

(RCRA) REGISTRE CANADIEN DES REMPLACEMENTS ARTICULAIRES



RAPPORT DE 2004

ARTHROPLASTIES TOTALES DE LA HANCHE

ET DU GENOU AU CANADA



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

**Registre canadien des
remplacements articulaires (RCRA)**

**Rapport de 2004
Arthroplasties totales de la hanche
et du genou au Canada**

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 1-55392-369-3 (PDF)

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title: *Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) – 2004 Report, Total Hip and Total Knee Replacements in Canada*. ISBN 1-55392-368-5 (PDF)

Remerciements

L'équipe du RCRA de l'ICIS désire souligner le travail des orthopédistes au Canada qui ont contribué à assurer le succès de l'élaboration du RCRA grâce à la présentation rapide de données sur les chirurgies à verser 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 elle exprime toute sa gratitude pour leurs précieux conseils spécialisés sur la préparation du registre et du présent rapport.

D^r William K. Beveridge

Représentant provincial
Valley Regional Hospital
Nouvelle-Écosse

D^r Eric R. Bohm

Représentant provincial
Saint-Boniface General Hospital
Manitoba

D^r Robert Bourne

Président, comité consultatif du RCRA
London Health Sciences Centre
Ontario

D^r Calab Emerson Brooks

Représentant provincial
Île-du-Prince-Édouard

D^r Ken L. Brown

Représentant provincial
British Columbia's Children's Hospital

D^r Dalton Dickinson

Représentant provincial
Fredericton Medical Clinic
Nouveau-Brunswick

D^r Michael Dunbar

Directeur de la recherche en orthopédie
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Nouvelle-Écosse

D^r Nicolas Duval

Le Pavillon des Charmilles
Québec

D^r Olga L. Huk

Représentante provinciale
Sir Mortimer B. Davis —
The Jewish General Hospital
Québec

D^r Hans Kreder

Sunnybrook and Women's Health
Sciences Centre
Ontario

D^r Andreas Laupacis

Président et directeur général
Institut de recherche en services de santé

D^r Brendan Lewis

Western Memorial Hospital
Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Barry Ling

Polyclinique
Île-du-Prince-Édouard

D^r James MacKenzie

Représentant provincial
Rockyview Hospital
Fondation canadienne d'orthopédie
Représentant
Alberta

D^r Yang Mao

Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique, Santé
Canada

D^r Rod Martin

Représentant provincial
Health Care Corporation of St. John's
Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Bas Masri

Vancouver General Hospital
Colombie-Britannique

M. Denis Morrice

Président et directeur général
Société d'arthrite du Canada

D^r Timothy J. Pearce
Red Deer Regional Hospital
Alberta

D^r William A. Silver
Représentant provincial
Saskatchewan

D^r David Petrie
Représentant régional, provinces de l'Atlantique
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Nouvelle-Écosse

D^r Sandra Taylor
Directrice de la bioéthique
Queen's University
Ontario

M. John Pipe
Représentant des patients
Ontario

D^r James Waddell
Dirigeant canadien, Décennie des os et
des articulations
St. Michael's Hospital
Ontario

D^r Cecil Rorabeck
Président, Sous-comité de la recherche et du
développement du RCRA
London Health Sciences Centre
Ontario

M^{me} Susan Warner
Directrice principale
The Ontario Joint Replacement Registry

D^r Robert Russell
James Paton Memorial Hospital
Terre-Neuve-et-Labrador

Sous la direction de Nizar Ladak, directeur, Services d'information sur la santé, le rapport de 2004 sur le RCRA a été préparé à l'ICIS par :

Nicole de Guia, conseillère, Registres des remplacements articulaires et des traumatismes
Dereck Cyrus, analyste principal, RCRA
Sukanya Gopinath, analyste principale, RCRA
Greg Webster, directeur, Recherche et élaboration d'indicateurs

La saisie des données des formulaires sur les chirurgies du RCRA et le suivi des questions relatives à la qualité ont été faits par Ann Baker, assistante, Assurance de la qualité pour le RCRA, et par les agentes de saisie de données du RCRA Sharon Meade et Margaret Tom-Kun. L'application d'entrée de données et la base de données du RCRA ont été mises au point par une équipe de l'ICIS dirigée par Herbet Brasileiro, conseiller, Développement des applications, services de santé, sous la direction de la gestionnaire Isabel Tsui.

L'équipe du RCRA désire également remercier le Département des publications et le Département de la traduction de l'ICIS qui ont participé au formatage, à la présentation et à la traduction du rapport.

Toute question concernant le présent rapport doit être adressée à :

Registre canadien des remplacements articulaires

90, avenue Eglinton est, bureau 300

Toronto (Ontario)

M4P 2Y3

Téléphone : (416) 481-2002

Télécopieur : (416) 481-2950

Courriel : rcra@icis.ca

**Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)
Rapport de 2004
Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada**

Table des matières

Sommaire	i
Introduction	1
Contexte	2
Registre canadien des remplacements articulaires	2
Description	2
Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?	4
Avantages du RCRA.....	5
Participation à l'enrichissement du RCRA	7
Méthodologie	10
Concepts et définitions.....	10
Source de données	12
Changements méthodologiques importants par rapport aux années précédentes	18
Historique des reprises	20
Comparabilité externe.....	20
Résumé des notes méthodologiques	20
Résultats	22
Tendances générales.....	22
Écarts provinciaux et territoriaux.....	27
Données démographiques sur les patients	34
Déplacements interprovinciaux et territoriaux	41
Durée du séjour à l'hôpital	44
Mortalité en milieu hospitalier	46
Caractéristiques des interventions chirurgicales et cliniques.....	47
Discussion	65
Prochaines orientations.....	66
Références	69
Annexe A — Glossaire	A-1
Annexe B — Autres tableaux et figures	B-1

Sommaire

Le rapport annuel de 2004 du RCRA est destiné à caractériser l'épidémiologie de base des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada en fonction des caractéristiques démographiques des patients, du lieu (des données à l'échelle provinciale et nationale) et du temps, ainsi que des paramètres chirurgicaux et cliniques choisis.

Les arthroplasties de la hanche et du genou soulagent la douleur et améliorent considérablement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients. Ces avantages profitent à tous les groupes d'âge, y compris aux patients de plus de 80 ans. Le vieillissement de la population contribue à la hausse du nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou. De plus, de nouvelles technologies font apparition dans le domaine du traitement chirurgical de l'arthrite et des affections apparentées. Ces facteurs seront susceptibles de faire augmenter la demande en chirurgie.

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Le RCRA est un registre national qui saisit les données sur les arthroplasties de la hanche et du genou effectuées au Canada et suit les patients dans le temps pour surveiller les taux de reprise et les résultats. Son but consiste à améliorer la qualité des soins et des résultats cliniques pour les patients, grâce à une surveillance post-commercialisation des appareils orthopédiques, à une amélioration des pratiques chirurgicales et à une étude des facteurs de risque qui affectent les résultats.

La participation à l'enrichissement du RCRA a augmenté progressivement depuis le début de la présentation de données sur ces interventions par les orthopédistes en mai 2001. Depuis septembre 2003, 63 % des orthopédistes qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada participent à l'enrichissement du registre. Les orthopédistes de l'extérieur de l'Ontario soumettent leurs données directement au RCRA. Les orthopédistes de l'Ontario transmettent leurs données au *Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR) du centre des sciences de la santé de London et cette initiative est financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les données de l'OJRR sont ensuite acheminées au RCRA.

Méthodologie

Les données sur les remplacements articulaires présentées dans ce rapport proviennent de quatre sources : des chirurgiens non orthopédistes de l'Ontario qui participent au RCRA, des chirurgiens de l'Ontario qui participent au OJRR et de deux bases de données sur les sorties des hôpitaux qui sont gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit la Base de données sur la morbidité hospitalière ainsi que la Base de données sur les congés des patients (DAD).

Les données sur les chirurgies et les implants orthopédiques présentées dans ce rapport s'appuient sur 16 819 interventions soumises par les chirurgiens participant au RCRA pour les patients admis pour une intervention chirurgicale entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003 (2002-2003). Cet ensemble de données est trois fois plus important que la source de données utilisée pour le rapport du RCRA de l'an passé, ce qui traduit l'augmentation de la participation au RCRA et l'ajout des données de l'Ontario au moyen du OJRR.

Résultats

Tendances générales

On compte 44 856 arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont été pratiquées au Canada en 2001-2002, dont 44 792 sur des résidents canadiens. Ce dernier chiffre représente une hausse de 39,3 % sur sept ans par rapport aux 32 147 interventions en 1994-1995 et une hausse de 4,4 % sur un an par rapport aux 42 917 interventions en 2000-2001.

En 2001-2002, parmi les résidents canadiens, on a pratiqué 24 815 arthroplasties totales du genou comparativement à 19 977 arthroplasties totales de la hanche. Depuis 1996-1997, le nombre d'arthroplasties totales du genou dépasse chaque année le nombre d'arthroplasties totales de la hanche, et l'écart s'accroît avec le temps. Comparativement aux chiffres de 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales du genou de 2001-2002 a augmenté de 61,6 % et de 7,3 % par rapport à l'année précédente. Par contre, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 19,0 % depuis 1994-1995, ce qui comprend une hausse de 1,0 % par rapport à l'année précédente.

Écarts provinciaux et territoriaux

On a remarqué des écarts provinciaux dans les taux d'arthroplasties au pays. Les résidents de l'Alberta et de la Saskatchewan affichaient les taux d'arthroplasties totales de la hanche les plus élevés normalisés selon l'âge (72,2 et 69,0 par 100 000 habitants respectivement). De leur côté, les résidents du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador possédaient les taux les plus faibles (39,3 et 38,6 par 100 000 habitants respectivement). Dans le cas des taux d'arthroplasties totales du genou, ceux du Manitoba et de l'Ontario étaient les plus élevés (96,0 et 90,5 par 100 000 habitants), et ceux de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec, les plus faibles (44,5 et 39,2 par 100 000 habitants). Les taux des Territoires ne sont pas présentés car ils sont peu élevés.

Données démographiques des patients

En 2001-2002, les femmes étaient plus susceptibles de subir une arthroplastie totale de la hanche comparativement aux hommes (le taux normalisé selon l'âge chez les femmes se chiffrait à 60,1 par 100 000 habitants comparativement à 53,8 chez les hommes). Les femmes (80,4) présentaient également un taux plus élevé d'arthroplasties du genou que les hommes (63,5). En 2001-2002, parmi toutes les arthroplasties totales de la hanche, on compte 57,7 % de femmes et 42,3 % d'hommes. Parmi toutes les arthroplasties totales du genou, on compte 60,5 % de femmes et 39,5 % d'hommes.

Les arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées en grande partie sur des patients âgés de 65 ans et plus (soit 66,2 % et 70,7 % respectivement). En 2001-2002, l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche au Canada s'élevait à 67,9 ans (69,3 ans pour les femmes et 65,7 ans pour les hommes). Par contre, seulement 5,2 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche avaient moins de 45 ans. En ce qui concerne les patients d'une arthroplastie totale du genou, l'âge moyen s'établissait à 69,0 ans (69,2 ans pour les femmes et 68,7 ans pour les hommes) en 2001-2002. Seulement 1,4 % des patients qui ont obtenu une arthroplastie du genou avaient moins de 45 ans.

Depuis 1994-1995, on a observé des augmentations considérables dans les taux d'arthroplasties totales du genou selon le groupe d'âge et le sexe, allant de 28,8 % à 108,4 %. Bien que le taux le plus élevé selon le groupe d'âge et le sexe se situe dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans (soit 483,3 par 100 000 habitants chez les hommes et 540,7 chez les femmes), le taux des hommes âgés de 45 à 54 ans a connu une croissance de 78,9 % et celui des femmes du même groupe a plus que doublé (une augmentation de 108,4 %). Le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans a augmenté de 119,3 % (de 938 à 2 057) entre 1994-1995 et 2001-2002.

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le taux le plus élevé selon le groupe d'âge et le sexe se trouvait dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans (soit 373,2 par 100 000 habitants chez les hommes et 443,8 chez les femmes). Comparativement aux taux de 1994-1995, la plus forte hausse s'est produite dans le groupe d'âge de 85 ans et plus (18,4 % et 18,7 % chez les hommes et les femmes respectivement).

Durée du séjour

Depuis 1994-1995, ces interventions chirurgicales ont enregistré une baisse dans la durée du séjour. De 1994-1995 à 2000-2001, la durée moyenne du séjour a baissé de 28,7 % dans le cas des arthroplasties totales de la hanche (de 13,6 à 9,7 jours) et de 36,9 % dans le cas des arthroplasties totales du genou (de 12,2 à 7,7 jours). Entre 2000-2001 et 2001-2002, la durée moyenne du séjour a diminué de 4,0 % pour les arthroplasties totales de la hanche, passant de 10,1 à 9,7 jours, et de 7,2 % pour les arthroplasties totales du genou, passant de 8,3 à 7,7 jours.

Déplacements interprovinciaux et territoriaux

À l'exception du Territoire du Yukon et du Nunavut, la plupart des patients ont reçu une chirurgie dans leur propre province. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus susceptibles d'obtenir une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province. Après les résidents du Territoire du Yukon et du Nunavut, ceux des Territoires du Nord-Ouest étaient les plus susceptibles à subir une arthroplastie du genou dans une autre province.

Mortalité en milieu hospitalier

La mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une opération est un événement relativement rare chez les patients d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Dans l'ensemble, le taux de mortalité des patients d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou s'élevait à 0,8 % et 0,2 % respectivement.

Caractéristiques chirurgicales et cliniques

L'ostéo-arthrite dégénérative était le diagnostic le plus fréquent dans le cas d'une première arthroplastie de la hanche (81 %) et du genou (93 %). Parmi les autres diagnostics, mentionnons l'ostéonécrose, l'arthrite inflammatoire et l'ostéo-arthrite post-traumatique.

Les raisons les plus courantes des reprises d'arthroplasties totales de la hanche étaient : laxité aseptique (55 %), ostéolyse (33 %), usure (30 %) et instabilité (17 %). Dans le cas des reprises des arthroplasties du genou, les mêmes quatre raisons étaient responsables dans les proportions suivantes : laxité aseptique (39 %), usure (36 %), instabilité (26 %) et ostéolyse (20 %).

L'approche latérale directe représente la technique utilisée le plus fréquemment dans les arthroplasties totales de la hanche. Près de la moitié (51 %) des chirurgies reposaient sur l'utilisation de cette technique. Parmi les autres méthodes courantes, mentionnons les méthodes chirurgicales antérolatérales (27 %) et postérolatérales (22 %). Pour les arthroplasties totales du genou, la méthode interne était de loin la plus utilisée (soit dans 86 % des chirurgies).

Discussion

Le rapport annuel de 2004 du RCRA a recours à plusieurs sources de données pour souligner les tendances et les écarts régionaux importants des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Ces renseignements seront utiles aux décisionnaires qui travaillent à la gestion des systèmes de santé, aux orthopédistes et aux dispensateurs de soins connexes. Les données sur les chirurgies représentent aussi un outil précieux pour les chirurgiens car elles leur permettent d'améliorer leurs pratiques et les résultats cliniques inhérents. Le succès que le RCRA connaît à ce jour est attribuable en grande partie au travail collectif des nombreux partenaires concernés.

La participation à l'enrichissement du RCRA a connu un essor important, principalement grâce à l'ajout des données de l'*Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR) au RCRA. On estime que l'Ontario possède un tiers (34 %) des orthopédistes au Canada qui pratiquent des arthroplasties de la hanche et du genou. En comptant les 7 500 chirurgies supplémentaires du OJRR, les données de l'Ontario représentent maintenant presque la moitié (45 %) de l'ensemble des données du RCRA pour 2002-2003. La participation des orthopédistes de l'extérieur de l'Ontario a également augmenté de 20 % depuis 2002. Au total, 454 orthopédistes qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou participent maintenant à l'enrichissement du RCRA.

On a observé des augmentations marquées dans le nombre et le taux d'arthroplasties totales du genou. En 2001-2002, comparativement à 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales du genou était supérieur de 61,6 %, et le taux de 43,4 %. Par comparaison, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 19,0 % et le taux, de 4,4 %.

Les données du RCRA dans le présent rapport mettent en évidence plusieurs écarts importants dans les taux et les durées du séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. On peut utiliser le RCRA pour approfondir ces questions afin de comprendre davantage les raisons de ces écarts. De plus, le RCRA peut contribuer aux décisions avisées et aux politiques éclairées visant à améliorer l'accès à ces services et à promouvoir de meilleurs résultats à long terme pour les patients qui en ont besoin.

Même si le RCRA ne pourra pas calculer les taux de reprise à long terme avant plusieurs années, le Registre pourra mesurer les taux de reprise à court terme et suivre leur évolution en suivant les patients au fil des ans et en effectuant une surveillance post-commercialisation des prothèses orthopédiques. À l'avenir le RCRA explorera également les moyens pour mesurer les délais d'attente de ces interventions chirurgicales et déterminera les besoins pour établir des rapports connexes à l'échelle nationale. Il existe actuellement des lacunes importantes dans l'information. Les temps d'attentes pour une arthroplastie de la hanche et du genou sont déjà accessibles au public dans certaines provinces. Il explorera également les données sur la fixation des priorités, la gravité de la maladie et le suivi, ainsi que la satisfaction des patients en tant qu'éléments supplémentaires qui peuvent être compris dans le RCRA à l'avenir.

On peut obtenir des exemplaires du Rapport de 2004 en consultant le Bureau des commandes de l'ICIS à l'adresse suivante : www.icis.ca/rcra. On peut télécharger gratuitement, à partir du site Web de l'ICIS, des copies du sommaire, des communiqués de presse et des bulletins récents. Les demandes de renseignements concernant ce rapport peuvent être adressées à rcra@icis.ca.

Introduction

Il s'agit du troisième rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Le premier rapport annuel a été publié en janvier 2002 et le deuxième en janvier 2003. Un rapport supplémentaire a été diffusé en octobre 2002^{1, 2}. Le présent rapport vise à caractériser l'épidémiologie de base des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada en tenant compte des personnes (données démographiques des patients), de l'endroit (données provinciales et nationales), du moment ainsi que des paramètres sélectionnés pour les interventions cliniques et chirurgicales. Les données sur les remplacements articulaires présentées dans ce rapport proviennent de quatre sources : orthopédistes de l'extérieur de l'Ontario qui soumettent des données directement au RCRA, données de l'*Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR) et de deux bases de données sur les sorties des hôpitaux qui sont 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 (DAD).

Le RCRA est un registre national qui saisit les données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada et qui suit les patients dans le temps pour surveiller leurs résultats (comprend les taux de reprise). Son but consiste à améliorer la qualité des soins et des résultats cliniques pour les patients, grâce à une surveillance suivant la mise en marché des appareils orthopédiques, à une amélioration des pratiques chirurgicales et à une étude des facteurs de risque qui influencent les résultats.

Le RCRA est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et les orthopédistes du Canada. Cette initiative a été parrainée par l'ICIS et les orthopédistes de chaque province qui relèvent 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 ainsi que l'OJRR.

Contexte

L'arthroplastie totale a grandement évolué depuis 1938 lorsque l'on a présenté pour la première fois la notion d'arthroplastie totale de la hanche. Le remplacement d'une hanche malade peut soulager énormément la douleur du patient et accroître considérablement son état fonctionnel et sa qualité de vie³. À la suite d'une arthroplastie totale du genou, les patients peuvent s'attendre à de nettes améliorations de leur mobilité, de leur bien-être et de leur état émotionnel et à un soulagement de la douleur intense et de l'incapacité associées à l'arthrite au niveau du genou⁴. Ces avantages profitent à tous les groupes d'âge, y compris aux patients de plus de 80 ans⁴. De nouvelles technologies font apparition dans le domaine du traitement chirurgical de l'arthrite et des affections apparentées⁵. Ces facteurs seront susceptibles de faire augmenter la demande en chirurgie. Toutefois, la disponibilité des ressources humaines peut influencer l'accès à ces interventions, au même titre que la disponibilité des salles d'opération et les restrictions relatives au nombre d'interventions imposé par la direction des hôpitaux⁵.

En 2000-2001, on a pratiqué 44 792 arthroplasties totales de la hanche et du genou chez les résidents canadiens, comparativement à 32 147 interventions en 1994-1995, ce qui représente une progression de 39 % au cours de cette période. Cette tendance à la hausse du nombre absolu de chirurgies est jumelée à une progression des taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou, qui ont augmenté de 4,4 % et de 43,4 % respectivement, au cours de la même période. La tendance progressive à la hausse dans les taux rajustés selon l'âge au fil du temps indique que le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur attribuable à une augmentation du nombre d'interventions pratiquées annuellement.

Registre canadien des remplacements articulaires

Description

Le RCRA est un registre national chargé de recueillir l'information sur les résultats des 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 en juin 2000 et on y verse des données depuis mai 2001. Le RCRA, dont la gestion est assurée par l'ICIS, s'inspire des modèles des registres suédois sur les arthroplasties de la hanche et du genou, qui sont exploités depuis 1975 et 1979 respectivement. Un bref historique de l'élaboration du RCRA figure au tableau 1.

Tableau 1. 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 la présentation des données	Mai 2001
6. Premier rapport annuel du RCRA	Janvier 2002
7. Le taux de participation des chirurgiens au RCRA excède 50 %	Juillet 2002
8. Rapport supplémentaire du RCRA	Octobre 2002
9. Deuxième rapport annuel du RCRA	Janvier 2003
10. Données de l'OJRR soumise pour la première fois au RCRA	Juillet 2003
11. Troisième rapport annuel du RCRA	Mars 2004

Avant la chirurgie, on demande aux patients de remplir un formulaire de consentement pour que l'on puisse verser au RCRA les données rattachées à leur chirurgie. Dès que le consentement écrit du patient est obtenu, le chirurgien ou le personnel du bloc opératoire remplit un formulaire de collecte de données de deux pages. Ce formulaire permet de saisir de l'information sur les caractéristiques démographiques du patient, le type d'arthroplastie, la raison de la chirurgie, la méthode chirurgicale, le mode de fixation, les types d'implants, l'utilisation d'antibiotiques, le traitement prophylactique de la thrombose veineuse profonde et la salle d'opération. Les formulaires de collecte de données sont acheminés directement à l'ICIS (de façon confidentielle et sécuritaire) lorsque la vérification des données et leur entrée sont terminées. On compare ensuite les données sur les remplacements articulaires aux données administratives rattachées au milieu hospitalier conservées à l'ICIS qui proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et de la Base de données sur les congés des patients (DAD).

Au moment de la parution de cette publication, seule la province de l'Ontario comptait un registre provincial opérationnel sur les remplacements articulaires, soit l'*Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR). Les orthopédistes de l'Ontario passent par l'OJRR pour contribuer à enrichir le RCRA. Les chirurgiens de toutes les autres provinces présentent les données sur les chirurgies directement à l'ICIS. Les renseignements sur les chirurgies sont recueillis en Ontario à l'aide d'un assistant numérique présent dans la salle d'opération. L'acheminement des données recueillies dans le RCRA est présenté à la figure 1.

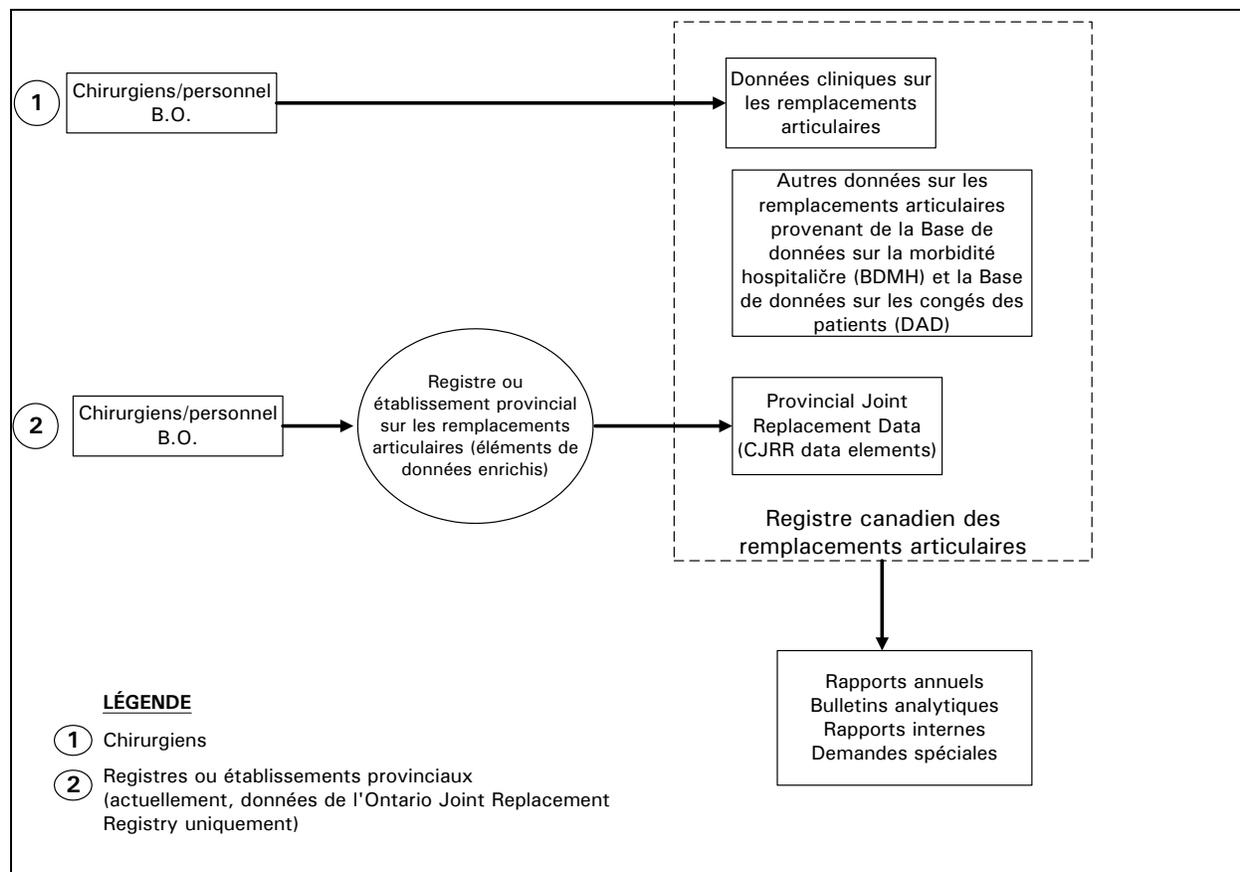


Figure 1. Diagramme de l'acheminement des données au Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

La protection des renseignements personnels ainsi que la confidentialité des patients et des chirurgiens sont assurées. À titre de gardien de nombreux registres et bases de données, l'ICIS est doté de politiques rigoureuses pour assurer la protection des renseignements personnels, la confidentialité ainsi que la sécurité de ses archives de données. Pour obtenir des précisions sur les politiques et les procédures relatives à protection des renseignements personnels et à la confidentialité à l'ICIS, veuillez consulter le site Web de l'ICIS à www.icis.ca.

Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?

Avant la mise sur pied du RCRA, on ne recueillait pas systématiquement à l'échelle nationale de données sur les chirurgies approfondies sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou. Par conséquent, on ne pouvait pas déterminer l'efficacité relative des diverses techniques chirurgicales, des salles d'opération, des pratiques d'utilisation d'antibiotiques et de la prévention des thromboses veineuses profondes ainsi que des modes de fixation pour les résultats cliniques et du taux de réussite des implantations. Dans le même ordre d'idées, on connaît peu l'efficacité relative des prothèses de la hanche et du genou qui existent actuellement. Malgré la prolifération des prothèses orthopédiques au cours des deux dernières décennies, on n'assurait pas auparavant de surveillance constante et systématique de ces dispositifs au Canada après leur mise sur le marché.

Le RCRA permet de saisir les chirurgies ayant fait l'objet d'une reprise, les raisons qui en découlent et d'assurer le suivi au fil des ans des patients ayant subi un remplacement articulaire pour surveiller leurs résultats. Ces renseignements permettront à l'ICIS de calculer les taux de reprises et de déterminer les raisons les plus souvent citées pour pratiquer une reprise. Grâce à une étude approfondie des reprises, des raisons des reprises et d'autres facteurs rattachés aux patients, à la prothèse et à la technique chirurgicale, on peut prédire les facteurs de risques qui suscitent une reprise, d'où la possibilité d'en réduire le nombre.

Même si Santé Canada est dotée d'un mécanisme d'évaluation et d'approbation des dispositifs médicaux avant qu'ils ne soient lancés sur le marché, 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 qui ont subi une arthroplastie et 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 commercialisation des prothèses orthopédiques. Dans un article publié dans le *British Medical Journal* en 1996, on demande que l'on mette au point un registre national sur les arthroplasties au Royaume-Uni. et on précise qu'il s'agit de la meilleure méthode d'évaluation de prothèses orthopédiques⁶. L'auteur prétend qu'il faut habituellement assurer le suivi d'une prothèse pendant au moins 10 ans pour en déterminer l'efficacité. 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 Royaume-Uni. L'élaboration du registre national des remplacements articulaires du Royaume-Uni en est au stade de consultation. Le RCRA présentera de l'information précieuse sur le rendement des implants à l'intention des chirurgiens au Canada et à l'étranger.

Avantages du RCRA

Pratiquement 45 000 arthroplasties totales étant pratiquées annuellement au Canada, le RCRA deviendra l'un des plus importants registres sur les remplacements articulaires au monde et permet grandement d'assurer le suivi au fil du temps d'un nombre important de patients ayant subi une arthroplastie. Il faut pouvoir compter sur un grand nombre de patients afin de relever les changements dans les tendances ainsi que les écarts provinciaux concernant les taux d'interventions et les durées de séjour. De plus, il faut que la taille de l'échantillon soit imposante afin de pouvoir effectuer des analyses d'associations et des prédictions significatives.

L'information démographique sur les patients est limitée dans les archives de données existantes qui sont recueillies à partir des sorties des patients au Canada. Le RCRA recueille des données démographiques approfondies sur les patients, d'où la possibilité de caractériser le profil des patients ayant subi une arthroplastie et d'en établir le rapport aux résultats cliniques.

On peut établir un rapport entre les données du RCRA et d'autres archives de l'ICIS, dont la Base de données sur la morbidité hospitalière ainsi que la Base de données sur les congés des patients afin de déterminer les durées moyennes de séjour, les réadmissions, (y compris les raisons qui s'y rattachent), la mortalité en milieu hospitalier ainsi que d'autres interventions cliniques en milieu hospitalier, comme les transfusions de sang.

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 au Canada. La réduction des risques de reprendre une intervention par la présentation des techniques chirurgicales optimales et de l'efficacité des prothèses orthopédiques peut contribuer à améliorer les soins dispensés aux patients, les résultats chirurgicaux ainsi que l'efficacité du système de santé. Dans les années à venir, le RCRA évaluera également les temps d'attente, l'état fonctionnel après une chirurgie ainsi que le taux de satisfaction des patients.

Avantages pour les chirurgiens

Au fil des ans, le RCRA permettra de présenter de l'information aux chirurgiens pour la prise de décisions fondées sur des faits en tenant compte de l'établissement des priorités pour les patients, des techniques chirurgicales et du choix des prothèses, ce qui peut ainsi favoriser l'amélioration de la qualité des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Les chirurgiens ainsi que les établissements qui participent à l'enrichissement du registre recevront des commentaires à intervalles réguliers, des analyses ainsi que des rapports comparatifs. Le RCRA présentera une source d'information crédible qui servira au processus décisionnel portant sur l'élaboration de politiques ainsi que la planification.

Les chirurgiens participants peuvent obtenir des crédits en formation continue en présentant des données sur les interventions au RCRA et en passant en revue les commentaires du RCRA fournis à intervalles réguliers. La présentation à l'ICIS de six formulaires de collecte de données dûment remplis permettra à chaque chirurgien d'obtenir un crédit dans le cadre des activités énoncées à la section 6 (Formation, enseignement et recherche) du programme relatif au cadre en formation continue du maintien du programme d'accréditation. L'équipe du RCRA de l'ICIS offre aux chirurgiens des mises à jour régulières sur le nombre de crédits obtenus en formation continue grâce à leur participation au RCRA.

Avantages pour le système de santé

Les données provenant du RCRA serviront à l'élaboration de pratiques ou de lignes directrices fondées sur des faits dans le cas des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada. L'application de ces pratiques fondées sur les faits permettra d'améliorer les résultats de ces interventions par une diminution de la morbidité ultérieure chez les patients ayant subi une arthroplastie et de réaliser des économies pour l'ensemble du système.

Participation à l'enrichissement du RCRA

On suit l'évolution de la participation au RCRA qui est présentée comme le pourcentage de chirurgiens admissibles qui ont accepté de soumettre des données au registre, et comme le pourcentage estimé de chirurgies dont les données ont été soumises (voir le tableau 3, plus loin dans le rapport). On considère que les chirurgiens qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au cours de la période de déclaration peuvent participer à l'enrichissement du RCRA. L'équipe de projet du RCRA travaille en collaboration avec les orthopédistes de partout au pays afin de repérer tous les chirurgiens admissibles et enregistrer leur consentement à participer.

Les orthopédistes de l'Ontario passent par l'*Ontario Joint Replacement Registry* pour contribuer à enrichir le RCRA. Ce registre est financé séparément par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) et se trouve au centre des sciences de la santé de London.

Tendances de la participation des chirurgiens

On a commencé la collecte de données auprès des chirurgiens en mai 2001. Comme le montre la figure 2, entre décembre 2001 et octobre 2002, le nombre de chirurgiens participants est passé de 139 à 250, une progression de 80 %. En septembre 2003, le nombre de chirurgiens participants de l'extérieur de l'Ontario s'est élevé à 285, une hausse de 20 % par rapport à 2002.

Au mois de juillet 2003, on a transféré les données du OJRR au RCRA pour la première fois. L'ajout de 169 chirurgiens inscrits au OJRR, qui contribuent maintenant à l'enrichissement du RCRA, a fait augmenter de façon remarquable la participation au RCRA. Au moment de la parution du présent rapport, 454 chirurgiens faisaient partie du RCRA, parmi lesquels 37 % venaient de l'Ontario.

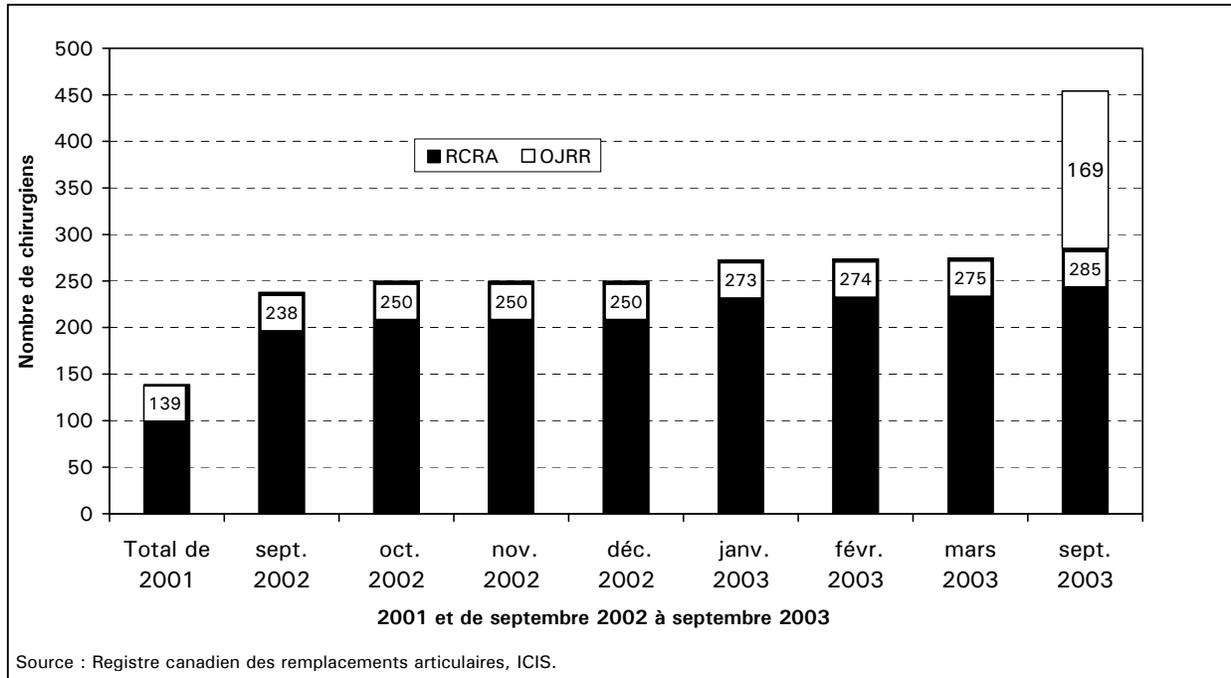


Figure 2. Nombre de chirurgiens participant à l'enrichissement du RCRA pour l'année 2001 et de septembre 2002 à septembre 2003

Participation des chirurgiens par province

Le tableau 2 présente les statistiques relatives à la participation par province par rapport au nombre probable de chirurgiens qui ont pratiqué des arthroplasties totales de la hanche et du genou à la fin de septembre 2003. On estime que le taux de participation global à l'enrichissement du RCRA se chiffre à 63 %. Ce taux est largement influencé par les provinces qui possèdent le plus grand nombre de chirurgiens (Ontario, Québec, Colombie-Britannique et Alberta respectivement). Ensemble, ces provinces comptent près de 83 % des orthopédistes qui effectuent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada et 78 % de tous les chirurgiens qui participent à l'enrichissement du RCRA. Les taux de participation par province et par territoire varient de 44 % au Québec à 100 % au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les représentants provinciaux du RCRA et plusieurs chefs de file des établissements ont joué un rôle crucial dans la promotion des avantages du registre et, par conséquent, à l'augmentation du nombre de chirurgiens qui participent et s'engagent à présenter des données sur les interventions au RCRA dans leur province respective.

Tableau 2. Participation à l'enrichissement du RCRA des chirurgiens par province à partir de septembre 2003

Province de l'hôpital	Chirurgiens inscrits à titre de participants	Nombre probable de chirurgiens ¹	% de participation
Colombie-Britannique	63	109	58 %
Alberta	39	51	77 %
Saskatchewan	17	29	59 %
Manitoba	19	27	70 %
Ontario	169	245	69 %
Québec	82	185	44 %
Nouveau-Brunswick	26	26	100 %
Nouvelle-Écosse	23	23	100 %
Île-du-Prince-Édouard	3	4	75 %
Terre-Neuve-et-Labrador	12	15	80 %
Territoire du Yukon	s.o.	0	s.o.
Nunavut	s.o.	0	s.o.
Territoires du Nord-Ouest	1	1	100 %
Total	454	715	63 %

¹ Nombre probable en fonction des renseignements fournis par les représentants provinciaux du RCRA.
 s.o. — Sans objet (aucun orthopédiste en exercice)

Méthodologie

Concepts et définitions

Le RCRA vise à recueillir l'information nationale sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Les définitions des arthroplasties totales de la hanche et du genou et des reprises figurent à l'annexe A — Glossaire.

Afin de permettre des comparaisons au fil du temps, on tient compte des chirurgies initiales, des reprises ainsi que des chirurgies urgentes et non urgentes dans les analyses pour toutes les années de données. En 2001-2002, le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont fait l'objet d'une reprise s'élève à 11,3 % et à 7,9 % respectivement (sauf pour le Québec). Le pourcentage prévu des arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées d'urgence se chiffre à 6 % et à 1 % respectivement.

Période de référence de la population

Les données sur les interventions chirurgicales et cliniques du présent rapport reposent sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou et les reprises pratiquées au Canada sur des patients admis entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003 (2002-2003).

Les données sur la morbidité hospitalière présentées dans ce document visent les arthroplasties totales de la hanche et de genou et les reprises pratiquées au Canada sur des patients qui ont obtenu leur congé entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 (2001-2002). On fournit également des années de données supplémentaires à des fins d'établissement de tendances. Les analyses du rapport s'appuient sur les résidents canadiens seulement, à l'exception des analyses de la durée du séjour et la mortalité en milieu hospitalier, qui touchent à toutes les interventions sans égard au lieu de résidence.

Déclaration de données géographiques

Pour la plupart des analyses de la Base de données sur la morbidité hospitalière figurant dans le rapport, la province précisée est celle où le patient demeure, non celle où l'intervention a eu lieu. On a attribué une région au patient en fonction de son code postal au moyen du fichier de conversion des codes postaux de juillet 2003, qui est mis à jour deux fois par année par Statistique Canada. Les patients dont le code postal est incomplet ont été inclus dans le calcul du taux et des chiffres provinciaux et nationaux. Par contre, on a exclu les résidents de l'extérieur du Canada et ceux dont le code postal est inconnu ou invalide.

En ce qui concerne les données sur les interventions chirurgicales et cliniques du présent rapport, la province précisée correspond à celle où on a effectué l'intervention, non celle où le patient demeure.

Présentation des taux

Sauf indication contraire, les taux présentés dans ce rapport sont normalisés selon l'âge, c'est-à-dire qu'ils sont ajustés en fonction de la structure de l'âge des populations qui diffère selon la géographie ou le temps. Les taux selon le sexe sont consignés, car il existe d'importantes différences dans les taux des arthroplasties totales de la hanche et du genou entre les hommes et les femmes.

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

La population canadienne de 1991 a servi de norme pour les taux normalisés selon l'âge.

Codes d'intervention de l'arthroplastie de la hanche et du genou

Afin d'identifier une arthroplastie de la hanche ou du genou dans la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients (DAD), on a extrait des codes d'intervention précis en fonction du système de classification pertinent. Au cours de l'exercice 2001-2002, on a recueilli des données à l'aide de l'un des trois systèmes de classification : CIM-10-CA/CCI*, ICD-9-CM et CIM-9/CCA. La CIM-10-CA/CCI est un nouveau système de classification et de codification qui remplace la ICD-9-CM et la CIM-9/CCA au Canada. Il est beaucoup plus détaillé que ses prédécesseurs et est mis en œuvre de façon décalée partout au pays. Les données codifiées de la ICD-9-CM sont converties à la CIM-9/CCA aux fins de déclaration de données. Pour obtenir des précisions sur ces changements importants de codification, consultez la section Changements méthodologiques importants par rapport aux années précédentes.

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche codifiées selon la CCI, le code de rubrique concerné est 1.VA.53 *Implantation de dispositif interne, hanche*. Ce code est divisé en sous-catégories plus détaillées : pièce d'épaisseur en ciment, prothèse à un et à deux composants et, pour chacune, que l'intervention ait été cimentée ou non cimentée (ce dernier contient des composants encore plus détaillés). Seul les codes des prothèses à deux composants présentent un intérêt pour ce rapport, car ils saisissent les données sur les arthroplasties totales de la hanche (par opposition à partielles) : 1.VA.53.LA-PN (approche ouverte) et 1.VA.53.PN-PN (téléopération robotisée). Dans la CCI, on identifie les reprises au moyen d'un code supplémentaire appelé « attribut de situation ». Ce dernier « R » indique que l'intervention est une reprise. Il faut prendre note que, pour l'exercice 2001-2002, la codification de cet attribut était facultative. Par conséquent, on peut avoir sous-estimé le nombre de reprises. La codification des reprises deviendra obligatoire à partir de l'exercice 2003-2004.

* Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada et Classification canadienne des interventions en santé; ICD-9-CM, 9^e révision — Modification clinique; et CIM-9-CCA, 9^e révision — Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques, et chirurgicaux.

Pour ce qui est des arthroplasties totales de la hanche codifiées selon la CCA, les codes d'intérêt sont : 93.51 *Remplacement total de la hanche en utilisant du méthacrylate de méthyle* et 93.59 *Autre remplacement total de la hanche*. Avant l'exercice 2000-2001, ces codes comprenaient aussi les reprises. Cependant, à partir du 1^{er} avril 2000, on a utilisé le code CCA 93.52 pour les reprises d'arthroplasties totales de la hanche *cimentées en utilisant du méthacrylate de méthyle* et le code 93.53 pour celles *non cimentées*. Ainsi, lorsque l'on fait état des arthroplasties totales de la hanche dans ce rapport, n'importe lequel de ces quatre codes est donné. Il faut noter que les arthroplasties partielles de la hanche reçoivent le code 93.69 *Autre réparation de la hanche*, qui n'est pas inclus dans les analyses du rapport.

En ce qui concerne les arthroplasties totales du genou codifiées selon la CCI, la rubrique 1.VG.53 fait référence à *l'implantation de dispositif interne, articulation du genou*. Elle se divise en catégories : pièce d'épaisseur en ciment, prothèses à un, deux et trois composants. De plus, chacune de ces catégories peut être décomposée en deux sous-catégories : cimenté ou non cimenté. Pour la première fois, cette classification permet de séparer les « vraies » arthroplasties totales du genou (codes des prothèses à deux et à trois composants) des arthroplasties partielles (prothèses à un composant et pièce d'épaisseur en ciment). Toutefois, afin de maintenir la comparabilité des provinces à l'aide des anciens systèmes de classification, tous les codes de la rubrique 1.VG.53 seront utilisés pour définir les arthroplasties totales du genou. Comme c'est le cas pour les arthroplasties de la hanche codifiées selon la CCI, on identifie les reprises au moyen du code supplémentaire d'attribut de situation « R ». Comme on l'a déjà mentionné, la déclaration de données sur les reprises était facultative à l'exercice 2001-2002.

Dans le cas des arthroplasties totales du genou codifiées selon la CCA, les codes pertinents sont 93.41 remplacement total du genou (géométrie) [polycentrique] (jusqu'en avril 2000, ces codes permettaient de saisir les interventions initiales ainsi que les reprises) et 93.40 (après avril 2000, on a ajouté ce code pour recueillir les données sur les arthroplasties totales du genou cimentées ou non cimentées).

Les tableaux B.1 et B.2 de l'annexe B donnent tous les codes des arthroplasties totales de la hanche et du genou, respectivement, dans la CCI et la CCA. Le tableau B.3 montre la répartition entre les vraies arthroplasties partielles du genou et les arthroplasties totales au moyen de la CCI.

Source de données

Les données relatives aux chirurgies et aux prothèses dans le présent rapport sont soumises au RCRA par les orthopédistes participant à l'enrichissement de ce registre (ce qui comprend les chirurgiens de l'Ontario qui participent par le biais de l'OJRR). Les chiffres et les taux à l'échelle nationale et provinciale portant sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou dans le présent rapport proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du système statistique SAS (version 8).

Orthopédistes

Les analyses sur les interventions chirurgicales et cliniques présentées dans ce rapport s'appuient sur 16 819 interventions pratiquées chez les patients admis entre le 1^{er} avril 2002 et le 31^{ème} mars 2003 et soumises par les orthopédistes qui participent au RCRA. Cet ensemble de données est trois fois plus volumineux que la source de données ayant servi au rapport du RCRA l'an passé, ce qui explique la progression de la participation au RCRA et l'ajout des données de l'Ontario par le biais du OJRR. Il est possible que les données provenant des chirurgiens participant au RCRA varient par rapport à celles des chirurgiens non participants. Les résultats ne devraient donc pas être généralisés à l'ensemble des arthroplasties effectuées au Canada.

Les orthopédistes participant au RCRA remplissent un formulaire de collecte des données de deux pages à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Les formulaires de collecte des données ainsi qu'une liste des éléments de données peuvent être téléchargés à partir du site Web de l'ICIS à l'adresse suivante : www.icis.ca/rcra. Les formulaires remplis sont acheminés directement à l'ICIS de façon confidentielle et sécuritaire. Un employé chargé de la saisie des données examine les formulaires de collecte des données pour s'assurer que l'on a obtenu le consentement du patient et que le formulaire est dûment rempli. Si le consentement du patient n'est pas formulé correctement ou si des renseignements importants ne figurent pas dans le formulaire, celui-ci est retourné à l'orthopédiste pour qu'il le complète ou confirme le consentement du patient. Dès que l'on a vérifié que le consentement du patient a bel et bien été obtenu et que les formulaires de collecte des données sont jugés complets, ceux-ci sont versés dans le système du RCRA (base de données Oracle). Actuellement, près de 1 400 formulaires sont soumis au RCRA chaque mois. Les chirurgiens de l'Ontario participent à l'enrichissement du RCRA en passant par l'*Ontario Joint Replacement Registry* (voir la section suivante).

Les formulaires soumis font l'objet de contrôles de vérification au moment de la saisie de l'information dans la base de données du RCRA. Ces contrôles s'appliquent également aux données reçues par voie électronique (c.-à-d. OJRR). Ils indiquent quels éléments de données ne répondent pas aux critères de logique, de portée de valeur et d'intégralité. Des commentaires et des rapports d'erreurs sont systématiquement générés et les enregistrements sont alors considérés comme préliminaires, incomplets ou complets, selon le résultat des contrôles réussis ou coulés. On détermine qu'un enregistrement est complet seulement lorsqu'il a réussi à tous les contrôles de vérification. En ce qui concerne les soumissions de données électroniques, les cas erronés sont renvoyés à leur source pour être révisés et corrigés. Dans le cas des soumissions de données sur papier, tous les enregistrements (peu importe la classification) sont inclus dans le but de maximiser les renseignements disponibles pour ce rapport.

Au début de l'exercice de données 2002-2003, l'équipe du RCRA effectuera une évaluation globale annuelle de la qualité des données soumises par les orthopédistes en s'appuyant sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS⁷. Ce cadre envisage la qualité des données selon le point de vue de l'utilisateur; la qualité étant définie comme « les données aptes à l'utilisation ». On pose 58 questions sur la base de données qui englobent les cinq dimensions de la qualité des données, soit l'actualité, la convivialité, la pertinence, l'exactitude ainsi que la comparabilité des données. Les constatations faites à partir de cette évaluation seront affichées sur le site Web du RCRA.

Soumission de données par province

La figure 3 illustre la répartition des soumissions par province concernant les arthroplasties totales de la hanche et du genou présentées par les orthopédistes pour l'exercice 2002-2003. Les orthopédistes de l'Ontario affichent la proportion la plus importante de soumissions (45 %), suivis des chirurgiens du Québec (12 %), de la Colombie-Britannique (10 %) et de la Nouvelle-Écosse (9 %).

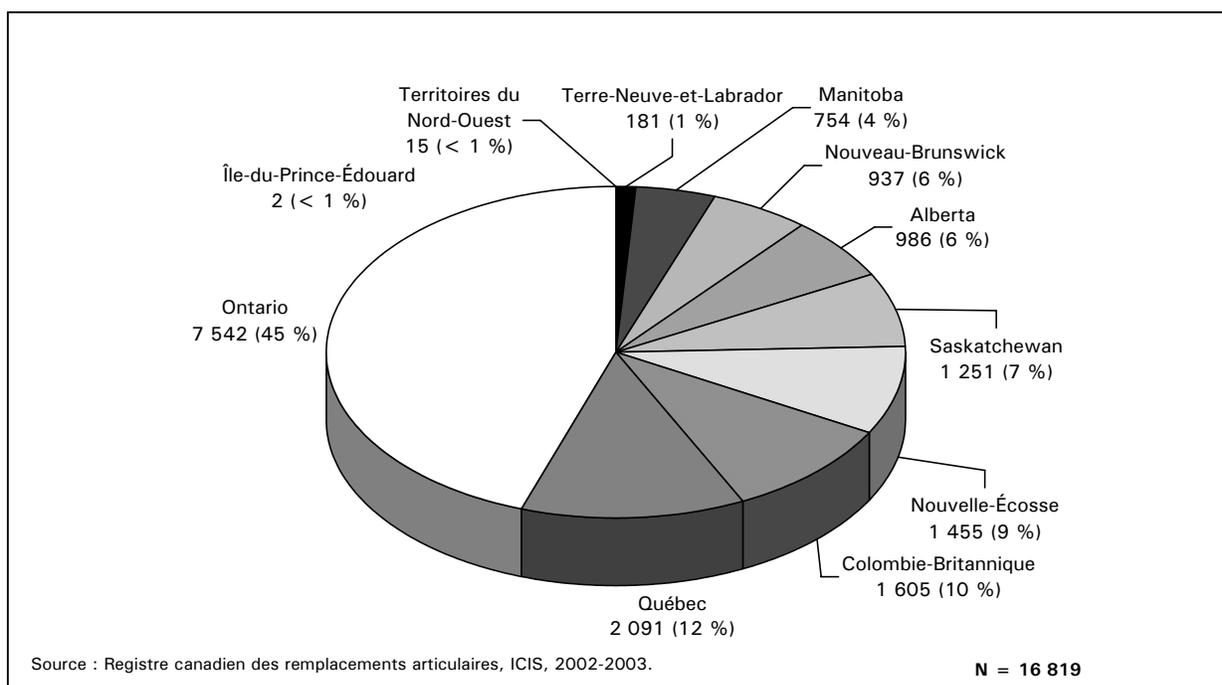


Figure 3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou soumises au RCRA, par province, 2002-2003

Ontario Joint Replacement Registry (OJRR)

L'*Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR) recueille les données des orthopédistes ontariens sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou au moment où elles ont lieu. Ce registre est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) et rendu possible grâce au soutien des orthopédistes de l'Ontario membres de l'association des orthopédistes de l'Ontario et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le registre se trouve au centre des sciences de la santé de London. Il est présentement mis en œuvre par région, à commencer par le sud-ouest de l'Ontario en mai 2001. L'OJRR publie son deuxième rapport qui s'appuie sur les données recueillies entre le 14 mai 2001 et le 31 mars 2003⁸.

Pour la première fois en juillet 2003, le RCRA a reçu un sous-ensemble de données de l'OJRR par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les éléments de données sur les interventions chirurgicales et cliniques recueillis par l'OJRR sont plus étendus et spécifiques comparativement à ceux du RCRA. Par exemple, l'OJRR recueille des données liées au temps d'attente et aux résultats relatifs à l'état fonctionnel à la suite de l'opération.

Avant que l'OJRR ne puisse partager un sous-ensemble de ses données, on a effectué un mappage entre les éléments de la base de données de l'OJRR et du RCRA. Au cours de cet exercice, il est arrivé à plusieurs reprises que les éléments de données de l'OJRR étaient plus détaillés que ceux du RCRA. Lorsque cela se produisait, on classait l'information dans la catégorie « Autre » ou on la conservait dans la base de données du RCRA comme éléments de données supplémentaires à titre de référence. Moins de 2 % des éléments de données du RCRA n'ont pas pu faire l'objet d'un mappage. Les analyses du présent rapport ne comprennent pas ces derniers.

Les données de l'OJRR ont aussi fait l'objet de contrôles de vérification de l'ICIS, qui ont servi à repérer les erreurs potentielles comme les valeurs hors-limite et les problèmes de logique des données. Ces contrôles standards sont effectués sur toutes les données brutes après leur entrée dans la base de données du RCRA.

Les données de l'Ontario intégrées au CJRR font l'objet de révisions. Celles du présent exercice sont encore en cours de correction et de soumission par les orthopédistes du OJRR. Dans l'avenir, l'OJRR fournira au RCRA des données mises à jour des années précédentes afin de garantir que les données de l'Ontario des deux registres sont à jour et uniformes.

Base de données sur la morbidité hospitalière

La Base de données sur la morbidité hospitalière est gérée par l'ICIS et présente le nombre de sorties (y compris les décès) d'un hôpital selon le diagnostic primaire et renferme toutes les sorties des établissements de soins de courte durée au Canada. Cette base de données dresse d'autres différentes données cliniques et démographiques, dont le diagnostic primaire, l'intervention, la date d'admission, l'état au moment de la sortie, le nombre total de jours passés à l'hôpital, l'âge et le sexe du patient.

Les données proviennent des hôpitaux à vocation générale et spécialisée, 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 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. La Base de données sur la morbidité hospitalière permet de saisir l'intégralité des données sur les sorties des patients provenant des établissements de soins de courte durée au Canada.

La Base de données sur la morbidité hospitalière a récemment fusionné avec la DAD. Depuis le début de l'exercice 2001-2002, les deux bases de données partagent une structure commune qui ressemble à celle de la DAD. Par conséquent, on a apporté des changements à la façon dont on déclare les données sur les arthroplasties de la hanche et du genou (voir la section Changements méthodologiques importants par rapport aux années précédentes).

La figure 4 montre le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées selon la province de l'hôpital.

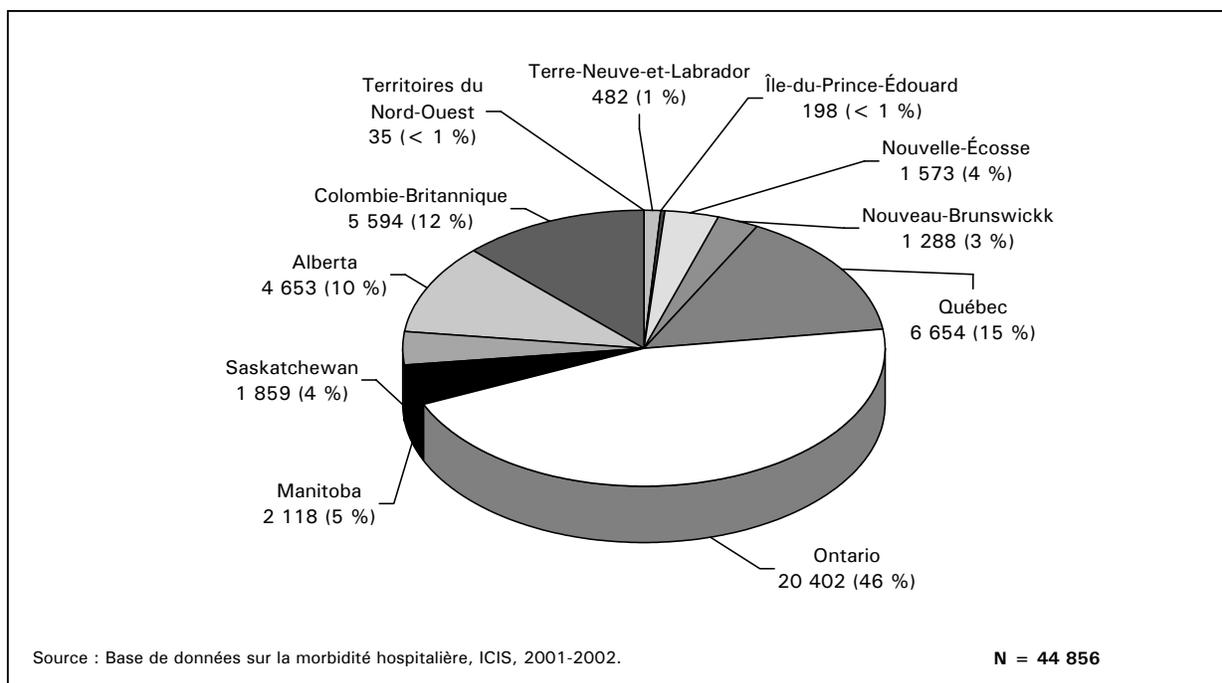


Figure 4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada, par province, 2001-2002

Le tableau 3 compare le nombre et la répartition des interventions saisies à l'exercice 2002-2003 par les orthopédistes au nombre total et à la répartition de toutes les interventions effectuées en 2001-2002 selon la Base de données sur la morbidité hospitalière. En ce qui a trait aux provinces ayant des volumes de chirurgies importants (Ontario, Québec et Colombie-Britannique), la représentation proportionnelle est semblable entre les deux sources de données.

À l'échelle nationale, les interventions saisies par le RCRA en 2002-2003 représentent 38 % du volume de toutes les interventions effectuées en 2001-2002. La Nouvelle-Écosse possédait le taux de saisie le plus élevé (93 %) et l'Île-du-Prince-Édouard, le plus faible (1 %).

Tableau 3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou soumises au RCRA (données de 2002-2003) relativement aux données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (données de 2001-2002)¹

Province de l'hôpital	Nombre d'arthroplasties soumises au RCRA en 2002-2003	Répartition des soumissions faites au RCRA en 2002-2003	Nombre d'arthroplasties de la BDMH pratiquées en 2001-2002	Répartition des arthroplasties pratiquées en 2001-2002	Soumissions du RCRA en 2002-2003 en % d'arthroplasties de la BDMH pratiquées en 2001-2002
Terre-Neuve-et-Labrador	181	1 %	482	1 %	38 %
Île-du-Prince-Édouard	2	< 1 %	198	< 1 %	1 %
Nouvelle-Écosse	1 455	9 %	1 573	4 %	93 %
Nouveau-Brunswick	937	6 %	1 288	3 %	73 %
Québec	2 091	12 %	6 654	15 %	32 %
Ontario ²	7 542	45 %	20 402	46 %	37 %
Manitoba	754	4 %	2 118	5 %	36 %
Saskatchewan	1 251	7 %	1 859	4 %	67 %
Alberta	986	6 %	4 653	10 %	21 %
Colombie-Britannique	1 605	10 %	5 594	12 %	29 %
Territoires du Nord-Ouest	15	< 1 %	35	< 1 %	43 %
Total	16 819	100 %	44 856	100 %	38 %

¹ Les chiffres s'appuient sur l'emplacement des établissements déclarants de soins de courte durée qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Ils comprennent les interventions des résidents non canadiens.

² Les chirurgiens de l'Ontario participent au RCRA en passant par l'OJRR.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière (2001-2002), Registre canadien des remplacements articulaires (2002-2003), ICIS.

Base de données sur les congés des patients

Cette base de données renferme des données démographiques, administratives et cliniques qui se rapportent aux sorties des patients et notamment aux patients hospitalisés de courte durée, aux unités pour les maladies chroniques, à la réadaptation ainsi qu'aux chirurgies d'un jour. L'ICIS reçoit des données directement des hôpitaux participants, ce qui représente environ 85 % de toutes les sorties des patients hospitalisés au Canada. La DAD est l'une des principales sources de données de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Changements méthodologiques importants par rapport aux années précédentes

Données des orthopédistes présentées au dernier exercice seulement

Dans le rapport annuel précédent du RCRA, les analyses s'appuyaient sur toutes les données sur les interventions chirurgicales et cliniques soumises du 1^{er} mai 2001 au 30 septembre 2002. Dans le cadre du présent rapport, à partir duquel les données seront présentées par exercice, on a choisi la date d'admission plutôt que la date de la chirurgie comme période de référence, parce que la date d'admission était précisée plus souvent que celle de la chirurgie. Même si l'on sait qu'en Ontario la date d'admission correspond généralement à la date de la chirurgie, on ne connaît pas encore les modalités des autres provinces et territoires.

La BDMH adopte la structure de la DAD

Au début de la période de déclaration de l'exercice 2001-2002, que l'on présente dans ce rapport, la Base de données sur la morbidité hospitalière a adopté la structure de la DAD. Bien que les deux bases partagent certains éléments de données communs, la DAD en contenait beaucoup plus. Ainsi, certains éléments et processus de la Base de données sur la morbidité hospitalière ont été éliminés ou modifiés, ce qui a influé sur la déclaration de données dans le présent rapport comparativement aux années précédentes. L'analyse de la durée du séjour, qui s'appuyait auparavant sur la procédure de classement, en est un exemple. Dans le présent rapport, l'analyse de la durée du séjour reposait sur tous les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou au Canada.

Aux fins d'analyse, certains types de chirurgies ont été exclus du rapport : chirurgies codifiées comme chirurgies précédentes ou abandonnées. À partir des données de 2001-2002, les chirurgies codifiées comme chirurgies pratiquées à l'extérieur de la province ont également été exclues afin d'éviter le surdénombrement des cas.

Adoption par étapes de la CIM-10-CA/CCI au Canada

La CIM-10, nouveau système international de classification et de codification, a remplacé la CIM-9 et la ICD-9-CM dans beaucoup de pays au monde. L'ICIS a mis au point une version canadienne modifiée de cette classification (CIM-10-CA) et a élaboré la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). La mise en œuvre de cette dernière pour les données sur les sorties des hôpitaux a commencé le 1^{er} avril 2001. Étant donné que la décision d'adopter ce nouveau système de classification appartient aux provinces et aux territoires, seules la Colombie-Britannique, certaines régions de la Saskatchewan, la

Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Territoire du Yukon utilisaient le nouveau système pour les données sur les sorties de l'exercice 2001-2002 présentées dans ce rapport. Les autres provinces avaient recours à la CIM-9/CCA, l'ICD-9-CM ou une combinaison des deux.

La CCI offre une plus grande spécificité pour la classification des arthroplasties de la hanche et du genou. En plus de posséder des codes distincts pour les chirurgies cimentées et non cimentées, elle permet la codification séparée des arthroplasties partielles et totales. Dans le cas des arthroplasties du genou, toutefois, on présente les chirurgies partielles et totales ensemble afin de maintenir la comparabilité avec les anciens systèmes de classification, qui ne permettaient pas la distinction des deux.

Les classifications mixtes et la mise en œuvre décalée du nouveau système de codification partout au pays engendrent des difficultés uniques en matière d'interprétation des tendances au fil du temps et selon la région. Le RCRA continuera de surveiller et d'étudier les répercussions de ces changements dans la codification au cours des années à venir.

Lieu de résidence du patient

Les analyses régionales reposent principalement sur le lieu de résidence du patient, non celui où l'intervention a eu lieu. On accomplit le mappage de la province de résidence du patient au moyen du fichier de conversion des codes postaux. Dans les rapports précédents, on classait les patients au code postal inconnu ou invalide dans la catégorie « Inconnu ». Cette année, les codes postaux incomplets ou inconnus sont jumelés à une province ou un territoire, lorsque cela est possible, en fonction du premier caractère du code. Ce chiffre est différent pour chaque province et territoire. Ce changement a entraîné une grande diminution du nombre de patients classés dans la catégorie « Inconnu » et une augmentation ultérieure dans les chiffres de certaines provinces et de certains territoires.

Sous-estimation des chiffres du Québec sur les reprises

Depuis la parution du rapport annuel de 2002 du RCRA, l'ICIS a appris qu'une différence dans la codification des reprises des arthroplasties du genou au Québec par rapport aux autres provinces a engendré une sous-estimation du nombre de ces interventions au Québec depuis 1998.

En 1998, le Québec a choisi le code 93.471 pour représenter les reprises des arthroplasties du genou. Ce code diffère du code 93.40 de la CCA, que l'on a introduit dans le cadre des reprises des remplacements du genou le 1^{er} avril 2000 pour les provinces et les territoires qui participent à la DAD (le Québec ne soumet pas de données à la DAD). Le code 93.471 ne fait pas partie de l'ensemble des codes du RCRA. De plus, il ne peut être identifié dans la Base de données sur la morbidité hospitalière, car le cinquième caractère est coupé au cours du traitement des données sur la morbidité. Par conséquent, on traite le code 93.471 comme s'il s'agissait du code de la CCA 93.47 « Autre réparation du genou ». L'ICIS travaille de concert avec le Québec pour résoudre ce problème et prévoit qu'il sera résolu dans la BDMH de 2003-2004.

Il y a eu 255 reprises de remplacements du genou au Québec en 2001-2002, 240 en 2000-2001, 171 en 1999-2000 et 184 en 1998-1999⁹.

Dans le même ordre d'idées, le Québec n'a pas adopté les codes 93.52 et 93.53 de la CCA sur les reprises de la hanche. On prévoit que ces codes seront utilisés dans la Base de données sur la morbidité hospitalière de 2003-2004. Il est donc impossible pour le moment de distinguer les interventions initiales des reprises pratiquées dans les établissements du Québec.

Historique des reprises

Les données sur les chirurgies soumises par les orthopédistes et présentées dans ce rapport pourront faire l'objet d'une révision dans les rapports futurs. Le RCRA continue d'accepter des données après la date limite de la période de déclaration. Par conséquent, les renseignements provenant de cette source de données sont peut-être incomplets.

Comparabilité externe

Il est possible de comparer une partie des données cliniques et administratives soumises par les orthopédistes avec les données de la Base de données sur la morbidité hospitalière ou de la Base de données sur les congés des patients. Cela s'applique par exemple à la date d'admission, la date de la chirurgie, ainsi que la carte d'assurance-maladie, le sexe et la date de naissance du patient. Jusqu'à ce jour, on n'a pas encore mené une telle étude sur la qualité des données. Dans l'avenir, l'ICIS prévoit de relier les données des orthopédistes à celles de ces bases de données sur les sorties des hôpitaux.

Résumé des notes méthodologiques

- Les résultats des renseignements sur les chirurgies et les implants provenant des orthopédistes sont préliminaires et n'ont pas fait l'objet de validation par une étude approfondie de la qualité des données. En raison de problèmes de sous-dénombrement, on estime que l'on ne peut faire de généralisation pour toutes les arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada à partir de ces résultats.
- La soumission de données au RCRA est volontaire. Les orthopédistes participants n'ont pas tous soumis des données au RCRA. De plus, on ne sait pas si chacun d'eux a soumis toutes les chirurgies qu'il a pratiquées. Il peut y avoir un biais dans la réponse, mais celui-ci ne peut être quantifié.
- Les données sur les sorties des hôpitaux dans ce rapport sont recueillies dans divers systèmes de classification (CIM-10-CA/CCI, ICD-9-CM, CIM-9/CCA). La mise en œuvre décalée de la nouvelle classification partout au pays engendre des difficultés uniques en matière d'interprétation des tendances au fil du temps et selon la région. Le RCRA continuera de surveiller et d'étudier les répercussions de ces changements dans la codification au cours des années à venir.
- Les analyses sur les arthroplasties totales du genou englobent également les remplacements partiels du genou, car ces derniers ne peuvent être codifiés séparément dans la CCA.

- Les données sur les sorties des hôpitaux s'appuient sur les sorties de l'exercice 2001-2002, et les données sur les interventions chirurgicales et cliniques, sur les admissions de l'exercice 2002-2003.
- On sous-estime les chiffres du Québec sur les arthroplasties de la hanche et du genou, car les codes des reprises ne peuvent être identifiés dans la Base de données sur la morbidité hospitalière.
- Les analyses régionales du présent rapport reposent principalement sur le lieu de résidence du patient, non celui où les interventions ont eu lieu. Les chiffres selon la province de résidence peuvent avoir augmenté de façon factice, car la nouvelle méthodologie consistant à associer un patient à une province si possible (lorsque le code postal est incomplet) serait à l'origine de l'augmentation (les chiffres de la catégorie région « Inconnu » ont baissé).
- Le nombre d'interventions représente le nombre de cas. Si une personne subit plus d'une arthroplastie de la hanche ou du genou codifiée pour la même visite à l'hôpital, chaque intervention est comptée.
- Les analyses de la durée du séjour s'appuient sur toutes les personnes qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, plutôt que sur la procédure de classement, comme dans le rapport de l'an passé.

Résultats

Remarque importante : Les analyses des tendances, les données démographiques sur les patients, les écarts provinciaux et la mortalité en milieu hospitalier s'appuient sur les données relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou qui proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière, principalement les données des patients qui ont obtenu leur congé entre le 1^{er} avril 2001 et le 31^{ième} mars 2002. Les analyses des caractéristiques des interventions chirurgicales et cliniques ainsi que des composantes reposent sur les données soumises par les orthopédistes (qui participent à l'enrichissement du RCRA et du OJRR) sur les patients admis pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou ou une reprise entre le 1^{er} avril 2002 et le 31^{ième} mars 2003.

Tendances générales

En 2001-2002, 44 792 arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées au Canada sur des résidents canadiens, ce qui représente une hausse de 39 % sur sept ans par rapport aux 32 147 interventions en 1994-1995, et une hausse de 4 % sur un an par rapport aux 42 917 interventions en 2000-2001.

Comme le montrent le tableau 4 et la figure 5, en 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a légèrement dépassé le nombre d'arthroplasties totales du genou au Canada (16 787 par opposition à 15 360 chirurgies respectivement). Cependant, depuis 1996-1997, les arthroplasties totales du genou dépassent chaque année le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et l'écart continue de s'accroître. En 2001-2002, il y a eu 24 815 remplacements totaux du genou comparativement à 19 977 pour la hanche. Par comparaison avec les chiffres de 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales du genou en 2001-2002 était supérieur de 62 %, et 7 % de cette progression s'est produite au cours de l'année précédente. Par contre, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 19 % par rapport à 1994-1995, dont 1 % était attribuable à l'année précédente.

Tableau 4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou et changement en pourcentage, 2001-2002 comparé à 1994-1995 et 2000-2001

Type d'arthroplastie	Type d'arthroplasties totales			Changement en pourcentage sur sept ans	Changement en pourcentage sur un an
	1994-1995	2000-2001	2001-2002		
Hanche	16 787	19 787	19 977	19,0 %	1,0 %
Genou	15 360	23 130	24 815	61,6 %	7,3 %
Total	32 147	42 917	44 792	39,3 %	4,3 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

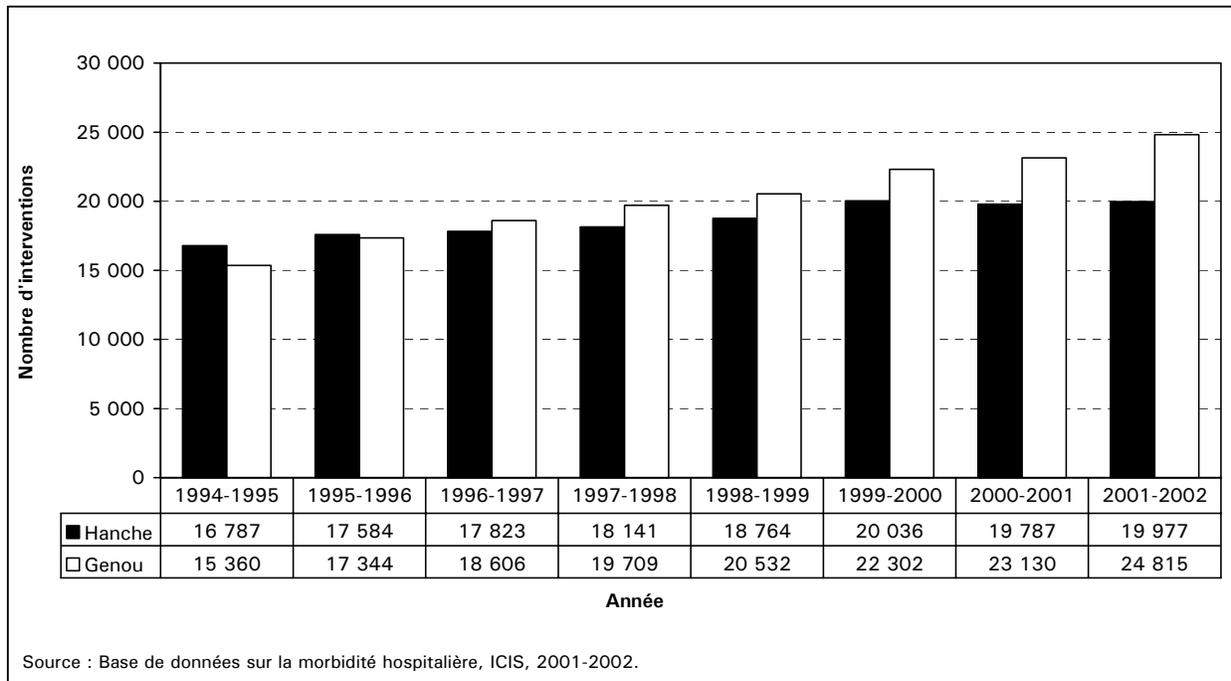


Figure 5. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada, de 1994-1995 à 2001-2002

La normalisation selon l'âge est une technique d'analyse couramment utilisée pour comparer les taux de chirurgies au fil du temps. Cette technique prend en considération les changements dans la structure de l'âge de différentes populations.

La figure 6 indique que le taux normalisé selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche au Canada était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, soit de 12 % (60,1 par rapport à 53,8 par 100 000 habitants). Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a connu une croissance de 4 %, passant de 55,0 par 100 000 habitants en 1994-1995 à 57,4 en 2001-2002. Chez les hommes, il s'est produit une augmentation de 6 % sur sept ans (soit de 51,0 à 53,8 par 100 000 habitants). Chez les femmes, l'augmentation sur sept ans s'est chiffrée à 4 % (soit de 57,9 à 60,1 par 100 000 habitants).

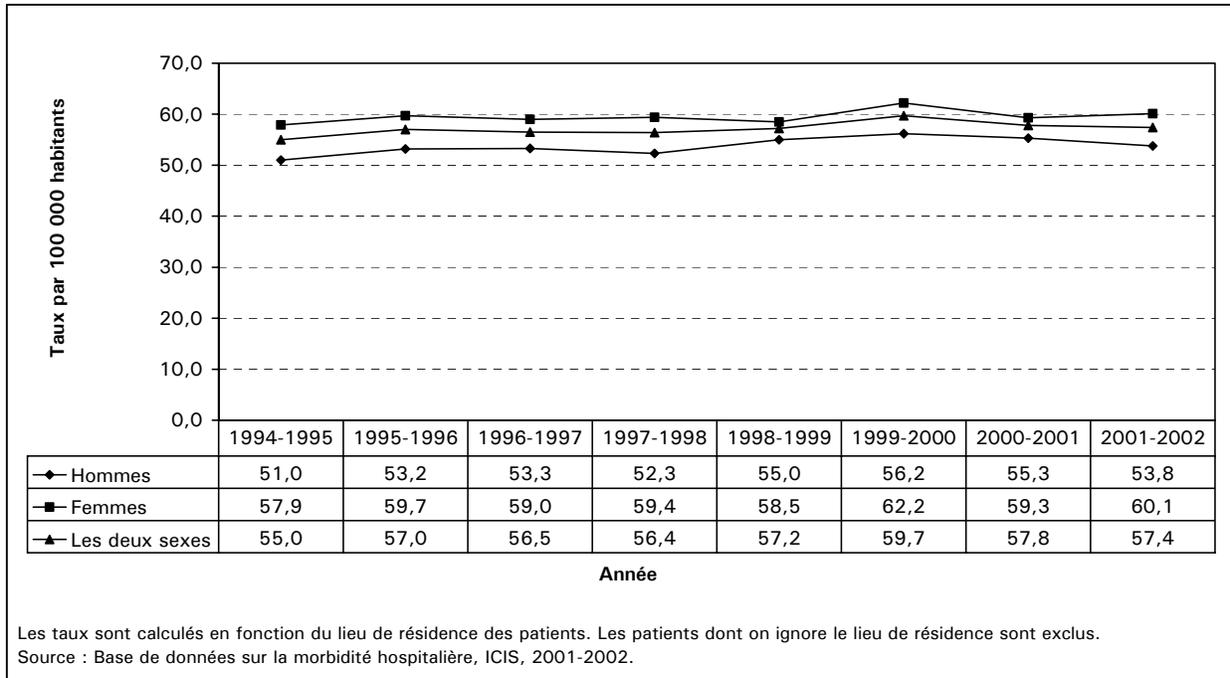


Figure 6. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales de la hanche, Canada, de 1994-1995 à 2001-2002

Dans le cas des taux d'arthroplasties totales du genou, les écarts étaient beaucoup plus importants entre les sexes et au fil du temps (figure 7). En 2001-2002, les femmes affichaient un taux d'arthroplasties totales du genou normalisé selon l'âge de 80,4 par 100 000 habitants comparativement à un taux de 63,5 chez les hommes, un surcroît de 27 % pour les hommes. Le taux global normalisé selon l'âge a augmenté de 43 % au cours de la période de sept ans, passant de 50,5 à 72,4 par 100 000 habitants. Chez les hommes, la hausse correspondait à 40 % (de 45,4 à 63,5 par 100 000 habitants). Chez les femmes, l'augmentation correspondante s'élevait à 47 % (de 54,8 à 80,4 par 100 000 habitants).

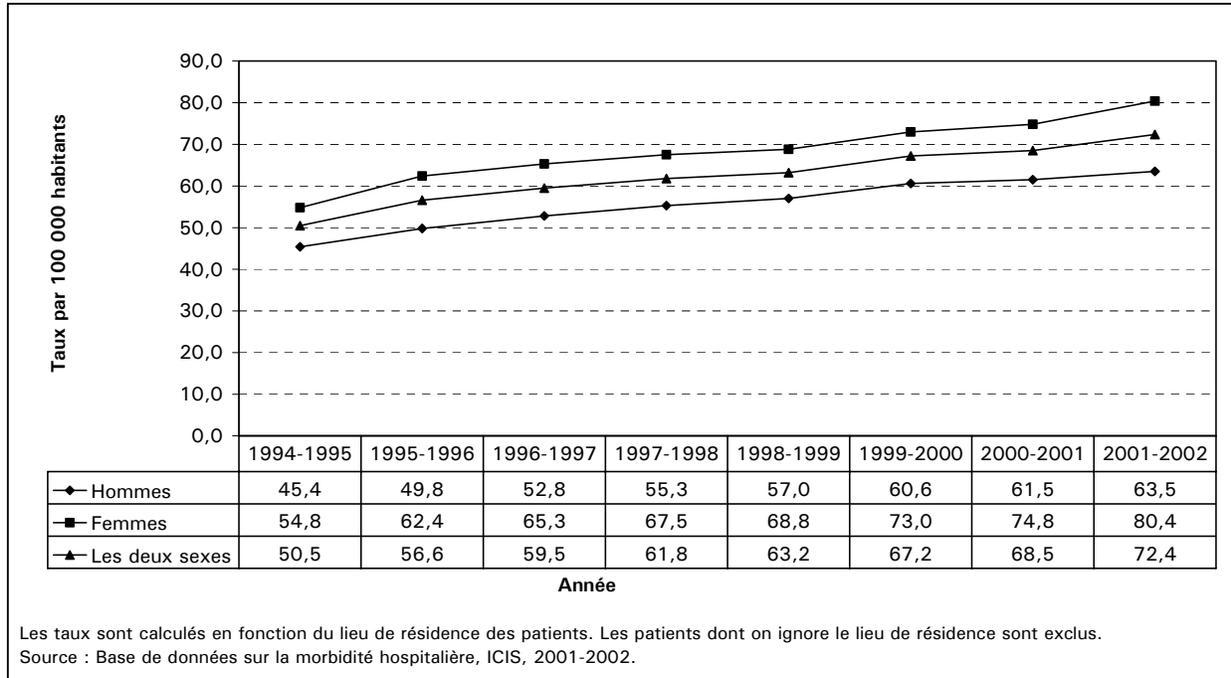


Figure 7. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales du genou, Canada, de 1994-1995 à 2001-2002

Les taux bruts (c.-à-d. non ajustés) des arthroplasties totales de la hanche et du genou de plusieurs pays figurent aux tableaux 5 et 6. Même si le Canada affiche l'un des taux les moins élevés d'arthroplasties totales de la hanche, le taux des arthroplasties totales du genou s'inscrit au rang des plus élevés. Pour ce qui est du dernier, cependant, le taux canadien englobe les arthroplasties partielles du genou qui ne peuvent être codifiées séparément des arthroplasties totales de la hanche dans la CIM-9/CCA.

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 été déterminés pour la plupart de ces pays, d'où la difficulté accrue de dresser des comparaisons. Un groupe de chercheurs suédois recommande un taux d'arthroplasties de la hanche de 130 par 100 000 habitants pour combler les besoins s'y rattachant et éliminer les temps d'attente dans ce pays¹⁰. Toutefois, on ne peut présumer que ce taux « optimal » pourra 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 est une précieuse source d'information qui peut servir à déterminer les différents taux pouvant s'appliquer aux régions et aux sous-groupes (p. ex. groupes d'âge) au Canada. Pour déterminer les taux optimaux d'arthroplasties totales de la hanche et du genou dans les régions du Canada, il faudra mieux comprendre les nombreux facteurs comme les incidences du temps d'attente pour une chirurgie sur les résultats et la qualité de vie.

Tableau 5. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) des arthroplasties initiales totales de la hanche

Pays	Taux brut par 100 000 habitants	Année	Référence
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.
Nouvelle-Zélande	119	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordinateur du Registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Suède	100	s.o.	Acta Orthop Scand 2000;71(2) : 111-21
Finlande	93	1999	Acta Orthop Scand 2001;72(5) : 433-41
Australie	74	1999-2000	Rapport annuel de 2001
Canada¹	64	2001-2002	Institut canadien d'information sur la santé
États-Unis ²	52	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures, 1999.

¹ Le taux canadien englobe les arthroplasties initiales totales de la hanche et les reprises.

² Les données américaines ne tiennent pas compte de l'ensemble de la population.

s.o. — Sans objet

Tableau 6. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) pour les arthroplasties initiales totales du genou

Pays	Taux brut par 100 000 habitants	Année	Référence
États-Unis ¹	92	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures, 1999.
Australie	81	1999-2000	Rapport annuel de 2001
Canada²	80	2001-2002	Institut canadien d'information sur la santé
Nouvelle-Zélande	75	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordinateur du Registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Suède ³	63	1996-1997	Acta Orthop Scand 2000;71(4):378-80
Norvège	35	2000	Entretien personnel, Birgitte Espehaug, statisticienne, Registre des arthroplasties de la Norvège, décembre 2001.

¹ Les données américaines ne tiennent pas compte de l'ensemble de la population.

² Le taux canadien englobe les arthroplasties initiales totales et partielles du genou et les reprises.

³ Le taux de la Suède englobe tous les remplacements du genou à l'aide d'une endoprothèse, et non uniquement les arthroplasties totales du genou.

Écarts provinciaux et territoriaux

Le tableau 7 fournit le nombre et le changement en pourcentage des arthroplasties totales de la hanche selon la province de résidence du patient à l'exercice 2001-2002 par comparaison avec 1994-1995 et 2000-2001. Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse ont enregistré une chute au cours de la période de sept ans et d'un an. L'ensemble des autres provinces et territoires ont connu une augmentation du nombre d'interventions au cours de la période de sept ans. En ce qui concerne la période d'un an, toutefois, on a également observé des diminutions en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Parmi les provinces, on a constaté les plus fortes augmentations chez les résidents du Québec (34 %) et du Manitoba (31 %) pendant la période de sept ans. Les plus importantes hausses en pourcentage qui ont lieu au cours de la période d'un an se sont produites chez les résidents du Québec (6 %) et de Terre-Neuve-et-Labrador (6 %).

Tableau 7. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995, 2000-2001 et 2002-2003

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2000-2001	Arthroplasties totales de la hanche 2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	Changement en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	203	218	230	+ 13,3 %	+ 5,5 %
Île-du-Prince-Édouard	104	110	101	- 2,9 %	- 8,2 %
Nouvelle-Écosse	734	781	697	- 5,0 %	- 10,8 %
Nouveau-Brunswick	429	514	525	+ 22,4 %	+ 2,1 %
Québec	2 527	3 188	3 374	+ 33,5 %	+ 5,8 %
Ontario	6 988	8 078	8 469	+ 21,2 %	+ 4,8 %
Manitoba	664	867	870	+ 31,0 %	+ 0,3 %
Saskatchewan	821	885	850	+ 3,5 %	- 4,0 %
Alberta	1 786	2 036	2 076	+ 16,2 %	+ 2,0 %
Colombie-Britannique	2 383	2 892	2 747	+ 15,3 %	- 5,0 %
Territoires ²	9	29	36	+ 300,0 % ⁵	+ 24,1 % ⁵
Inconnue ^{1, 3}	199	189	2	s.o.	s.o.
Canada⁴	16 787	19 787	19 977	+ 19,0 %	+ 1,0 %

¹ Pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés pour 1994-1995, étant donné que les données de 1994-1995 sont incomplètes.

² Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon et le Nunavut.

³ Exclut les résidents non canadiens.

⁴ Le total de 1994-1995 ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence.

⁵ Le changement en pourcentage devrait être interprété avec prudence, car les chiffres sont peu élevés.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Comme il est indiqué au tableau 8, les résidents de toutes les provinces et de tous les territoires ont connu une hausse du nombre d'arthroplasties totales du genou au cours de la période de sept ans. L'augmentation la plus importante s'est produite au Manitoba (115 %), suivi du Nouveau-Brunswick (78 %). On a noté une chute au cours de la période d'un an en Nouvelle-Écosse (- 17 %) et en Colombie-Britannique (- 1 %).

Tableau 8. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995, 2000-2001 et 2001-2002

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2000-2001	Arthroplasties totales du genou 2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	Changement en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	175	226	254	+ 45,1 %	+ 12,4 %
Île-du-Prince-Édouard	88	101	112	+ 27,3 %	+ 10,9 %
Nouvelle-Écosse	679	1 077	896	+ 32,0 %	- 16,8 %
Nouveau-Brunswick	402	685	717	+ 78,4 %	+ 4,7 %
Québec	2 146	3 069	3 325	+ 54,9 %	+ 8,3 %
Ontario	6 839	10 426	11 821	+ 72,8 %	+ 13,4 %
Manitoba	578	1 178	1 244	+ 115,2 %	+ 5,6 %
Saskatchewan	840	975	1 023	+ 21,8 %	+ 4,9 %
Alberta	1 587	2 223	2 443	+ 53,9 %	+ 9,9 %
Colombie-Britannique	1 875	2 946	2 920	+ 55,7 %	- 0,9 %
Territoires ²	6	35	54	+ 800,0 % ⁵	+ 54,3 % ⁵
Inconnue ^{1, 3}	176	189	6	s.o.	s.o.
Canada⁴	15 360	23 130	24 815	+ 61,6 %	+ 7,3 %

¹ Pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés pour 1994-1995, étant donné que les données de 1994-1995 sont incomplètes.

² Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon et le Nunavut.

³ Exclut les résidents non canadiens.

⁴ Le total de 1994-1995 ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence.

⁵ Le changement en pourcentage devrait être interprété avec prudence, car les chiffres sont peu élevés.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou variaient à l'échelle nationale (figure 8). Les résidents de l'Alberta et de la Saskatchewan présentaient les taux d'arthroplasties totales de la hanche les plus élevés (72 et 69 par 100 000 habitants respectivement). De leur côté, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec possédaient les taux les plus faibles (39 par 100 000 habitants pour chacun).

Le Manitoba et l'Ontario avaient les taux d'arthroplasties totales du genou les plus élevés (96 et 91 par 100 000 habitants) et Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec, les plus faibles (45 et 39 par 100 000 habitants).

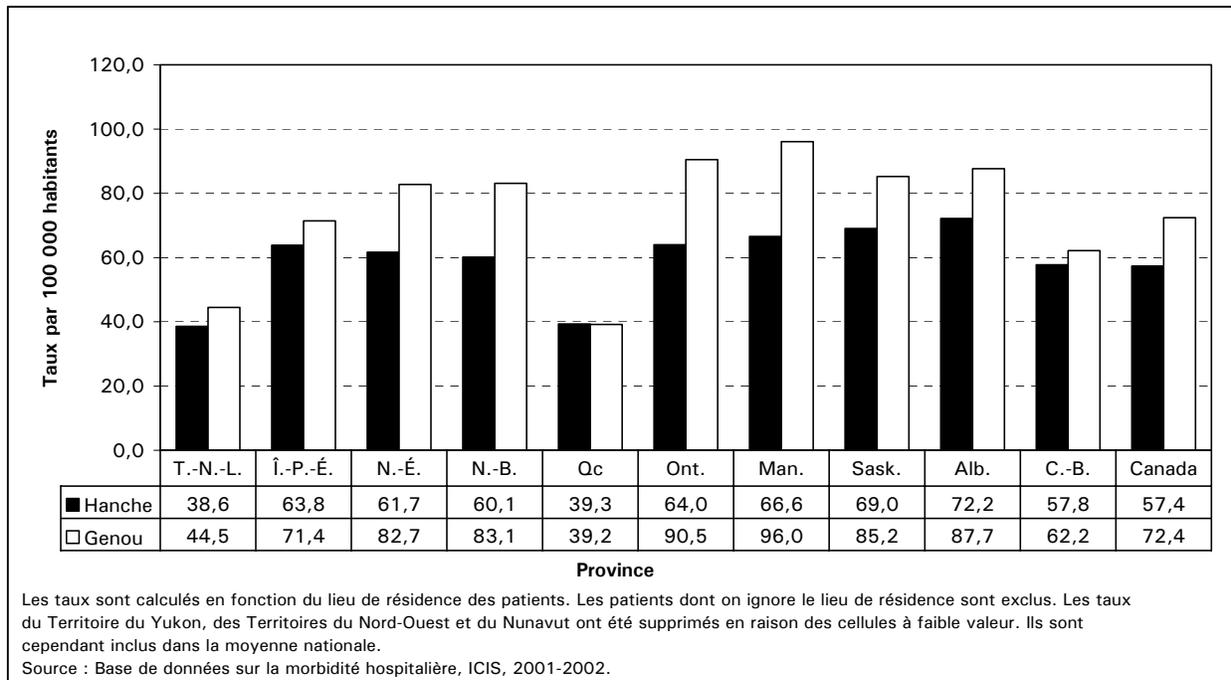


Figure 8. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche et du genou par province, 2001-2002

Lorsque l'on a étudié les taux normalisés selon l'âge en fonction du sexe (figure 9), les tendances provinciales des taux d'arthroplasties totales de la hanche chez les hommes et les femmes étaient semblables à celles des deux sexes combinés.

Dans le cas des arthroplasties totales du genou (figure 10), la tendance provinciale chez les hommes ressemblait à celle des deux sexes combinés. Toutefois, les résidents du Manitoba, de l'Alberta et de l'Ontario affichaient les taux les plus élevés. Ceux du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré les taux les plus faibles.

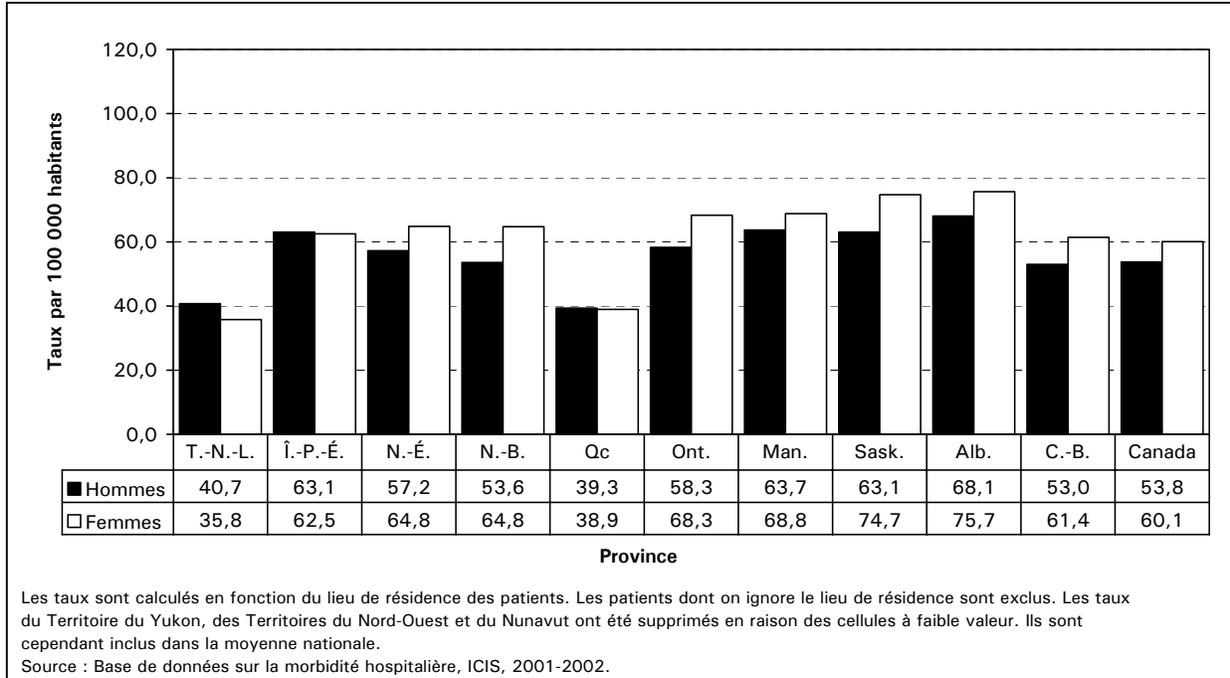


Figure 9. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche chez les hommes et les femmes, 2001-2002

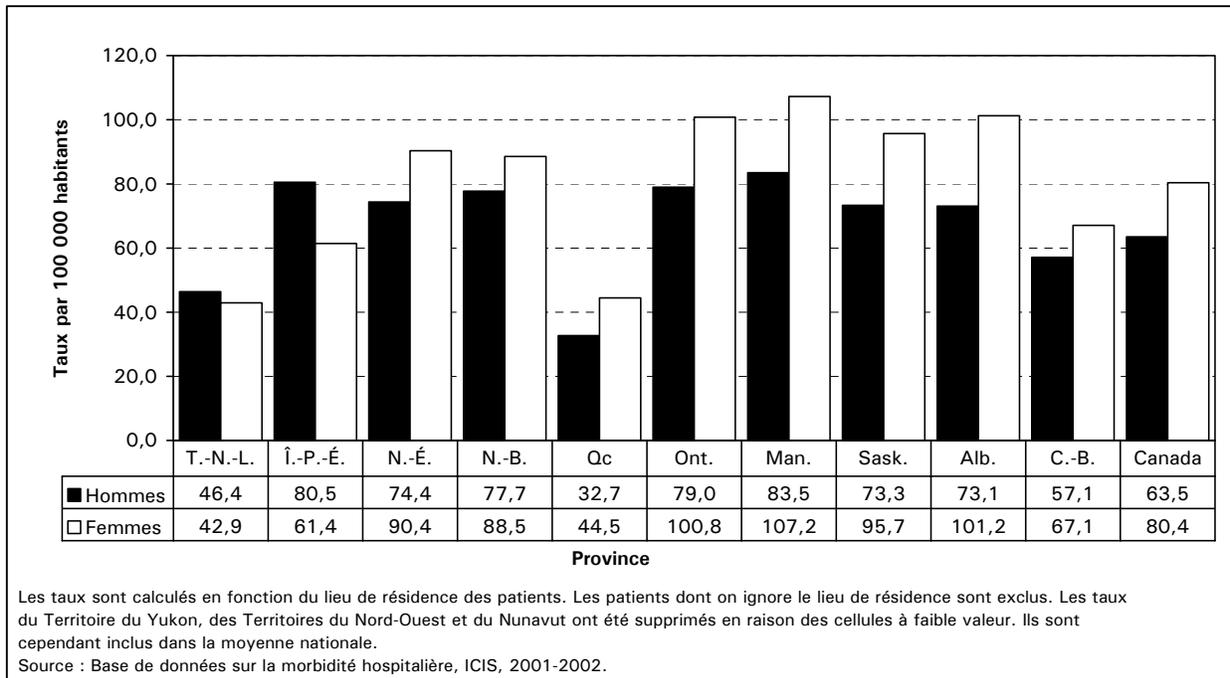


Figure 10. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou chez les hommes et les femmes, 2001-2002

Le tableau 9 fait état du taux normalisé selon l'âge et du changement en pourcentage des arthroplasties totales de la hanche par province de résidence du patient pour l'exercice 2001-2002 par rapport à 1994-1995 et à 2000-2001. Depuis 1994-1995, le taux a connu une hausse au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario et au Manitoba. La plus forte augmentation s'est produite au Manitoba (24 %), suivi du Québec (16 %). Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, le Québec et l'Ontario ont tous enregistré de petites augmentations (3 % ou moins) par rapport à 2000-2001. Les provinces qui ont eu des chutes importantes par rapport aux taux de 1994-1995 étaient la Nouvelle-Écosse (15 %), l'Île-du-Prince-Édouard (10 %) et l'Alberta (7 %).

Tableau 9. Taux normalisés selon l'âge des arthroplasties totales de la hanche exercées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995, 2000-2001 et 2001-2002

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2000-2001	Arthroplasties totales de la hanche 2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	Changement en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	38,5 ¹	37,6	38,6	+ 0,3 %	+ 2,7 %
Île-du-Prince-Édouard	70,9	70,5	63,8	- 10,0 %	- 9,5 %
Nouvelle-Écosse	72,9	71,7	61,7	- 15,4 %	- 13,9 %
Nouveau-brunswick	53,7	59,1	60,1	+ 11,9 %	+ 1,7 %
Québec	34,0	38,1	39,3	+ 15,6 %	+ 3,1 %
Ontario	62,1	62,8	64,0	+ 3,1 %	+ 1,9 %
Manitoba	53,7	66,7	66,6	+ 24,0 %	- 0,1 %
Saskatchewan	69,6	72,8	69,0	- 0,9 %	- 5,2 %
Alberta	77,5	73,5	72,2	- 6,8 %	- 1,8 %
Colombie-Britannique	59,7	62,1	57,8	- 3,2 %	- 6,9 %
Territoires	**	**	**	s.o.	s.o.
Canada²	55,0	57,8	57,4	+ 4,4 %	- 0,7 %

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

² Les patients dont on ignore le lieu de résidence sont exclus.

** Les taux pour le Territoire du Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été supprimés en raison des chiffres peu élevés. Ils sont cependant inclus dans la moyenne nationale.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Le tableau 10 présente le taux normalisé selon l'âge et le changement en pourcentage des arthroplasties totales du genou par province de résidence du patient pour l'exercice 2001-2002 par rapport à 1994-1995 et à 2000-2001. Depuis 1994-1995, le taux a augmenté dans toutes les provinces. La plus forte hausse s'est produite au Manitoba (107 %), suivi du Nouveau-Brunswick (64 %) et de l'Ontario (49 %). Comparativement à l'année précédente, on a observé les plus fortes augmentations en pourcentage chez les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador (12 %), suivi de ceux de l'Ontario (11 %) et de l'Île-du-Prince-Édouard (10 %). On a constaté des diminutions s'échelonnant sur un an en Nouvelle-Écosse (- 18 %) et en Colombie-Britannique (- 3 %).

Tableau 10. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995, 2000-2001 et 2001-2002

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2000-2001	Arthroplasties totales du genou 2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	Changement en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	33,6 ¹	39,6	44,5	+ 32,4 %	+ 12,4 %
Île-du-Prince-Édouard	61,2	65,1	71,4	+ 16,7 %	+ 9,7 %
Nouvelle-Écosse	67,6	100,6	82,7	+ 22,3 %	- 17,8 %
Nouveau-Brunswick	50,8	80,8	83,1	+ 63,6 %	+ 2,8 %
Québec	29,0	37,0	39,2	+ 35,2 %	+ 5,9 %
Ontario	60,9	81,8	90,5	+ 48,6 %	+ 10,6 %
Manitoba	46,3	91,4	96,0	+ 107,3 %	+ 5,0 %
Saskatchewan	70,0	81,2	85,2	+ 21,7 %	+ 4,9 %
Alberta	70,0	82,2	87,7	+ 25,3 %	+ 6,7 %
Colombie-Britannique	46,9	64,4	62,2	+ 32,6 %	- 3,4 %
Territoires	**	**	**	s.o.	s.o.
Canada²	50,5	68,5	72,4	+ 43,4 %	+ 5,7 %

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

² Les patients dont on ignore le lieu de résidence sont exclus.

** Les taux pour le Territoire du Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont été supprimés en raison des chiffres peu élevés. Ils sont cependant inclus dans la moyenne nationale.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Données démographiques sur les patients

La plupart des arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées chez des personnes âgées de 65 ans et plus (soit 66 % et 71 % respectivement). En 2001-2002, à peu près un tiers (32 %) des patients canadiens ayant subi un remplacement de la hanche et 40 % de ceux qui ont subi un remplacement du genou avaient entre 65 et 74 ans (figures 11 et 12). Par contre, seulement 5 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche et 1 % des patients qui ont subi une arthroplastie du genou avaient moins de 45 ans.

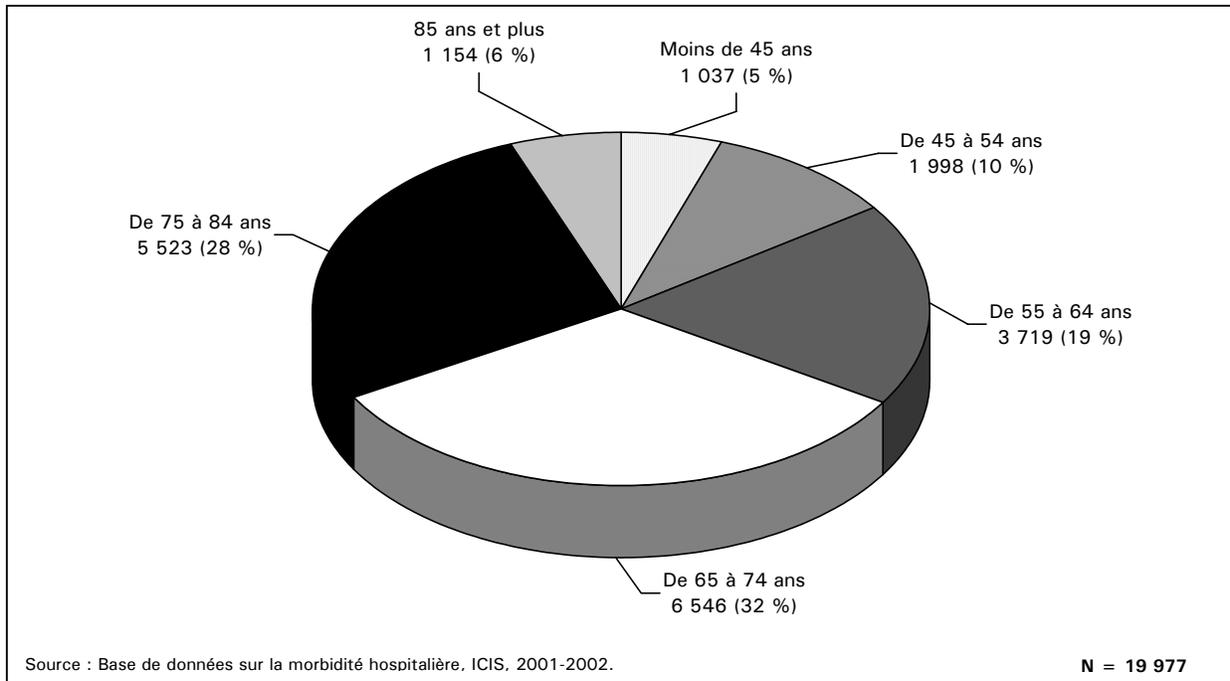


Figure 11. Répartition des arthroplasties totales de la hanche selon l'âge des patients, Canada, 2001-2002

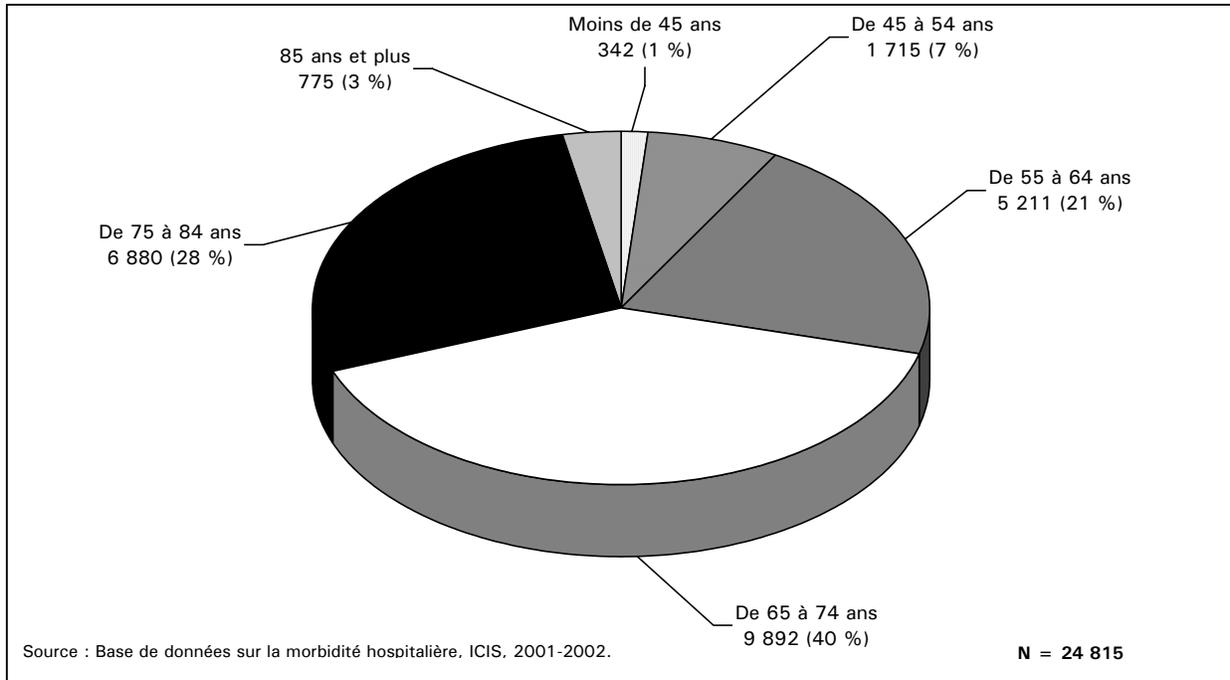


Figure 12. Répartition des arthroplasties totales du genou selon l'âge du patient, Canada, 2001-2002

En 2001-2002, 58 % des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche étaient des femmes et 42 %, des hommes. Le groupe d'âge de 65 ans et plus représentait 71 % des arthroplasties totales de la hanche chez les femmes et 60 % chez les hommes. Les interventions pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans formaient 13 % des arthroplasties totales de la hanche chez les femmes et 19 % chez les hommes (figure 13).

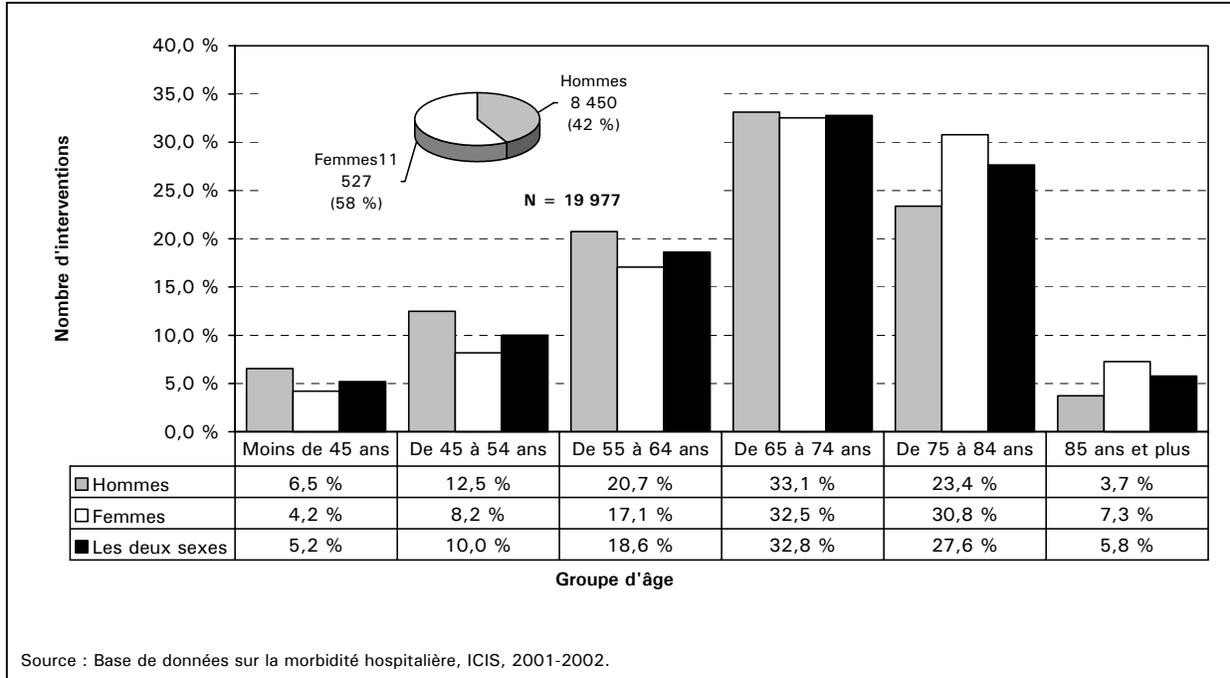


Figure 13. Répartition en pourcentage des arthroplasties totales de la hanche selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001-2002

En 2001-2002, 61 % des patients qui ont subi une arthroplastie totale du genou étaient des femmes et 39 %, des hommes. Les répartitions selon l'âge et le sexe étaient très semblables (figure 14). Le groupe d'âge de 65 ans et plus représentait 71 % des arthroplasties totales du genou pratiquées sur des femmes et 70 % sur des hommes. Les interventions pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans formaient 9 % des arthroplasties totales du genou chez les femmes et 8 % chez les hommes.

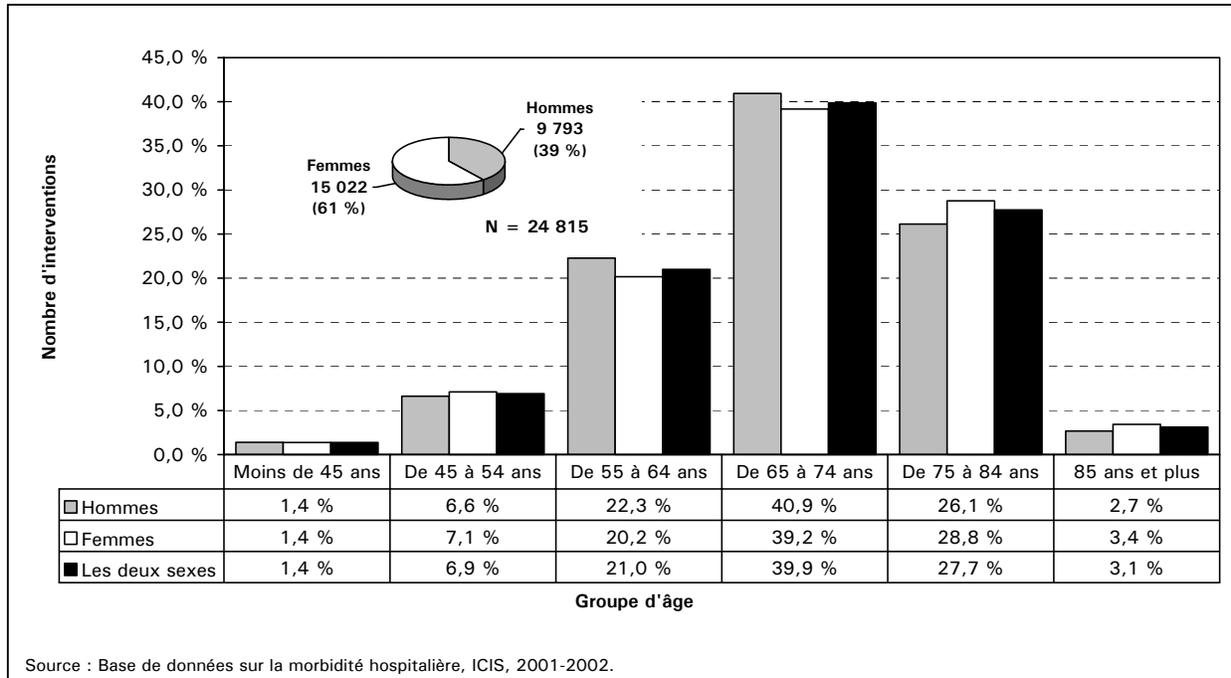


Figure 14. Répartition en pourcentage des arthroplasties totales du genou selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2001-2002

Les tableaux 11 et 12 indiquent le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le groupe d'âge et le sexe en 2001-2002, comparativement à 1994-1995. Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, les hausses sur sept ans les plus importantes ont été enregistrées dans le groupe d'âge de 85 ans et plus (soit 62 % et 60 %), suivi du groupe d'âge de 45 à 54 ans (soit 47 % et 50 %) chez les hommes et les femmes respectivement.

Pour ce qui est des arthroplasties totales du genou, l'ordre était inversé. Les plus fortes augmentations sur sept ans se sont produites dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans (130 % et 169 %), suivi du groupe de 85 ans et plus (123 % et 111 %) chez les hommes et les femmes respectivement.

Tableau 11. Nombre et répartition en pourcentage des arthroplasties totales de la hanche selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, comparaison entre 2000-2001 et 1994-1995

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans
Moins de 45 ans	489	553	13,1 %	475	484	1,9 %
De 45 à 54 ans	716	1 055	47,3 %	630	943	49,7 %
De 55 à 64 ans	1 609	1 753	8,9 %	1 659	1 966	18,5 %
De 65 à 74 ans	2 475	2 798	13,1 %	3 746	3 748	0,1 %
De 75 à 84 ans	1 470	1 976	34,4 %	2 798	3 547	26,8 %
85 ans et plus	194	315	62,4 %	526	839	59,5 %
Total	6 953	8 450	21,5 %	9 834	11 527	17,2 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Tableau 12. Nombre et répartition en pourcentage des arthroplasties totales du genou selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, comparaison entre 2000-2001 et 1994-1995

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans
Moins de 45 ans	104	136	30,8 %	155	206	32,9 %
De 45 à 54 ans	282	648	129,8 %	397	1067	168,8 %
De 55 à 64 ans	1 292	2 181	68,8 %	1 684	3 030	79,9 %
De 65 à 74 ans	2 754	4 008	45,5 %	4 170	5 884	41,1 %
De 75 à 84 ans	1 564	2 559	63,6 %	2 597	4 321	66,4 %
85 ans et plus	117	261	123,1 %	244	514	110,7 %
Total	6 113	9 793	60,2 %	9 247	15 022	62,5 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Les tableaux 13 et 14 fournissent les taux propres à un groupe d'âge des arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le sexe en 2001-2002 par rapport à 1994-1995. Du côté des arthroplasties totales de la hanche, les taux propres à l'âge les plus élevés étaient enregistrés dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans (373 et 444 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes respectivement), suivi du groupe de 65 à 74 ans (277 et 329 par 100 000 habitants respectivement). Les augmentations les plus importantes sur sept ans ont été enregistrées dans le groupe d'âge de 85 ans et plus (18 % et 19 %), suivi du groupe de 45 à 54 ans (15 % et 16 %).

En ce qui concerne les arthroplasties totales du genou, le groupe d'âge de 75 à 84 ans a obtenu le taux propre à l'âge le plus élevé chez les hommes (483 par 100 000 habitants) et chez les femmes (541 par 100 000 habitants). La plus forte hausse en sept ans a touché le groupe de 45 à 54 ans, hommes et femmes (79 % et 108 %), suivi du groupe de 85 ans et plus (63 % et 57 %).

Il est important de noter que l'on a observé une augmentation substantielle du taux d'arthroplasties totales du genou (qui est passé de 29 % à 108 %) dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes de 1994-1995 à 2001-2002.

Tableau 13. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche selon le sexe, Canada, comparaison entre 2000-2001 et 1994-1995

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans
Moins de 45 ans	4,9	5,5	+ 12,2 %	4,9	5,0	+ 2,0 %
De 45 à 54 ans	40,8	46,9	+ 15,0 %	35,9	41,6	+ 15,9 %
De 55 à 64 ans	131,1	121,8	- 7,1 %	131,8	132,3	+ 0,4 %
De 65 à 74 ans	267,5	277,0	+ 3,6 %	335,8	328,6	- 2,1 %
De 75 à 84 ans	353,2	373,2	+ 5,7 %	434,0	443,8	+ 2,3 %
85 ans et plus	205,0	242,7	+ 18,4 %	236,6	280,9	+ 18,7 %
Total	48,2	54,7	+ 13,5 %	66,9	73,1	+ 9,3 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Tableau 14. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou selon le sexe, Canada, comparaison entre 2000-2001 et 1994-1995

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans	1994-1995	2001-2002	Changement en pourcentage sur sept ans
Moins de 45 ans	1,0	1,3	+ 30,0 %	1,6	2,1	+ 31,3 %
De 45 à 54 ans	16,1	28,8	+ 78,9 %	22,6	47,1	+ 108,4 %
De 55 à 64 ans	105,3	151,7	+ 44,1 %	133,8	203,9	+ 52,4 %
De 65 à 74 ans	297,0	396,9	+ 33,6 %	373,8	516,3	+ 38,1 %
De 75 à 84 ans	375,8	483,3	+ 28,6 %	402,9	540,7	+ 34,2 %
85 ans et plus	123,6	201,1	+ 62,7 %	109,7	172,1	+ 56,9 %
Total	42,4	63,4	+ 49,5 %	62,9	95,3	+ 51,5 %

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Déplacements interprovinciaux et territoriaux

À l'exception du Territoire du Yukon et du Nunavut, la majorité des patients ont subi une arthroplastie dans leur province de résidence. Toutefois, quelques patients ont subi une arthroplastie dans une autre province. Un temps d'attente plus court ou l'indisponibilité d'une sous-spécialité dans leur région peuvent expliquer cette situation. Aucune arthroplastie totale n'étant pratiquée au Territoire du Yukon ni au Nunavut, les résidents de ces deux territoires doivent se déplacer dans une province avoisinante, l'Alberta ou la Colombie-Britannique, pour subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le déplacement des patients d'une province à l'autre est décrit au tableau 15. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus susceptibles d'obtenir une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province. Tandis que certains résidents des Territoires du Nord-Ouest (26,7 %) ont subi une arthroplastie de la hanche en Alberta, environ 14 % des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard l'ont subi en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick. Par contre, les résidents de l'Ontario (0,1 %) et de l'Alberta (0,6 %) étaient les moins susceptibles de se rendre dans une autre province pour obtenir leur chirurgie.

Lorsque l'on tient compte du nombre absolu de patients, plus de résidents de la Colombie-Britannique ($n = 64$) et du Québec ($n = 28$) se sont rendus dans une autre province pour obtenir une arthroplastie de la hanche que les habitants de n'importe quelle autre province. Des 64 patients de la Colombie-Britannique, 57 se sont rendus en Alberta et 22 patients du Québec sur 28 sont allés en Ontario. Presque tous les patients de la Nouvelle-Écosse qui ont été traités à l'extérieur de leur province sont allés au Nouveau-Brunswick. De son côté, la Saskatchewan a vu 16 de ses patients sur 20 se rendre en Alberta.

En ce qui concerne la migration des patients d'une province à une autre pour subir une arthroplastie de la hanche, le Nouveau-Brunswick (4,1 %), l'Alberta (3,7 %) ont reçu, en pourcentage, le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province. En nombres absolus, toutefois, l'Alberta ($n = 79$) et l'Ontario ($n = 44$) ont reçu le plus de patients pour subir une arthroplastie totale de la hanche.

Tableau 15. Déplacement d'une province à une autre des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, 2001-2002

Province	Nombre (%) de patients de cette province qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province	Nombre (%) de patients provenant de l'extérieur qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche dans cette province
Terre-Neuve-et-Labrador	6 (2,6 %)	1 (0,4 %)
Île-du-Prince-Édouard	14 (13,9 %)	1 (1,1 %)
Nouvelle-Écosse	19 (2,7 %)	18 (2,6 %)
Nouveau-Brunswick	4 (0,8 %)	22 (4,1 %)
Québec	28 (0,8 %)	0 (0 %)
Ontario	11 (0,1 %)	44 (0,5 %)
Manitoba	16 (1,9 %)	9 (1,1 %)
Saskatchewan	20 (2,4 %)	20 (2,4 %)
Alberta	13 (0,6 %)	79 (3,7 %)
Colombie-Britannique	64 (2,3 %)	25 (0,9 %)
Territoires du Nord-Ouest	4 (26,7 %)	1 (8,3 %)
Territoire du Yukon	13 (100 %) *	0 (0 %)
Nunavut	8 (100 %) *	0 (0 %)

*Aucun remplacement articulaire n'a été pratiqué au Nunavut et au Territoire du Yukon.

Remarques : Deux arthroplasties totales de la hanche ont été pratiquées au Manitoba sur des patients dont on ignorait la province de résidence. Le dénominateur des pourcentages correspond au nombre de patients (résidents canadiens seulement) traités dans cette province.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Le tableau 16 présente le déplacement des patients qui ont reçu une arthroplastie totale du genou au Canada en 2001-2002. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest (10,5 %), de la Nouvelle-Écosse (2,9 %) et de la Saskatchewan (2,7 %) étaient les plus susceptibles d'obtenir une arthroplastie totale du genou dans une autre province. Les résidents des Territoires du Nord-Ouest se sont rendus en Alberta et 24 résidents de la Nouvelle-Écosse sur 26 sont allés au Nouveau-Brunswick. Les autres se sont déplacés en Ontario. Parmi les 27 résidents de la Saskatchewan, 22 sont allés en Alberta. Tout comme les patients d'une arthroplastie de la hanche, un faible pourcentage seulement d'Albertains et d'Ontariens (moins de 1 %) ont subi un remplacement du genou dans une autre province. La plupart des patients québécois d'une arthroplastie du genou effectuée à l'extérieur de la province sont allés en Ontario et presque tous les patients de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan se sont rendus dans la province voisine, soit en Alberta, pour obtenir une arthroplastie du genou. Dans le même ordre d'idées, l'Alberta (n = 76) et l'Ontario (n = 63) ont accueilli le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province qui y ont subi une arthroplastie totale du genou. Parmi les provinces, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta possédaient la proportion la plus élevée de résidents provenant de l'extérieur de la province (4 % et 3 % respectivement).

Tableau 16. Déplacement d'une province à une autre des patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, 2001-2002

Province	Nombre (%) de patients de cette province qui ont subi une arthroplastie totale du genou dans une autre province	Nombre (%) de patients provenant de l'extérieur qui ont subi une arthroplastie totale du genou dans cette province
Terre-Neuve-et-Labrador	1 (0,4 %)	2 (0,8 %)
Île-du-Prince-Édouard	2 (1,8 %)	0 (0 %)
Nouvelle-Écosse	26 (2,9 %)	8 (0,9 %)
Nouveau-Brunswick	4 (0,6 %)	28 (3,9 %)
Québec	48 (1,4 %)	0 (0 %)
Ontario	5 (<0,1 %)	63 (0,6 %)
Manitoba	8 (0,7 %)	8 (0,6 %)
Saskatchewan	27 (2,7 %)	13 (1,3 %)
Alberta	9 (0,4 %)	76 (3,1 %)
Colombie-Britannique	57 (2,0 %)	19 (0,7 %)
Territoires du Nord-Ouest	2 (105 %)	6 (26,1)
Territoire du Yukon	17 (100 %)*	0 (0 %)
Nunavut	17 (100 %)*	0 (0 %)

* Aucun remplacement articulaire n'a été pratiqué au Nunavut et au Territoire du Yukon.

Remarques : Cinq arthroplasties totales du genou ont été pratiquées au Manitoba sur des patients dont on ignorait la province de résidence. Le dénominateur des pourcentages correspond au nombre de patients (résidents canadiens seulement) traités dans cette province.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Durée du séjour à l'hôpital

Remarque importante : Les analyses fournies dans la présente section s'appuient sur la province dans laquelle on a pratiqué l'intervention, non la province de résidence du patient. Les résidents non canadiens et les patients dont on ignore le lieu de résidence sont compris dans l'analyse.

La figure 15 présente la durée moyenne du séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou en 2001-2002. Les patients d'une arthroplastie totale de la hanche restent plus longtemps à l'hôpital que les patients d'une arthroplastie totale du genou dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard. En moyenne, les patients d'une arthroplastie totale de la hanche restent 9,7 jours à l'hôpital par rapport à 7,7 jours pour ceux ayant reçu une arthroplastie totale du genou. La durée moyenne du séjour à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou était moins longue que la moyenne nationale en Ontario et en l'Alberta. La Colombie-Britannique, quant à elle, a affiché un taux moyen inférieur dans le cas des arthroplasties totales du genou seulement. Par contre, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et le Manitoba ont obtenu, en moyenne, une durée de séjour plus longue que la moyenne nationale dans le cas de ces interventions.

En moyenne, les femmes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou sont restées à l'hôpital plus longtemps que les hommes, et ce, dans toutes les provinces (figures 16 et 17).

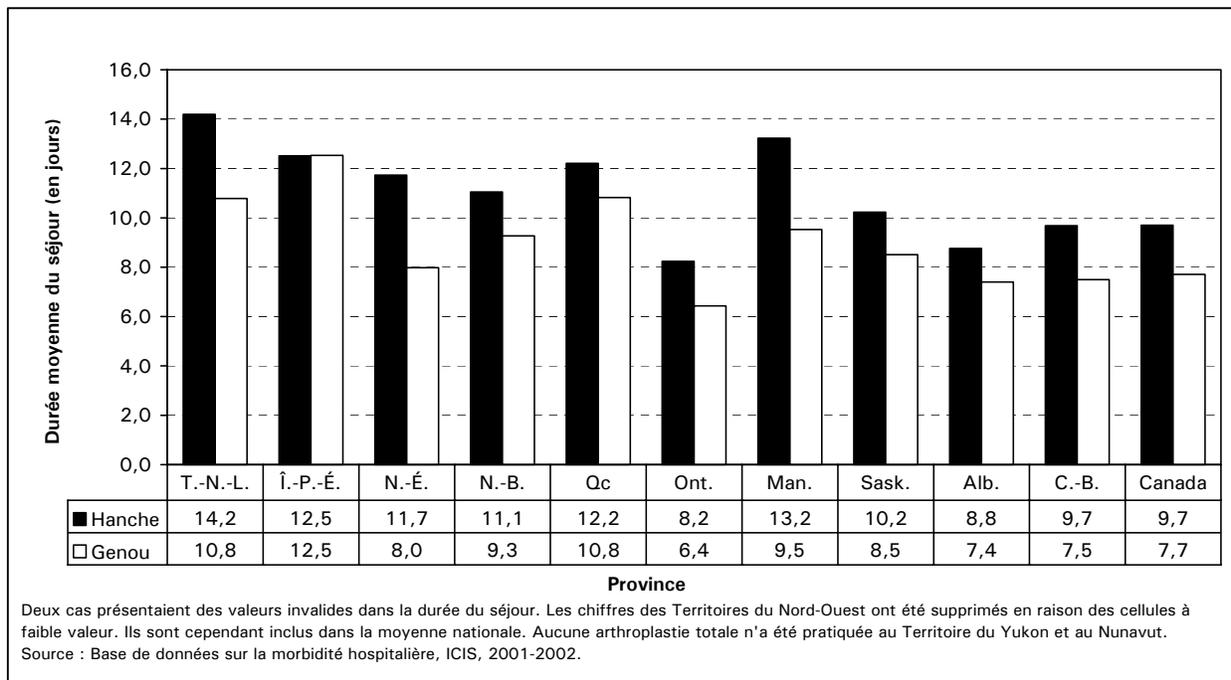


Figure 15. Durée moyenne du séjour (jours) pour les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou, par province, 2001-2002

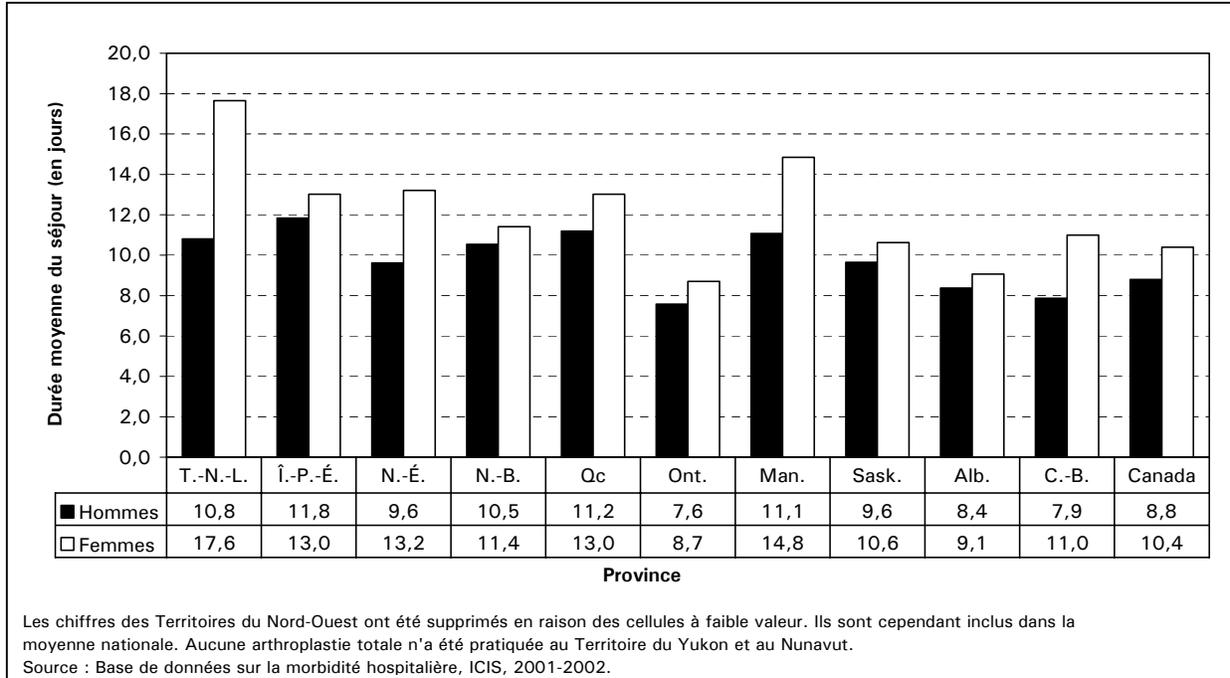


Figure 16. Durée moyenne du séjour pour les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe et la province, 2001-2002

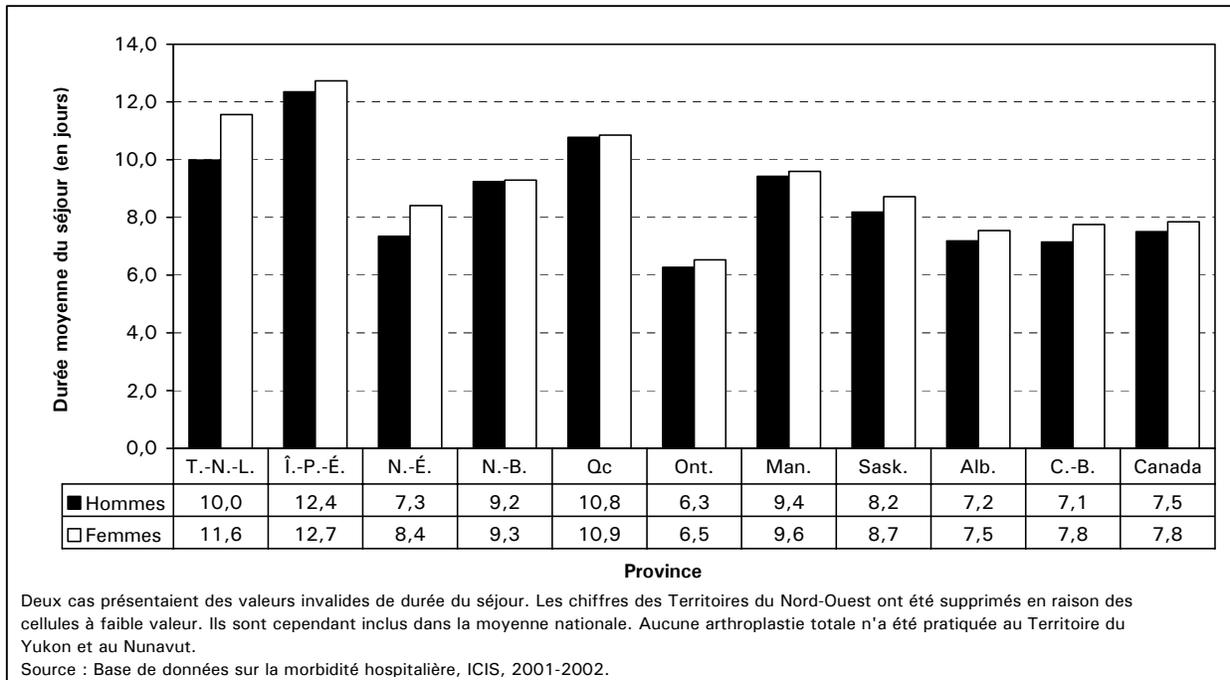


Figure 17. Durée moyenne du séjour pour les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, selon le sexe et la province, 2001-2002

On a noté une diminution marquée de la durée du séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou dans toutes les provinces, et ce, depuis 1994-1995. À l'échelle nationale, la durée moyenne du séjour des patients d'une arthroplastie totale de la hanche a diminué de 29 %, passant de 13,6 jours en 1994-1995 à 9,7 en 2001-2002. Dans le même ordre d'idées, les patients d'une arthroplastie totale du genou passent maintenant en moyenne 7,7 jours à l'hôpital comparativement à 12,2 jours en 1994-1995 et il s'agit d'une diminution de 37 %.

Mortalité en milieu hospitalier

La mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une opération est un événement relativement rare chez les patients qui ont reçu une arthroplastie totale de la hanche ou du genou (tableau 17). Dans l'ensemble, en 2001-2002, moins de 1 % des patients qui ont subi l'une de ces deux interventions sont décédés à l'hôpital (0,8 % et 0,2 % respectivement).

Les risques de décès après une opération semblent augmenter avec l'âge. Par exemple, le taux de mortalité des patients d'une arthroplastie totale de la hanche âgés de moins de 75 ans s'élevait à 0,3 % tandis que celui des patients âgés de 85 ans et plus se chiffrait à 4,7 %. Le pourcentage de mortalité est passé de 0,1 % chez les patients d'un remplacement du genou de moins de 75 ans à 1,0 % chez les patients de 85 ans et plus.

Tableau 17. Nombre de décès en milieu hospitalier chez les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou par groupe d'âge, Canada, 2001-2002

Groupe d'âge	Patients d'une arthroplastie totale de la hanche		Patients d'une arthroplastie totale du genou	
	Nombre de patients	Nombre de décès	Nombre de patients	Nombre de décès
Moins de 75 ans	13 197	46 (0,3 %)	16 696	24 (0,1 %)
De 75 à 84 ans	5 499	60 (1,1 %)	6 742	20 (0,3 %)
85 ans et plus	1 143	54 (4,7 %)	764	8 (1,0 %)
Total	19 839	160 (0,8 %)	24 202	52 (0,2 %)

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Caractéristiques des interventions chirurgicales et cliniques

Remarque importante : Dans la partie restante de la présente section du rapport, les analyses s'appuient sur les données soumises par les orthopédistes directement au RCRA ou au moyen de l'Ontario Joint Replacement Registry.

Des 16 819 soumissions faites au RCRA sur les patients admis entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003, 46 % (n = 7 685) représentaient des arthroplasties totales de la hanche et 54 %, (n = 9 134) des arthroplasties totales du genou (figure 18).

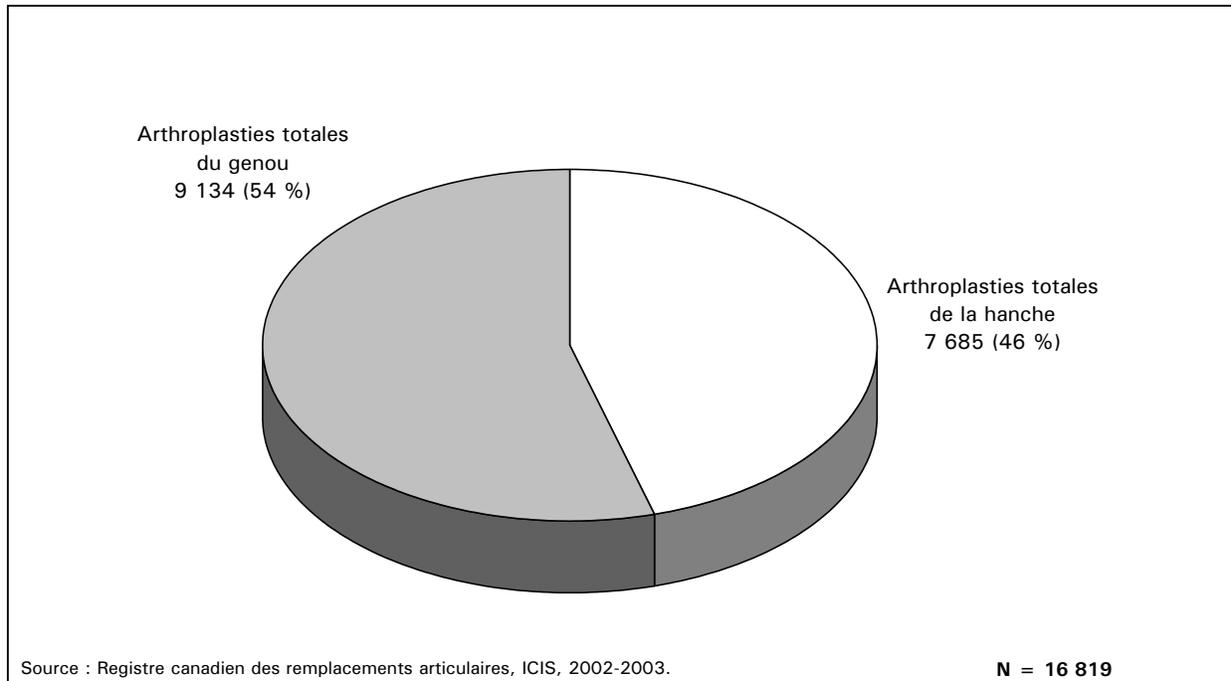


Figure 18. Arthroplasties totales de la hanche et du genou données soumises en 2002-2003

Type d'arthroplastie

Le tableau 18 indique que 53 % des remplacements de la hanche et 49 % des remplacements du genou soumis ont été pratiqués sur le côté droit (n = 4 107 et 4 439 respectivement) et 45 % des deux types de remplacements, sur le côté gauche (n = 3 467 et 4 099 respectivement).

Parmi les arthroplasties du genou, 6 % étaient bilatérales, comparativement à moins de 1 % des arthroplasties de la hanche. Au total, on a effectué 638 arthroplasties bilatérales de la hanche et du genou, ce qui correspondait à 4 % de toutes les arthroplasties soumises. Une chirurgie bilatérale consiste en une arthroplastie totale effectuée sur le côté droit et gauche de la hanche ou du genou d'une même personne. Il peut s'agir de deux remplacements initiaux, de deux reprises ou d'un remplacement initial et d'une reprise. Les interventions bilatérales comprennent les deux chirurgies bilatérales simultanées, où l'on procède aux deux remplacements au cours de la même visite, et les chirurgies bilatérales par étapes, où l'on effectue les deux remplacements au cours de deux chirurgies distinctes. Les remplacements dont on ne connaissait pas le côté se comptaient au nombre de 69 (moins de 1 %).

Tableau 18. Arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le côté, 2002-2003

Articulation	Côté				Toutes les arthroplasties
	Droit seulement	Gauche seulement	Bilatérale	Non précisé	
Hanches	4 107	3 467	60	51	7 685
% de toutes les interventions	53,4 %	45,1 %	0,8 %	0,7 %	100,0 %
Genoux	4 439	4 099	578	18	9 134
% de toutes les interventions	48,6 %	44,9 %	6,3 %	0,2 %	100,0 %
Hanches et genoux	8 546	7 566	638	69	16 819
% de toutes les interventions	50,8 %	45,0 %	3,8 %	0,4 %	100,0 %

Parmi les arthroplasties totales de la hanche, 87 % (n = 6 673) étaient des chirurgies initiales et 13 % (n = 1 006), des reprises (tableau 19). Les arthroplasties initiales totales du genou (n = 8 562) ont compté pour 94 % de toutes les chirurgies au genou (tableau 20). Les reprises formaient les 6 % restants (n = 559).

Tableau 19. Type d'arthroplasties totales de la hanche, 2002-2003

Type d'arthroplastie	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiales	6 673	86,9 %
Reprises	1 006	13,1 %
Première reprise	734	9,6 %
Deuxième reprise	199	2,6 %
Troisième reprise	56	0,7 %
Plus de trois reprises	17	0,2 %
Exérèses	3	< 0,1 %
Total	7 682	100 %

Remarque : Le type d'intervention de trois chirurgies de la hanche n'a pas été précisé.

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, 2002-2003.

Tableau 20. Type d'arthroplasties totales du genou, 2002-2003

Type d'arthroplastie	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiales	8 562	93,8 %
Reprises	559	6,1 %
Première reprise	465	5,1 %
Deuxième reprise	77	0,8 %
Troisième reprise	13	0,1 %
Plus de trois reprises	4	0,0 %
Exérèse	5	0,1 %
Total	9 126	100 %

Remarque : Le type d'intervention de huit chirurgies du genou n'a pas été précisé.

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, 2002-2003.

Signes précurseurs à une chirurgie

Pour les remplacements initiaux seulement, on a demandé aux chirurgiens d'enregistrer *un ou plusieurs* groupements diagnostiques pertinents pour le patient. L'ostéo-arthrite dégénérative était le diagnostic le plus fréquent dans le cas d'une arthroplastie initiale totale de la hanche (81 %) et du genou (93 %) [figures 19 et 20].

Dans le cas des arthroplasties initiales totales de la hanche, l'ostéonécrose occupe le deuxième rang des groupements diagnostiques les plus cités (7 %), suivie de l'arthrite inflammatoire (5 %). Du côté des arthroplasties totales du genou, le deuxième groupement le plus mentionné était l'arthrite inflammatoire (5 %), suivie de l'arthrose posttraumatique (2 %).

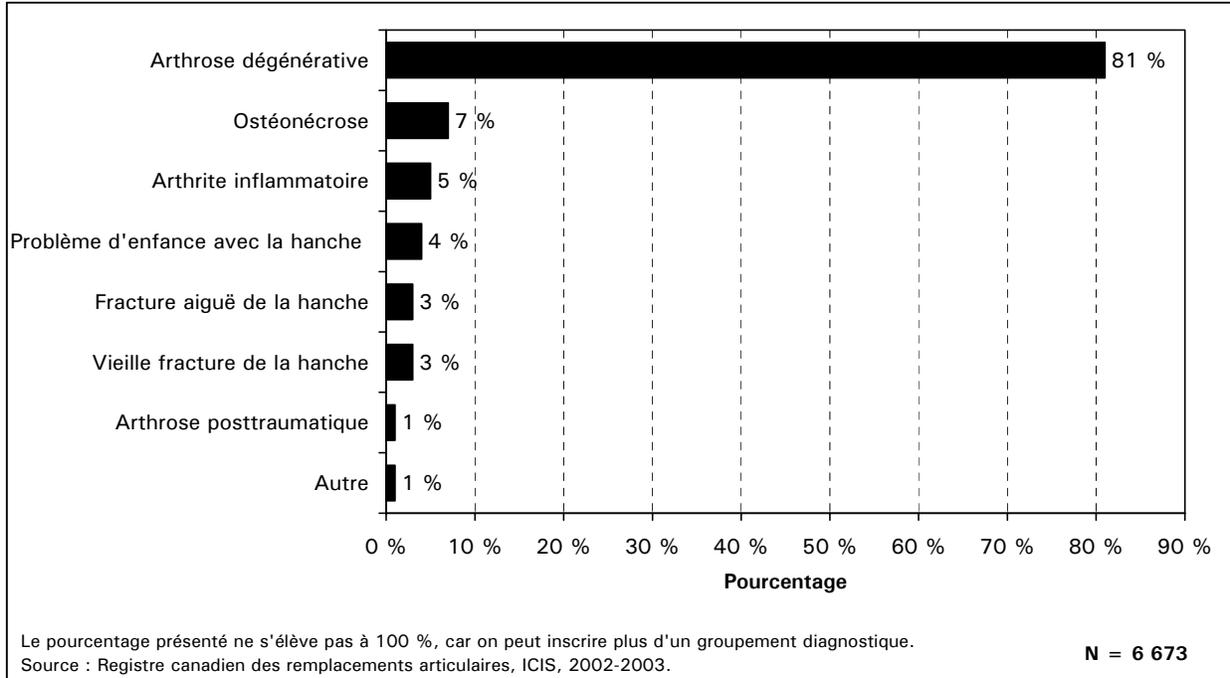


Figure 19. Arthroplasties initiales totales de la hanche par groupement diagnostique

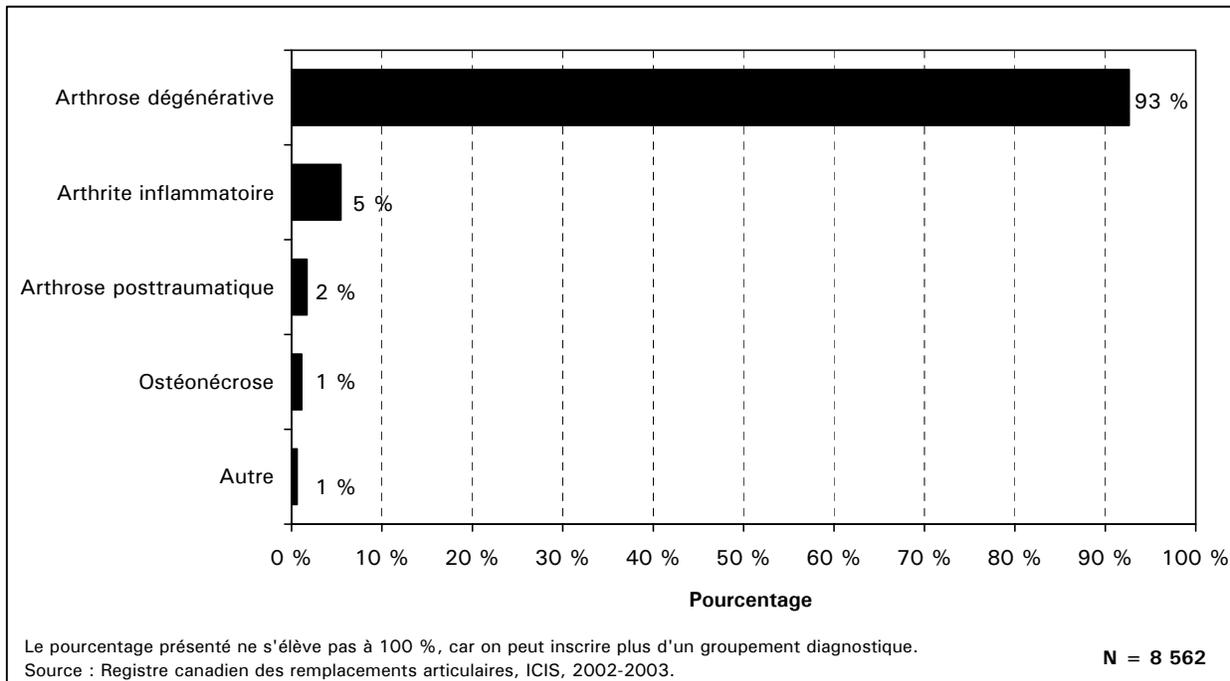


Figure 20. Arthroplasties initiales totales du genou par groupement diagnostique

Les causes d'une reprise

Pour les reprises seulement, on a demandé aux chirurgiens d'inscrire *une ou plusieurs* raisons expliquant la reprise parmi une liste précise de catégories.

Les raisons les plus courantes justifiant la reprise d'une arthroplastie de la hanche étaient la laxité aseptique (55 %), suivie de l'ostéolyse (33 %) et de l'usure polyéthylène (30 %) [figure 21].

Parmi les reprises d'un remplacement du genou, la laxité aseptique (39 %), l'usure polyéthylène (36 %) et l'instabilité (26 %) constituent les raisons les plus fréquentes des reprises (figure 22).

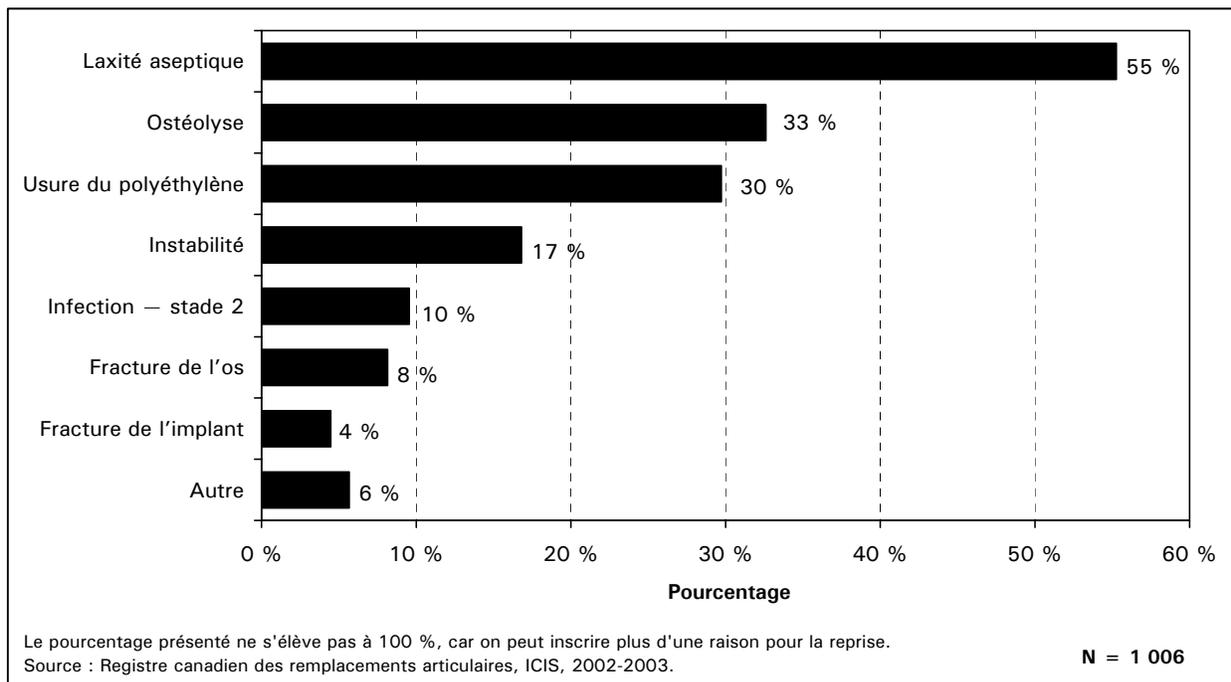


Figure 21. Arthroplasties totales de la hanche reprises, selon la cause de la reprise

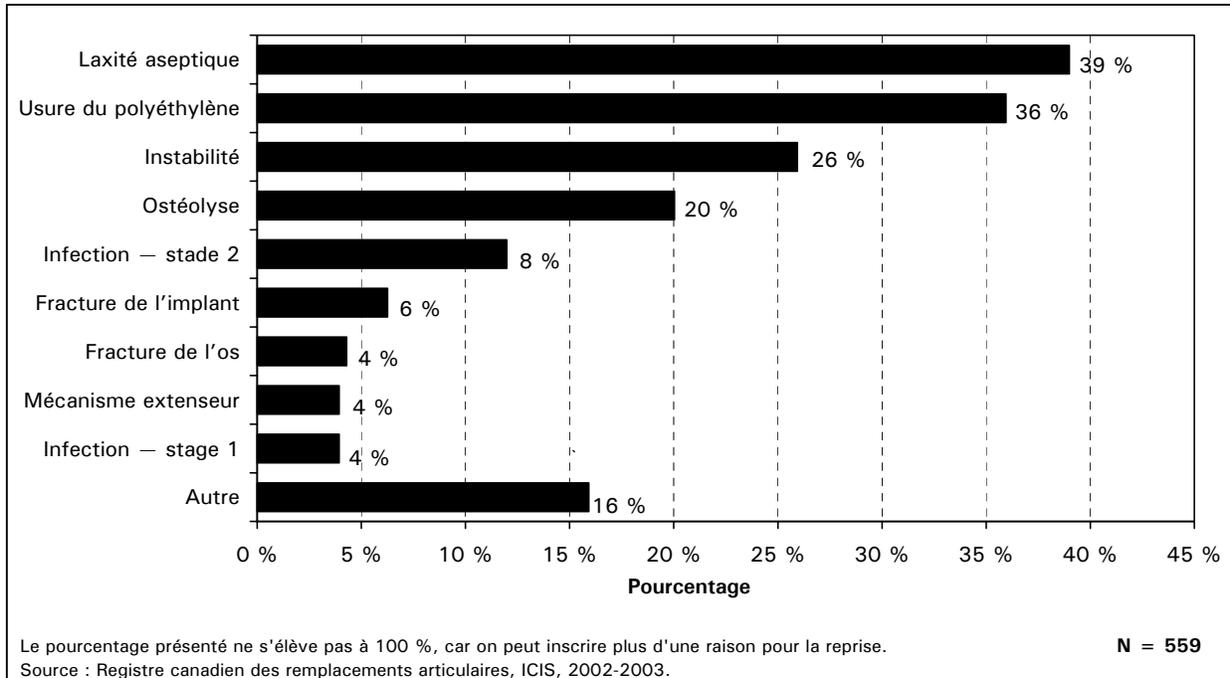


Figure 22. Arthroplasties totales du genou reprises, selon la cause de la reprise

Opérations antérieures

Aucune opération antérieure ne figurait au dossier de 93 % des arthroplasties initiales totales de la hanche (n = 6 205).

Pour ce qui est des arthroplasties initiales totales du genou (figure 23), ce pourcentage s'élevait à 72 %. Le débridement arthroscopique était cité dans 15 % des cas et la ménissectomie arthroscopique ainsi que la ménissectomie ouverte, dans 7 % et 6 % des cas respectivement.

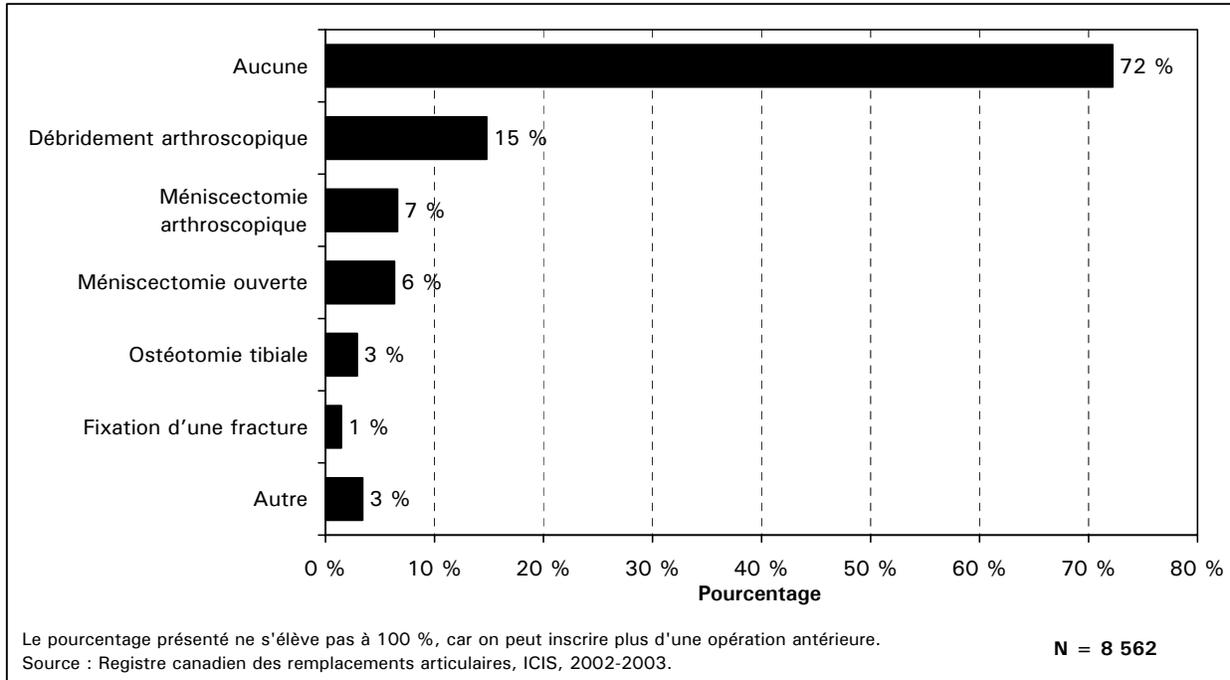


Figure 23. Arthroplasties initiales totales du genou selon l'opération antérieure méthode chirurgicale

Méthode chirurgicale

La répartition des arthroplasties totales de la hanche selon la méthode chirurgicale est présentée à la figure 24. On a signalé que l'approche latérale directe (51 %) et les méthodes antérolatérales (27 %) et postérolatérales (22 %) ont été utilisées dans la moitié des interventions. L'approche Smith/Peterson a servi dans moins de 1 % des chirurgies.

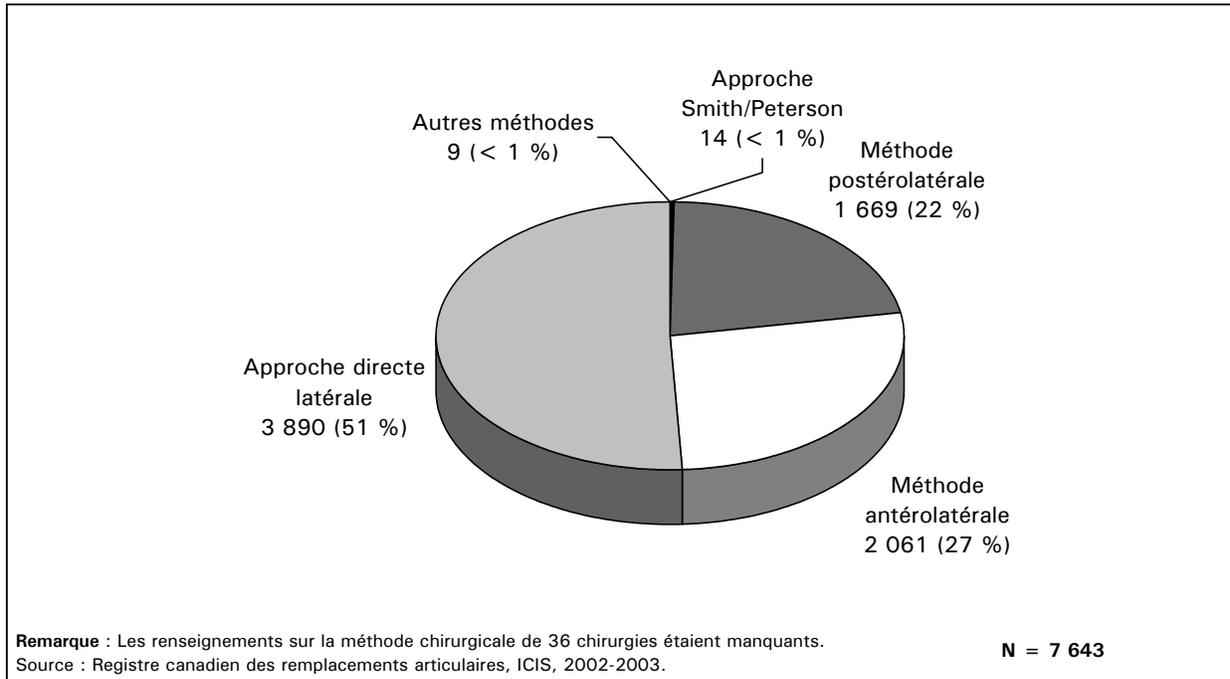


Figure 24. Arthroplasties totales de la hanche selon la méthode chirurgicale

La figure 25 illustre la répartition des méthodes chirurgicales utilisées dans les arthroplasties totales du genou. On a eu recours à la méthode interne dans la plupart des interventions (86 %) et aux méthodes à travers le vaste et sous le vaste que dans 10 % et 2 % des cas respectivement.

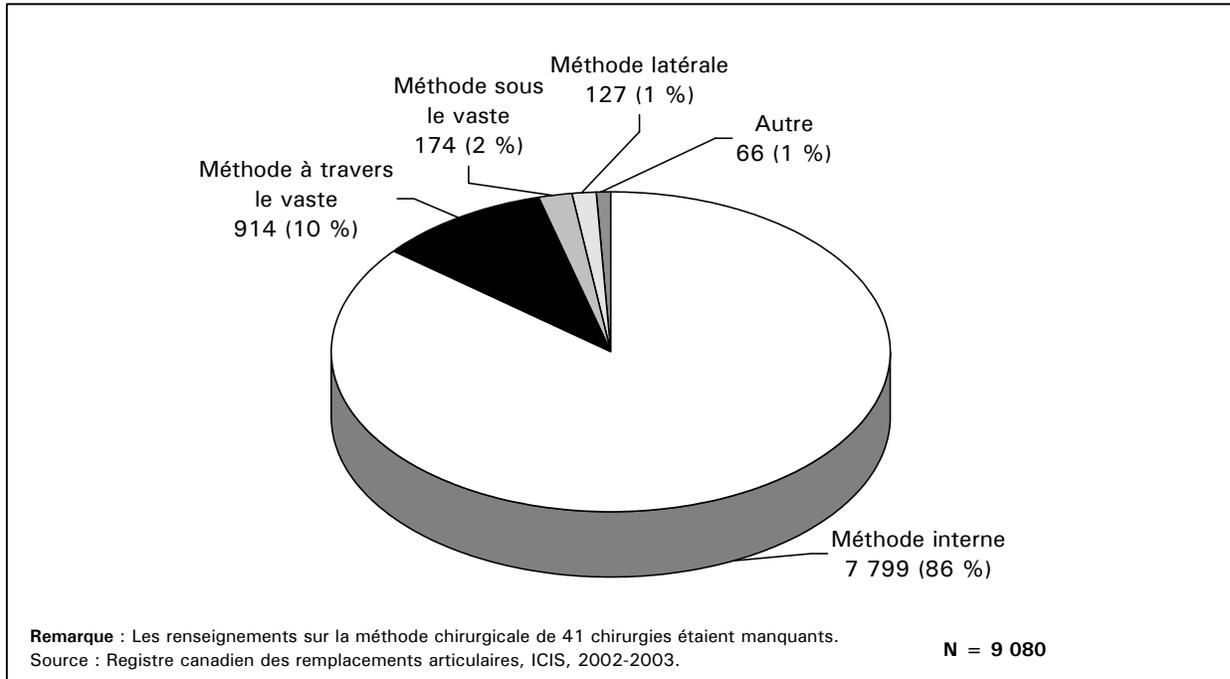


Figure 25. Arthroplasties totales du genou selon la méthode chirurgicale

Antibiothérapie prophylactique et prévention des thromboses veineuses profondes

L'administration d'antibiotiques pour prévenir les infections postopératoires après une arthroplastie totale de la hanche ou du genou semble être une pratique très répandue chez les orthopédistes canadiens. Ces derniers ont indiqué dans une proportion de 99 % (n = 16 710) qu'ils administraient des antibiotiques aux patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

Un risque élevé de thrombose veineuse profonde (TVP) est associé à l'arthroplastie totale. La prévention des TVP était citée dans presque toutes les arthroplasties totales de la hanche et du genou (99,5 %) du présent échantillon. Les trois agents prophylactiques contre la TVP les plus souvent utilisés étaient l'Héparine de faible poids moléculaire (55 %), la Warfarine (48 %) et les bas pneumatiques (8 %) [figure 26].

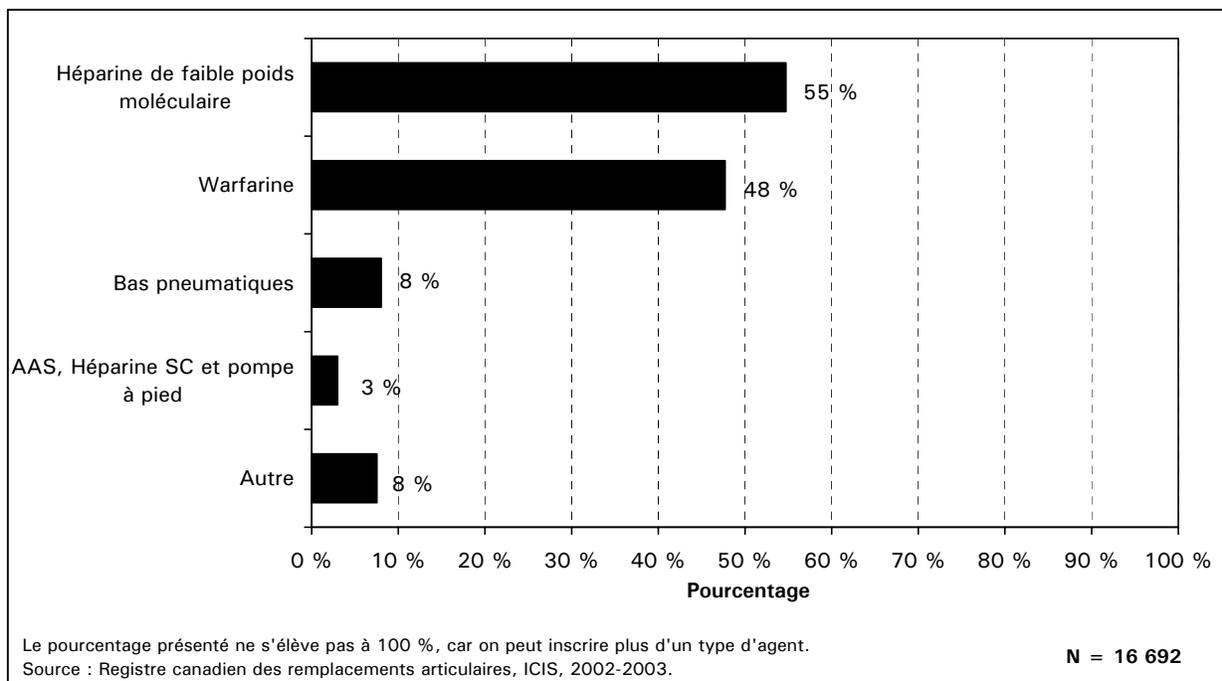


Figure 26. Prévention des TVP selon le type d'agent utilisé

Caractéristiques des composantes

Les tableaux 21 et 22 indiquent à quelle fréquence on a remplacé les composantes arthroplastiques dans les arthroplasties initiales totales de la hanche et du genou ainsi que dans les reprises. En général, toutes les composantes ont été remplacées dans presque l'ensemble des chirurgies initiales. Dans le cas des reprises, toutefois, la fréquence du remplacement variait grandement d'une composante à l'autre. De son côté, le pourcentage de remplacement des têtes fémorales dans les arthroplasties totales de la hanche étaient le plus élevé (92 %), et celui des tiges fémorales, le plus faible (59 %). Pour ce qui est des reprises d'arthroplasties totales du genou, le pourcentage de remplacement des composantes s'est avéré plus élevé pour la composante tibiale (93 %) que pour la composante fémorale (74 %). La surface de la composante rotulienne a été refaite dans à peu près la moitié de toutes les reprises d'une arthroplastie totale du genou (49 %).

Tableau 21. Arthroplasties totales de la hanche (initiales et reprises) par type de composante remplacée, 2002-2003

Composantes initiales remplacées								
Réponse	Tige fémorale	%	Tête fémorale	%	Composantes acétabulaires	%	Inserts acétabulaires	%
Oui	6 655	99,7 %	6 642	99,5 %	6 570	98,5 %	6 190	92,8 %
Non	10	0,1 %	25	0,4 %	91	1,4 %	467	7,0 %
Non précisé	8	0,1 %	6	0,1 %	12	0,2 %	16	0,2 %
Total (initiales)	6 673	100,0 %	6 673	100,0 %	6 673	100,0 %	6 673	100,0 %
Composantes remplacées lors de la reprise								
Oui	589	58,5 %	930	92,4 %	662	65,8 %	797	79,2 %
Non	417	41,5 %	75	7,5 %	343	34,1 %	209	20,8 %
Non précisé	0	0,0 %	1	0,1 %	1	0,1 %	0	0,0 %
Total (reprises)	1 006	100,0 %	1 006	100,0 %	1 006	100,0 %	1 006	100,0 %

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, 2002-2003.

Tableau 22. Arthroplasties totales du genou (initiales et reprises) par type de composante remplacée, 2002-2003

Composantes initiales remplacées/refaites						
Réponse	Composante fémorale remplacée	%	Composante tibiale remplacée	%	Surface de la composante rotulienne refaite	%
Oui	8 548	99,8 %	8 511	99,4 %	6 477	75,6 %
Non	7	0,1 %	43	0,5 %	2 074	24,2 %
Non précisé	7	0,1 %	8	0,1 %	11	0,1 %
Total (initiales)	8 562	100,0 %	8 562	100,0 %	8 562	100,0 %
Composantes remplacées/refaites lors de la reprise						
Oui	413	73,9 %	518	92,7 %	273	48,8 %
Non	146	26,1 %	41	7,3 %	284	50,8 %
Non précisé	0	0,0 %	0	0,0 %	2	0,4 %
Total (reprises)	559	100,0 %	559	100,0 %	559	100,0 %

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, 2002-2003.

Les figures 27 et 28 illustrent la répartition des tailles de la tête utilisée pour remplacer les têtes fémorales dans les arthroplasties initiales totales de la hanche et les reprises respectivement. Dans le cas des arthroplasties initiales de la hanche, la taille de la tête de loin la plus mentionnée faisait 28 mm (84 %). La tête de 32 mm n'a servi que dans 10 % des interventions.

Pour les reprises d'arthroplasties totales de la hanche, la tête de 28 mm s'avérait encore être le choix principal (63 %). La tête de 32 mm ne représentait que 29 % des chirurgies.

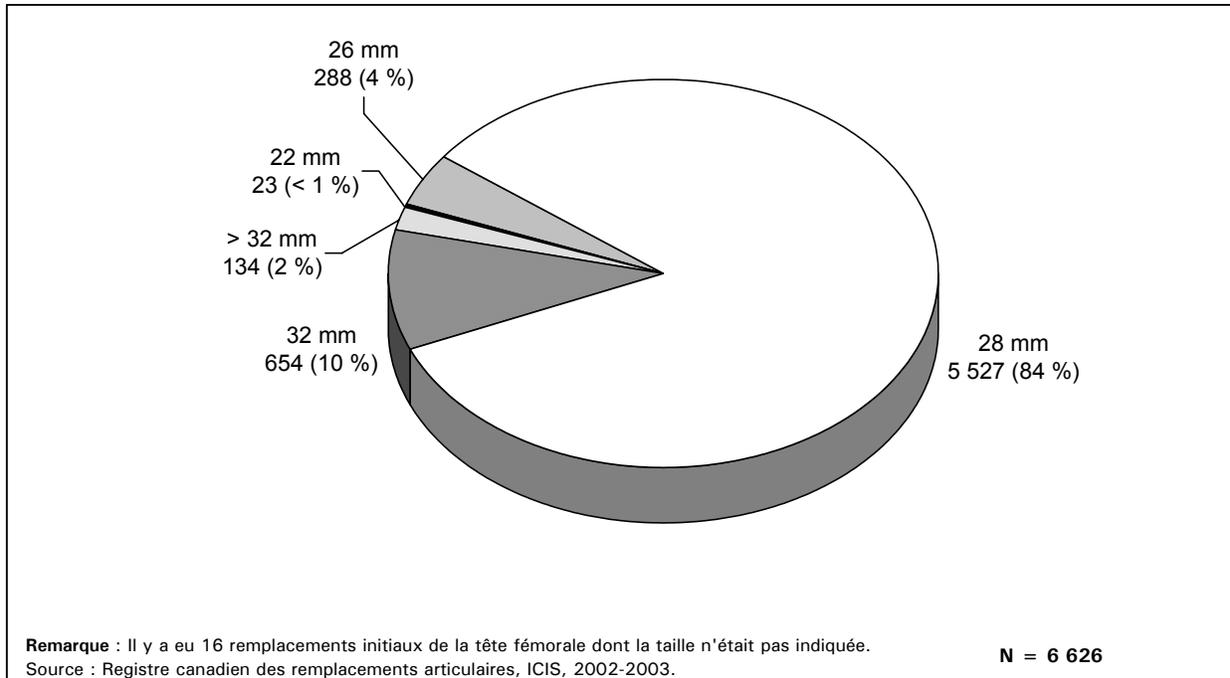


Figure 27. Arthroplasties totales de la hanche selon la taille de la tête utilisée pour remplacer la tête fémorale

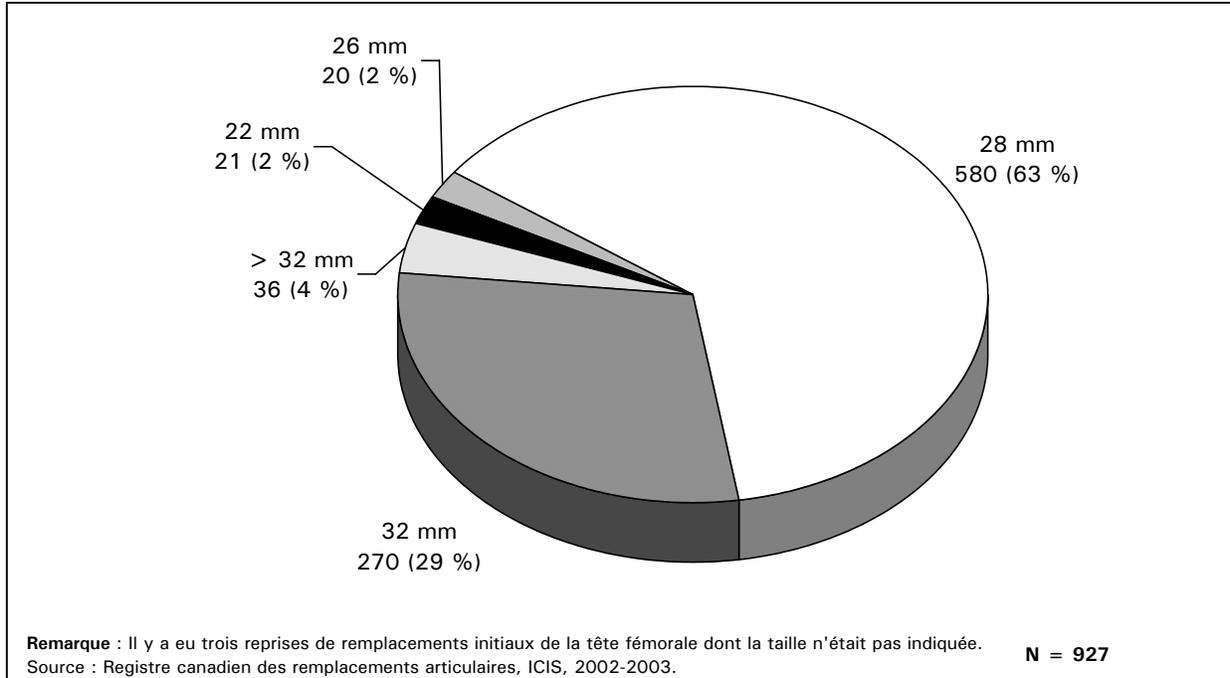


Figure 28. Reprises d'arthroplasties totales de la hanche, selon la taille de la tête utilisée pour remplacer la tête fémorale

Modes de fixation

Les figures 29 et 30 présentent le mode de fixation utilisé pour remplacer les tiges fémorales et les composantes acétabulaires, respectivement, dans les remplacements totaux de la hanche. Le ciment a servi pour un peu moins de la moitié (44 %) des interventions sur les tiges fémorales, et pour seulement 7 % des interventions sur les composantes acétabulaires.

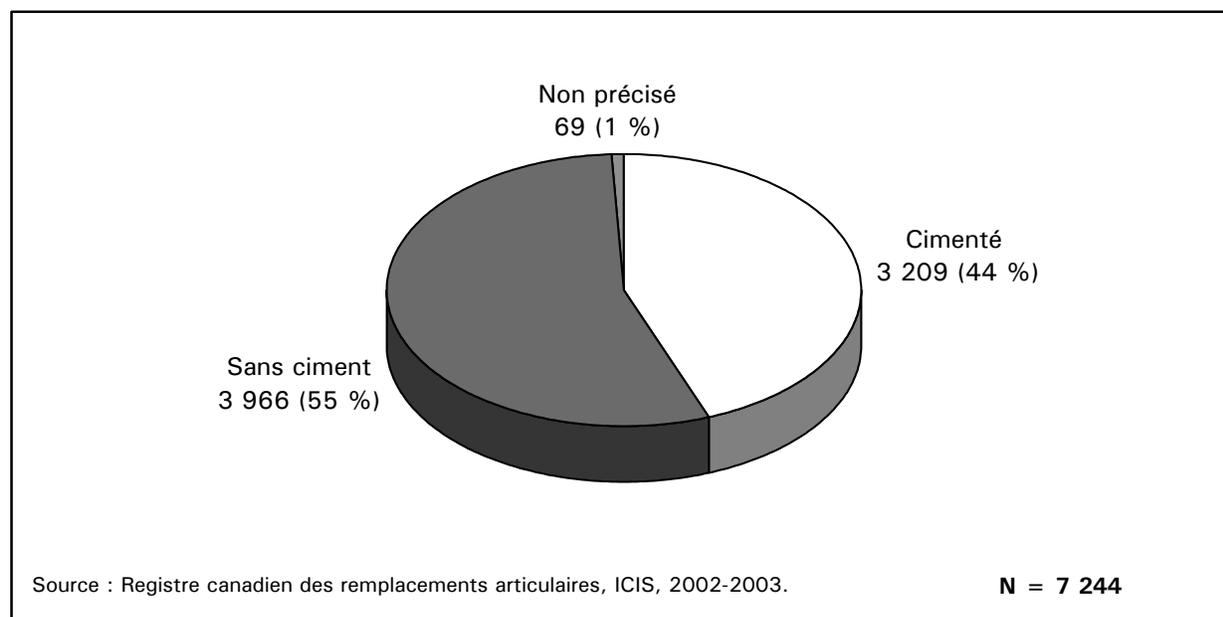


Figure 29. Tiges fémorales remplacées selon le mode de fixation, arthroplasties totales de la hanche

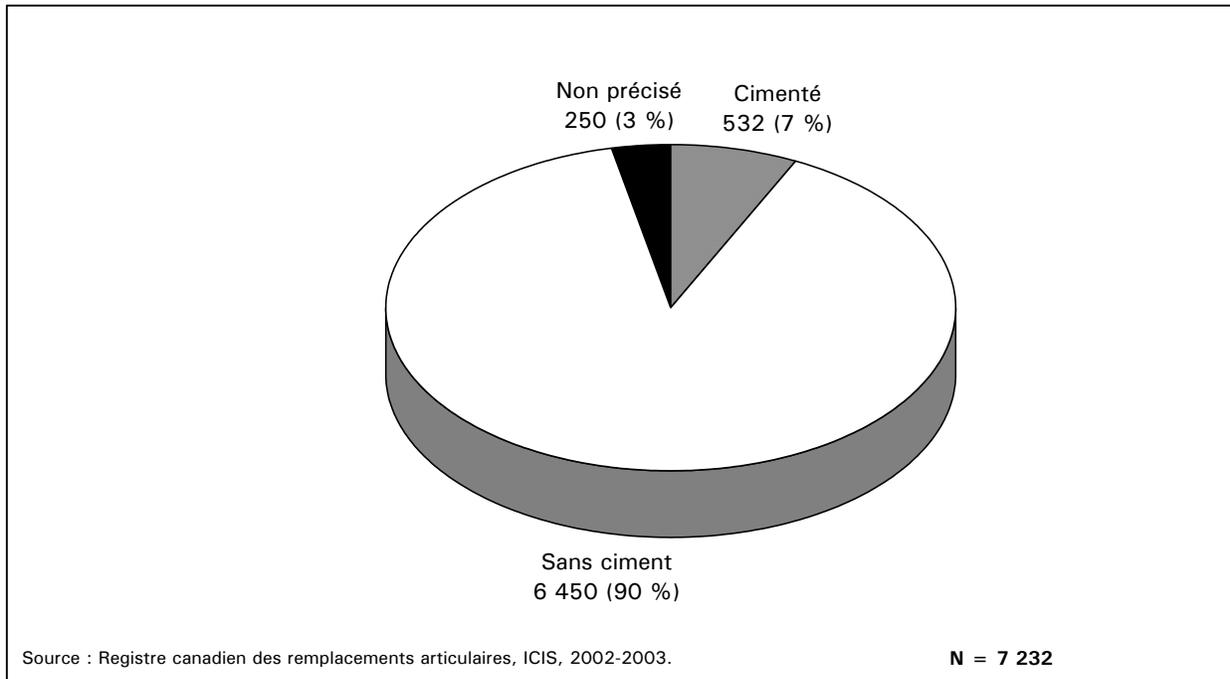


Figure 30. Composantes acétabulaires remplacées selon le mode de fixation, arthroplasties totales de la hanche

Les figures 31, 32 et 33 montrent le mode de fixation utilisé pour remplacer les composantes fémorales et tibiales et refaire la surface des composantes rotuliennes, respectivement, dans les remplacements du genou. Le ciment constituait de loin le mode de fixation le plus courant : utilisé dans 85 % des cas de remplacements fémoraux, dans 96 % des cas de remplacements tibiaux et dans 98 % des cas des surfaces refaites de composantes rotuliennes.

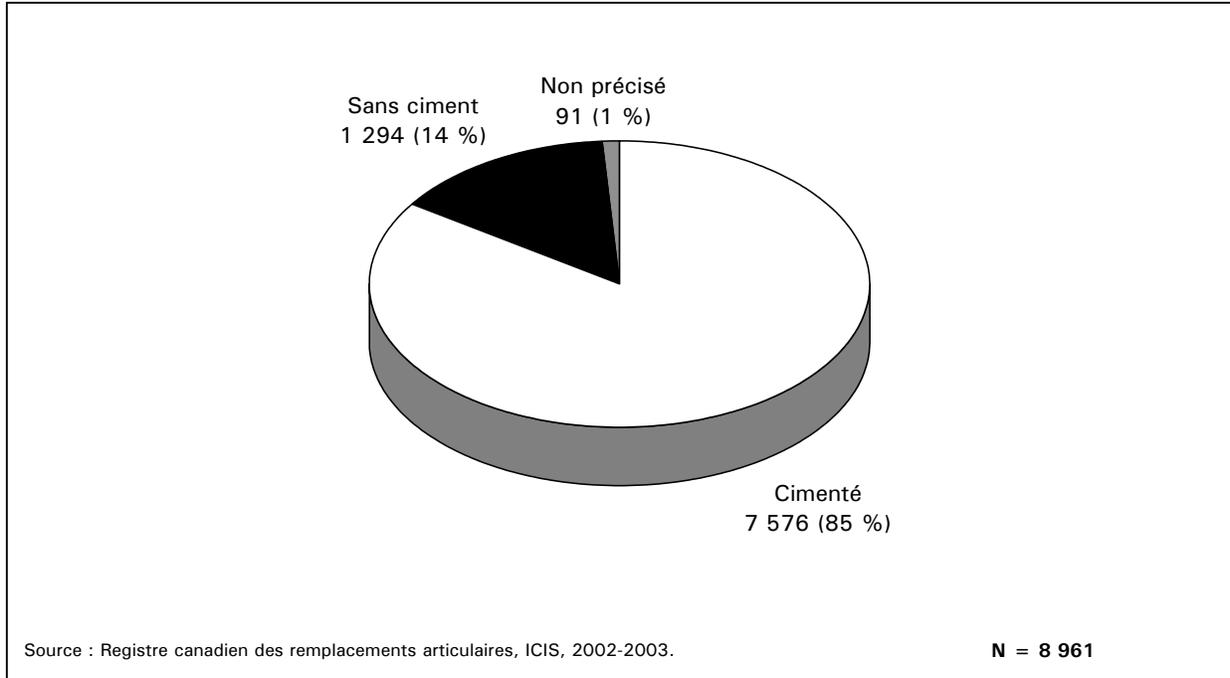


Figure 31. Composantes fémorales remplacées selon le mode de fixation, arthroplasties totales du genou

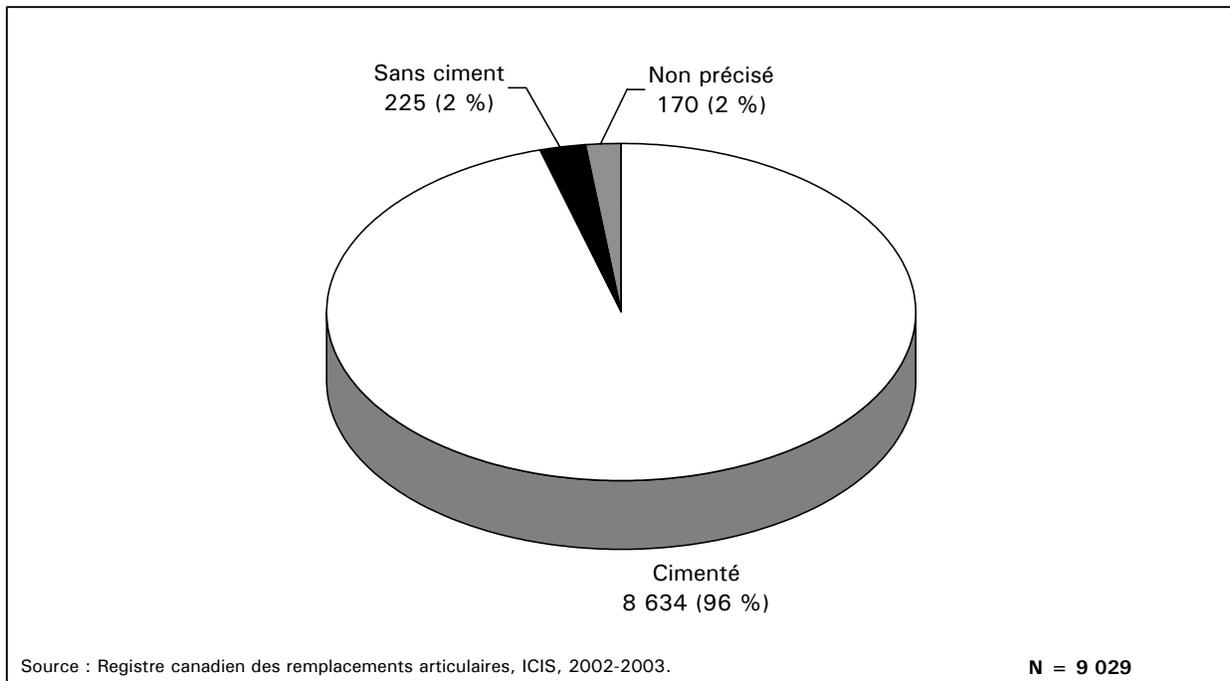


Figure 32. Composantes tibiales remplacées selon le mode de fixation, arthroplasties totales du genou

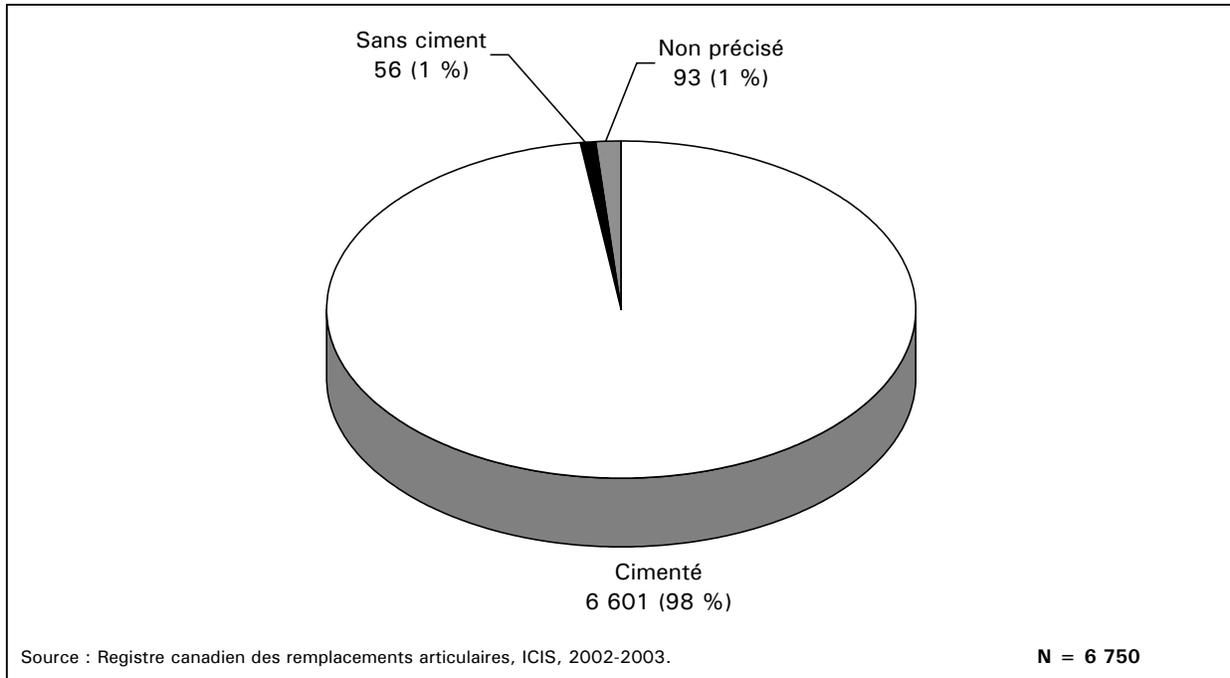


Figure 33. Composantes rotuliennes refaites selon le mode de fixation, arthroplasties totales du genou

Composition du matériel

La figure 34 illustre les diverses combinaisons de têtes fémorales et d'inserts acétabulaires utilisées dans les arthroplasties totales de la hanche pour lesquelles on a fait état de la composition du matériel utilisé pour les deux composantes remplacées. La combinaison la plus souvent mentionnée était la tête fémorale en cobalt chrome avec insert de polyéthylène standard (46 %), suivie d'une combinaison semblable composée d'une tête en cobalt chrome avec insert de polyéthylène réticulé (39 %).

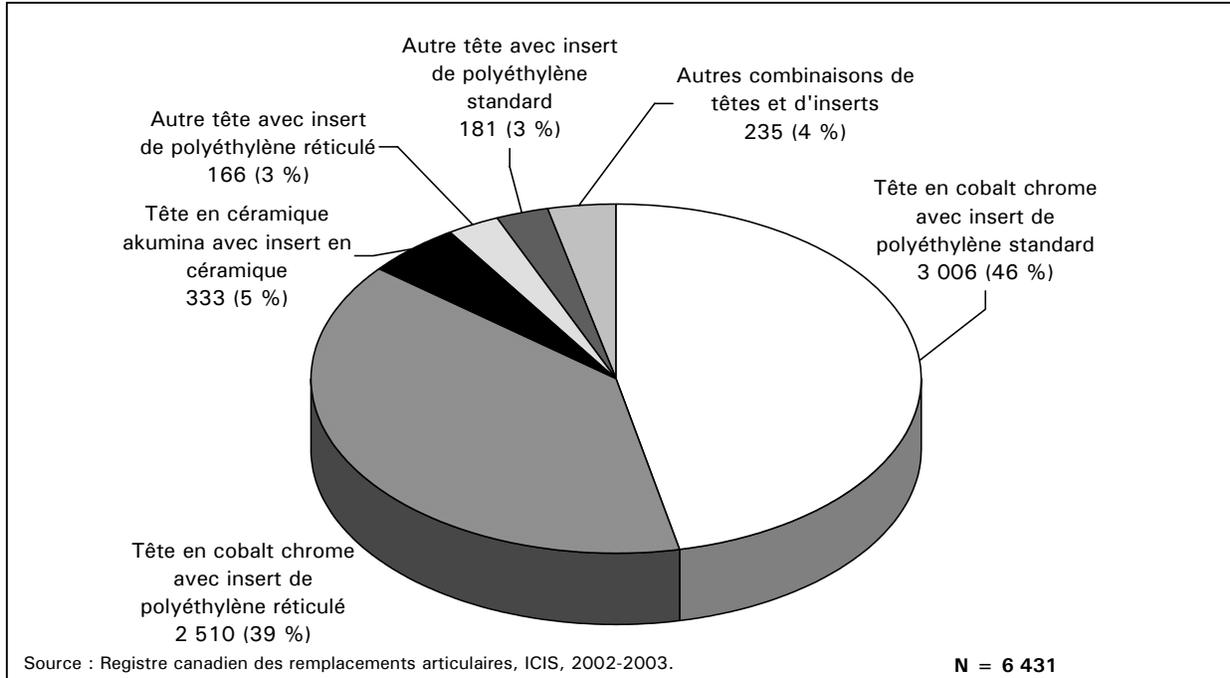


Figure 34. Têtes fémorales et inserts acétabulaires remplacés selon la composition du matériel

Discussion

Le rapport annuel de 2004 du RCRA a recours à plusieurs sources de données pour souligner les tendances et les écarts régionaux importants des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Ces renseignements seront utiles aux décisionnaires qui travaillent à la gestion des systèmes de santé, aux orthopédistes et aux dispensateurs de soins connexes. Les données sur les chirurgies représentent aussi un outil précieux pour les chirurgiens, car elles leur permettent d'améliorer leurs pratiques et les résultats cliniques inhérents. Le succès que le RCRA connaît à ce jour est attribuable en grande partie au travail collectif des nombreux partenaires concernés.

Les données du RCRA dans le présent rapport mettent en évidence plusieurs écarts importants dans les taux et les durées du séjour concernant les arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. On peut utiliser le RCRA pour approfondir ces questions afin de comprendre davantage les raisons de ces écarts. De plus, le RCRA peut contribuer aux décisions avisées et aux politiques éclairées visant à améliorer l'accès à ces services et à promouvoir de meilleurs résultats à long terme pour les patients qui en ont besoin.

Depuis le dernier rapport annuel, on a effectué deux changements majeurs au RCRA : l'ajout des données de l'*Ontario Joint Replacement Registry* (OJRR) au RCRA et le changement de classification de la CIM-9/CCA et la ICD-9-CM à la CIM-10-CA/CCI dans les hôpitaux de cinq provinces et d'un territoire.

L'acheminement des données du OJRR au RCRA par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario constitue un événement d'intérêt dans l'histoire du RCRA. On estime que l'Ontario possède un tiers (34 %) des orthopédistes au Canada qui pratiquent des arthroplasties de la hanche et du genou. En comptant les 7 500 chirurgies supplémentaires du OJRR, les données de l'Ontario représentent maintenant presque la moitié (45 %) de l'ensemble des données du RCRA pour 2002-2003.

La CIM-10-CA/CCI permet une codification plus précise des remplacements de la hanche et du genou. Le plus important, c'est que l'on peut maintenant faire la distinction entre les arthroplasties partielles et totales du genou, une caractéristique que l'on ne trouvait pas dans la CCA. Le transfert vers le nouveau système de classification, soit la CIM-10-CA/CCI, se produit de façon décalée partout au pays. L'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Manitoba et du Québec, auront fait le changement pour la Base de données sur la morbidité hospitalière de 2002-2003. Cette année de données sera présentée dans le prochain rapport annuel du RCRA. Le Manitoba codifiera ses données à l'aide du nouveau système de classification à partir de l'année de données 2003-2004. Au moment de la parution du rapport, le Québec n'avait pas encore précisé de date pour la mise en œuvre de la CIM-10-CA/CCI. Entre-temps, la déclaration de données à l'échelle nationale se fera au moyen d'un mélange de systèmes de classification.

Plusieurs facteurs contribueraient à expliquer les écarts provinciaux et territoriaux dans les taux et les durées du séjour des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada. Les écarts relevés dans les pratiques cliniques concernant les indices relatifs à la gestion médicale et aux traitements chirurgicaux de ces traitements peuvent y jouer un rôle¹¹.

D'autres facteurs liés à l'accès aux soins peuvent également jouer un rôle, comme les pratiques relatives à l'orientation des patients, le nombre de lits d'hôpital consacrés aux patients en orthopédie, le temps en salle d'opération et les ressources humaines de la santé (c.-à-d. la densité démographique des orthopédistes et des médecins qui réfèrent des malades ailleurs). Une étude canadienne de 1999 qui s'est penché sur les raisons des écarts entre les régions des arthroplasties du genou en Ontario a découvert que, après un contrôle de l'âge, du sexe et de l'accès aux soins, on remarque que l'opinion ou l'enthousiasme des orthopédistes pour l'intervention représente le principal déterminant de ces écarts¹². La prévalence de facteurs cliniques prédisposants (p. ex. l'arthrose) et les préférences des patients influencent également les demandes pour obtenir une arthroplastie totale. Enfin, le vieillissement de la population contribue à une hausse de la demande en arthroplasties totales de la hanche et du genou. Il est important de noter que l'on a déjà rajusté les taux de ce rapport pour tenir compte des différences dans les structures de l'âge entre les territoires et les provinces. Cela signifie que d'autres facteurs expliquent aussi l'écart dans les taux. Cet écart devrait être attribuable en partie aux différences dans le cas des patients groupés par rapport aux autres (p. ex. les taux différents des interventions initiales par rapport à celles reprises ainsi que les chirurgies urgentes par rapport à celles qui ne le sont pas) entre les provinces. Les chirurgies initiales, les reprises ainsi que les chirurgies urgentes et non urgentes sont comprises dans le calcul déclaré des arthroplasties totales de la hanche et du genou.

À l'exception du Nunavut et du Territoire du Yukon, où l'on ne pratique pas d'arthroplastie totale, on ne connaît pas toutes les raisons pour lesquelles les patients se déplacent vers une autre province pour subir une arthroplastie totale. Le RCRA peut présenter des analyses intraprovinciales du pourcentage des patients qui quittent leur propre région pour subir une intervention.

Le RCRA constitue une source d'information précieuse qui peut servir aux décideurs et aux dispensateurs dans la planification de la prestation actuelle et à venir des services.

Prochaines orientations

On s'attend à ce que le RCRA garde son rythme de croissance et devienne une source d'information sur la santé de plus en plus pertinente pour les décideurs. La quantité de données recueillies des orthopédistes continuera d'augmenter au fur et à mesure que le nombre de chirurgiens participant à l'enrichissement du RCRA et du OJRR augmentera. Les soumissions électroniques régulières connaîtront également un essor au cours des années à venir (p. ex. des plans sont en cours pour recevoir des données électroniques d'un important établissement de la Colombie-Britannique en 2004-2005). Les données de cet établissement seront ajoutées au prochain rapport annuel du RCRA.

Au cours de la prochaine année, l'ICIS effectuera une évaluation globale de la qualité des données du RCRA, fondée sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS, et affichera les renseignements sur la qualité des données sur son site Web externe. On terminera bientôt une évaluation des incidences sur la vie privée pour le RCRA qui sera disponible sous peu sur le site Web. La qualité des données et les pratiques sur le respect de la vie privée constituent des questions prioritaires pour le RCRA et l'ICIS.

Un registre national offre l'approche la plus efficace et pragmatique d'évaluation des résultats et de la qualité des prothèses orthopédiques, ainsi que des meilleures pratiques et de la rentabilité. Le suivi des patients d'une arthroplastie de la hanche ou du genou au fil du temps permettra au registre de déterminer quels implants sont les moins susceptibles d'être remplacés. Le RCRA est une excellente ressource pour planifier les services de santé, contribuer à la prise de décisions et mener la recherche sur les services de santé.

Au cours du prochain exercice, le RCRA envisagera des avenues pour englober les données sur les temps d'attente afin de déterminer si on peut utiliser le RCRA pour évaluer le nombre de patients en attente d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou au Canada. Actuellement, nous avons peu d'information sur 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. Le temps d'attente peut influencer sur la fonction physique avant l'opération et les résultats cliniques après l'opération chez les candidats à un remplacement articulaire. Il est maintenant possible d'avoir accès aux renseignements sur les temps d'attente des chirurgies dans certaines régions du pays, dont la Colombie-Britannique¹³, l'Alberta¹⁴ et la Saskatchewan¹⁵.

Avec le temps, le RCRA sera capable d'évaluer et de surveiller les taux de reprises de ces chirurgies en assurant le suivi de chaque patient qui ont subi une arthroplastie initiale totale de la hanche ou du genou qui doit par la suite être reprise. Le registre comblera une importante lacune en fournissant l'information sur les résultats de ces chirurgies et sur les implants utilisés au fil du temps.

Les autres moyens que le RCRA pourrait examiner dans l'avenir comprennent la fourniture de données liées aux coûts sur les arthroplasties totales au Canada, l'ampleur et les incidences des soins de réadaptation à la suite d'une chirurgie sur le processus de rétablissement du patient ainsi que le rapport qui existe entre une blessure (p. ex. fracture à la hanche) et une arthroplastie totale de la hanche.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada* (comprend les données de 1994-1995 à 1999-2000), 2002.
2. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Rapport supplémentaire sur le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), Arthroplasties totales de la hanche et du genou*, 2002.
3. O. W. Brady, B. A. Masri, D. S. Garbuz et C. P. Duncan. *Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee—when to refer and what to expect*, Journal de l'Association médicale canadienne, 2000, 163(10) : 1285-1291.
4. C. G. Moran et T. C. Horton. *Total knee replacement: the joint of the decade. A successful operation, for which there is a large unmet need*, British Medical Journal, 2000, 320 : 820.
5. Santé Canada. *L'arthrite au Canada — Une bataille à gagner*, Ottawa, Santé Canada, 2003 (Cat. # H39-4/14-2003F).
6. D. H. Sochart, A. L. Long et M. L. Porter. *Joint responsibility: the need for a national arthroplasty register*, British Medical Journal, 1996, 313 (7049):66-67.
7. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Cadre sur la qualité des données de l'ICIS*, août 2003.
8. Ontario Joint Replacement Registry. *Total Joint Replacements in Ontario: First Edition*, 2003 (sous presse).
9. Statistiques fournies à l'ICIS par Med-Écho, Québec, octobre 2003.
10. P. Herberts et H. Malchau. *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.
11. V. Goel, J. I. William, C. M. Anderson, P. Blackstien-Hirsch, C. Fooks et C. D. Naylor (éds). *Patterns of Health Care in Ontario: ICES Practice Atlas 2nd Edition*, Institut de recherche en services de santé, 1996.
12. J. G. Wright, G. A. Hawker, C. Bombardier, R. Croxford, R. S. Dittus, D. A. Freund et P. C. Coyte. *Physician Enthusiasm as an Explanation for Area Variation in the Utilization of Knee Replacement Surgery*, Med. Care, 1999, 37(9) : 946-956.

13. Registre de la liste d'attente pour une chirurgie, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/>.
14. Registre de la liste d'attente de l'Alberta.
<http://www.health.gov.ab.ca/AWR/WaitListData.jsp>.
15. Renseignements sur la liste d'attente, *Saskatchewan Surgical Care Network*.
<http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html>.

Annexe A

Glossaire

Glossaire

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).

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).

Reprise

Échange ou enlèvement de toute composante. Cela peut comprendre l'échange de revêtement ou de tête.

Reprises en pourcentage

Le nombre de reprises par rapport au nombre total d'arthroplasties.

Taux de reprise

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

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'âge dans la population ou entre les populations au fil du temps.

Annexe B

Autres tableaux et figures

Annexe B – Autres tableaux et figures

Table des matières

Tableaux

Tableau B.1. Codes de la CCI et la CCA pour les arthroplasties de la hanche en 2001-2002	B-1
Tableau B.2. Codes de la CCI et la CCA pour les arthroplasties totales du genou en 2001-2002	B-2
Tableau B.3. Arthroplasties partielles et totales du genou par province de l'hôpital participant, provinces utilisant la CIM-10-CA/CCI uniquement	B-3
Tableau B.4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, de 1994-1995 à 2000-2001	B-4
Tableau B.5. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, de 1994-1995 à 2000-2001	B-5
Tableau B.6. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises effectuées au Canada, par province, 2001-2002	B-6
Tableau B.7. Nombre d'arthroplasties totales du genou initiales et reprises effectuées au Canada, par province, 2001-2002	B-7

Figures

Figure B.1. Répartition des arthroplasties totales de la hanche, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients	B-8
Figure B.2. Répartition des arthroplasties totales du genou, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients	B-8

Tableau B.1. Codes* de la CCI et la CCA pour les arthroplasties de la hanche en 2001-2002

1.VA.53.^.^ Implantation de dispositif interne, articulation de la hanche	Cimenté	Non cimenté	Par autogreffe osseuse [non cimentée]	Par homogreffe osseuse [non cimentée]	Association d'une greffe osseuse et de ciment à os
Approche ouverte					
Prothèse à deux composants [fémur et acétabulum]	1.VA.53.LA-PN-N	1.VA.53.LA-PN	1.VA.53.LA-PN-A	1.VA.53.LA-PN-K	1.VA.53.LA-PN-Q
Prothèse à un composant [fémur]	1.VA.53.LA-PM-N	1.VA.53.LA-PM	1.VA.53.LA-PM-A	1.VA.53.LA-PM-K	1.VA.53.LA-PM-Q
Téléopération robotisée [par exemple, télémanipulation d'outils]					
Prothèse à deux composants [fémur et acétabulum]	1.VA.53.PN-PN	1.VA.53.PN-PN-N	1.VA.53.PN-PN-A	1.VA.53.PN-PN-K	1.VA.53.PN-PN-Q
Prothèse à un composant [fémur]	1.VA.53.PN-PM	1.VA.53.PN-PM-N	1.VA.53.PN-PM-A	1.VA.53.PN-PM-K	1.VA.53.PN-PM-Q
Rubrique	Code de la CCA		Description de la CCA		
93.5 – Remplacement total de la hanche	93.51		Remplacement total de la hanche en utilisant du méthacrylate de méthyle		
	93.59		Autre remplacement total de la hanche		
	93.52		Révision de remplacement total de la hanche, cimenté		
	93.53		Révision de remplacement total de la hanche, non cimenté		

Remarque :

1.VA.53.^.^ Implantation de dispositif interne, hanche

Comprend : Arthroplastie avec implantation d'une prothèse, hanche
 Hémi-arthroplastie avec implantation d'une prothèse, hanche
 Remplacement, hanche, utilisation d'une prothèse
 Réduction avec fixation et implantation d'une prothèse, hanche

Exclut : Implantation, prothèse dans l'acétabulum uniquement

* Dans le cas des codes de la CCI, le présent tableau ne tient compte que des prothèses à deux composants, car elles font référence aux arthroplasties totales et non partielles.

Tableau B.2. Codes* de la CCI et la CCA pour les arthroplasties totales du genou en 2001-2002

1.VG.53.^.^ Implantation de dispositif interne, articulation du genou	Cimenté	Non cimenté	Avec autogreffe osseuse	Avec homogreffe osseuse	Avec association d'une greffe osseuse et de ciment à os
Pièce d'épaisseur en ciment [temporaire] [imprégnée d'antibiotiques]	1.VG.53.LA-SL-N	---	---	---	---
Prothèse à deux composants [bitubérositaire, bicompartimentale]	1.VG.53.LA-PN-N	1.VG.53.LA-PN	1.VG.53.LA-PN-A	1.VG.53.LA-PN-K	1.VG.53.LA-PN-Q
Prothèse à un composant [unitubérositaire, unicompartimentale]	1.VG.53.LA-PM-N	1.VG.53.LA-PM	1.VG.53.LA-PM-A	1.VG.53.LA-PM-K	1.VG.53.LA-PM-Q
Prothèse à trois composants [interne, externe et fémoro-rotulien, prothèse tricompartimentale, prothèse totale de genou SAI]	1.VG.53.LA-PP-N	1.VG.53.LA-PP	1.VG.53.LA-PP-A	1.VG.53.LA-PP-K	1.VG.53.LA-PP-Q
Rubrique	Code de la CCA		Description de la CCA		
93.4 — Arthroplastie du genou et de la cheville	93.41		Remplacement total du genou (géomédiq) (polycentrique)		
	93.40		Révision de remplacement total du genou (géomédiq) (polycentrique)		

Remarque :

1.VG.53.^.^ Implantation de dispositif interne, articulation du genou
 Comprend : Arthroplastie avec implantation d'une prothèse, genou
 Hémi-arthroplastie avec implantation d'une prothèse, genou
 Remplacement, genou, utilisation d'une prothèse
 Exclut : Plastie de la rotule uniquement, utilisation d'une prothèse (voir 1.VP.53.^.^)
 Remplacement fémoro-rotulien uniquement (voir 1.VP.53.^.^)
 À codifier aussi : Toute plastie de la rotule ou restructuration des facettes de la rotule concomitante (voir 1.VP.80.^.^)

* Le présent tableau tient compte de tous les codes de la CCI.

Tableau B.3. Arthroplasties partielles et totales du genou par province de l'hôpital participant, provinces utilisant la CIM-10-CA/CCI uniquement

Province de l'hôpital participant	Étendue de l'arthroplastie du genou					
	Partielles* (CCI)		Totales** (CCI)		Toutes les arthroplasties du genou (CCI)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Terre-Neuve-et-Labrador	16	6,2 %	242	93,8 %	258	100,0 %
Île-du-Prince-Édouard	6	5,5 %	104	94,5 %	110	100,0 %
Nouvelle-Écosse	51	5,8 %	825	94,2 %	876	100,0 %
Saskatchewan [‡]	13	2,0 %	634	98,0 %	647	100,0 %
Colombie-Britannique	222	7,7 %	2 661	92,3 %	2 883	100,0 %
Total	308	6,5 %	4 466	93,5 %	4 774	100,0 %

* Codes de la CCI (partielles) : 1VG53-LAPM, 1VG53-LASL

** Codes de la CCI (totales) : 1VG53-LAPP, 1VG53-LAPN

‡ Certaines régions de la Saskatchewan seulement ont adopté la CIM-10-CA/CCI en 2001-2002.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, 2001-2002.

Tableau B.4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, de 1994-1995 à 2000-2001

Province	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Terre-Neuve-et-Labrador	*	203	205	187	182	201	218	230
Île-du-Prince-Édouard	104	95	109	106	111	104	110	101
Nouvelle-Écosse	734	749	730	772	841	825	781	697
Nouveau-Brunswick	429	466	488	510	451	511	514	525
Québec	2 527	2 617	2 447	2 611	2 964	2 979	3 188	3 374
Ontario	6 988	7 110	7 306	7 646	7 916	8 433	8 078	8 469
Manitoba	664	689	745	828	921	967	867	870
Saskatchewan	821	851	922	849	825	861	885	850
Alberta	1 786	1 868	1 944	1 741	1 802	1 992	2 036	2 076
Colombie-Britannique	2 383	2 713	2 706	2 659	2 543	2 931	2 892	2 747
Territoires du Nord-Ouest ¹	1	11	8	9	9	14	10	15
Territoire du Yukon	8	13	7	20	15	12	15	13
Nunavut	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	4	8
Inconnue ²	*	199	206	203	184	205	189	2
Canada	16 787	17 584	17 823	18 141	18 764	20 036	19 787	19 977

¹ Englobe le Nunavut jusqu'en 1999.

² Exclut les résidents non canadiens.

* Les données de 1994-1995 sont incomplètes pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont le lieu de résidence est inconnu.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Tableau B.5. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, de 1994-1995 à 2000-2001

Province	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Terre-Neuve-et-Labrador	*	175	220	186	194	198	226	254
Île-du-Prince-Édouard	88	75	73	81	101	104	101	112
Nouvelle-Écosse	679	894	906	933	981	1 039	1 077	896
Nouveau-Brunswick	402	504	565	611	653	643	685	717
Québec	2 146	2 264	2 287	2 427	2 696	2 796	3 069	3 325
Ontario	6 839	7 693	8 303	9 054	9 580	10 220	10 426	11 821
Manitoba	578	661	725	911	989	1 217	1 178	1 244
Saskatchewan	840	778	904	952	931	870	975	1 023
Alberta	1 587	1 782	2 000	1 857	1 729	1 984	2 223	2 443
Colombie-Britannique	1 875	2 329	2 401	2 492	2 499	2 970	2 946	2 920
Territoires du Nord-Ouest ¹	2	2	15	19	27	17	15	19
Territoire du Yukon	4	11	13	14	8	22	10	17
Nunavut	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	8	10	18
Inconnue ²	*	176	194	172	144	214	189	6
Canada	15 360	17 344	18 606	19 709	20 532	22 302	23 130	24 815

¹ Englobe le Nunavut jusqu'en 1999.

² Exclut les résidents non canadiens.

* Les données de 1994-1995 sont incomplètes pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont le lieu de résidence est inconnu.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

Tableau B.6. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises effectuées au Canada, par province, 2001-2002

Province	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre d'arthroplasties reprises	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	200	30	230	13,0 %
Île-du-Prince-Édouard	91	10	101	9,9 %
Nouvelle-Écosse	594	103	697	14,8 %
Nouveau-Brunswick	449	76	525	14,5 %
Québec ¹	3 372	2	3 374	s.o.
Ontario	7 601	868	8 469	10,2 %
Manitoba	728	142	870	16,3 %
Saskatchewan	757	93	850	10,9 %
Alberta	1 851	225	2 076	10,8 %
Colombie-Britannique	2 421	326	2 747	11,9 %
Territoires ²	29	7	36	19,4 %
Inconnue ³	2	0	2	0,0 %
Canada⁴	14 723	1 880	16 603	11,3 %

¹ Les reprises ne sont pas codifiées séparément par rapport aux interventions initiales au Québec. Par conséquent, le nombre de reprises inscrit pour cette province est incomplet.

² Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon et le Nunavut.

³ Exclut les résidents non canadiens.

⁴ Le total du Canada exclut les chiffres du Québec.

s.o. — Sans objet

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, 2001-2002.

Tableau B.7. Nombre d'arthroplasties totales du genou initiales et reprises pratiquées au Canada par province, 2001-2002

Province	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre d'arthroplasties reprises	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	245	9	254	3,5 %
Île-du-Prince-Édouard	106	6	112	5,4 %
Nouvelle-Écosse	807	89	896	9,9 %
Nouveau-Brunswick	628	89	717	12,4 %
Québec ¹	3 321	4	3 325	s.o.
Ontario	10 900	921	11 821	7,8 %
Manitoba	1 132	112	1 244	9,0 %
Saskatchewan	941	82	1 023	8,0 %
Alberta	2 255	188	2 443	7,7 %
Colombie-Britannique	2 721	199	2 920	6,8 %
Territoires ²	50	4	54	7,4 %
Inconnue ³	5	1	6	16,7 %
Canada⁴	19 790	1 700	21 490	7,9 %

¹ Les codes des reprises d'arthroplasties totales du genou ne sont pas précisés pour le Québec dans la Base de données sur la morbidité hospitalière en 2001-2002. Par conséquent, le nombre de reprises inscrit pour cette province est incomplet.

² Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Territoire du Yukon et le Nunavut.

³ Exclut les résidents non canadiens.

⁴ Le total du Canada exclut les chiffres du Québec.

s.o. — Sans objet

Remarque : On a exclu 255 reprises supplémentaires d'arthroplasties totales du genou pratiquées en 2001-2002 dans des établissements du Québec et soumises séparément par Med-Écho. Ces arthroplasties n'ont pas été incluses parce qu'on ne connaissait pas la province de résidence du patient.

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, 2001-2002.

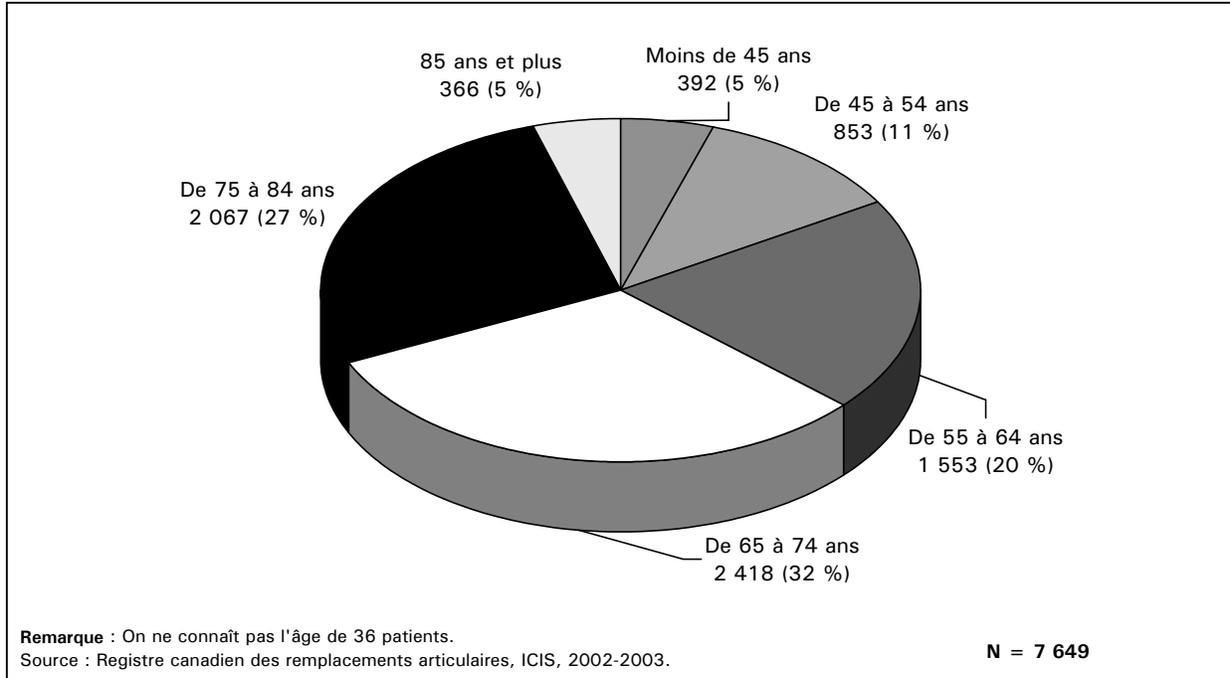


Figure B.1. Répartition des arthroplasties totales de la hanche, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients

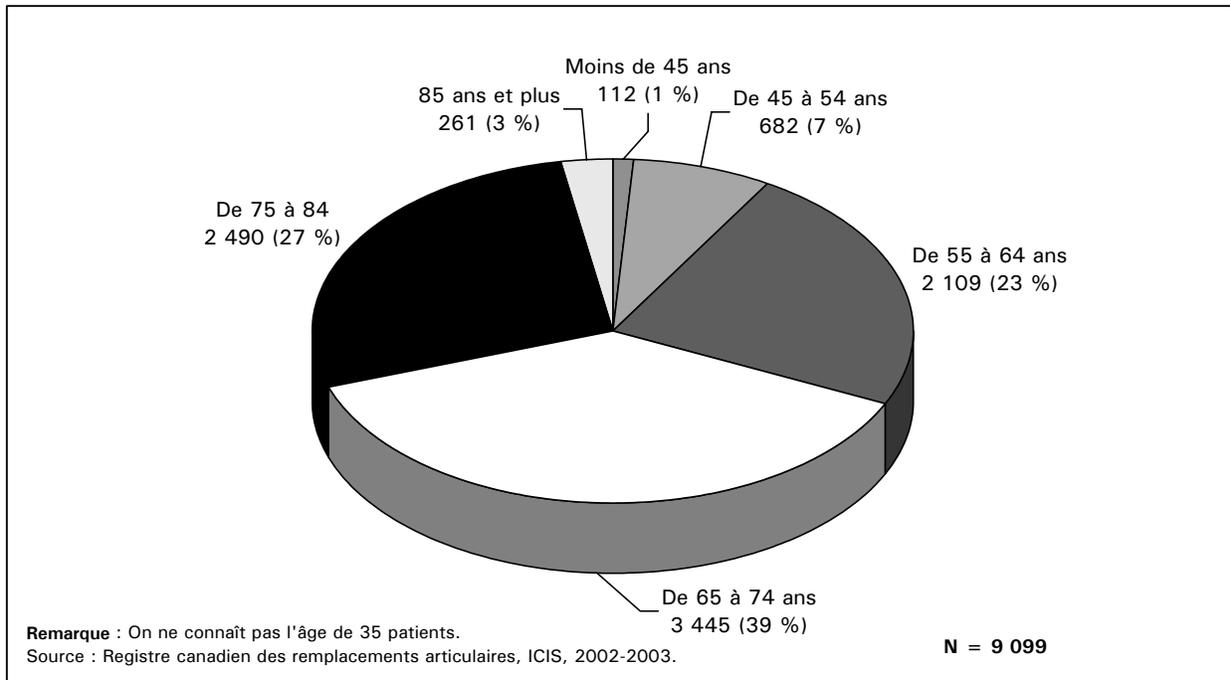


Figure B.2. Répartition des arthroplasties totales du genou, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients

ten
years  **dix**
ans

taking health information further
à l'avant-garde de l'information sur la santé