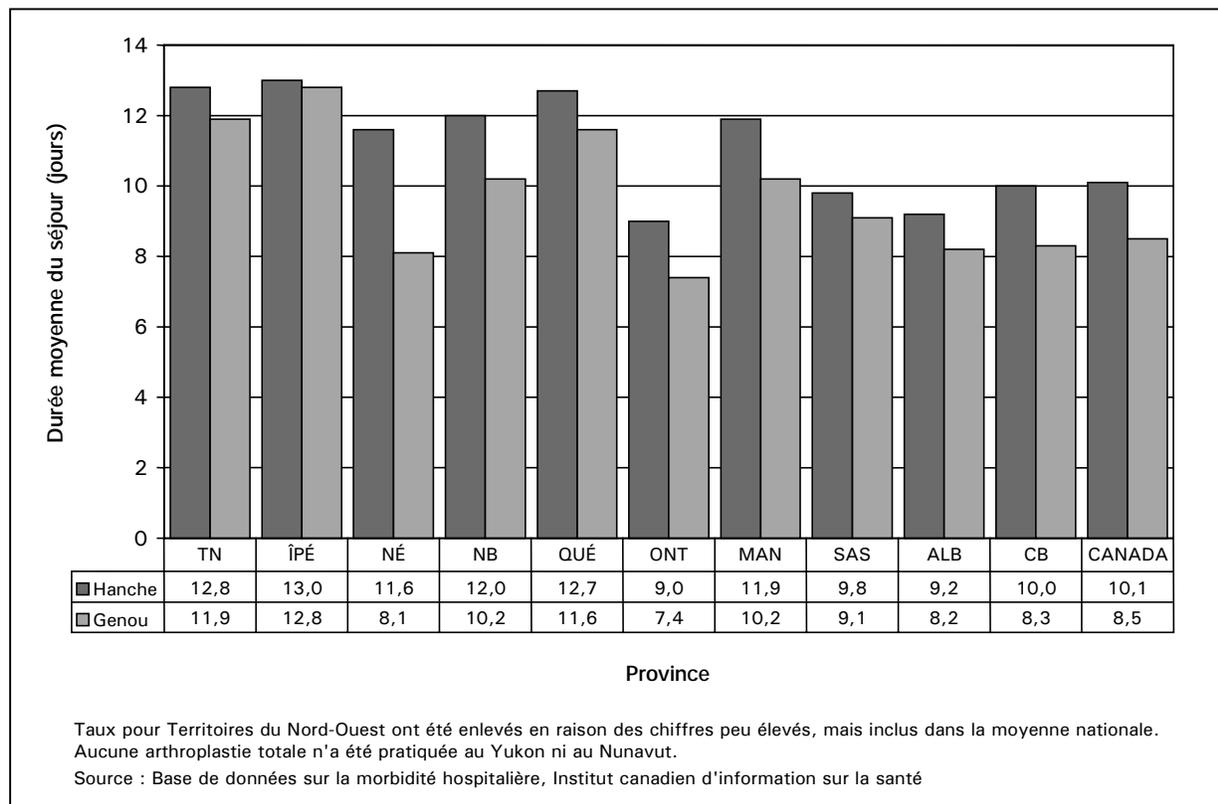


Figure 16. Durée moyenne de séjour pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou, par province, 1999-2000

En moyenne, les femmes qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou demeurent à l'hôpital plus longtemps que les hommes dans la même situation dans toutes les provinces, sauf dans le cas des arthroplasties totales du genou à l'Île-du-Prince-Édouard, où les hommes (13,0 jours) obtiennent une durée moyenne de séjour passablement supérieure à celle des femmes (12,6 jours) (figures 17 et 18).

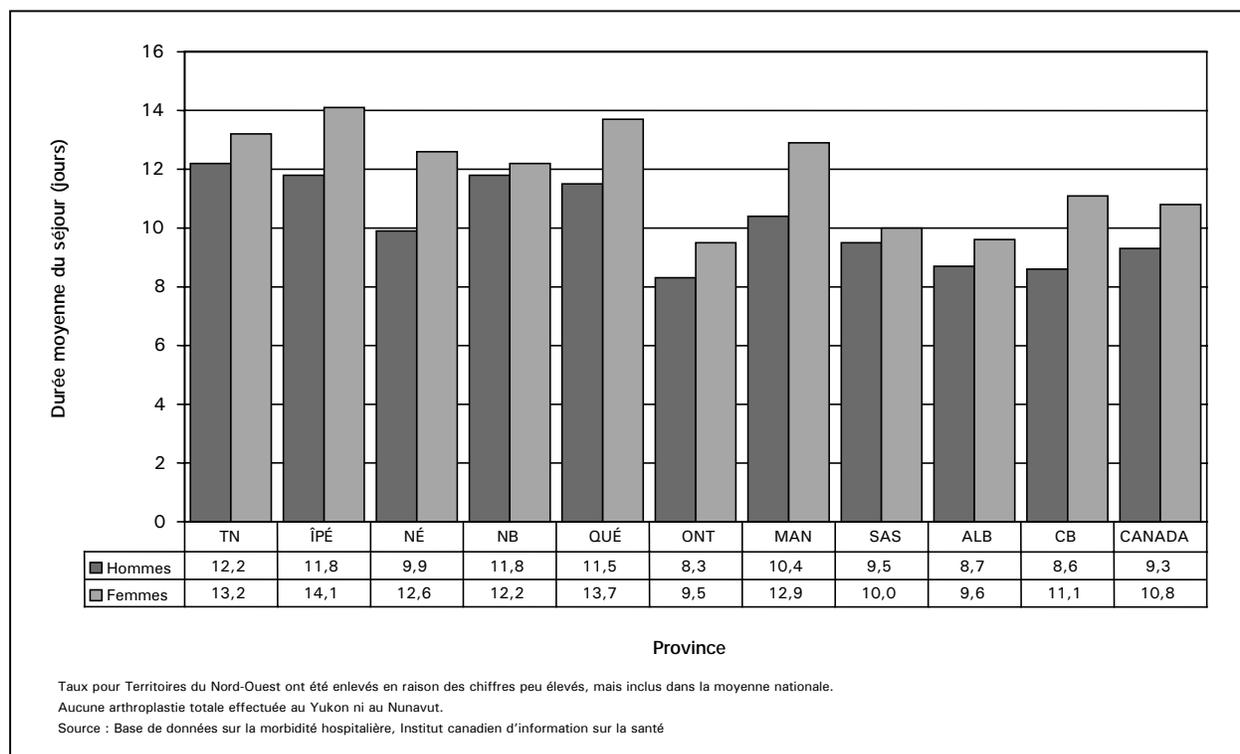


Figure 17. Durée moyenne du séjour pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe et par province, 1999-2000

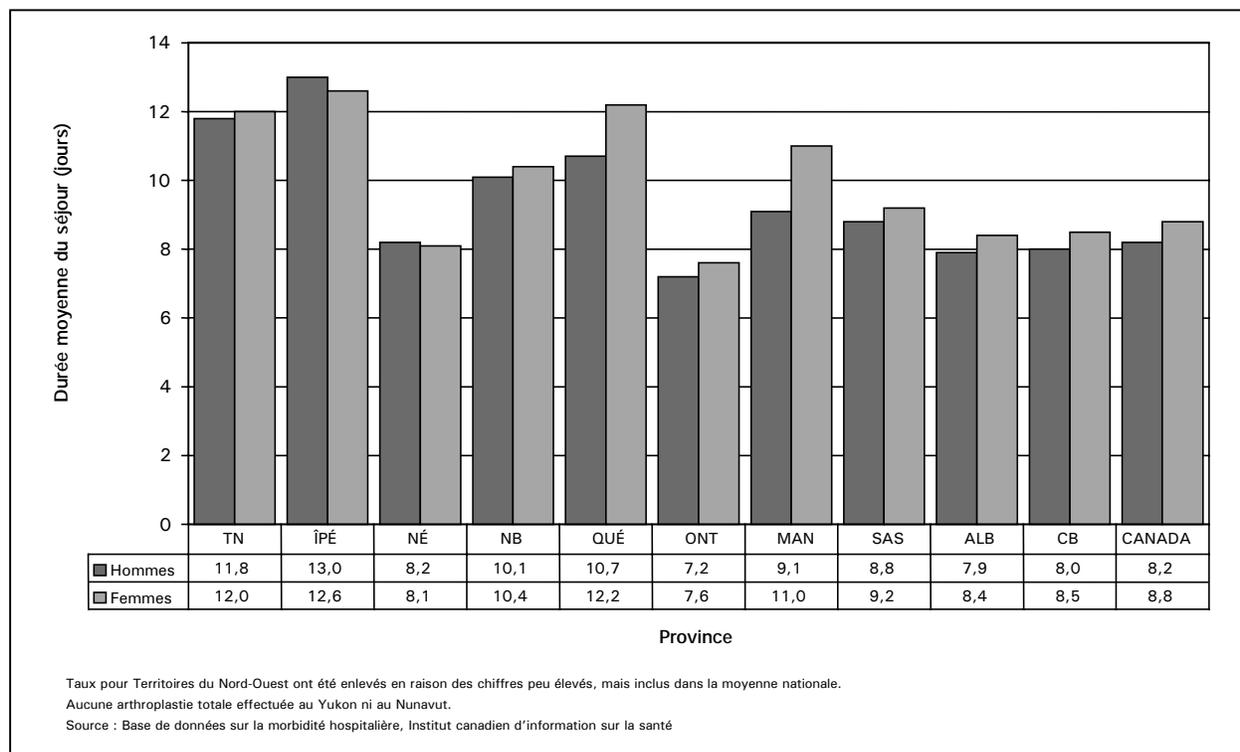


Figure 18. Durée moyenne du séjour pour les patients d'une arthroplastie totale du genou, selon le sexe et par province, 1999-2000

On note une diminution marquée de la durée de séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou dans toutes les provinces depuis 1994-1995. À l'échelle nationale, la durée moyenne de séjour des patients d'une arthroplastie totale de la hanche a diminué de 26 %, passant de 13,6 jours en 1994-1995 à 10,1 jours en 1999-2000. Dans le même ordre d'idées, les patients d'une arthroplastie totale du genou passent maintenant en moyenne 8,5 jours à l'hôpital par rapport à 12,2 jours en 1994-1995, soit une diminution de 30 %.

La durée de séjour pour les procédures plus complexes faisant l'objet d'une reprise étant comptabilisée dans le calcul de la durée moyenne de séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou, la durée moyenne de séjour pour les procédures initiales seulement devrait être inférieure à celle indiquée dans ce document. Par conséquent, au moment d'envisager les écarts provinciaux concernant la durée moyenne de séjour, il ne faut pas oublier que les procédures initiales et reprises ainsi que les opérations urgentes et non urgentes sont incluses dans le compte des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Il serait donc probable de conclure qu'une partie de cet écart est attribuable aux différences dans les patients composant la clientèle (p. ex. les interventions initiales par rapport à celles reprises ainsi que les chirurgies urgentes par rapport à celles qui ne le sont pas) entre les provinces.

Processus de soins et résultats

Dans les prochains rapports, le RCRA enrichira progressivement cette section à mesure que les nouvelles données permettront de faire état des processus de soins, de la qualité des implants et des résultats aux patients en ce qui concerne les arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Ce rapport dresse un sommaire des données portant sur l'utilisation des transfusions sanguines au cours de la chirurgie et de la mortalité en milieu hospitalier après une arthroplastie totale de la hanche et du genou. Les données qui suivent proviennent des mêmes sources de données utilisées dans tout ce rapport.

En 1999-2000, presque le tiers (32 %) des patients d'une arthroplastie totale de la hanche ont reçu une transfusion sanguine (tableau 17). Pour la plupart de ces patients (23 %), il s'agissait d'une transfusion allogénique. Une transfusion autologue a été donnée à 8 % des patients. Le type de transfusion le plus commun a été le sang entier (globules rouges) entre les transfusés allogéniques (84 %) (tableau 17.1).

Tableau 17. Transfusion sanguine au cours d'une arthroplastie totale de la hanche¹, 1999-2000

Type de transfusion sanguine	Nombre de patients (% du nombre total de patients d'une arthroplastie de la hanche)
Transfusion autologue	1 408 (8,4 %)
Transfusion allogénique	3 910 (23,2 %)
TOTAL	5 318 (31,6 %)

¹ N = 16 840 patients. Les hôpitaux du Québec et trois hôpitaux du Manitoba ne fournissent pas de données à la Base de données sur les congés des patients et sont, par conséquent, exclus de la présente analyse. On ne tient pas compte non plus de la Colombie-Britannique, car les hôpitaux de cette province ne transmettent pas de données sur la transfusion sanguine.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 17.1. Type de transfusion sanguine allogénique chez les patients d'une arthroplastie totale de la hanche¹, 1999-2000

Type de transfusion allogénique	Nombre de patients (% du nombre total de patients ayant reçu une transfusion allogénique)
Globules rouges	3 293 (84,2 %)
Plasma	38 (1,0 %)
Albumine	8 (0,2 %)
Plaquettes	4 (0,1 %)
Autres	222 (5,7 %)
> 1 type de composante sanguine	345 (8,8 %)
TOTAL	3 910 (100,0 %)

¹N = 16 840 patients. Les hôpitaux du Québec et trois hôpitaux du Manitoba ne fournissent pas de données à la Base de données sur les congés des patients et sont, par conséquent, exclus de la présente analyse. On ne tient pas compte non plus de la Colombie-Britannique, car les hôpitaux de cette province ne transmettent pas de données sur la transfusion sanguine.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé

La transfusion sanguine est relativement moins commune chez les patients d'arthroplastie totale du genou (tableau 18). Dans l'ensemble, 20 % des patients qui ont subi une arthroplastie totale du genou ont reçu une transfusion sanguine en 1999-2000. Comme pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche, la transfusion allogénique (14 %) a été le principal type de transfusion sanguine. Tout juste plus de 6 % de patients ont reçu une transfusion autologue. Les globules rouges ont également été la composante transfusée la plus fréquente (88 %) chez les transfusés allogéniques (tableau 18.1).

Tableau 18. Transfusion sanguine parmi les arthroplasties totales du genou¹, 1999-2000

Type de transfusion sanguine	Nombre de patients (% du nombre total de patients d'une arthroplastie totale du genou)
Transfusion autologue	1 230 (6,5 %)
Transfusion allogénique	2 603 (13,8 %)
TOTAL	3 833 (20,3 %)

¹N = 18 848 patients. Les hôpitaux du Québec et trois hôpitaux du Manitoba ne fournissent pas de données à la Base de données sur les congés des patients et sont, par conséquent, exclus de la présente analyse. On ne tient pas compte non plus de la Colombie-Britannique, car les hôpitaux de cette province ne transmettent pas de données sur la transfusion sanguine.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 18.1. Type de transfusion sanguine allogénique chez les patients d'une arthroplastie totale du genou¹, 1999-2000

Type de transfusion allogénique	Nombre de patients (% du nombre total de patients ayant reçu une transfusion allogénique)
Globules rouges	2 287 (87,9 %)
Plasma	34 (1,3 %)
Albumine	9 (0,3 %)
Plaquettes	5 (0,2 %)
Autres	122 (4,7 %)
> 1 type de composante sanguine	146 (5,6 %)
TOTAL	2 603 (100,0 %)

¹N = 18,848 patients. Les hôpitaux du Québec et trois hôpitaux du Manitoba ne fournissent pas de données à la Base de données sur les congés des patients et sont, par conséquent, exclus de la présente analyse. On ne tient pas compte non plus de la Colombie-Britannique, car les hôpitaux de cette province ne transmettent pas de données sur la transfusion sanguine.

Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé

La mortalité en milieu hospitalier après une opération est relativement rare chez les patients d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou (tableau 19). En 1999-2000, dans l'ensemble, le taux de mortalité pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou s'élevait à 0,7 % et à 0,2 %, respectivement. Les taux de mortalité sont comparables à ceux des États-Unis dans le cas des patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche (0,6 %) et une arthroplastie totale du genou (0,3 %) entre 1993 et 1995.¹

Tableau 19. Nombre de décès en milieu hospitalier chez les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou par groupe d'âges, Canada, 1999-2000

Groupe d'âges	Arthroplasties totales de la hanche (ATH)		Arthroplasties totales du genou (ATG)	
	Nombre de patients	Nombre de décès ¹ (%)	Nombre de patients	Nombre de décès ² (%)
< 75	13 204	37 (0,3 %)	14 663	18 (0,1 %)
75-84	5 564	50 (0,9 %)	6 334	26 (0,4 %)
85 +	1 090	45 (4,1 %)	652	6 (0,9 %)
TOTAL	19 858	132 (0,7 %)	21 649	50 (0,2 %)

¹Aucun patient n'ayant moins de 50 ans n'est décédé d'une ATH.

²Aucun patient n'ayant moins de 45 ans n'est décédé d'une ATG.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Les risques de décès après une opération augmente avec l'âge. En outre, le taux de mortalité en milieu hospitalier des patients d'une arthroplastie totale de la hanche ayant moins de 75 ans s'élevait à 0,3 % tandis que le taux était de 4,1 % chez les patients âgés de 85 ans et plus.

Discussion

La présente section dresse quelques faits saillants sur ce qui est connu, n'est pas connu et les efforts déployés pour tenter d'obtenir les renseignements manquants. Au fil des ans, cette section sera enrichie de données sur l'interrelation entre les nombreux facteurs qui influencent le taux, la durée de séjour et les résultats pour les patients à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou.

Ce que nous savons

- Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada a augmenté, passant de 32 147 en 1994-1995 à 42 338 en 1999-2000, soit une hausse de 31,7 %.
- Le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada est passé de 15 360 en 1994-1995 à 22 302 en 1999/2000, soit une progression de 45,2 %.
- Au Canada, le taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants pour les arthroplasties totales du genou a progressé de 33,1 %, allant de 50,5 en 1994-1995 à 67,2 en 1999-2000.
- Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche effectuées au Canada est passé de 16 787 en 1994-1995 à 20 036 en 1999-2000, soit une hausse de 19,3 %.
- Le taux normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants pour les arthroplasties totales de la hanche au Canada a augmenté de 8,5 %, passant de 55,0 en 1994-1995 à 59,7 en 1999-2000.
- En 1999-2000, 89,4 % des arthroplasties totales ont été effectuées chez des personnes âgées de 55 ans ou plus.
- La majorité des arthroplasties totales du genou (59,8 %) et des arthroplasties totales de la hanche (57,8 %) ont été pratiquées chez des femmes en 1999-2000.
- La tendance constante à la hausse des taux normalisés selon l'âge au fil des ans indique que le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur favorisant une hausse du nombre de procédures annuelles effectuées. Le RCRA servira à mieux comprendre l'interrelation entre les diverses causes de ces augmentations.
- En 1999-2000, les arthroplasties totales du genou, pour 100 000 habitants, ont été moins nombreuses au Québec (34,4) et à Terre-Neuve (35,4) et plus nombreuses en Nouvelle-Écosse (98,7) et au Manitoba (94,8). En 1999-2000, les taux d'arthroplasties totales de la hanche, pour 100 000 habitants, ont été moins élevés à Terre-Neuve (35,5) et au Québec (36,3) et plus élevés en Nouvelle-Écosse (76,4) et au Manitoba (74,9).
- De 1994-1995 à 1999-2000, le Manitoba a connu l'augmentation en pourcentage la plus élevée des taux sur les arthroplasties totales du genou (104,7 %) et les arthroplasties totales de la hanche (39,5 %). Au cours de cette même période, la Saskatchewan a enregistré la progression en pourcentage la plus faible dans le cas des taux d'arthroplasties du genou, soit 2,6 %.
- De 1994-1995 à 1999-2000, les taux des arthroplasties totales de la hanche ont régressé dans trois provinces : Île-du-Prince-Édouard (diminution de 9,4 %), Terre-Neuve (baisse de 7,8 %) et Alberta (chute de 4,1 %).

- Les patients d'une arthroplastie totale de la hanche sont restés plus longtemps à l'hôpital que les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, et ce, pour toutes les provinces en 1999-2000.
- Les patients d'une arthroplastie totale du genou avaient une durée de séjour moyenne de 8,5 jours en 1999/2000 et il s'agit-là d'une baisse de 30,3 % par rapport à la moyenne de 12,2 jours en 1994-1995.
- Les patients d'une arthroplastie totale de la hanche avaient une durée de séjour moyenne de 10,1 jours en 1999/2000 et il s'agit-là d'une baisse de 25,7 % par rapport à la moyenne de 13,6 jours en 1994-1995.
- En 1999-2000, la durée de séjour moyenne pour les patients d'une arthroplastie totale du genou a été la moins longue en Ontario (7,4 jours) et en Nouvelle-Écosse (8,1 jours) et la plus longue à l'Île-du-Prince-Édouard (12,8 jours) et à Terre-Neuve (11,9 jours).
- En 1999-2000, la durée de séjour moyenne pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche a été la moins longue en Ontario (9,0 jours) et en Alberta (9,2 jours) et la plus longue à l'Île-du-Prince-Édouard (13,0 jours) et à Terre-Neuve (12,8 jours).
- Nous sommes en mesure de pouvoir quantifier les déplacements des patients de leur province de résidence à une autre province pour subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. De plus, nous sommes en mesure d'évaluer les arrivées des patients qui quittent leur province pour subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. La plupart des patients ont reçu leur chirurgie dans leur propre province.
- Les taux de mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche (0,7 %) et du genou (0,2 %) sont rares. Les risques de mortalité en milieu hospitalier à la suite de ces chirurgies augmentent avec l'âge. Par exemple, chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, le taux de mortalité en milieu hospitalier est de 4,1 % à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et de 0,9 % à la suite d'une arthroplastie totale du genou.
- En 1999-2000, 31,6 % des patients d'une arthroplastie totale de la hanche ont reçu une transfusion sanguine au cours de la chirurgie par rapport à 20,3 % des patients d'une arthroplastie totale du genou.
- Nous savons que la qualité des données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou est sensiblement exacte. L'exactitude du codage des dossiers de santé des hôpitaux est plus élevée pour les grandes chirurgies et est réduite à mesure que l'information devient complexe.³

Ce que nous ne savons pas

- On ne comprend pas encore entièrement l'importance relative du vieillissement de la population, les tendances dans la prévalence de l'arthrose et des nombreux autres facteurs sur le taux des arthroplasties totales de la hanche et du genou.
- De plus, on n'a pas encore déterminé clairement les causes des écarts dans les taux des provinces et la durée de séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à expliquer ces écarts : l'âge et la santé de la population, le mode d'aiguillage, l'accès aux soins, la qualité des soins et les types d'implants utilisés. D'autres analyses effectuées à la lumière des données du RCRA permettront d'enrichir nos connaissances de ces écarts.

- Le taux optimal des arthroplasties totales de la hanche et du genou visant à combler les besoins de la population canadienne n'est pas connu. Le RCRA sera en mesure de jouer un rôle de chef de file dans la présentation de renseignements nécessaires pour déterminer l'étendue appropriée des taux relativement à ces procédures pour diverses régions et sous-populations. Ces renseignements pourront ensuite servir aux décideurs et aux dispensateurs dans la planification de la prestation de services.
- À l'exception du Nunavut et du Yukon, où on ne pratique pas d'arthroplasties totales, nous ne savons pas pourquoi les patients se déplacent vers une autre province pour subir une arthroplastie totale. Le RCRA peut également présenter des données intra-provinciales approfondies sur le pourcentage de patients qui quittent leur propre région pour subir ce genre de procédures. À l'avenir, on recueillera de l'information sur le temps d'attente d'une chirurgie et le degré de satisfaction des patients, ce qui permettra d'enrichir nos connaissances sur les déplacements entre les provinces et les régions des patients qui doivent subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.
- On ne connaît pas au Canada la proportion annuelle parmi toutes les arthroplasties totales qui sont des reprises et, plus important encore, le pourcentage des arthroplasties initiales qui engendrent une reprise (le taux de reprise). Afin de dresser des comparaisons significatives sur la qualité des soins et des implants, le taux de révision et les données sur les processus de soins doivent être recueillis et analysés. Le RCRA sera en mesure de fournir ces renseignements dans les prochains rapports.
- On ne recueille pas de façon régulière des données approfondies sur les opérations à l'échelle nationale. On ne connaît pas, par conséquent, l'efficacité relative des diverses techniques chirurgicales, du bloc opératoire, des pratiques relatives à l'utilisation d'antibiotiques et à la prévention de thromboses veineuses profondes ainsi que les méthodes de fixation sur les résultats cliniques et le taux de réussite des implantations. Le RCRA sera en mesure de répondre à bon nombre de ces questions en assurant un suivi des patients au fil des ans.
- L'efficacité relative des prothèses de hanche et de genou actuellement offertes est peu connue. Même si on a observé une prolifération de prothèses orthopédiques au cours des deux dernières décennies, la surveillance de ces dispositifs après leur mise sur le marché n'est pas assurée de façon constante et systématique au Canada. Le RCRA sera en mesure de répondre à cette question en assurant un suivi régulier des patients afin de contrôler le taux de reprise rattaché à ces diverses prothèses.
- Sauf exception, nous ne connaissons pas précisément le nombre de patients qui attendent une arthroplastie totale au Canada et la durée d'attente pour obtenir une opération dès qu'une décision a été prise pour aller de l'avant avec une chirurgie. Nous ne savons pas non plus quelles sont les incidences du temps d'attente sur les résultats cliniques du fonctionnement physique précédant et après une opération des candidats à un remplacement articulaire. L'équipe du RCRA explore des avenues pour recueillir ce genre de données pour que l'on puisse répondre à ces questions.
- Les coûts d'une arthroplastie totale au Canada et les écarts de coûts entre les provinces ou entre les établissements de soins de santé sont inconnus.
- Il faudrait approfondir nos connaissances sur l'ampleur et les incidences des soins de réadaptation sur le processus de récupération après une chirurgie.
- Il nous manque des renseignements sur le lien entre une blessure (p. ex. une fracture à la hanche) et une arthroplastie totale de la hanche.

Ce qu'il reste à faire

- Les données saisies par le Registre canadien des remplacements articulaires permettront de combler les écarts d'information mentionnés précédemment. L'une des fonctions uniques du RCRA vise à dresser un mécanisme de surveillance des prothèses orthopédiques après leur mise sur le marché. Un registre national, tel que le RCRA, offre l'approche la plus efficace et pragmatique d'évaluation de la qualité des prothèses orthopédiques.^{6,9}
- Le RCRA différencie les données sur les procédures de reprises et les causes par rapport aux renseignements sur les chirurgies initiales. Les taux de reprises seront alors connus, ce qui permettra d'articuler les causes communes ayant contribué à une reprise.
- Le RCRA permettra l'acheminement de nouveaux renseignements nécessaires pour que l'on puisse prendre des décisions éclairées sur le traitement, l'élaboration de politiques et la planification concernant ces chirurgies. Le RCRA servira également de modèle précieux dans l'élaboration d'initiatives pancanadiennes visant à assurer une surveillance après la mise sur le marché de nouveaux dispositifs ou à améliorer les résultats pour les patients.
- Des données chirurgicales approfondies portant sur les techniques d'opération, la méthode de fixation, les antibiotiques et le traitement prophylactique d'une thrombose veineuse profonde, sont également recueillies par le RCRA. Toutes ces données peuvent influencer les taux relatifs à une défaillance de l'implant.
- On effectuera une évaluation globale de la qualité des données du RCRA qui sera fondée sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS.
- À l'avenir, le RCRA pourra être enrichi pour englober des données sur le temps d'attente, l'établissement des priorités concernant les patients, la gravité de la maladie, l'état de santé du patient au suivi et la satisfaction du patient. L'ajout d'un ou plusieurs de ces modules de données permettrait de mieux répondre aux questions sur l'élaboration des politiques à l'aide des données sur le RCRA.

Autres registres des remplacements articulaires

D'autres registres nationaux des remplacements articulaires ont été mis en oeuvre en Suède, en Finlande, en Norvège, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Aux États-Unis, le Center for Outcomes Research de l'école de médecine de l'université de Massachussetts tient un registre des remplacements de la hanche et du genou. Le Royaume-Uni s'affaire actuellement à mettre sur pied le registre national des remplacements articulaires du RU.

Le registre suédois des arthroplasties du genou

Le registre suédois des arthroplasties du genou (SKAR) a vu le jour en 1975 et saisit environ 90 % de toutes les données sur les arthroplasties du genou au moyen d'une endoprothèse en Suède. Ce registre permet de lancer rapidement un cri d'alarme concernant les dispositifs de calibre inférieur et de saisir les résultats à l'échelle nationale sans compter ceux des établissements chirurgicaux hautement spécialisés.¹⁰ En Suède, environ 6 000 patients reçoivent annuellement une arthroplastie totale du genou. Il a permis de recueillir de l'information sur plus de 65 000 chirurgies pratiquées sur 50 000 patients.¹¹ L'information saisie par le registre se compose de données démographiques sur les patients, le type de remplacement (p. ex. chirurgie initiale par rapport à une reprise), les causes du remplacement, la technique chirurgicale, la méthode de fixation et le type d'implant. Les données sont consignées sur papier et la participation des chirurgiens est volontaire. Le SKAR a choisi comme indicateur de résultat la reprise, car il s'agit du point final mesurable le plus objectif d'une défaillance d'un implant. Parmi les principales réalisations de ce registre, mentionnons la capacité de signaler rapidement des implants défectueux, l'amélioration du taux de réussite d'une implantation au fil des ans et la diminution des taux de reprise. Le RCRA s'est inspiré de ce modèle.

Le registre suédois des arthroplasties totales de la hanche

Le registre suédois des arthroplasties totales de la hanche (STHRR) a vu le jour en 1979 et enregistre les arthroplasties totales de la hanche qui sont initiales et reprises. Le registre sert à 1) décrire l'épidémiologie des remplacements articulaires de la hanche en Suède 2) désigner, par une étude des reprises, les facteurs de risques suscitant de piètres résultats pour le patient, l'implant et la technique chirurgicale.⁵ Environ 10 000 arthroplasties totales initiales de la hanche sont pratiquées tous les ans en Suède et le registre compte des données sur plus de 200 000 arthroplasties initiales et secondaires de la hanche.^{5,12} Ce registre recueille de l'information sur le genre de remplacement, les causes s'y rattachant, les techniques chirurgicales et de cimentation, le type d'implant et les mesures préventives de lutte contre les infections et la thrombose veineuse profonde. Depuis 1999, 70 % des établissements participants présentent leurs données électroniques sur une application d'entrée de données au moyen d'Internet. Les autres établissements continuent à fournir leurs données sur support papier. Le point final d'un échec, dans le cas de ce registre, est la reprise. Le STHRR doit son succès à une réduction progressive des taux de reprise, d'où une économie d'environ un milliard de couronnes suédoises par année, ce qui correspond à environ 165 millions de dollars canadiens. La participation à l'enrichissement du registre est volontaire pour chaque chirurgien et clinique.⁵

Le registre finlandais des arthroplasties¹³

Le registre finlandais des arthroplasties (FAR) a vu le jour en 1980 et permet de recueillir des données sur les arthroplasties totales de la hanche, du genou et d'autres articulations, y compris le coude, l'épaule et la cheville. Ce registre vise principalement à étudier les prothèses et à s'assurer de leur qualité pour la sécurité des patients. Une analyse menée en 1995 indique que le registre engloberait presque 90 % des prothèses implantées. En Finlande, environ 4 700 arthroplasties totales initiales de la hanche sont effectuées tous les ans. Ce registre renferme actuellement des données sur presque 63 000 arthroplasties initiales de la hanche et tout juste plus de 12 000 arthroplasties de la hanche ayant fait l'objet d'une reprise. La participation au FAR était initialement volontaire, mais elle est devenue obligatoire en 1997. On y recueille des données sur le type de remplacement, la méthode de fixation, les causes de l'opération, le type d'implant, la marque de ciment utilisé, l'antibioprophylaxie par voie générale et les complications primaires. La reprise a été désignée comme étant une variable du résultat visant à mesurer la qualité de la prothèse.

Le registre norvégien des arthroplasties

Le registre norvégien des arthroplasties (NAR) a été mis sur pied en 1987 pour permettre de recueillir de l'information sur les arthroplasties totales de la hanche pratiquées en Norvège. Ce registre vise principalement à assurer et possiblement à accroître la qualité des arthroplasties et à désigner dès que possible les implants de qualité inférieure. On cherche particulièrement à décrire l'épidémiologie des arthroplasties et à cerner les facteurs rattachées aux risques accrus de reprise.¹⁴ En 1994, ce registre a été élargi pour inclure toutes les articulations artificielles, soit le genou, le coude, la cheville, l'orteil, le doigt, l'épaule et le poignet. En Norvège, plus ou moins 5 500 arthroplasties totales de la hanche sont pratiquées tous les ans. Le registre a permis de recueillir des données sur plus de 60 000 arthroplasties totales de la hanche et 8 500 autres remplacements articulaires jusqu'à maintenant. D'après les enquêtes menées, plus de 95 % de tous les remplacements articulaires effectués sont consignés au registre. Les formulaires de cueillette de données sont remplis par les chirurgiens après une chirurgie et englobent des renseignements sur le type de remplacement, le diagnostic posé pour l'opération initiale ou reprise, l'approche chirurgicale, le mode de fixation, le type d'implant et l'antibioprophylaxie. La participation des chirurgiens à l'enrichissement du NAR est volontaire et le taux de participation est pratiquement de 100 %.¹⁴

Le registre national australien des remplacements articulaires

Le registre national australien des remplacements articulaires a vu le jour en 1999. On recueille des données sur les arthroplasties de la hanche et du genou, y compris les arthroplasties totales et partielles. En Australie, plus de 40 000 arthroplasties de la hanche et du genou sont pratiquées chaque année. Le registre australien vise principalement à 1) déterminer les caractéristiques sur la démographie et les diagnostics des patients d'une arthroplastie 2) évaluer l'efficacité des différents types de prothèses orthopédiques et de techniques chirurgicales.⁷ Les chirurgiens participants présentent leurs données sur les opérations en remplissant certains formulaires pour le registre au moment de la chirurgie. Les éléments de données saisis sur les arthroplasties de la hanche et du genou englobent le type de remplacement, les causes s'y rattachant, le type de prothèse et le mode de fixation ainsi que l'information démographique sur les patients. On compte 260 hôpitaux (sur 300) qui présentent des données sur toutes les arthroplasties de la hanche et du genou en Australie. La participation des chirurgiens à l'enrichissement du registre est volontaire.¹⁵

Le registre national des articulations de la Nouvelle-Zélande¹⁶

Le registre national des articulations de la Nouvelle-Zélande a été lancé en 1999 afin de recueillir de l'information sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou, y compris les opérations initiales et reprises. Ce registre vise à enregistrer de l'information technique sur les remplacements articulaires et à évaluer le degré de satisfaction des patients et son état de santé après une chirurgie. En 2000, le registre a été élargi par l'ajout des données sur les arthroplasties de l'épaule, du coude et de la hanche. En avril 1999, plus de 90 % des hôpitaux publics participaient à l'enrichissement du registre. Environ 7 000 arthroplasties totales de la hanche et du genou sont pratiquées chaque année en Nouvelle-Zélande. Au mois d'août 1999, le registre avait recueilli de l'information sur 6 500 arthroplasties totales de la hanche et du genou. Le registre doit le taux de participation élevé à l'engagement du personnel infirmier du bloc opératoire. L'information chirurgicale est entrée sur des formulaires de cueillette de données standards dans la salle d'opération par le personnel infirmier du bloc opératoire et vérifiée par le chirurgien qui a pratiqué l'opération. Outre les données démographiques des patients, on recueille de l'information sur le type de remplacement, le principal diagnostic ayant contribué au remplacement, le type de prothèse utilisé, l'approche chirurgicale et le mode de fixation. Avant de recueillir les données, on demande le consentement écrit du patient. La participation des chirurgiens est volontaire.

Bibliographie

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Musculoskeletal Conditions in the United States. Section 4: Arthroplasty and Total Joint Procedures. 1999.
2. Brady OW, Masri BA, Garbuz DS et Duncan CP. Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee – when to refer and what to expect. CMAJ 2000;163(10):1285-1291.
3. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Patterns of Health Care in Ontario: ICES Practice Atlas 2nd Edition: Goel V, Williams JI, Anderson GM, Blackstien-Hirsch P, Fooks C et Naylor CD (éd.). 1996.
4. Hunter D. et Robertson D. Total hip replacement: need far exceeds supply. CMAJ 2001;165(4):395.
5. Herberts P. et Malchau H. Long-term registration has improved the quality of hip replacement. A review of the Swedish THR Register comparing 160,000 cases. Acta Orthop Scand 2000;71(2):111-121.
6. Sochart DH., Long A.L. et Porter M.L. Joint responsibility: the need for a national arthroplasty register. BMJ 1996;313(7049):66-67.
7. Australian Orthopaedic Association. National Joint Replacement Registry. 2001 Annual Report.
8. Wright J.G., Hawker G.A., Bombardier C., Croxford R., Dittus R.S., Freund D.A. et Coyte P.C. Physician enthusiasm as an explanation for area variation in the utilization of knee replacement surgery. Med Care 1999;37(9):946-956.
9. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Patterns of Health Care in Ontario: Arthritis & Related Conditions: An ICES Practice Atlas. Badley EM and Williams JI (éd.). 2000.
10. Robertsson O., Lewold S., Knutson K. et Lidgren L. The Swedish Knee Arthroplasty Project. Acta Orthop Scand 2000;71(1):7-18.
11. Robertsson O., Dunbar M.J., Knutson K., Lewold S. et Lidgren L. The Swedish Knee Arthroplasty Register. Bulletin Hospital for Joint Diseases 58(3):133-138.
12. Soderman P. On the validity of the results from the Swedish National Total Hip Arthroplasty register. Acta Orthop Scand Suppl 2000;71(296):1-33.
13. Puolakka T.J.R., Pajamäki K.J.J., Halonen P.J., Pulkkinen P.O., Paavolainen P., Nevalainen J.K. The Finnish Arthroplasty Register. Report of the hip register. Acta Orthop Scand 2001;72(5):433-441.
14. Havelin L.I. The Norwegian Joint Registry. Bulletin Hospital for Joint Diseases 1999;58(3):139-147.
15. Lisa Ingerson, coordonnatrice du registre national des remplacements articulaires de l'AOA, entretien personnel, novembre 2001.
16. Rothwell A.G. Development of the New Zealand Joint Register. Bulletin Hospital for Joint Diseases 1999;58(3):148-160.

Annexe A

**Taux bruts et normalisés selon l'âge pour
les provinces**

Tableau A.1. Taux bruts et normalisés selon l'âge des arthroplasties totales de la hanche pour les hommes et femmes par province et au Canada, 1999-2000

Province	Hommes		Femmes	
	Taux brut (pour 100 000 habitants)	TNA ¹ (pour 100 000 habitants)	Taux brut (pour 100 000 habitants)	TNA ¹ (pour 100 000 habitants)
Terre-Neuve	26,1	26,9	48,0	43,1
Île-du-Prince-Édouard	75,0	71,7	75,4	56,1
Nouvelle-Écosse	64,7	62,8	109,6	86,0
Nouveau-Brunswick	61,5	60,7	73,7	60,0
Québec	36,7	36,5	44,2	35,9
Ontario	61,0	61,7	84,5	70,9
Manitoba	69,4	68,9	99,5	80,1
Saskatchewan	70,1	65,1	97,7	75,1
Alberta	57,8	69,8	76,6	77,9
Colombie-Britannique	63,8	61,3	81,1	67,0
CANADA	55,3	56,2	74,2	62,2

¹TNA : Taux normalisé selon l'âge. Les taux sont calculés d'après le lieu de résidence des patients. Les patients dont l'adresse est inconnue sont exclus (N = 205).

Les taux pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été enlevés en raison des chiffres peu élevés, mais ils sont inclus dans la moyenne nationale.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Tableau A.2. Taux bruts et normalisés selon l'âge des arthroplasties totales du genou pour les hommes et femmes par province et au Canada, 1999-2000

Province	Hommes		Femmes	
	Taux brut (pour 100 000 habitants)	TNA ¹ (pour 100 000 habitants)	Taux brut (pour 100 000 habitants)	TNA ¹ (pour 100 000 habitants)
Terre-Neuve	35,1	35,7	38,1	35,6
Île-du-Prince-Édouard	80,9	78,7	69,8	56,1
Nouvelle-Écosse	93,5	92,9	126,5	104,1
Nouveau-Brunswick	70,1	70,6	99,9	83,0
Québec	30,6	31,1	45,2	36,8
Ontario	70,6	72,2	105,7	90,3
Manitoba	90,4	89,2	122,2	100,5
Saskatchewan	65,3	60,5	104,1	81,6
Alberta	51,7	64,8	82,3	85,3
Colombie-Britannique	62,5	61,2	84,3	70,6
CANADA	58,6	60,6	85,6	73,0

¹TNA : Taux normalisé selon l'âge. Les taux sont calculés d'après le lieu de résidence des patients. Les patients dont l'adresse est inconnue sont exclus (N = 214).

Les taux pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été enlevés en raison des chiffres peu élevés, mais ils sont inclus dans la moyenne nationale.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Annexe B

Population canadienne selon l'âge et le sexe

Tableau B.1. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe à Terre-Neuve, 1999-2000

Terre-Neuve	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	174 892 (32,3 %)	173 284 (32,0 %)	348 176 (64,4 %)
45-54 ans	40 977 (7,6 %)	40 904 (7,6 %)	81 881 (15,1 %)
55-64 ans	24 653 (4,6 %)	24 374 (4,5 %)	49 027 (9,1 %)
65-74 ans	16 736 (3,1 %)	18 159 (3,4 %)	34 895 (6,5 %)
75-84 ans	8 658 (1,6 %)	11 890 (2,2 %)	20 548 (3,8 %)
85 ans et +	1 894 (0,3 %)	4 249 (0,8 %)	6 143 (1,1 %)
Tous les âges	267 810 (49,5 %)	272 860 (50,5 %)	540 670 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.2. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe à l'Île-du-Prince-Édouard, 1999-2000

Île-du-Prince-Édouard	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	44 681 (32,3 %)	43 972 (31,8 %)	88 653 (64,1 %)
45-54 ans	9 574 (6,9 %)	9 698 (7,0 %)	19 272 (13,9 %)
55-64 ans	6 104 (4,4 %)	6 193 (4,5 %)	12 297 (8,9 %)
65-74 ans	4 485 (3,3 %)	5 027 (3,6 %)	9 512 (7,0 %)
75-84 ans	2 424 (1,8 %)	3 802 (2,8 %)	6 226 (4,5 %)
85 ans et +	699 (0,5 %)	1 550 (1,1 %)	2 249 (1,6 %)
Tous les âges	67 967 (49,2 %)	70 242 (50,8 %)	138 209 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.3. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe en Nouvelle-Écosse, 1999-2000

Nouvelle-Écosse	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	300 605 (31,9 %)	296 154 (31,4 %)	596 759 (63,4 %)
45-54 ans	67 006 (7,1 %)	67 435 (7,1 %)	134 441 (14,3 %)
55-64 ans	43 436 (4,6 %)	44 498 (4,7 %)	87 934 (9,3 %)
65-74 ans	30 166 (3,2 %)	35 405 (3,8 %)	65 571 (7,0 %)
75-84 ans	16 629 (1,8 %)	26 224 (2,8 %)	42 853 (4,5 %)
85 ans et +	4 219 (0,5 %)	10 094 (1,1 %)	14 313 (1,5 %)
Tous les âges	462 061 (49,1 %)	479 810 (50,9 %)	941 871 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.4. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe au Nouveau-Brunswick, 1999-2000

Nouveau-Brunswick	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	244 436 (32,4 %)	236 276 (31,3 %)	480 712 (63,7 %)
45-54 ans	54 752 (7,2 %)	54 725 (7,2 %)	109 477 (14,5 %)
55-64 ans	33 964 (4,5 %)	34 494 (4,6 %)	68 458 (9,1 %)
65-74 ans	23 911 (3,2 %)	27 937 (3,7 %)	51 848 (6,9 %)
75-84 ans	13 358 (1,8 %)	20 076 (2,7 %)	33 434 (4,4 %)
85 ans et +	3 296 (0,4 %)	7 769 (1,0 %)	11 065 (1,4 %)
Tous les âges	373 717 (49,5 %)	381 277 (50,5 %)	754 994 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.5. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe au Québec, 1999-2000

Québec	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	2 373 312 (32,3 %)	2 279 531 (31,0 %)	4 652 843 (63,2 %)
45-54 ans	533 561 (7,2 %)	539 498 (7,3 %)	1 073 059 (14,6 %)
55-64 ans	346 371 (4,7 %)	364 626 (5,0 %)	710 997 (9,7 %)
65-74 ans	242 826 (3,3 %)	294 718 (4,0 %)	537 544 (7,3 %)
75-84 ans	110 217 (1,5 %)	183 706 (2,5 %)	293 923 (4,0 %)
85 ans et +	24 206 (0,3 %)	64 864 (0,9 %)	89 070 (1,2 %)
Tous les âges	3 630 493 (49,3 %)	3 726 943 (50,7 %)	7 357 436 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.6. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe en Ontario, 1999-2000

Ontario	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	3 819 305 (33,0 %)	3 724 561 (32,2 %)	7 543 866 (65,2 %)
45-54 ans	769 682 (6,7 %)	787 923 (6,8 %)	1 557 605 (13,5 %)
55-64 ans	503 975 (4,4 %)	524 677 (4,5 %)	1 028 652 (8,9 %)
65-74 ans	380 883 (3,3 %)	437 127 (3,8 %)	818 010 (7,1 %)
75-84 ans	188 357 (1,6 %)	284 445 (2,5 %)	472 802 (4,1 %)
85 ans et +	42 836 (0,3 %)	100 586 (0,9 %)	143 422 (1,2 %)
Tous les âges	5 705 038 (49,3 %)	5 859 319 (50,7 %)	11 564 357 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.7. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe au Manitoba, 1999-2000

Manitoba	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	380 895 (33,3 %)	364 430 (31,9 %)	745 325 (65,2 %)
45-54 ans	74 044 (6,5 %)	74,156 (6,5 %)	148 200 (13,0 %)
55-64 ans	47 614 (4,2 %)	48,655 (4,2 %)	96 269 (8,4 %)
65-74 ans	36 927 (3,2 %)	42,287 (3,7 %)	79 214 (6,9 %)
75-84 ans	21 863 (1,9 %)	33,193 (2,9 %)	55 056 (4,8 %)
85 ans et +	6 302 (0,5 %)	13,393 (1,2 %)	19 695 (1,7 %)
Tous les âges	567 645 (49,6 %)	576,114 (50,4 %)	1 143 759 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.8. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe en Saskatchewan, 1999-2000

Saskatchewan	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	341 523 (33,3 %)	329 185 (32,1 %)	670 708 (65,4 %)
45-54 ans	62 746 (6,1 %)	60 711 (5,9 %)	123 457 (12,0 %)
55-64 ans	41 240 (4,0 %)	42 241 (4,1 %)	83 481 (8,1 %)
65-74 ans	35 264 (3,5 %)	39 207 (3,8 %)	74 471 (7,3 %)
75-84 ans	22 104 (2,2 %)	30 722 (3,0 %)	52 826 (5,2 %)
85 ans et +	6 654 (0,6 %)	13 564 (1,4 %)	20 218 (2,0 %)
Tous les âges	509 531 (49,7 %)	515 630 (50,3 %)	1 025 161 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.9. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe en Alberta, 1999-2000

Alberta	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	1 059 773 (35,7 %)	1 005 034 (33,9 %)	2 064 807 (69,6 %)
45-54 ans	196 347 (6,6 %)	187 651 (6,3 %)	383 998 (12,9 %)
55-64 ans	113 734 (3,8 %)	112 920 (3,8 %)	226 654 (7,6 %)
65-74 ans	80 940 (2,7 %)	86 693 (2,9 %)	167 633 (5,6 %)
75-84 ans	38 780 (1,4 %)	56 326 (1,9 %)	95 106 (3,3 %)
85 ans et +	9 587 (0,3 %)	20 537 (0,7 %)	30 124 (1,0 %)
Tous les âges	1 499 161 (50,5 %)	1 469 161 (49,5 %)	2 968 322 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.10. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe en Colombie-Britannique, 1999-2000

Colombie-Britannique	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	1 310 032 (32,4 %)	1 274 558 (31,5 %)	2 584 590 (63,9 %)
45-54 ans	289 548 (7,2 %)	288 462 (7,1 %)	578 010 (14,3 %)
55-64 ans	180 359 (4,5 %)	182 440 (4,5 %)	362 799 (9,0 %)
65-74 ans	136 592 (3,4 %)	146 604 (3,6 %)	283 196 (7,0 %)
75-84 ans	72 912 (1,8 %)	104 785 (2,6 %)	177 697 (4,4 %)
85 ans et +	18 007 (0,4 %)	37 581 (1,0 %)	55 588 (1,4 %)
Tous les âges	2 007 450 (49,7 %)	2 034 430 (50,3 %)	4 041 880 (100 %)

Source : Statistique Canada

Tableau B.11. Nombre de personnes par groupe d'âges et selon le sexe au Canada, 1999-2000

Canada	Hommes (% de la population totale)	Femmes (% de la population totale)	Total (% de la population totale)
< 45 ans	10 089 395 (33,0 %)	9 764 909 (32,0 %)	19 854 304 (65,0 %)
45-54 ans	2 104 778 (6,9 %)	2 116 556 (6,9 %)	4 221 334 (13,8 %)
55-64 ans	1 344 486 (4,4 %)	1 387 730 (4,5 %)	2 732 216 (8,9 %)
65-74 ans	990 155 (3,2 %)	1 134 355 (3,7 %)	2 124 510 (6,9 %)
75-84 ans	495 761 (1,6 %)	755 692 (2,5 %)	1 251 453 (4,1 %)
85 ans et +	117 825 (0,4 %)	274 352 (0,9 %)	392 177 (1,3 %)
Tous les âges	15 142 400 (49,5 %)	15 433 594 (50,5 %)	30 575 994 (100 %)

Source : Statistique Canada

Annexe C

Glossaire

Glossaire

Taux normalisé selon l'âge : Un taux qui est modifié sur le plan statistique afin d'éliminer l'effet de la répartition des différents groupes d'âges dans la population ou entre les populations au fil du temps.

Transfusion sanguine allogénique : On entend par « allogénique » une transfusion sanguine d'un donneur à une autre personne.

Transfusion sanguine autologue : On entend par « autologue » une transfusion dont le donneur et le receveur représentent la même personne.

Arthroplastie totale du genou : Remplacement total du genou blessé ou des parties endommagées de l'articulation du genou par des parties artificielles. La procédure consiste à séparer les muscles et les ligaments autour du genou pour dégager la capsule du genou. La capsule étant ouverte, l'intérieur de l'articulation est accessible. Les extrémités du fémur et du tibia sont délogées et bien souvent la rotule est enlevée. Les parties artificielles sont alors cimentées. Le nouveau genou est composé d'une coquille de métal à l'extrémité du fémur, d'une charnière de métal et de plastique sur le tibia et, au besoin, d'un bouton en plastique sur la rotule (WCWL Project, Literature Review on Hip and Knee Joint Replacement, 2000).

Arthroplastie totale de la hanche : L'arthroplastie totale de la hanche comprend le remplacement de la partie supérieure du fémur et du cotyle. Les deux parties de l'articulation de la hanche sont délogées et remplacées par des surfaces artificielles lisses. La hanche compte la cavité articulaire de la hanche (cotyle, os du pelvis cupuliforme) ainsi que la tête du fémur. La cavité artificielle se compose de plastique à haute densité tandis que la tête artificielle et sa tige sont faites d'acier inoxydable résistant. Ces parties artificielles sont logées dans des parties saines du pelvis et du fémur et fixées à l'aide de ciment à os (méthacrylate de méthyle) ou d'une procédure dépourvue de ciment dans laquelle l'implant a une surface rugueuse qui permet à l'os de se développer au fil du temps (WCWL Project, Literature Review on Hip and Knee Joint Replacement, 2000).

Reprise : Échange ou enlèvement d'une composante ou des deux. L'échange de revêtement ou de tête n'est pas considéré comme une reprise (registre suédois national des arthroplasties de la hanche).

Taux de reprise : Le taux de reprise est le pourcentage des arthroplasties initiales qui ont fait l'objet ultérieurement d'échange ou d'enlèvement de l'une ou plusieurs des composantes.

Reprises en pourcentage : Le nombre de reprises par rapport au nombre total d'arthroplasties.