

genoux critique et planification registre  
taux de révision hanches  
qualité des soins surveillance po  
prise de décisions fondées sur l'expé



# Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada

Rapport annuel de 2008-2009

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

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

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

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

ISBN 978-1-55465-545-8 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

This publication is also available in English under the title *Hip and Knee Replacements in Canada—Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) 2008–2009 Annual Report*.  
ISBN 978-1-55465-543-4 (PDF)

**Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada**  
**Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des**  
**remplacements articulaires (RCRA)**

**Table des matières**

Remerciements.....	vii
Sommaire .....	ix
Introduction .....	1
À propos du Registre canadien des remplacements articulaires .....	1
Participation des chirurgiens au RCRA .....	3
Cas de remplacements articulaires soumis au RCRA .....	3
Notes méthodologiques .....	5
Statistiques sur les hospitalisations.....	6
Survol national des arthroplasties de la hanche et du genou .....	6
Comparaisons provinciales et territoriales.....	10
Taux d'arthroplasties normalisés selon l'âge, présentés selon le sexe et la province...	13
Caractéristiques démographiques des patients .....	15
Durée du séjour et résultats des arthroplasties de la hanche et du genou au Canada..	20
Résumé des résultats .....	25
Caractéristiques chirurgicales et cliniques des arthroplasties déclarées au RCRA .....	27
Type d'arthroplastie (initiale ou reprise).....	28
Arthroplastie initiale du genou .....	29
Diagnostic principal dans les cas d'arthroplasties initiales .....	29
Indice de masse corporelle .....	30
Temps d'attente .....	32
Temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties de la hanche .....	35
Temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties du genou .....	36
Raisons des reprises d'arthroplasties de la hanche.....	36
Raisons des reprises d'arthroplasties du genou .....	37
Classification des types de chirurgie de remplacement articulaire .....	37
Arthroplastie du genou .....	37
Abord chirurgical de l'arthroplastie .....	39
Abord chirurgical peu invasif .....	40
Remplacements articulaires et thrombose veineuse profonde .....	43
Caractéristiques des prothèses articulaires .....	45
Modes de fixation dans les arthroplasties .....	48
Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche.....	50

Utilisation du greffon osseux dans les arthroplasties .....	52
Résumé des résultats .....	54
Discussion et orientations .....	57
Annexe A : Comité consultatif et Sous-comité de la recherche et du développement du RCRA .....	59
Annexe B : Méthodologie de codification des arthroplasties de la hanche et du genou, BDMH .....	61
Annexe C : Caractéristiques démographiques des patients selon le RCRA et la BDMH .....	69
Annexe D : Méthodologie de codification des arthroplasties de la hanche et du genou, RCRA .....	77
Annexe E : Définition de l'arthroplastie de la hanche et du genou dans le RCRA.....	81
Annexe F : Glossaire .....	83
Références.....	87

#### Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie de la hanche par province ou territoire .....	10
Tableau 2	Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie du genou par province ou territoire .....	11
Tableau 3	Taux d'arthroplasties de la hanche et du genou normalisé selon l'âge (par 100 000 habitants), par province, 1996-1997 et 2006-2007 .....	12
Tableau 4	Arthroplasties de la hanche et du genou selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2006-2007 .....	17
Tableau 5	Taux (par 100 000 habitants) selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2006-2007 .....	19
Tableau 6	Durée de séjour médiane et moyenne des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	20
Tableau 7	Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	21
Tableau 8	Durée de séjour médiane et moyenne des patients ayant subi une arthroplastie du genou selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	22
Tableau 9	Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche selon le sexe et la province, 2006-2007.....	23
Tableau 10	Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie du genou selon le sexe et la province, 2006-2007 .....	24

Tableau 11	Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie de la hanche selon le groupe d'âge .....	35
Tableau 12	Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie de la hanche selon l'IMC... 35	
Tableau 13	Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie du genou selon le groupe d'âge .....	36
Tableau 14	Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie du genou selon l'IMC.....	36
Tableau 15	Arthroplasties de la hanche selon le type de chirurgie, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	37
Tableau 16	Arthroplasties du genou selon le type de chirurgie, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	38
Tableau 17	Arthroplasties selon le type d'intervention, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	40
Tableau 18	Composants remplacés lors d'une arthroplastie de la hanche initiale ou d'une reprise, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	45
Tableau 19	Composants remplacés lors des arthroplasties du genou initiales et des reprises, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	47
Tableau B-1	Codes de la CCI et de la CCA pour les arthroplasties de la hanche .....	65
Tableau B-2	Codes de la CCI et de la CCA pour les arthroplasties totales du genou* .....	66
Tableau B-3	Nombre d'hospitalisations en raison d'arthroplasties partielles et totales du genou, selon la province des hôpitaux participants (provinces utilisant la CIM-10-CA et la CCI uniquement) .....	67
Tableau E-1	Algorithme utilisé pour définir les types d'arthroplastie de la hanche.....	81

### Liste des figures

Figure 1	Diagramme de l'acheminement des données au Registre canadien des remplacements articulaires .....	2
Figure 2	Arthroplasties de la hanche et du genou soumises au RCRA par province, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	4
Figure 3	Nombre d'hospitalisations au Canada en raison d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	7
Figure 4	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) en raison d'une arthroplastie de la hanche, selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	8
Figure 5	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) en raison d'une arthroplastie du genou, selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007 .....	9
Figure 6	Taux d'arthroplasties de la hanche normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), présentés selon le sexe et la province, 2006-2007 .....	13

Figure 7	Taux d'arthroplasties du genou normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), présentés selon le sexe et la province, 2006-2007.....	14
Figure 8	Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, Canada, 2006-2007 .....	15
Figure 9	Type d'arthroplastie de la hanche, RCRA, 2006-2007 .....	28
Figure 10	Type d'arthroplastie du genou, RCRA, 2006-2007.....	29
Figure 11	Patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, selon la catégorie d'IMC, RCRA, comparativement à la répartition de l'IMC au sein de la population canadienne, 2006-2007.....	31
Figure 12	Rapport entre le sexe et l'IMC selon le type d'arthroplastie, RCRA, 2006-2007 .....	32
Figure 13	Temps d'attente médian (en jours) pour une arthroplastie de la hanche et du genou selon le groupe d'âge, RCRA, 2006-2007 .....	33
Figure 14	Rapport entre le temps d'attente médian (en jours) et l'IMC, selon le type d'arthroplastie, RCRA, 2006-2007 .....	34
Figure 15	Arthroplasties unicompartmentales du genou initiales et reprises, en proportion de toutes les arthroplasties du genou, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	38
Figure 16	Abord chirurgical des arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	39
Figure 17	Catégories d'IMC pour les arthroplasties de la hanche classiques et par chirurgie peu invasive, 2006-2007 .....	41
Figure 18	Catégories d'IMC pour les arthroplasties du genou classiques et par chirurgie peu invasive, 2006-2007 .....	42
Figure 19	Agents utilisés dans la prévention de la thrombose veineuse profonde, arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	43
Figure 20	Agents utilisés dans la prévention de la thrombose veineuse profonde, arthroplasties du genou, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	44
Figure 21	Taille des têtes fémorales utilisées pour les arthroplasties de la hanche initiales et les reprises, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007.....	46
Figure 22	Modes de fixation utilisés pour les arthroplasties de la hanche, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	48
Figure 23	Modes de fixation utilisés pour les arthroplasties du genou, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	49
Figure 24	Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche, 2006-2007 .....	50
Figure 25	Types de surfaces d'appui « métal sur plastique », arthroplasties de la hanche, de 2002-2003 à 2006-2007.....	51

Figure 26	Greffon osseux utilisé dans les arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	52
Figure 27	Greffon osseux utilisé dans les arthroplasties du genou, de 2003-2004 à 2006-2007 .....	53
Figure 28	Répartition selon le sexe des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007 .....	69
Figure 29	Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007 .....	70
Figure 30	Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie du genou, RCRA et BDMH, 2006-2007 .....	71
Figure 31	Répartition des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche par province de résidence, RCRA et BDMH, 2006-2007.....	72
Figure 32	Répartition des patients ayant subi une arthroplastie du genou par province de résidence, RCRA et BDMH, 2006-2007.....	73
Figure 33	Type d'arthroplasties déclarées au RCRA et à la BDMH, 2006-2007 .....	74
Figure 34	Diagnostic principal des arthroplasties de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007 .....	75
Figure 35	Diagnostic principal des arthroplasties du genou, RCRA et BDMH, 2006-2007 .....	76





## Remerciements

Le présent rapport est le fruit des efforts concertés et des contributions volontaires de chirurgiens orthopédistes, d'infirmières, d'administrateurs et de coordonnateurs de partout au Canada.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) aimerait remercier les membres du Comité consultatif et du Sous-comité de la recherche et du développement du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) pour leurs précieux conseils et leur inestimable soutien (voir l'annexe A pour consulter la liste des membres).

La publication *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)* a été réalisée à l'ICIS par les personnes suivantes :

- Margaret Keresteci, ancienne gestionnaire
- Tammy Estabrooks, chef de section
- Naisu Zhu, méthodologiste principal
- Joseph Emmanuel Amuah, méthodologiste
- Shirley Chen, analyste principale
- Mihaela Marin, anciennement analyste principale
- Jing Gu, analyste

Toute question concernant le présent rapport doit être adressée au :

Registre canadien des remplacements articulaires  
4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002  
Télécopieur : 416-481-2950  
Courriel : [rcra@icis.ca](mailto:rcra@icis.ca)



## Sommaire

*Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires* vise à caractériser les arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Canada en fonction de leur épidémiologie, et selon certains paramètres cliniques et chirurgicaux. Le rapport tient également compte du volume total des interventions et des tendances à long terme.

Les renseignements présentés dans ce rapport sont tirés de trois banques de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), la Base de données sur les congés des patients (BDPC, voir l'annexe B) et le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). La BDMH ainsi que la BDPC sont des bases de données pancanadiennes regroupant un ensemble de données administratives, cliniques et démographiques sur les patients hospitalisés, y compris les cas d'arthroplasties et les chirurgies de reprise. Elles fournissent en outre des données statistiques nationales sur les sorties des établissements de soins de santé au Canada selon le diagnostic et l'intervention. Le RCRA est un répertoire national regroupant des données cliniques, chirurgicales et démographiques plus détaillées sur un sous-ensemble d'activités liées aux arthroplasties de la hanche et du genou soumises à la BDMH et à la BDPC.

Combinées au RCRA, la BDMH et la BDPC permettent de rendre compte de manière exhaustive des arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées à l'échelle pancanadienne. Sur les 72 469 arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées dans les hôpitaux en 2006-2007 (y compris les interventions pratiquées au Québec en 2005-2006), de l'information complémentaire a été recueillie par le RCRA pour 29 708 interventions, soit 41 % d'entre elles.

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont pratiquées lorsque les patients ressentent de vives douleurs et arrivent difficilement à se déplacer. L'intervention, qui comporte relativement peu de risques, peut nettement soulager la douleur et améliorer la mobilité en permettant à la nouvelle articulation de bouger normalement. Il s'ensuit généralement une amélioration considérable des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des patients.

En 2006-2007, 62 196 hospitalisations ont eu lieu au Canada relativement à des arthroplasties de la hanche (24 253) ou du genou (37 943), chiffres qui ne tiennent pas compte des données pour le Québec, non disponibles au moment de la publication. Le nombre d'interventions pratiquées en 2006-2007 représente une augmentation de 101 % sur 10 ans et de 6 % sur une base annuelle. La durée du séjour (DS) médiane était de cinq jours pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et de quatre jours pour ceux ayant subi une arthroplastie du genou. La durée du séjour a considérablement diminué pour ces deux interventions au cours des 10 dernières années.

La majorité des Canadiens ayant subi une arthroplastie en 2006-2007 étaient âgés de 65 ans ou plus (63 % dans le cas de la hanche et 64 % pour le genou). L'examen des taux d'arthroplasties selon le groupe d'âge et le sexe révèle que c'est dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans que le nombre d'arthroplasties du genou a connu l'augmentation la plus remarquable au cours des 10 dernières années (elles ont plus que doublé chez les deux sexes). La hausse la plus marquée pour ce qui est des chiffres absolus chez les hommes se situe dans le groupe des 65 à 74 ans (2 644), suivi du groupe des 55 à 64 ans (2 595); et dans le groupe des 55 à 64 ans chez les femmes (4 581), suivi du groupe des 65 à 74 ans (3 707). Pour ce qui est

des arthroplasties de la hanche, la plus forte augmentation chez les hommes (76 %) a été constatée dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans, tandis que du côté des femmes, c'est dans le groupe des 85 ans ou plus que la hausse était la plus importante (36 %). L'augmentation la plus marquée pour ce qui est des chiffres absolus se situe dans le groupe des 55 à 64 ans (1 233) chez les hommes et dans le groupe des 75 à 84 ans pour les femmes (1561), suivi du groupe des 55 à 64 ans (1 336). L'arthrose était le principal diagnostic à l'origine des arthroplasties de la hanche ou du genou.

Les arthroplasties font partie des cinq secteurs prioritaires ciblés par le gouvernement fédéral en vue d'une réduction substantielle des temps d'attente. Le 1<sup>er</sup> avril 2005, dans une volonté d'harmoniser les efforts ainsi déployés, le RCRA a commencé à recueillir des données sur les temps d'attente, dans le cadre d'une initiative plus vaste de l'ICIS visant à recueillir et à publier des données sur les temps d'attente pour une arthroplastie en se fondant sur les données des patients ayant déjà subi ce type d'intervention. En 2006-2007, les temps d'attente ont été enregistrés dans le RCRA pour 62 % des cas, soit une augmentation par rapport à 2005-2006 (46 %). L'analyse démontre que les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche (temps d'attente médian de 127 jours) étaient nettement plus courts que dans le cas des arthroplasties du genou (temps d'attente médian de 169 jours). Par ailleurs, les temps d'attente relatifs à une reprise d'arthroplastie de la hanche ou du genou étaient sensiblement plus courts que dans le cas d'arthroplasties initiales. Comparativement à l'année dernière, le temps d'attente des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche est resté identique, tandis que celui des patients ayant subi une arthroplastie du genou a diminué de 13 jours (temps d'attente médian de 169 jours contre 182).

D'après l'indice de masse corporelle (IMC), une forte proportion des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2006-2007 étaient obèses comparativement au reste de la population canadienne. Ceux ayant été opérés pour le genou étaient plus nombreux à être aux prises avec un excès de poids ou un problème d'obésité que les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche. Les résultats de 2006-2007 concordent avec ceux de 2005-2006.

Depuis quatre ans, on observe une tendance significative à déclarer davantage les resurfaçages de la hanche au RCRA et à recourir à la chirurgie peu invasive pour pratiquer les arthroplasties de la hanche et du genou. Soulignons notamment l'utilisation accrue de têtes fémorales de plus grande dimension ( $\geq 32$  mm) depuis 2003-2004, tant pour les arthroplasties de la hanche initiales que pour les interventions de reprise (78 %). La surface d'appui « métal sur plastique » était la plus couramment employée pour les arthroplasties de la hanche. La combinaison cobalt chrome/polyéthylène standard a perdu du terrain au profit de la combinaison cobalt chrome/polyéthylène réticulé, qui a été utilisée dans 76 % des cas en 2006-2007, contre 45 % en 2002-2003. L'utilisation du greffon osseux pour le fémur a diminué, passant de 28 % en 2003-2004 à 14 % en 2006-2007 dans les cas de reprises d'arthroplasties de la hanche et, pour la même période, de 17 % à 8 % pour les reprises d'arthroplasties du genou.

Il est possible d'acheter des exemplaires du rapport de 2008-2009 auprès du Bureau des commandes de l'ICIS, à l'adresse [www.icis.ca](http://www.icis.ca). On peut par ailleurs télécharger gratuitement des exemplaires du rapport annuel, de l'avis au médias et des bulletins récents à partir du site Web du RCRA ([www.icis.ca/rcra](http://www.icis.ca/rcra)). Les demandes de renseignements concernant le présent rapport peuvent être adressées à [rcra@icis.ca](mailto:rcra@icis.ca).

## **Introduction**

L'arthrose et les affections apparentées constituent un important groupe de pathologies touchant les articulations, les ligaments, les tendons, les os et d'autres éléments de l'appareil locomoteur. Ces affections sont très fréquentes et constituent des causes importantes de morbidité, d'incapacité physique (perte de productivité des personnes atteintes) et d'utilisation des soins de santé<sup>1</sup>.

L'arthroplastie de la hanche ou du genou est considérée comme une solution viable pour le traitement de l'arthrite : cette intervention permet d'améliorer la qualité de vie du patient en réduisant la douleur chronique et en augmentant l'autonomie fonctionnelle<sup>1, 2</sup>. Le remplacement de hanches détériorées, arthritiques et gravement atteintes a permis d'améliorer la mobilité, le confort et l'autonomie de nombreuses personnes qui, sinon, auraient été fortement handicapées<sup>3</sup>.

Le présent rapport vise à rendre compte de l'épidémiologie des arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Canada et de l'ensemble des activités qui s'y rapportent, de même qu'à les décrire en fonction des caractéristiques démographiques des patients, du lieu (données à l'échelle provinciale et pancanadienne) et des tendances au fil du temps, à l'aide de certains paramètres chirurgicaux et cliniques de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).

## **À propos du Registre canadien des remplacements articulaires**

Le RCRA est un système d'information pancanadien sur les arthroplasties de la hanche et du genou dont l'objectif est de consigner et d'analyser le niveau d'activité, les paramètres cliniques et les résultats des arthroplasties de la hanche et du genou initiales et de reprise à long terme. Le RCRA est le fruit d'efforts de collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les chirurgiens orthopédistes du Canada.

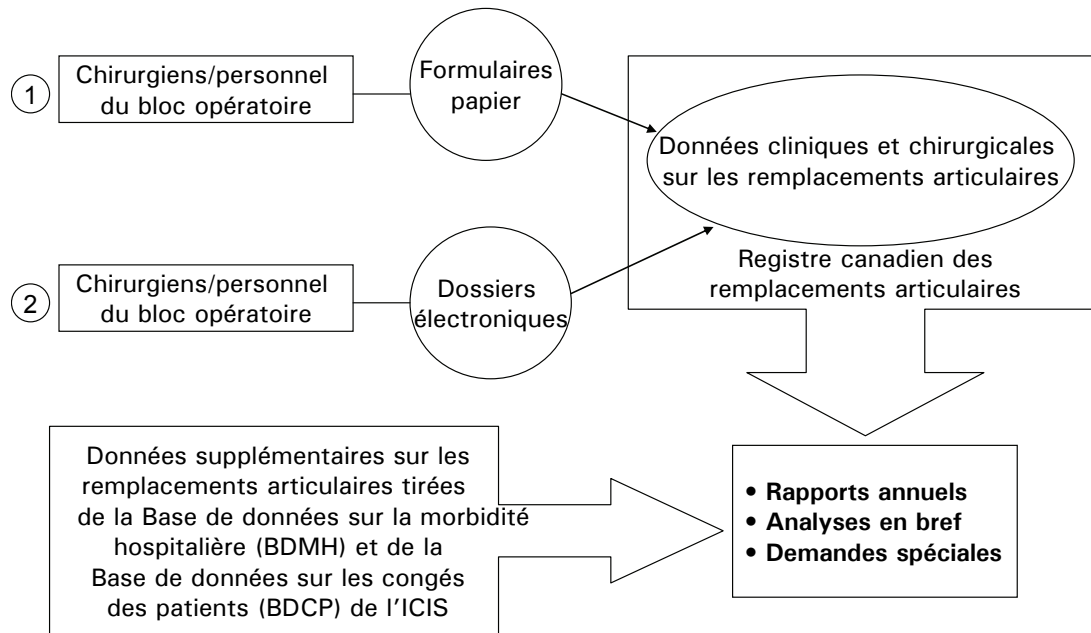
L'ICIS recueille des données administratives et démographiques sur toutes les interventions pratiquées dans les hôpitaux canadiens, y compris les arthroplasties de la hanche et du genou et les reprises, au moyen de la BDMH et de la BDGP. Ces dernières fournissent en outre des données statistiques nationales sur les sorties des établissements de soins de santé au Canada selon le diagnostic et l'intervention. Le RCRA a été créé en vue de fournir des données cliniques, chirurgicales et sur les patients plus détaillées que celles qui apparaissent dans la BDMH et la BDGP, permettant une analyse plus poussée des arthroplasties de la hanche et du genou et des interventions de reprise. L'information fournie par le RCRA contribue à améliorer la qualité des soins et les résultats cliniques des patients qui subissent des remplacements articulaires.

Cette initiative a été menée par l'ICIS et par des chirurgiens orthopédistes, de chacune des provinces et de chacun des territoires, parrainés par l'Association canadienne d'orthopédie et par la Fondation canadienne d'orthopédie. D'autres partenaires importants ont contribué à la réussite de l'élaboration et de la mise en œuvre du RCRA, dont les patients en orthopédie, la Société d'arthrite et les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.

## Collecte et acheminement des données

La figure 1 illustre l'acheminement des données recueillies dans le RCRA. À l'heure actuelle, les données sont soumises soit sur des formulaires papier, soit par voie électronique.

**Figure 1** Diagramme de l'acheminement des données au Registre canadien des remplacements articulaires



Les chirurgiens qui soumettent des données directement au RCRA le font au moyen de formulaires de collecte de données normalisés en format papier. Ainsi, le chirurgien ou le personnel désigné remplit un formulaire de collecte de données de deux pages qu'il soumet ensuite au RCRA. Ce formulaire permet d'enregistrer les renseignements démographiques, cliniques et chirurgicaux relatifs au patient.

La soumission de fichiers électroniques est une autre méthode de transmission des données au RCRA. Au cours de l'exercice 2006-2007, quatre établissements ont soumis des données par voie électronique au RCRA, qui les a ensuite intégrées à sa base de données. Une application de saisie de données en ligne sera lancée en 2009 afin d'accroître le volume de données soumises au RCRA par voie électronique.

Toutes les données soumises au RCRA font l'objet de contrôles de validation normalisés. Ces contrôles indiquent quels éléments de données ne satisfont pas les critères de logique, de valeur limite et d'intégralité. On détermine qu'un enregistrement est complet seulement lorsqu'il a passé tous les contrôles de validation. Les données comportant des erreurs sont renvoyées à la source pour être révisées et corrigées.

## **Respect de la vie privée et confidentialité**

À titre de gardien de plusieurs registres et bases de données, l'ICIS est doté de politiques rigoureuses pour assurer la protection des renseignements personnels ainsi que la confidentialité et la sécurité de ses banques de données. Pour obtenir des précisions à ce sujet, veuillez consulter le site Web de l'ICIS au [www.icis.ca](http://www.icis.ca). L'évaluation des incidences sur la vie privée du RCRA est également affichée sur le site Web de l'ICIS à l'adresse [www.icis.ca/rcra](http://www.icis.ca/rcra).

## **Participation des chirurgiens au RCRA**

Le RCRA est un registre à participation volontaire auquel contribuent des chirurgiens de partout au Canada. Les chirurgiens sont considérés comme « participants » s'ils ont soumis des données ou s'ils sont inscrits au RCRA.

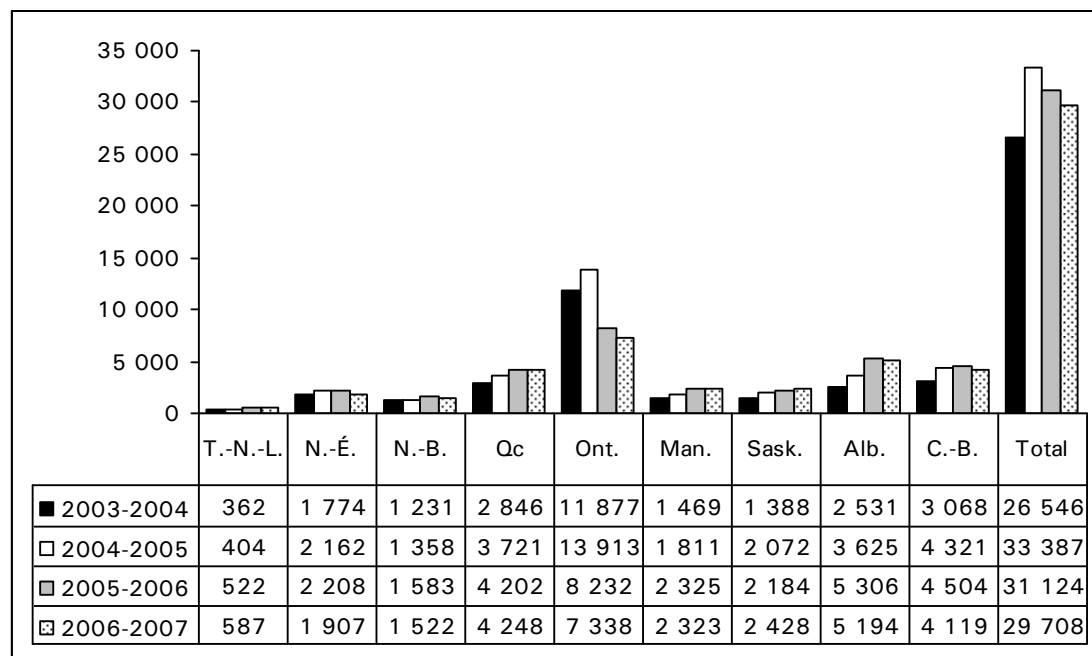
Les chirurgiens participants obtiennent des crédits en formation continue lorsqu'ils soumettent des données sur les interventions au RCRA. La soumission à l'ICIS de six formulaires de collecte de données dûment remplis permet à chaque chirurgien d'obtenir un crédit conformément aux activités énoncées à la section 6 (Formation, enseignement et recherche) du cadre de formation continue du Programme de maintien de la certification.

## **Cas de remplacements articulaires soumis au RCRA**

Comme il a déjà été mentionné, la BDMH et la BDCP regroupent un ensemble de données administratives, cliniques et démographiques sur toutes les arthroplasties effectuées dans les hôpitaux. Le RCRA, pour lequel la soumission de données est facultative, contient une foule de renseignements cliniques, chirurgicaux et sur les patients permettant de dresser un tableau plus complet de la situation. Actuellement, le RCRA contient des renseignements additionnels sur 41 % des quelque 70 000 cas d'arthroplasties de la hanche ou du genou et de reprises pratiquées au Canada (y compris au Québec) en 2006-2007.

La figure 2 illustre la participation au RCRA par province et l'évolution de la situation au fil des ans. Globalement, 29 708 cas ont été soumis au RCRA en 2006-2007, soit une augmentation de 12 % par rapport à 2003-2004. Pour la même période, la soumission de données par province affiche une hausse considérable en Alberta (+ 105 %), au Manitoba (+ 58 %) et au Québec (+ 49 %), suivis des autres provinces. Au cours de cette même période, l'Ontario a connu une baisse de 38 % attribuable en bonne partie à la transition qui a suivi la fin des activités de l'Ontario Joint Replacement Registry en octobre 2005. La saisie des données sur les arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Canada constitue une priorité pour le RCRA.

**Figure 2 Arthroplasties de la hanche et du genou soumises au RCRA par province, de 2003-2004 à 2006-2007**



**Remarque**

Dans les Territoires du Nord-Ouest et à l'Île-du-Prince-Édouard, moins de cinq chirurgiens ont soumis des données au RCRA pendant l'exercice 2006-2007.

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



## **Notes méthodologiques**

Les données figurant dans les deux sections principales du présent rapport annuel proviennent de trois sources. L'utilisation de ces bases de données offre une occasion unique d'étudier les arthroplasties de la hanche ou du genou au Canada sur les plans administratif et clinique.

La section Statistiques sur l'hospitalisation présente des données de la BDMH et de la BDCP, des bases de données pancanadiennes qui regroupent des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des établissements de santé au Canada, y compris en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche ou du genou et les interventions de reprise pratiquées dans des établissements de soins de courte durée.

Les données de la section Caractéristiques chirurgicales et cliniques proviennent du RCRA, un registre national qui recueille et analyse des données démographiques, cliniques et chirurgicales plus détaillées pour un sous-ensemble d'activités liées aux arthroplasties de la hanche et du genou initiales et aux reprises pratiquées au Canada. Comme il a été souligné précédemment, des renseignements additionnels sur environ 41 % des cas déclarés à la BDMH et la BDCP ont été soumis au RCRA en 2006-2007.

Les annexes B et D présentent la méthodologie utilisée ainsi que les notes méthodologiques des sections Statistiques sur les hospitalisations et Caractéristiques chirurgicales et cliniques du rapport annuel. L'annexe C montre dans quelle mesure les cas déclarés au RCRA sont représentatifs de l'ensemble des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou au Canada, d'après les données de la BDMH et de la BDCP. Vous trouverez à l'annexe E les définitions des arthroplasties de la hanche et du genou telles que l'entend le RCRA. L'annexe F fournit un glossaire des termes employés tout au long du présent rapport. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS (version 9.1.3, Cary, Caroline du Nord).

## **Statistiques sur les hospitalisations**

### **Notes méthodologiques**

- Les analyses de la présente section sont fondées sur la BDMH et la BDCP.
- Vous trouverez les détails méthodologiques ayant trait à ces bases de données et à ces données à l'annexe B.
- Les données du Québec n'ont pas été incluses dans cette section puisqu'elles n'étaient pas accessibles à l'ICIS au moment de mettre sous presse.

Cette section comprend de l'information sur les taux d'hospitalisation des Canadiens ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2006-2007, ainsi que sur les tendances historiques à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Les données se rapportent à la province ou au territoire de résidence du patient (et non à la province ou au territoire d'hospitalisation). On y présente en outre des données démographiques relatives aux patients, de même que des données sur la durée du séjour.

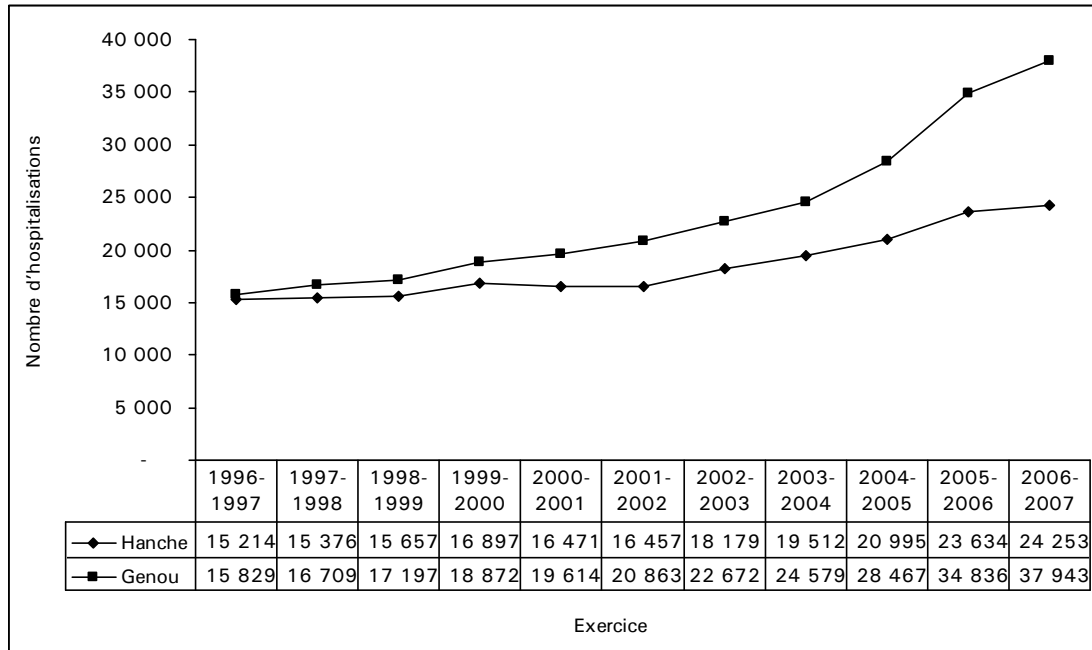
### **Survol national des arthroplasties de la hanche et du genou**

En 2006-2007, 62 196 arthroplasties de la hanche et du genou ont été pratiquées au Canada (à l'exclusion des interventions pratiquées au Québec), ce qui représente une augmentation de 101 % sur 10 ans par rapport aux 31 043 interventions pratiquées en 1996-1997, et une augmentation de 6 % sur un an par rapport aux 58 470 interventions pratiquées en 2005-2006, soit une hausse inférieure à celle enregistrée sur un an l'année précédente (2005-2006), qui s'élevait à 17 %.

En 1996-1997, le nombre d'arthroplasties du genou pratiquées au Canada (à l'exclusion du Québec) était légèrement supérieur au nombre d'arthroplasties de la hanche (15 829 contre 15 214 interventions). Depuis, le nombre d'arthroplasties du genou a augmenté à un rythme plus important que les arthroplasties de la hanche (figure 3).

En 2006-2007, 37 943 hospitalisations en raison d'une arthroplastie du genou et 24 253 hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche ont été pratiquées. En 2006-2007, le nombre d'arthroplasties du genou a augmenté de 140 % (15 829) par rapport à 1996-1997. Comparativement à l'exercice précédent (2005-2006), le nombre d'arthroplasties du genou présente une hausse de 9 %. En 2006-2007, le nombre d'arthroplasties de la hanche était 59 % plus élevé qu'en 1996-1997. Comparativement à l'année précédente (2005-2006), les arthroplasties de la hanche ont été 2,6 % plus nombreuses.

**Figure 3** Nombre d'hospitalisations au Canada en raison d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, de 1996-1997 à 2006-2007



**Remarque**

L'analyse ne tient pas compte des données du Québec.

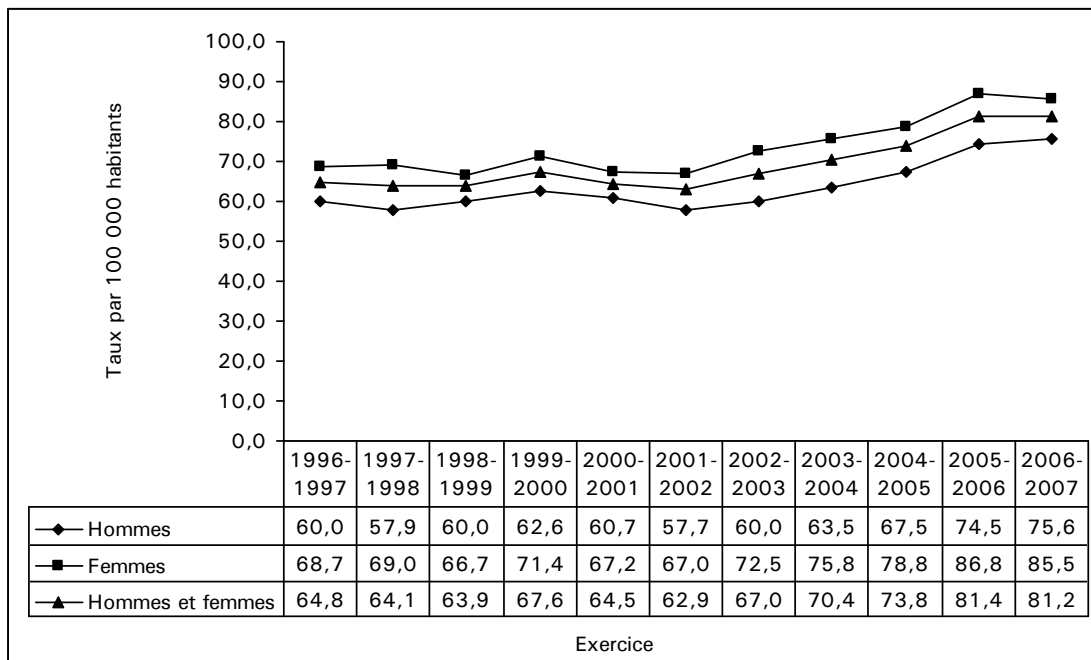
**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taux d'hospitalisation pancanadiens normalisés<sup>i</sup> selon l'âge

Dans l'ensemble, le taux d'hospitalisation en raison d'une arthroplastie de la hanche normalisé selon l'âge était de 81,2 en 2006-2007, ce qui représente une hausse de 25,3 % par rapport à 64,8 en 1996-1997 (figure 4). Au cours de cette décennie, le taux d'hospitalisation en raison d'une arthroplastie de la hanche normalisé selon l'âge était invariablement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 4). Chez les hommes, l'augmentation sur 10 ans représentait 26 % (passant de 60,0 à 75,6), tandis que chez les femmes, elle se chiffrait à 24,4 % (de 68,7 à 85,5).

**Figure 4** Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) en raison d'une arthroplastie de la hanche, selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007



### Remarques

Les taux ont été calculés en fonction du lieu de résidence des patients. Ces taux reposent sur les données démographiques canadiennes de 1991<sup>4</sup>. L'analyse ne tient pas compte des données du Québec.

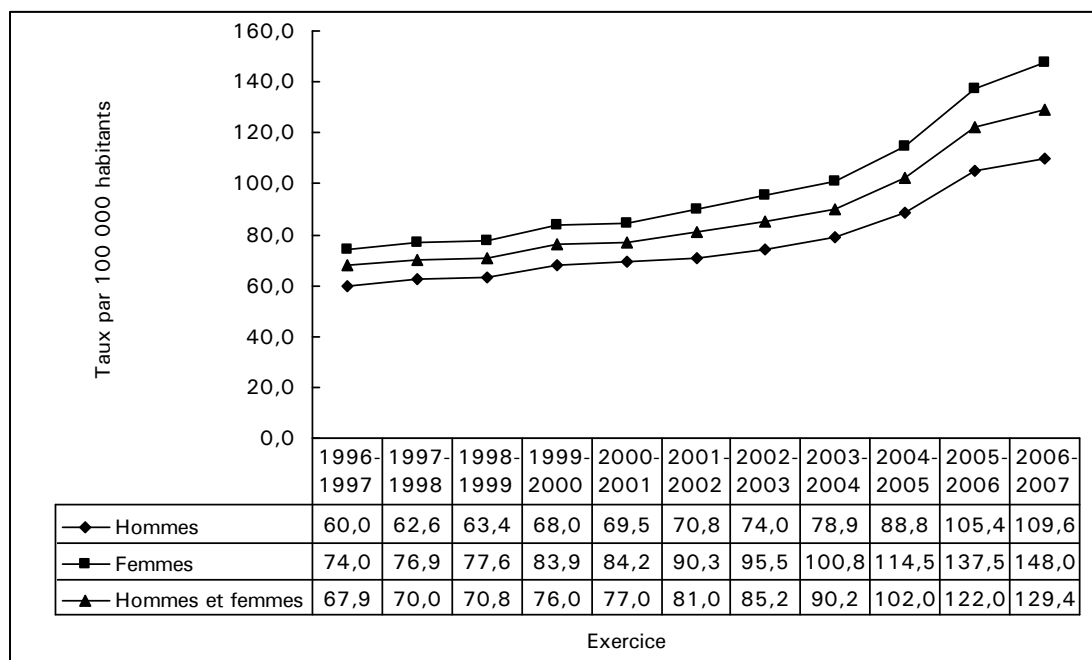
### Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

i. La normalisation selon l'âge est une technique d'analyse courante utilisée pour comparer les taux au fil du temps; elle prend en considération les changements de la structure de l'âge au sein des populations et dans le temps. Sauf mention contraire, les taux normalisés selon l'âge sont présentés dans ce rapport par 100 000 habitants.

Des différences plus marquées ont été observées en ce qui a trait aux taux d'arthroplasties du genou, tant selon le sexe que selon la période (figure 5). En 2006-2007, le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge pour une arthroplastie du genou était de 148,0 chez les femmes, contre 109,6 chez les hommes, ce qui représente un écart de 38,4. Sur 10 ans, le taux global normalisé selon l'âge a augmenté de 90 %, passant de 67,9 en 1996-1997 à 129,4 en 2006-2007. Pendant cette période, on a observé une augmentation de 82,7 chez les hommes (de 60,0 à 109,6) et de 100 % chez les femmes (de 74,0 à 148,0).

**Figure 5 Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) en raison d'une arthroplastie du genou, selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007**



**Remarques**

Les taux ont été calculés en fonction du lieu de résidence des patients. Ces taux reposent sur les données démographiques canadiennes de 1991<sup>4</sup>. L'analyse ne tient pas compte des données du Québec.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Comparaisons provinciales et territoriales

La plupart des hospitalisations relatives à une arthroplastie du genou au Canada visaient des interventions initiales (89,4 %). Le tableau 1 présente le nombre d'arthroplasties de la hanche selon la province ou le territoire de résidence du patient en 2006-2007, comparativement à 1996-1997, ainsi que l'écart en pourcentage. Le Manitoba affiche la plus forte augmentation sur 10 ans du nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche (77 %).

**Tableau 1** Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie de la hanche par province ou territoire

Province ou territoire	Nombre total d'arthroplasties 1996-1997	Nombre total d'arthroplasties 2006-2007	Hausse sur 10 ans (pourcentage)	Initiales 2006	Reprises 2006	Pourcentage de reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	207	336	62,3	302	34	10,1
Île-du-Prince-Édouard	107	147	37,4	114	33	22,4
Nouvelle-Écosse	732	831	13,5	710	121	14,6
Nouveau-Brunswick	486	651	34,0	561	90	13,8
Ontario	7 308	12 494	71,0	11 264	1 230	9,8
Manitoba	735	1 302	77,1	1 096	206	15,8
Saskatchewan	915	1 131	23,6	1 039	92	8,1
Alberta	1 950	2 649	35,8	2 359	290	10,9
Colombie-Britannique	2 680	4 656	73,7	4 186	470	10,1
Territoires*	18	56	211,1	50	6	10,7
<b>Total</b>	<b>15 138</b>	<b>24 253</b>	<b>60,2</b>	<b>21 681</b>	<b>2 572</b>	<b>10,6</b>

### Remarque

\* Les territoires comprennent le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

### Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, 1996-1997 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2006-2007, les hospitalisations en raison d'une arthroplastie du genou au Canada visaient principalement des interventions initiales (93 %). Le tableau 2 présente le nombre d'arthroplasties du genou selon la province ou le territoire de résidence du patient en 2006-2007, comparativement à 1996-1997, ainsi que l'écart en pourcentage. Comme on pouvait s'y attendre, l'Ontario est la province ayant déclaré le plus grand nombre d'arthroplasties du genou initiales et de reprises. Dans la plupart des provinces, le nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie du genou a progressé de plus de 75 % en 10 ans. La Nouvelle-Écosse affiche la plus faible hausse (24 %), tandis que l'augmentation la plus importante (222 %) a été enregistrée à l'Île-du-Prince-Édouard.

Comme l'indique le tableau 3, les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou (par 100 000 habitants) normalisés selon l'âge varient grandement au Canada. La Saskatchewan et le Manitoba affichent les taux d'arthroplasties de la hanche les plus élevés, légèrement supérieurs à 90, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador enregistre le plus faible taux d'hospitalisation en raison d'une d'arthroplastie de la hanche (50,5), suivi de la Nouvelle-Écosse avec 66,5.

Le taux normalisé selon l'âge le plus élevé (157,4) a été observé au Manitoba, et le plus faible (77,9) à Terre-Neuve-et-Labrador.

Comparativement à 1996-1997, le taux d'arthroplasties de la hanche normalisé selon l'âge s'est accru dans toutes les provinces et tous les territoires. La plus forte augmentation en pourcentage a été constatée au Manitoba (56 %), tandis que la Nouvelle-Écosse et l'Alberta ont connu un léger recul, de 6 % et 3 % respectivement.

Le taux d'arthroplasties du genou normalisé selon l'âge a augmenté dans toutes les provinces et tous les territoires; la plus forte hausse étant observée au Manitoba (172 %), suivi de l'Île-du-Prince-Édouard (167 %), tandis que la Nouvelle-Écosse a enregistré la plus faible augmentation (3 %).

**Tableau 2 Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie du genou par province ou territoire**

Province ou territoire	Nombre total d'arthroplasties 1996-1997	Nombre total d'arthroplasties 2006-2007	Hausse sur 10 ans (pourcentage)	Initiales 2006	Reprises 2006	Pourcentage de reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	223	518	132,3	491	27	5,2
Île-du-Prince-Édouard	72	232	222,2	217	15	6,5
Nouvelle-Écosse	905	1 126	24,4	1 023	103	9,1
Nouveau-Brunswick	545	968	77,6	875	93	9,6
Ontario	8 002	20 742	159,2	19 247	1 495	7,2
Manitoba	723	2 202	204,6	2 059	143	6,5
Saskatchewan	899	1 620	80,2	1 536	84	5,2
Alberta	1 996	4 003	100,6	3 706	297	7,4
Colombie-Britannique	2 357	6 446	173,5	6 066	380	5,9
Territoires*	29	86	196,6	82	< 5	4,7
<b>Total</b>	<b>15 751</b>	<b>37 943</b>	<b>140,9</b>	<b>35 302</b>	<b>2 641</b>	<b>7,0</b>

**Remarques**

\* Les territoires comprennent le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.  
 Par souci de protection des renseignements personnels sur la santé, les nombres réels inférieurs à cinq sont représentés par le symbole « < 5 ».

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 1996-1997 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 3 Taux d'arthroplasties de la hanche et du genou normalisé selon l'âge  
 (par 100 000 habitants), par province, 1996-1997 et 2006-2007**

Province	Arthroplastie de la hanche			Arthroplastie du genou		
	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (pourcentage)	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (pourcentage)
Terre-Neuve-et-Labrador	37,7	50,5	34	42,0	77,9	86
Île-du-Prince-Édouard	69,1	83,7	21	48,8	130,5	167
Nouvelle-Écosse	70,7	66,5	-6	88,7	91,6	3
Nouveau-Brunswick	60,2	66,7	11	67,3	99,6	48
Ontario	62,2	82,5	33	68,3	139,4	104
Manitoba	58,4	91,1	56	57,8	157,4	172
Saskatchewan	76,1	91,7	21	74,6	133,1	78
Alberta	79,6	77,6	-3	83,3	120,6	45
Colombie-Britannique	63,7	85,1	34	56,1	119,6	113
<b>Total</b>	<b>56,3</b>	<b>81,2</b>	<b>44</b>	<b>58,1</b>	<b>129,4</b>	<b>123</b>

**Sources**

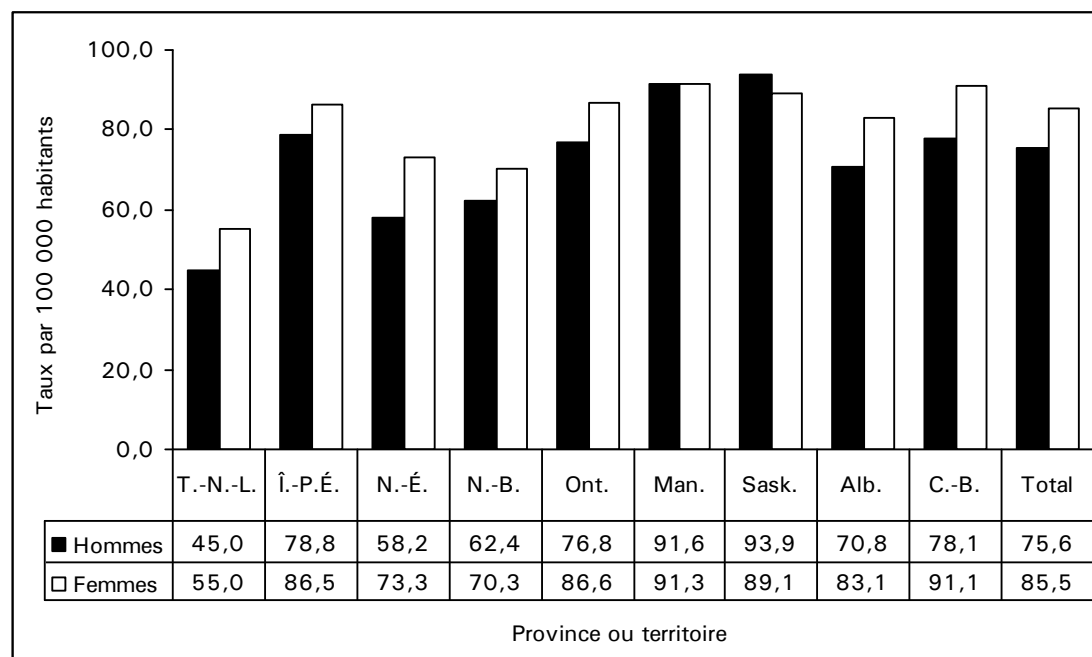
Base de données sur la morbidité hospitalière, 1996-1997 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



## Taux d'arthroplasties normalisés selon l'âge, présentés selon le sexe et la province

Les taux d'arthroplasties de la hanche normalisés selon l'âge et présentés selon le sexe et la province (figure 6) sont généralement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf en Saskatchewan et au Manitoba, qui présentent respectivement les plus hauts taux d'arthroplasties de la hanche normalisés selon l'âge chez les hommes, soit 93,9 et 91,3.

**Figure 6 Taux d'arthroplasties de la hanche normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), présentés selon le sexe et la province, 2006-2007**



### Remarque

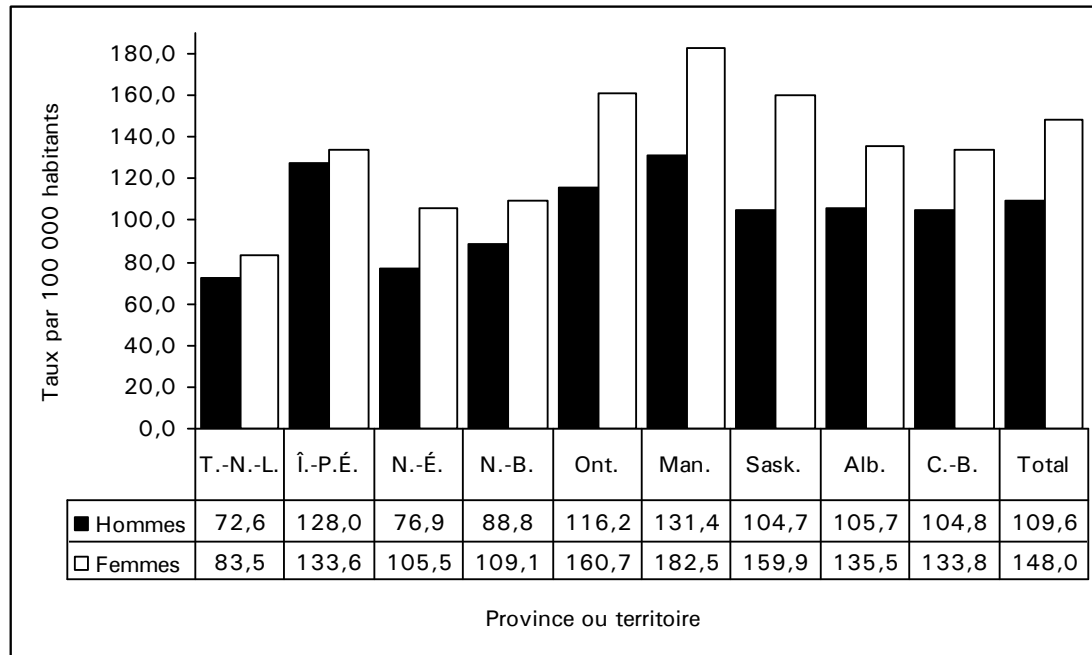
Les taux ont été calculés en fonction du lieu de résidence des patients. Les taux du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été exclus en raison du faible nombre de données, mais sont compris dans le calcul à l'échelle nationale. Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse. Ces taux reposent sur les données démographiques canadiennes de 1991<sup>4</sup>.

### Source

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Les taux d'arthroplasties du genou normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans l'ensemble des provinces. Le Manitoba affichait le taux d'arthroplasties du genou normalisé selon l'âge le plus élevé chez les femmes (182,5), suivi de l'Ontario (160,7) (figure 7). Chez les hommes, c'est au Manitoba que le taux d'arthroplasties du genou normalisé en fonction de l'âge était le plus élevé (131,4). Les plus faibles taux, tant chez les femmes que chez les hommes, ont été constatés à Terre-Neuve-et-Labrador (83,5 et 72,6 respectivement).

**Figure 7 Taux d'arthroplasties du genou normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), présentés selon le sexe et la province, 2006-2007**



**Remarques**

Les taux ont été calculés en fonction du lieu de résidence des patients. Les taux du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été exclus en raison du faible nombre de données, mais sont compris dans le calcul à l'échelle nationale. Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse. Ces taux reposent sur les données démographiques canadiennes de 1991<sup>4</sup>.

**Source**

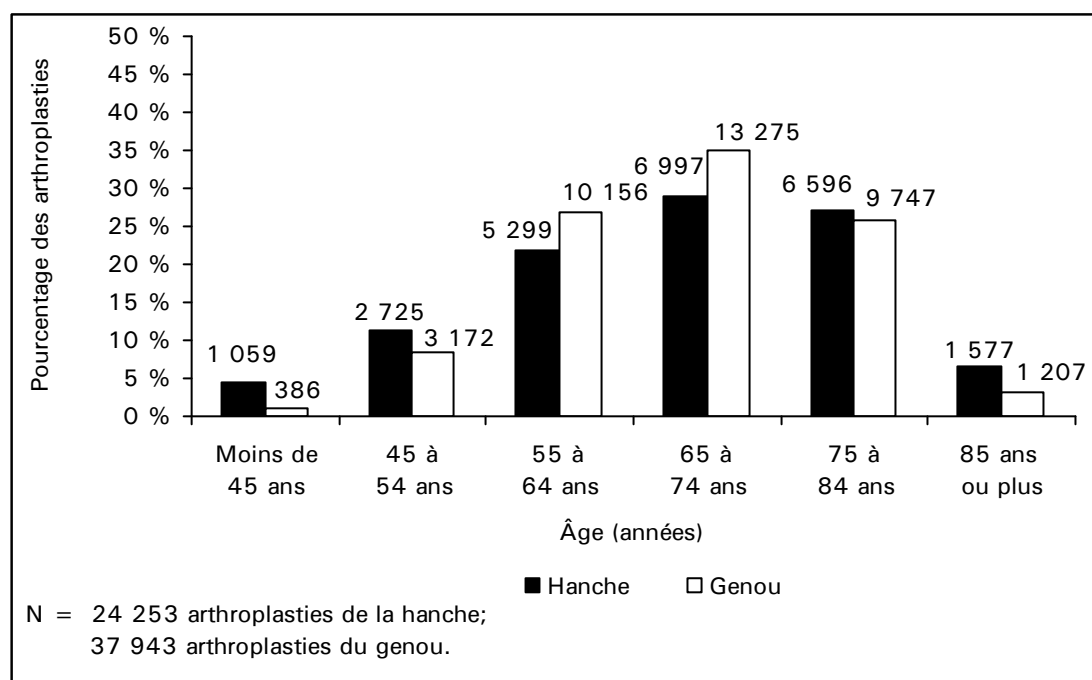
Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Caractéristiques démographiques des patients

En 2006-2007, l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche au Canada, à l'exception du Québec, était de 67,6 ans (69,3 ans chez les femmes et 65,4 ans chez les hommes). L'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie du genou était de 68 ans (67,8 ans chez les femmes et 68,2 ans chez les hommes).

On observe des similitudes dans la répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou, une majorité d'entre eux étant âgés de 65 ans ou plus (63 % pour les arthroplasties de la hanche et 64 % pour les arthroplasties du genou). Seule une faible proportion de patients étaient âgés de moins de 45 ans, tant pour les arthroplasties de la hanche que pour celles du genou (4 % et 1 %, respectivement) (figure 8).

**Figure 8 Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, Canada, 2006-2007**



**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme l'indique la figure 4, les femmes étaient plus susceptibles de subir une arthroplastie de la hanche que les hommes en 2006-2007. En effet, le taux d'arthroplasties de la hanche normalisé selon l'âge était de 85,5 % pour les femmes contre 75,6 % chez les hommes. Les femmes affichaient également un taux plus élevé d'arthroplasties du genou (148,0) que les hommes (109,6) (figure 5). En 2006-2007, 57 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche étaient des femmes alors que 43 % étaient des hommes; chez les patients ayant subi une arthroplastie du genou, 61 % étaient des femmes et 39 %, des hommes (tableau 4).

Comparativement à 1996-1997, le plus haut pourcentage d'augmentation des arthroplasties de la hanche a été constaté dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans chez les hommes (140 %) et dans le groupe des 85 ans ou plus chez les femmes (105 %). Toutefois, en chiffres absolus, la hausse la plus marquée a été observée chez les 55 à 64 ans du côté des hommes (1 233) et dans le groupe de 75 à 84 ans chez les femmes (1 561), suivi du groupe d'âge de 55 à 64 ans (1 336) (tableau 4).

En ce qui concerne les arthroplasties du genou, la hausse la plus marquée en pourcentage s'est produite chez les personnes âgées de 45 à 54 ans tant chez les hommes que les femmes (271 % et 337 %, respectivement), suivies des hommes âgés de 85 ans ou plus (206 %) et des femmes âgées de 55 à 64 ans (260 %). Le tableau 4 montre que la hausse la plus marquée pour ce qui est des chiffres absolus se situe chez les hommes dans le groupe des 65 à 74 ans (2 644), suivi du groupe d'âge de 55 à 64 ans (2 595); et chez les femmes, dans le groupe des 55 à 64 ans (4 581), suivi du groupe des 65 à 74 ans (3 707).

**Tableau 4 Arthroplasties de la hanche et du genou selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2006-2007**

Arthroplastie de la hanche								
Groupe d'âge (années)	Hommes				Femmes			
	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (cas)	Hausse sur 10 ans (pourcentage)	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (cas)	Hausse sur 10 ans (pourcentage)
Moins de 45 ans	399	592	193	48	431	467	36	8
45 à 54 ans	640	1 537	897	140	664	1 188	524	79
55 à 64 ans	1 311	2 544	1 233	94	1 419	2 755	1 336	94
65 à 74 ans	2 209	3 013	804	36	3 199	3 984	785	25
75 à 84 ans	1 517	2 421	904	60	2 614	4 175	1 561	60
85 ans ou plus	240	407	167	70	571	1 170	599	105
<b>Total</b>	<b>6 316</b>	<b>10 514</b>	<b>4 198</b>	<b>66</b>	<b>8 898</b>	<b>13 739</b>	<b>4 841</b>	<b>54</b>
Arthroplastie du genou								
Groupe d'âge (années)	Hommes				Femmes			
	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (cas)	Hausse sur 10 ans (pourcentage)	1996-1997	2006-2007	Hausse sur 10 ans (cas)	Hausse sur 10 ans (pourcentage)
Moins de 45 ans	88	145	57	65	121	241	120	99
45 à 54 ans	302	1 119	817	271	470	2 053	1 583	337
55 à 64 ans	1 216	3 811	2 595	213	1 764	6 345	4 581	260
65 à 74 ans	2 880	5 524	2 644	92	4 044	7 751	3 707	92
75 à 84 ans	1 651	3 882	2 231	135	2 843	5 865	3 022	106
85 ans ou plus	142	435	293	206	308	772	464	151
<b>Total</b>	<b>6 279</b>	<b>14 916</b>	<b>8 637</b>	<b>138</b>	<b>9 550</b>	<b>23 027</b>	<b>13 477</b>	<b>141</b>

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 1996-1997 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 5 compare les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou normalisés selon l'âge et le sexe en 1996-1997 et en 2006-2007.

En ce qui concerne les arthroplasties de la hanche, les taux normalisés selon l'âge les plus élevés en 2006-2007 ont été enregistrés dans le groupe des 75 à 84 ans, tant chez les hommes que chez les femmes (490,7 et 634,2, respectivement), suivi du groupe des 65 à 74 ans (368,5 chez les hommes et 448,9 chez les femmes). Chez les hommes, la plus forte augmentation sur 10 ans a été observée dans le groupe des 45 à 54 ans (76 %), suivi du groupe des 45 ans et moins (48 %). Chez les femmes, l'augmentation la plus importante est survenue dans le groupe des 85 ans ou plus (36 %), suivi des groupes de 55 à 64 ans et de 45 à 54 ans (32 % et 30 % respectivement).

De 1996-1997 à 2006-2007, on a observé des augmentations considérables dans les taux d'arthroplasties du genou selon le groupe d'âge et le sexe. L'augmentation la plus nette s'est produite chez les 45 à 54 ans, où les interventions ont plus que doublé chez les hommes (171 %) et plus que triplé chez les femmes (217 %). Le tableau 5 indique toutefois que c'est systématiquement chez les personnes âgées de 75 à 84 ans que l'on a observé le taux d'arthroplasties du genou selon l'âge et le sexe le plus élevé (soit 786,7 chez les hommes et 890,9 chez les femmes).

**Tableau 5 Taux (par 100 000 habitants) selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1996-1997 et 2006-2007**

<b>Arthroplastie de la hanche</b>						
<b>Groupe d'âge (années)</b>	<b>Hommes</b>			<b>Femmes</b>		
	<b>1996-1997</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Hausse sur 10 ans (pourcentage)</b>	<b>1996-1997</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Hausse sur 10 ans (pourcentage)</b>
Moins de 45 ans	5,2	7,7	48	5,8	6,2	7
45 à 54 ans	45,7	80,4	76	47,5	61,6	30
55 à 64 ans	140,6	186,6	33	149,8	197,4	32
65 à 74 ans	304,4	368,5	21	380,8	448,9	18
75 à 84 ans	429,7	490,7	14	497,0	634,2	28
85 ans ou plus	292,7	307,2	5	308,2	420,7	36
<b>Total</b>	<b>56,9</b>	<b>84,5</b>	<b>49</b>	<b>78,8</b>	<b>108,6</b>	<b>38</b>
<b>Arthroplastie du genou</b>						
<b>Groupe d'âge (années)</b>	<b>Hommes</b>			<b>Femmes</b>		
	<b>1996-1997</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Hausse sur 10 ans (pourcentage)</b>	<b>1996-1997</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Hausse sur 10 ans (pourcentage)</b>
Moins de 45 ans	1,2	1,9	57	1,6	3,2	101
45 à 54 ans	21,6	58,6	171	33,6	106,4	217
55 à 64 ans	130,4	279,5	114	186,2	454,6	144
65 à 74 ans	396,9	675,6	70	481,4	873,3	81
75 à 84 ans	467,6	786,7	68	540,6	890,9	65
85 ans ou plus	173,2	328,3	90	166,3	277,6	67
<b>Total</b>	<b>56,5</b>	<b>119,9</b>	<b>112</b>	<b>84,6</b>	<b>182,0</b>	<b>115</b>

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, 1996-1997 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Durée du séjour et résultats des arthroplasties de la hanche et du genou au Canada

Cette section présente la durée de séjour (DS) exprimée en moyenne, en médiane et en interquartile<sup>ii</sup>.

En ce qui concerne les hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche, la durée de séjour médiane est passée de huit jours en 1996-1997 à cinq jours en 2006-2007, une diminution de 37,5 %. Sur cette période de 10 ans, la durée de séjour médiane à la suite d'une arthroplastie du genou a diminué de moitié, passant de huit à quatre jours (tableau 6).

**Tableau 6** Durée de séjour médiane et moyenne des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007

Exercice	Hanche			Genou		
	Moyenne	Médiane	Interquartile	Moyenne	Médiane	Interquartile
1996-1997	11	8	5	9	8	5
1997-1998	11	8	5	9	8	4
1998-1999	11	8	5	9	7	4
1999-2000	10	7	4	9	7	3
2000-2001	10	7	4	8	7	4
2001-2002	10	7	4	8	7	3
2002-2003	10	7	4	8	6	3
2003-2004	9	6	4	7	6	4
2004-2005	9	6	4	7	5	3
2005-2006	8	5	3	6	5	2
2006-2007	7	5	3	6	4	3

### Remarque

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

### Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

ii. La médiane est une mesure de la tendance centrale, c'est-à-dire la valeur centrale d'une série statistique. La médiane est moins sensible aux valeurs extrêmes que la moyenne; elle permet donc d'obtenir des résultats plus représentatifs dans le cas des distributions très asymétriques. L'intervalle interquartile est une mesure similaire de la variabilité qui correspond à la différence entre le 3<sup>e</sup> et le 1<sup>er</sup> quartiles. Cet intervalle englobe la durée de séjour de la moitié des cas (compris entre le 3<sup>e</sup> et le 1<sup>er</sup> quartiles). La présente section rend compte de la médiane et de l'intervalle interquartile de la durée du séjour.



La durée d'hospitalisation médiane des patients (tant les hommes que les femmes) ayant subi une arthroplastie de la hanche en 2006-2007 était de cinq jours, contre huit en 1996-1997, ce qui représente une diminution de 37,5 % (tableau 7).

**Tableau 7 Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007**

Exercice	Hommes			Femmes		
	Moyenne	Médiane	Interquartile	Moyenne	Médiane	Interquartile
1996-1997	10	8	5	12	8	5
1997-1998	10	7	4	11	8	5
1998-1999	10	7	4	11	8	5
1999-2000	9	7	3	11	8	5
2000-2001	9	7	4	11	7	4
2001-2002	9	7	4	10	7	4
2002-2003	9	6	4	10	7	5
2003-2004	8	6	3	9	7	4
2004-2005	7	6	4	9	6	4
2005-2006	7	5	3	8	5	4
2006-2007	6	5	3	7	5	3

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

La durée d'hospitalisation médiane des patients ayant subi une arthroplastie du genou en 2006-2007 était de quatre à cinq jours, contre huit en 1996-1997, ce qui représente une diminution de 50 % chez les hommes et de 37,5 % chez les femmes (tableau 8).

**Tableau 8 Durée de séjour médiane et moyenne des patients ayant subi une arthroplastie du genou selon le sexe, Canada, de 1996-1997 à 2006-2007**

Exercice	Hommes			Femmes		
	Moyenne	Médiane	Interquartile	Moyenne	Médiane	Interquartile
1996-1997	9	8	4	10	8	4
1997-1998	9	7	4	9	8	4
1998-1999	9	7	3	9	7	4
1999-2000	8	7	4	9	7	3
2000-2001	8	7	4	9	7	4
2001-2002	8	6	3	8	7	3
2002-2003	7	6	4	8	6	3
2003-2004	7	6	4	7	6	3
2004-2005	7	5	3	7	6	3
2005-2006	6	5	3	6	5	2
2006-2007	6	4	3	6	5	3

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Sources**

Base de données sur la morbidité hospitalière, de 1996-1997 à 2005-2006 et Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Les tableaux 9 et 10 indiquent la durée de séjour médiane et moyenne des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2006-2007 selon le sexe et la province ou le territoire.

Comparativement aux autres provinces, l'Ontario et la Colombie-Britannique affichent des durées de séjour médianes plus courtes (quatre jours), tant pour les arthroplasties de la hanche que du genou, pour lesquelles la durée de séjour médiane la plus longue (11 jours) a été observée à l'Île-du-Prince-Édouard.

**Tableau 9 Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche selon le sexe et la province, 2006-2007**

Province ou territoire	Male			Female		
	Moyenne	Médiane	Interquartile	Moyenne	Médiane	Interquartile
Terre-Neuve-et-Labrador	9	7	4	9	7	3
Île-du-Prince-Édouard	12	11	5	14	11	7
Nouvelle-Écosse	8	5	3	11	7	5
Nouveau-Brunswick	9	7	4	10	7	4
Ontario	6	4	3	7	5	3
Manitoba	9	6	3	12	7	4
Saskatchewan	7	6	3	8	7	3
Alberta	7	5	2	8	5	3
Colombie-Britannique	6	4	2	7	4	3
Territoires du Nord-Ouest	5	6	4	7	7	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 10 Durée de séjour médiane et moyenne (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie du genou selon le sexe et la province, 2006-2007**

Province ou territoire	Male			Female		
	Moyenne	Médiane	Interquartile	Moyenne	Médiane	Interquartile
Terre-Neuve-et-Labrador	9	7	4	8	7	3
Île-du-Prince-Édouard	11	10	5	11	10	4
Nouvelle-Écosse	6	5	3	7	6	2
Nouveau-Brunswick	9	7	3	8	7	3
Ontario	5	4	2	5	4	2
Manitoba	7	6	2	8	6	2
Saskatchewan	7	6	2	7	6	3
Alberta	6	5	2	6	5	2
Colombie-Britannique	5	4	2	5	4	2
Yukon	5	5	2	8	7	2
Territoires du Nord-Ouest	5	5	3	6	6	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

**Remarque**

Les données du Québec n'étaient pas disponibles aux fins de la présente analyse.

**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Résumé des résultats

En 2006-2007, 37 943 patients ont été hospitalisés en raison d'une arthroplastie du genou et 24 253 en raison d'une arthroplastie de la hanche, ce qui représente une hausse de 101 % sur 10 ans depuis 1996-1997 (à l'exclusion des données du Québec). Pendant la même période, le nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie du genou a augmenté de 140 %, alors que le nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche s'est accru de 59 %. La plupart des hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche ou du genou au Canada visaient une intervention initiale (89,4 % pour la hanche et 93 % pour le genou).

Dans la même veine, le taux global d'hospitalisation normalisé selon l'âge au Canada en raison d'une arthroplastie de la hanche a augmenté de 25,3 % (de 64,8 à 81,2) et le taux global d'hospitalisation en raison d'une arthroplastie du genou normalisé selon l'âge a connu une hausse de 90 % (de 67,9 à 129,4) sur 10 ans. Dans l'ensemble, les taux normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, tant pour les arthroplasties de la hanche que pour celles du genou.

En 2006-2007, des écarts importants ont été observés entre les provinces et territoires en ce qui concerne les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou, la Saskatchewan présentant le taux d'arthroplasties de la hanche normalisé selon l'âge le plus élevé (91,7), et le Manitoba le taux d'arthroplasties du genou normalisé selon l'âge le plus élevé (157,4). Les plus faibles taux d'arthroplasties de la hanche et du genou normalisés selon l'âge, soit 50,5 et 77,9 respectivement, ont été observés à Terre-Neuve-et-Labrador.

L'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2006-2007 était respectivement de 67,6 et 68,0 ans. Les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou les plus élevés selon l'âge ont été enregistrés dans le groupe des 75 à 84 ans, tant chez les hommes (490,7) que chez les femmes (634,2), suivi du groupe des 65 à 74 ans (368,5 et 448,9 respectivement).

Comparativement aux années passées, les Canadiens ont séjourné moins longtemps à l'hôpital à la suite d'une arthroplastie en 2006-2007. En 10 ans, la durée de séjour médiane pour les arthroplasties du genou comme pour celles de la hanche a diminué de 50 % (passant de huit à quatre jours) et de 37,5 % (passant de huit à cinq jours) respectivement.



## Caractéristiques chirurgicales et cliniques des arthroplasties déclarées au RCRA

### Notes méthodologiques

- Les analyses de la présente section s'appuient sur les données du RCRA des exercices 2002-2003 à 2006-2007, sauf avis contraire.
- Les données du Québec sont prises en compte dans cette section.
- La soumission de données au RCRA par les chirurgiens orthopédistes est volontaire, et ce ne sont pas tous les chirurgiens admissibles qui y participent. De plus, les chirurgiens participants n'ont pas nécessairement soumis toutes les interventions qu'ils ont pratiquées. Sur les 72 469 arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées dans les hôpitaux en 2006-2007, 29 708 ont été déclarées au RCRA, ce qui correspond à 41 % du nombre total d'arthroplasties (dont 45 % d'arthroplasties de la hanche et 38 % d'arthroplasties du genou).
- Les données enregistrées au RCRA étaient représentatives de l'ensemble des renseignements saisis dans la BDMH en ce qui concerne le sexe et l'âge du patient, le type d'intervention et le diagnostic principal. L'Ontario est largement sous-représenté dans le RCRA, tandis que la plupart des autres provinces sont en quelque sorte surreprésentées (voir l'annexe C).
- En 2006-2007, on disposait de renseignements sur les temps d'attente pour 62 % des cas déclarés au RCRA, contre 42 % en 2005-2006.
- L'emploi du terme « significatif » signifie qu'un test statistique bilatéral a été réalisé (test du chi carré, non paramétrique ou de Wilcoxon) et que les résultats se sont révélés statistiquement significatifs au niveau de 0,05.
- Toujours dans cette section, le terme « composant remplacé » se rapporte à un composant remplaçant l'os naturel, comme dans le cas d'une intervention initiale, ou à un composant remplaçant un implant artificiel existant, comme dans le cas d'une reprise.
- L'annexe D offre davantage de précisions sur la méthodologie.

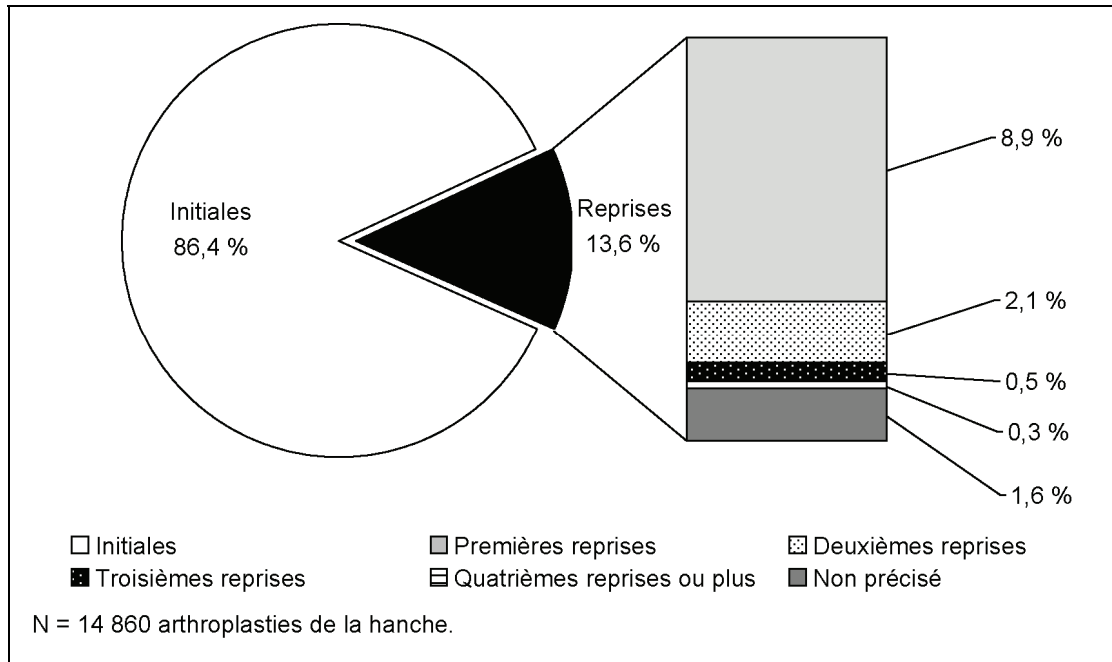
Cette section fournit des renseignements cliniques, chirurgicaux et démographiques supplémentaires sur les arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Canada et qui figurent au RCRA. On y présente en outre les temps d'attente, tant pour les arthroplasties initiales que pour les reprises.

## Type d'arthroplastie (initiale ou reprise)

### Arthroplastie initiale de la hanche

Sur l'ensemble des arthroplasties de la hanche déclarées au RCRA en 2006-2007, 86,4 % étaient des chirurgies initiales, tandis que 13,6 % étaient des reprises (figure 9).

Figure 9 Type d'arthroplastie de la hanche, RCRA, 2006-2007



**Source**

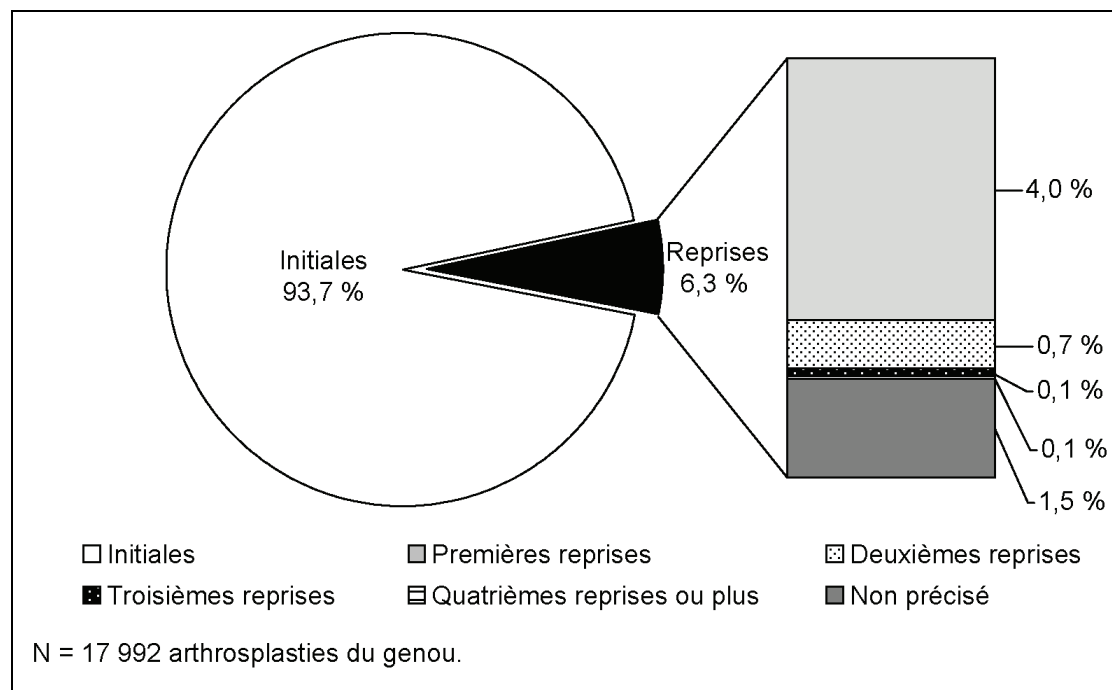
Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



## Arthroplastie initiale du genou

Parmi les arthroplasties du genou déclarées au RCRA en 2006-2007, 93,7 % visaient des arthroplasties initiales et 6,3 %, des chirurgies de reprise (figure 10).

Figure 10 Type d'arthroplastie du genou, RCRA, 2006-2007



### Source

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Diagnostic principal dans les cas d'arthroplasties initiales

Dans les cas d'arthroplasties initiales de la hanche, on a demandé aux chirurgiens d'enregistrer *uniquement les groupes de diagnostics principaux* pertinents pour le patient. En 2006-2007, l'arthrose était le diagnostic principal le plus fréquent dans les cas d'arthroplasties initiales de la hanche (81 %) enregistrés au RCRA, suivie de l'ostéonécrose (5,2 %) et des fractures aiguës (4,5 %).

Dans les cas d'arthroplasties initiales du genou, on a demandé aux chirurgiens d'enregistrer *uniquement les groupes de diagnostics principaux* pertinents pour le patient. Pour l'ensemble des arthroplasties initiales du genou pratiquées en 2006-2007, l'arthrose était le diagnostic principal le plus fréquemment déclaré (94 %), suivie de l'arthrite (3 %) et de l'arthrose post-traumatique (2 %).

## **Indice de masse corporelle**

Des études ont montré que l'obésité est l'un des facteurs déterminants de l'arthrose<sup>5, 6</sup>. Comme l'arthrose est le principal diagnostic conduisant à une arthroplastie initiale<sup>1, 7</sup>, il importe de se pencher sur l'indice de masse corporelle (IMC) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. L'IMC se calcule de la façon suivante : le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres)<sup>8</sup>.

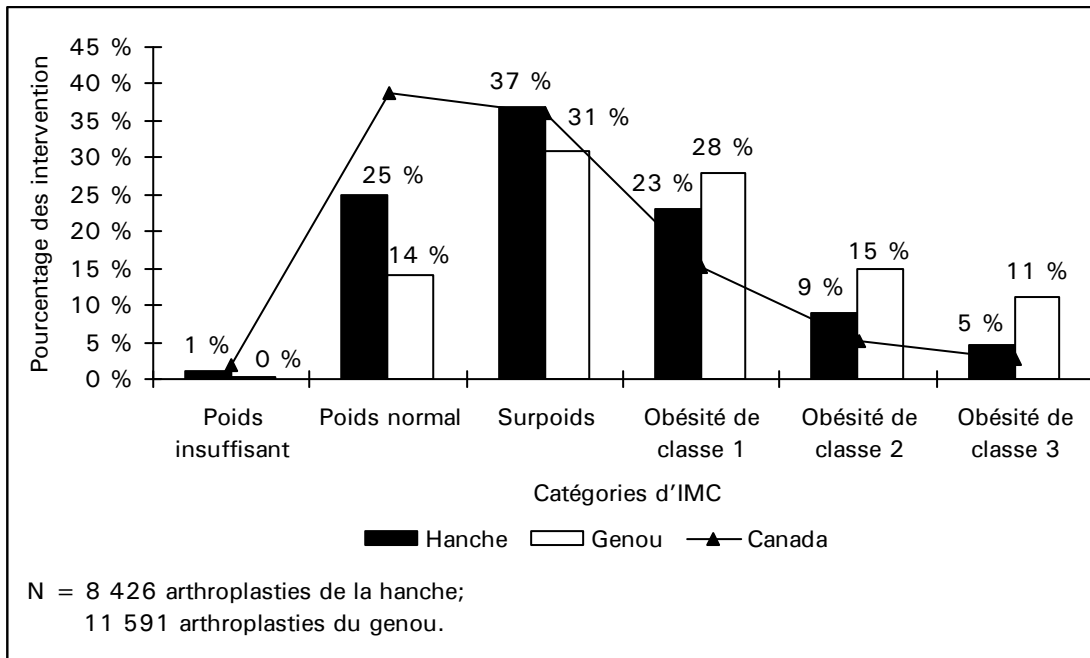
Selon les normes internationales qui distinguent des « sous-groupes » dans la catégorie obésité, les patients déclarés au RCRA étaient classés dans les catégories d'IMC suivantes : moins de 18,5 (poids insuffisant), de 18,5 à 24,9 (poids normal), de 25,0 à 29,9 (surpoids), de 30,0 à 34,9 (obésité de classe I), de 35,0 à 39,9 (obésité de classe II) et 40,0 et plus (obésité de classe III)<sup>9, 10, 11</sup>.

Pour l'exercice 2006-2007, les données sur l'IMC étaient disponibles pour 63 % (n = 8 246) des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et 69 % (n = 11 591) des patients ayant subi une arthroplastie du genou inscrits au RCRA.

Parmi les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche en 2006-2007, ceux classés dans la catégorie surpoids étaient les plus nombreux (37 %), suivis de près par les patients considérés comme obèses (36 %). Dans le cas des arthroplasties du genou, les patients considérés comme obèses représentaient la proportion la plus élevée (55 %), suivis de ceux présentant un surpoids (32 %). Parmi les patients obèses, ceux classés dans la catégorie obésité de classe I représentaient la proportion la plus élevée (23 % pour les arthroplasties de la hanche et 28 % pour les arthroplasties du genou).

La figure 11 montre que d'après l'indice de masse corporelle (IMC), un nombre élevé de patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2006-2007 étaient obèses par rapport au reste de la population canadienne<sup>12</sup>. On constate en outre que l'obésité était nettement plus répandue chez les patients ayant subi une arthroplastie du genou que chez ceux ayant subi une arthroplastie de la hanche (54 % contre 37 %, respectivement [p < 0,01]). La proportion des patients classés dans la catégorie poids insuffisant était négligeable pour les deux types d'intervention (moins de 1 %).

**Figure 11** Patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, selon la catégorie d'IMC, RCRA, comparativement à la répartition de l'IMC au sein de la population canadienne, 2006-2007

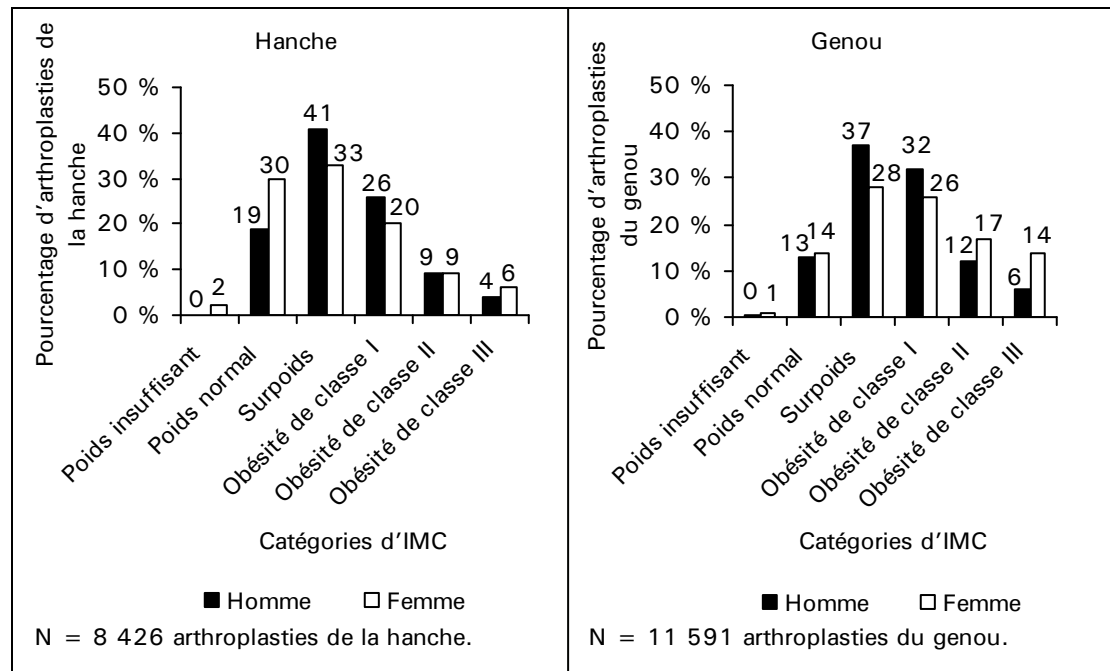


**Sources**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé;  
 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004, Statistique Canada.

Dans le cas des arthroplasties de la hanche, une proportion plus significative d'hommes (80 %) que de femmes (68 %) présentaient un surplus de poids ou étaient obèses ( $p < 0,05$ ). En ce qui concerne les arthroplasties du genou, un nombre significativement plus élevé d'hommes (69 %) que de femmes (54 %) présentaient un surplus de poids ou étaient considérés comme des obèses de classe I, mais la situation était inversée pour l'obésité des classes II et III, alors que davantage de femmes (31 %) que d'hommes (18 %) étaient obèses ( $p < 0,05$ ) (figure 12).

**Figure 12 Rapport entre le sexe et l'IMC selon le type d'arthroplastie, RCRA, 2006-2007**



**Source**  
 Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Temps d'attente

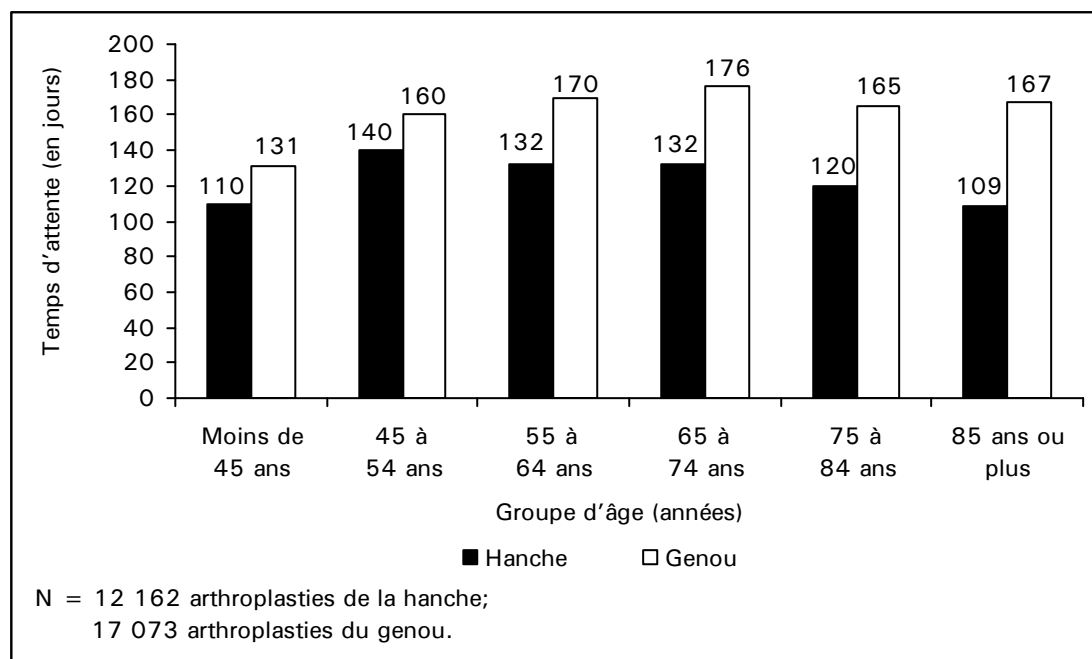
Les temps d'attente des Canadiens pour diverses interventions chirurgicales, notamment les arthroplasties de la hanche et du genou, suscitent beaucoup d'intérêt. Aux fins de la présente analyse, les temps d'attentes ont été calculés à partir du moment où le chirurgien orthopédiste, avec le consentement du patient, prend la décision de pratiquer l'intervention jusqu'au moment où celle-ci a lieu, et se fondent sur l'information déclarée sur une base volontaire par les chirurgiens participants au sujet des patients ayant déjà subi une arthroplastie.

Au cours de l'exercice 2006-2007, selon le RCRA, les patients devant subir une arthroplastie de la hanche ont attendu significativement moins longtemps que ceux devant subir une arthroplastie du genou (temps d'attente médians respectifs de 127 jours [en moyenne 182] et 169 jours [en moyenne 237],  $p < 0,05$ ). Le temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche est resté identique à celui de l'année dernière, tandis que le temps d'attente pour une arthroplastie du genou s'est écourté de 13 jours (temps d'attente médian de 169 jours contre 182).

Les écarts entre les temps d'attente médians chez les hommes et les femmes pour une arthroplastie de la hanche et du genou étaient minces, soit de huit et six jours respectivement. Le temps d'attente médian des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche était de 124 jours (en moyenne 175) chez les hommes et de 132 jours (en moyenne 191) chez les femmes. Quant aux arthroplasties du genou, le temps d'attente médian était de 173 jours (en moyenne 240) chez les hommes et de 167 jours (en moyenne 234) chez les femmes.

La figure 13 montre que les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche ont tendance à diminuer avec l'âge, contrairement aux arthroplasties du genou.

**Figure 13 Temps d'attente médian (en jours) pour une arthroplastie de la hanche et du genou selon le groupe d'âge, RCRA, 2006-2007**



**Remarque**

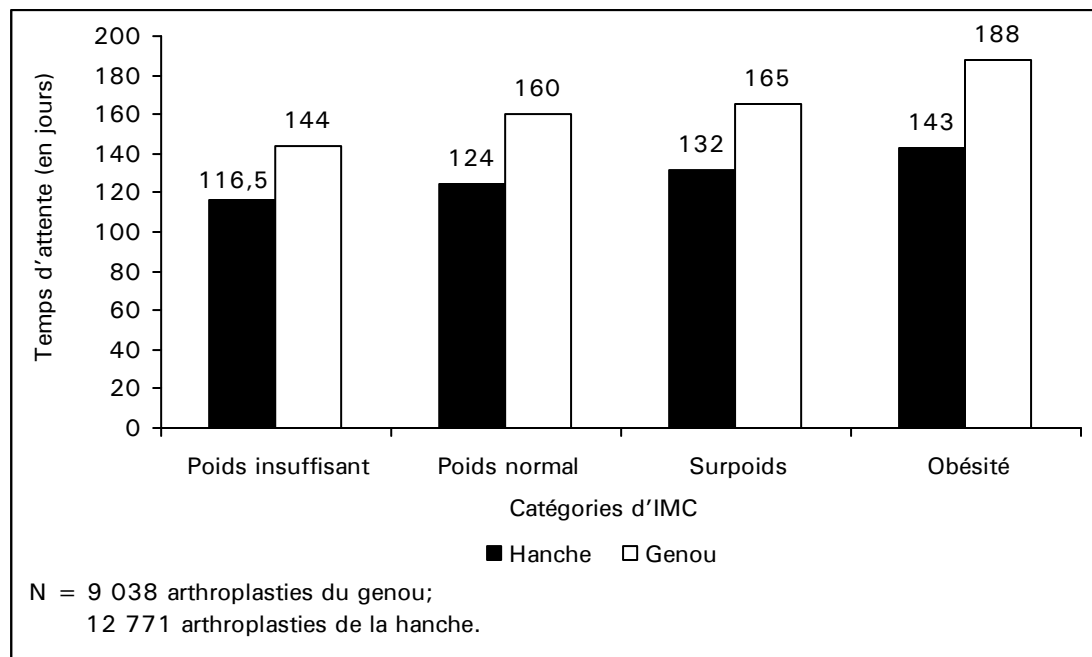
Le temps d'attente, présenté ci-dessus, est compris entre le moment où la décision de pratiquer l'intervention est prise et la date où celle-ci a lieu.

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Les temps d'attente présentaient en outre des écarts significatifs selon la catégorie d'IMC des patients ( $p < 0,0001$ ). Comme le montre la figure 14, un IMC plus élevé est associé à des temps d'attente plus longs, indépendamment du type d'arthroplastie initiale (de la hanche ou du genou) pratiquée. Les temps d'attente plus importants chez les obèses peuvent être en partie attribuables au fait que ceux-ci sont parfois tenus de perdre du poids avant de subir la chirurgie, afin d'améliorer leur santé et de favoriser la réussite de l'intervention.

**Figure 14** Rapport entre le temps d'attente médian (en jours) et l'IMC, selon le type d'arthroplastie, RCRA, 2006-2007



**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties de la hanche

Le RCRA comptait 1 759 patients ayant subi une reprise d'arthroplastie de la hanche et pour lesquels la date de la décision de pratiquer une reprise et la date à laquelle l'intervention a effectivement eu lieu étaient disponibles. Pour l'ensemble de ces patients, la décision de procéder à l'intervention de reprise a eu lieu entre 2003 et 2007, et l'intervention avant le 31 mars 2007. Le temps d'attente médian pour une reprise d'arthroplastie de la hanche était de 92 jours, et l'interquartile de 147 jours (en moyenne 145 jours).

Les temps d'attente médians observés chez les hommes et les femmes ayant subi une reprise d'arthroplastie de la hanche étaient similaires (médiane de 90 jours et interquartile de 152 jours [en moyenne 147 jours] et médiane de 92 jours et interquartile de 145 jours [en moyenne 144 jours] respectivement,  $p > 0,05$ ).

Le temps d'attente médian des patients de 85 ans ou plus était inférieur d'au moins 29 jours à celui des patients moins âgés (tableau 11). Les temps d'attente médians pour une reprise d'arthroplastie de la hanche chez les patients ayant un IMC normal étaient inférieurs d'au moins 19 jours à ceux des patients des autres groupes d'IMC (tableau 12).

**Tableau 11 Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie de la hanche selon le groupe d'âge**

Groupe d'âge	N	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Interquartile
Moins de 45 ans	97	171	92	192
45 à 54 ans	192	162	99	162
55 à 64 ans	309	157	94	157
65 à 74 ans	530	157	95	153
75 à 84 ans	529	124	91	127
85 ans ou plus	102	107	62	119

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, de 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 12 Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie de la hanche selon l'IMC**

Catégories d'IMC	N	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Interquartile
Poids insuffisant	17	136	111	105
Poids normal	357	134	88	126
Surpoids	501	162	111	173
Obésité	414	176	107	167

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, de 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties du genou

Le RCRA comptait 1 223 patients ayant subi une reprise d'arthroplastie du genou et pour lesquels la date de la décision de pratiquer une reprise et la date à laquelle l'intervention a effectivement eu lieu étaient disponibles. Pour l'ensemble de ces patients, la décision de procéder à l'intervention de reprise a eu lieu entre 2003 et 2007, et l'intervention avant le 31 mars 2007. Le temps d'attente médian pour une reprise d'arthroplastie du genou était de 98 jours, et l'interquartile de 136 jours (en moyenne 147 jours).

Aucun écart significatif n'a été observé dans les temps d'attente médians pour une reprise d'arthroplastie du genou entre les hommes (médiane de 98 jours et interquartile de 135 jours [en moyenne 142 jours]) et les femmes (médiane de 97 jours et interquartile de 136 jours [en moyenne 150 jours]) ( $p > 0,05$ ). De plus, comme le montre le tableau 13, l'âge n'avait aucune influence significative sur le temps d'attente médian d'une reprise d'arthroplastie du genou ( $p > 0,05$ ). Le tableau 14 indique en outre que l'IMC ne constituait pas un facteur déterminant du temps d'attente médian pour une reprise d'arthroplastie du genou ( $p > 0,05$ ).

**Tableau 13 Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie du genou selon le groupe d'âge**

Groupe d'âge	N	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Interquartile
Moins de 45 ans	35	146	92	142
45 à 54 ans	92	143	91	127
55 à 64 ans	284	144	98	130
65 à 74 ans	421	138	94	134
75 à 84 ans	347	164	105	150
85 ans ou plus	44	125	74	144

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, de 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Tableau 14 Temps d'attente pour une reprise d'arthroplastie du genou selon l'IMC**

Catégories d'IMC	N	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Interquartile
Poids insuffisant	6	73	51	139
Poids normal	126	154	89	163
Surpoids	309	152	117	137
Obésité	514	165	113	147

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, de 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Raisons des reprises d'arthroplasties de la hanche

Sur l'ensemble des arthroplasties de la hanche déclarées au RCRA en 2006-2007, 13,6 % étaient des reprises. La laxité aseptique (44 %), l'ostéolyse (22 %), l'usure (21 %) et l'instabilité (13 %) étaient les raisons les plus souvent invoquées dans les cas de reprise d'une arthroplastie initiale de la hanche en 2006-2007.



## Raisons des reprises d'arthroplasties du genou

Sur l'ensemble des arthroplasties du genou déclarées au RCRA en 2006-2007, 6,3 % étaient des reprises. Les raisons les plus souvent invoquées dans les cas de reprise d'une arthroplastie initiale du genou en 2006-2007 étaient la laxité aseptique (25 %), l'usure (17 %), l'infection (16 %) et l'instabilité (14 %).

## Classification des types de chirurgie de remplacement articulaire

### Arthroplastie de la hanche

Le remplacement d'une hanche peut nécessiter une arthroplastie totale, partielle (hémi-arthroplastie) ou un resurfaçage. L'arthroplastie totale consiste à remplacer les trois parties naturelles de la hanche (la tête fémorale, la cavité articulaire et la diaphyse fémorale) par une prothèse. L'hémi-arthroplastie, qui consiste en une arthroplastie partielle, peut être unipolaire (seules la tête fémorale et la tige sont remplacées) ou bipolaire (la tête fémorale, la tige fémorale et le composant acétabulaire sont remplacés, mais non le noyau acétabulaire). Lorsqu'un resurfaçage (une intervention permettant de préserver les os) de l'articulation de la hanche est pratiqué, il peut être complet (la tête fémorale et le composant acétabulaire sont remplacés) ou unilatéral (seule la tête fémorale est remplacée). Veuillez consulter l'annexe E pour connaître l'algorithme servant à définir les types de chirurgie.

La grande majorité (94 %) des arthroplasties de la hanche déclarées au RCRA en 2006-2007 étaient des arthroplasties totales (tableau 15).

**Tableau 15 Arthroplasties de la hanche selon le type de chirurgie, de 2003-2004 à 2006-2007**

Type d'arthroplastie de la hanche	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Hémi-arthroplastie	341	364	413	303
Resurfaçage	75	172	218	278
Arthroplastie totale de la hanche	10 135	12 314	9 596	9 566
<b>Total</b>	<b>10 551</b>	<b>12 850</b>	<b>10 227</b>	<b>10 147</b>

#### Source

Registre canadien des remplacements articulaires, de 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Arthroplastie du genou

Une chirurgie de remplacement du genou peut consister en une arthroplastie totale du genou ou une arthroplastie unicompartmentale. L'arthroplastie totale du genou consiste à remplacer les trois compartiments (les composants fémoral, tibial et rotulien) du genou.

Dans le cas d'une arthroplastie unicompartmentale, on remplace l'un ou l'autre des compartiments (fémoral, tibial ou rotulien) du genou. L'arthroplastie unicompartmentale peut être pratiquée sur des patients dont l'arthrite du genou est restreinte. Cette approche unicompartmentale permet de laisser les autres compartiments et tous les ligaments intacts. On suppose qu'en conservant les compartiments du genou qui sont encore sains, l'articulation fonctionnera de façon plus naturelle<sup>13, 14</sup>. Le remplacement fémoro-rotulien consiste à remplacer le composant fémoro-rotulien, c'est-à-dire l'articulation qui relie la partie inférieure de la rotule et le fémur.

Le tableau 16 illustre le nombre d'arthroplasties totales et d'arthroplasties unicompartmentales du genou enregistrées au cours des quatre dernières années.

Dans le RCRA, les taux d'arthroplasties unicompartmentales sont demeurés stables au cours des quatre derniers exercices (ces interventions représentaient environ 7,7 % des arthroplasties initiales en 2006-2007 contre 8,6 % en 2004-2005) (figure 15).

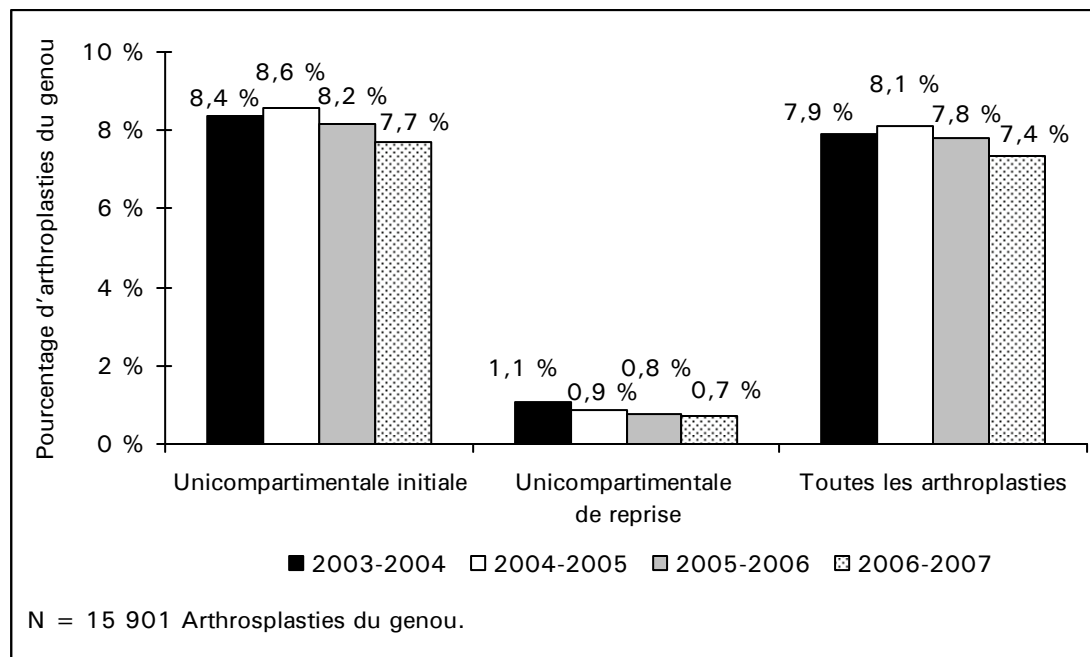
**Tableau 16 Arthroplasties du genou selon le type de chirurgie, de 2003-2004 à 2006-2007**

Type d'arthroplastie du genou	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Arthroplastie du genou unicompartmentale	1 176	1 545	1 396	1 170
Arthroplasties totales du genou	14 837	18 996	17 688	15 901
<b>Total</b>	<b>16 013</b>	<b>20 541</b>	<b>19 084</b>	<b>17 071</b>

**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 15 Arthroplasties unicompartmentales du genou initiales et reprises, en proportion de toutes les arthroplasties du genou, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007**



**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Abord chirurgical de l'arthroplastie

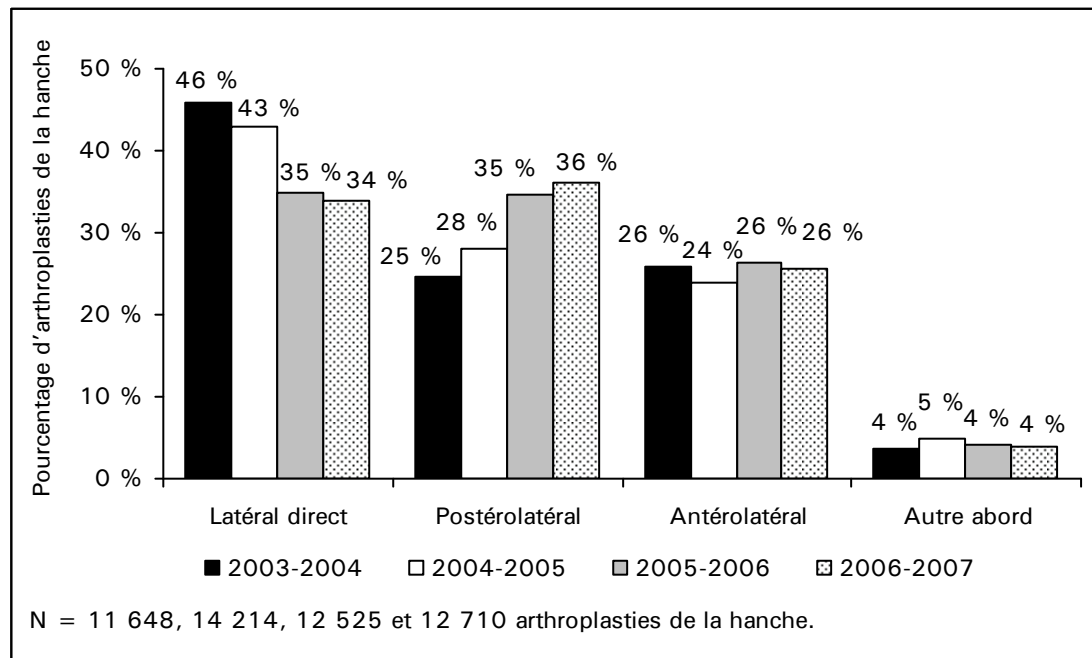
L'arthroplastie de la hanche ou du genou peut être réalisée au moyen d'un abord classique ou d'un abord peu invasif.

L'arthroplastie de la hanche classique consiste à pratiquer une incision d'une longueur normale de 25 à 40 cm, tandis qu'une arthroplastie de la hanche peu invasive implique une incision plus courte, de moins de 10 cm<sup>15</sup>. Les abords chirurgicaux classiques d'une arthroplastie de la hanche incluent les abords postérolatéral, antérolatéral, antérieur (de Smith-Peterson), latéral direct ou transglutéal (de Hardinge) et intertrochantérien latéral (de Charnley)<sup>16, 17, 18</sup>. L'arthroplastie du genou classique, quant à elle, consiste à pratiquer une incision d'une longueur normale de 20 à 30 cm, tandis qu'une arthroplastie du genou peu invasive implique une incision plus courte, de 10 à 12 cm<sup>19</sup>.

### Abord chirurgical classique

Des écarts ont été observés relativement aux abords chirurgicaux classiques des arthroplasties de la hanche au cours des quatre exercices à l'étude (figure 16). Durant cette période, le recours à l'abord postérolatéral pour une arthroplastie de la hanche a augmenté de 11 %, tandis que le recours à l'abord latéral direct a diminué (passant de 46 à 34 %).

Figure 16 Abord chirurgical des arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007



#### Source

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Les arthroplasties du genou pratiquées selon un abord chirurgical classique déclarées au RCRA au cours des quatre derniers exercices sont demeurées stables. Parmi les arthroplasties du genou déclarées au RCRA en 2006-2007, on a eu recours à l'abord parapatellaire interne dans 92 % des cas, à l'abord à travers le vaste dans 4 % des cas, à l'abord sous le vaste externe dans 2 % des cas et à l'abord parapatellaire latéral dans 1 % des cas.

## Abord chirurgical peu invasif

La chirurgie peu invasive est une nouvelle technique chirurgicale utilisée pour les arthroplasties de la hanche et du genou. En 2006-2007, 13 % des arthroplasties de la hanche et 11 % des arthroplasties du genou déclarées au RCRA avaient été pratiquées au moyen de la chirurgie peu invasive (tableau 17).

**Tableau 17 Arthroplasties selon le type d'intervention, de 2003-2004 à 2006-2007**

Année	Arthroplasties de la hanche				Arthroplasties du genou			
	Chirurgie peu invasive		Chirurgie classique		Chirurgie peu invasive		Chirurgie classique	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
2003-2004	946	9	9 427	91	944	7	12 401	93
2004-2005	1 763	13	11 954	87	1 439	8	16 935	92
2005-2006	1 725	15	9 752	85	1 602	11	12 829	89
2006-2007	1 532	13	10 489	87	1 585	11	13 497	89

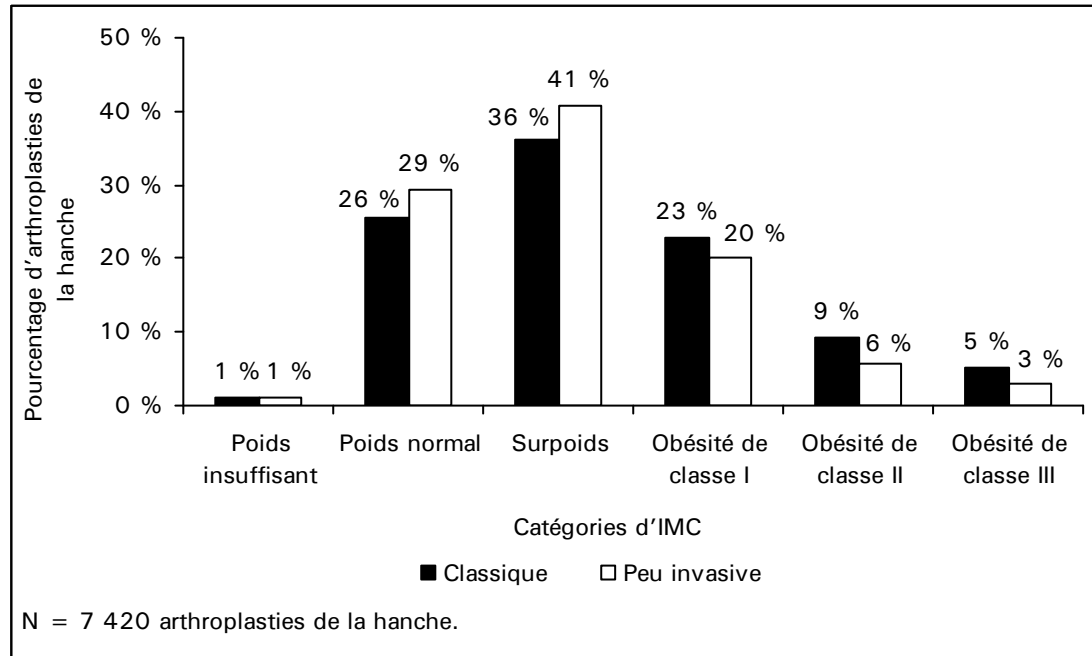
**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2006-2007, on a eu recours à une chirurgie peu invasive pour 1 532 arthroplasties de la hanche. Parmi les arthroplasties de la hanche par chirurgie peu invasive analysées, 98,4 % constituaient des arthroplasties initiales et 1,6 %, des reprises. Sur l'ensemble des arthroplasties de la hanche réalisées par chirurgie peu invasive, 69 % visaient des patients de moins de 75 ans. La proportion des patients ayant subi une chirurgie de la hanche peu invasive était de 12,5 % chez les femmes et de 13,0 % chez les hommes.

La figure 17 montre que les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche peu invasive présentaient un IMC significativement moins élevé que ceux ayant subi une arthroplastie de la hanche classique ( $p < 0,01$ ).

**Figure 17** Catégories d'IMC pour les arthroplasties de la hanche classiques et par chirurgie peu invasive, 2006-2007



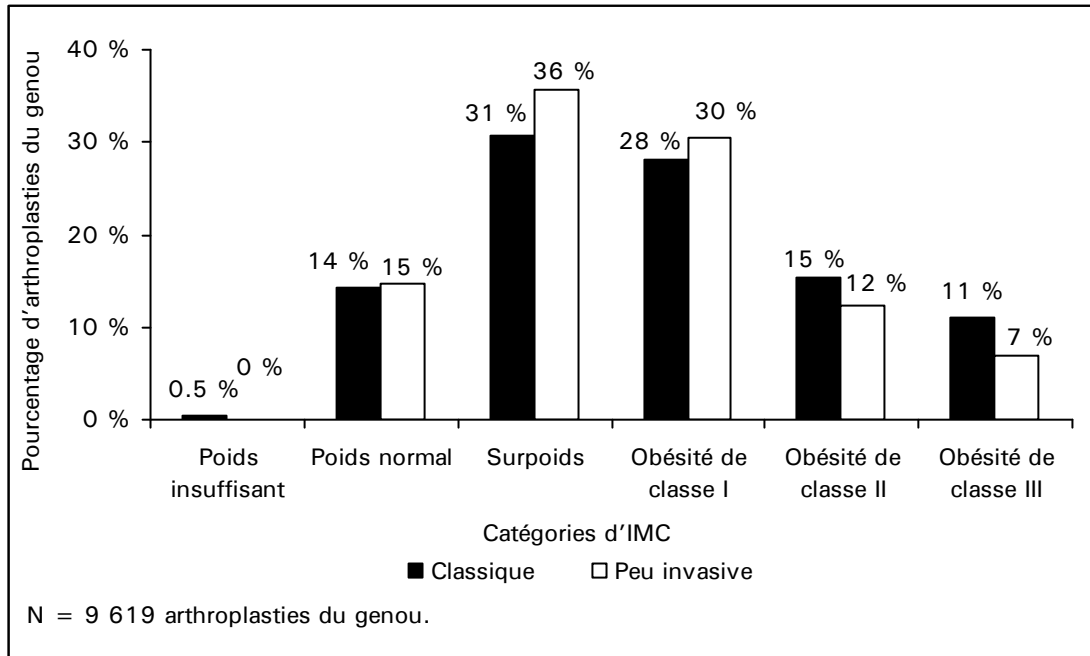
**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

En 2006-2007, on a eu recours à une chirurgie peu invasive pour 1 585 arthroplasties du genou. Parmi les arthroplasties du genou par chirurgie peu invasive analysées, 98,8 % constituaient des arthroplasties initiales et 1,2 %, des reprises. Sur l'ensemble des arthroplasties du genou par chirurgie peu invasive, 71 % visaient des patients de moins de 75 ans. La proportion de femmes ayant subi une arthroplastie du genou par chirurgie peu invasive était de 10,4 %, contre 2,0 % chez les hommes.

La figure 18 montre que les patients ayant subi une arthroplastie du genou peu invasive présentaient un IMC significativement moins élevé que ceux ayant subi une arthroplastie du genou classique ( $p < 0,05$ ).

**Figure 18** Catégories d'IMC pour les arthroplasties du genou classiques et par chirurgie peu invasive, 2006-2007



**Source**

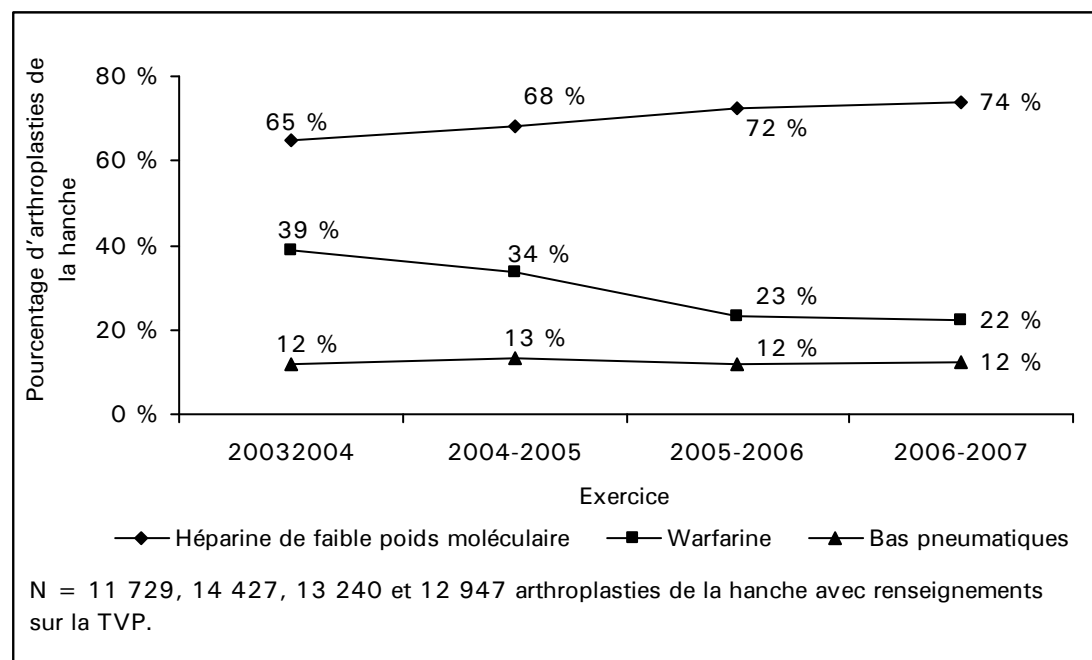
Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Remplacements articulaires et thrombose veineuse profonde

La thrombose veineuse profonde (TVP), une forme de thromboembolie veineuse, est l'une des principales complications auxquelles s'exposent les patients qui subissent une chirurgie orthopédique des membres inférieurs. On a donc recours à des traitements pharmacologiques tels que l'aspirine, la warfarine et l'héparine pour prévenir la TVP.

Selon le RCRA, plus de 99 % des patients ayant subi un remplacement articulaire en 2006-2007 ont reçu un traitement prophylactique contre la TVP. Le traitement le plus utilisé chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou (74 % et 73 %, respectivement) était l'héparine de faible poids moléculaire, dont l'utilisation s'est accrue depuis 2003-2004. Par contre, le recours à la warfarine, deuxième agent le plus couramment utilisé (dans 22 % et 25 % des cas d'arthroplasties de la hanche et du genou, respectivement), a connu une baisse depuis 2003-2004, un recul peut-être attribuable au fait que son utilisation requiert des analyses sanguines postopératoires, tandis que les nouveaux traitements préventifs contre la TVP ont été conçus de manière à n'exiger aucune analyse sanguine postopératoire. La diminution de la durée de l'hospitalisation au cours de la même période pourrait susciter encore plus d'intérêt pour les traitements ne demandant pas d'analyse sanguine postopératoire.

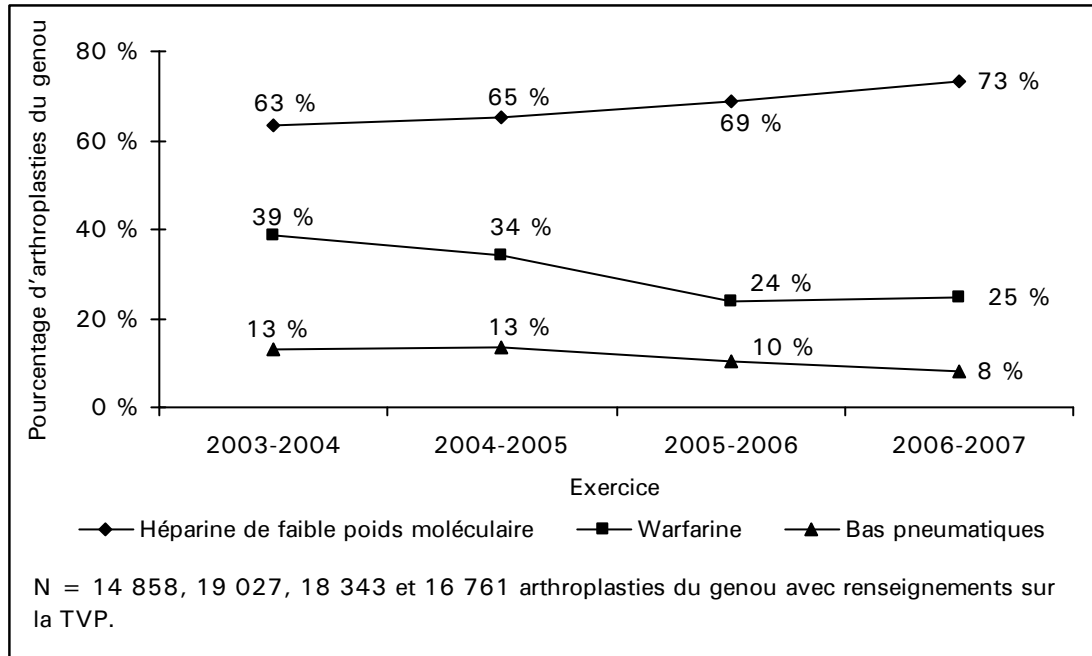
**Figure 19** Agents utilisés dans la prévention de la thrombose veineuse profonde, arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007



### Source

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 20** Agents utilisés dans la prévention de la thrombose veineuse profonde, arthroplasties du genou, de 2003-2004 à 2006-2007



**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



## Caractéristiques des prothèses articulaires

### Types de composants implantés lors d'arthroplasties de la hanche

Quatre composants de base sont utilisés lors d'arthroplasties de la hanche : le composant acétabulaire, l'insert acétabulaire, le composant fémoral et la tête fémorale. Comme l'indique le tableau 18, tous les composants de l'articulation osseuse naturelle étaient significativement plus susceptibles d'être remplacés durant une arthroplastie initiale de la hanche que lors d'une reprise ( $p < 0,01$ ). Toujours selon le tableau 18, dans le cas des reprises d'arthroplasties de la hanche pratiquées en 2006-2007, le remplacement de la tête fémorale était le plus fréquent (83 %), tandis que le remplacement de la tige fémorale était le moins fréquent (47,9 %).

**Tableau 18 Composants remplacés lors d'une arthroplastie de la hanche initiale ou d'une reprise, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007**

Arthroplasties initiales de la hanche								
Type de composant implanté	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Composant acétabulaire	10 033	98,8	12 517	98,6	10 740	95,7	10 493	96,1
Insert acétabulaire	9 685	95,4	11 950	94,2	10 029	89,4	9 687	88,7
Composant fémoral (hanche)	10 130	99,8	12 670	99,8	11 127	99,2	10 864	99,5
Tête fémorale	10 142	99,9	12 678	99,9	11 088	98,8	10 760	98,5
<b>Arthroplasties initiales de la hanche</b>	<b>10 155</b>		<b>12 690</b>		<b>11 217</b>		<b>10 921</b>	
Reprises d'arthroplasties de la hanche								
Type de composant implanté	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Composant acétabulaire	1 273	81,9	1 338	78,4	1 073	64,8	1 082	63,2
Insert acétabulaire	1 440	92,6	1 537	90,0	1 326	80,0	1 330	77,7
Composant fémoral (hanche)	1 185	76,2	1 166	68,3	834	50,3	820	47,9
Tête fémorale	1 497	96,3	1 608	94,2	1 434	86,5	1 424	83,2
<b>Reprises d'arthroplasties de la hanche</b>	<b>1 555</b>		<b>1 707</b>		<b>1 657</b>		<b>1 712</b>	

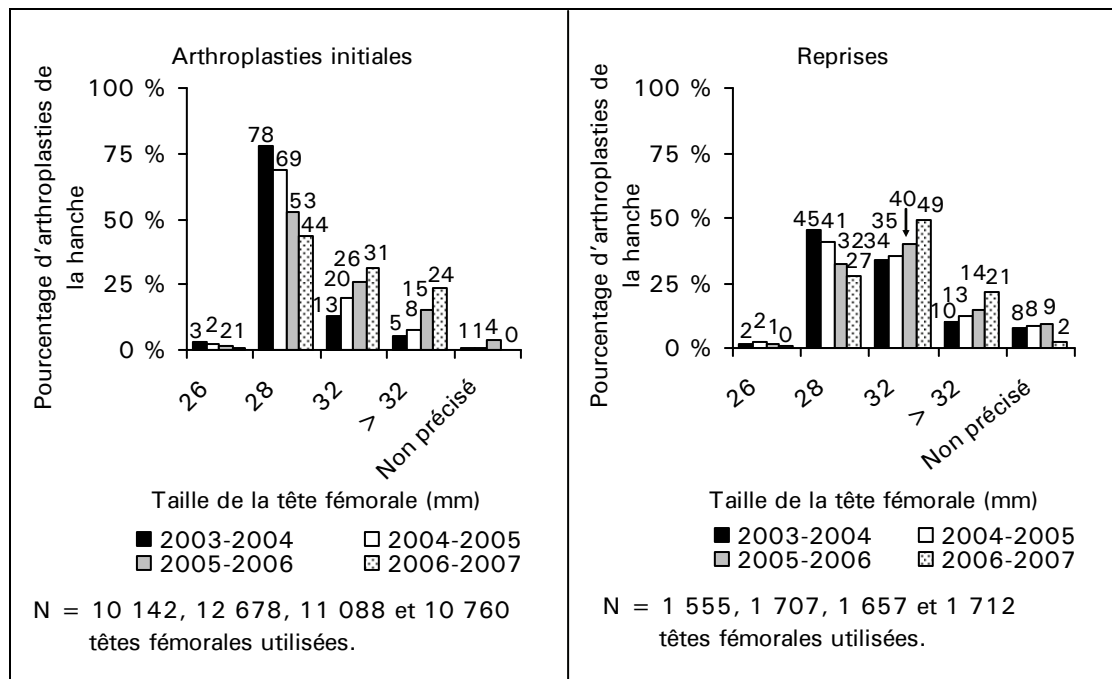
**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Taille de la tête fémorale implantée lors d'une arthroplastie de la hanche

La stabilité et la durabilité de la reconstruction d'une hanche dépendent de nombreux facteurs, notamment la conception et la taille des prothèses. Selon le RCRA, la taille de tête fémorale la plus fréquemment utilisée était de 28 mm pour les arthroplasties initiales de la hanche (44 %), suivie d'une taille de 32 mm (31 %). Dans le cas des reprises d'arthroplasties de la hanche, la taille de tête fémorale la plus fréquemment utilisée était de 32 mm (49 %), suivie d'une taille de 28 mm (27 %). On note une augmentation significative (de 2003-2004 à 2006-2007) de l'utilisation des têtes fémorales de 32 mm, et un déclin de l'utilisation de têtes fémorales de 28 mm, ce qui s'observe tant pour les arthroplasties de la hanche initiales que pour les interventions de reprise (figure 21). Cette tendance est attribuable à l'utilisation accrue de nouvelles surfaces d'appui, notamment le polyéthylène réticulé et la technique métal sur métal ou céramique sur céramique, qui permettent aux chirurgiens d'implanter des têtes fémorales de plus grande taille présentant moins de risques de dislocation ou de bris et offrant une plus grande amplitude de mouvement.

**Figure 21 Taille des têtes fémorales utilisées pour les arthroplasties de la hanche initiales et les reprises, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007**



**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Types de composants implantés lors d'arthroplasties du genou

Trois composants de base sont utilisés lors d'arthroplasties du genou : le composant fémoral, le composant tibial et le composant rotulien. Toutes les arthroplasties du genou initiales déclarées en 2006-2007, soit 100 % des interventions, ont nécessité le remplacement des composants fémoraux et tibiaux. En ce qui concerne les reprises d'arthroplasties du genou effectuées en 2006-2007, le remplacement du composant tibial était le plus fréquent (71 %), suivi du composant fémoral (60 %) (tableau 19).

**Tableau 19 Composants remplacés lors des arthroplasties du genou initiales et des reprises, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007**

Arthroplasties initiales du genou								
Type de composant implanté	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Composant fémoral	13 901	100,0	17 860	100,0	16 722	99,87	15 059	99,9
Composant tibial	13 900	100,0	17 851	99,9	16 695	99,71	15 016	99,6
Composant rotulien	12 063	86,8	14 950	83,7	11 958	71,42	9 833	65,2
<b>Arthroplasties initiales du genou</b>	<b>13 905</b>		<b>17 864</b>		<b>16 744</b>		<b>15 076</b>	
Reprises d'arthroplasties du genou								
Type de composant implanté	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Composant fémoral	793	85,1	937	81,8	696	65,5	601	59,7
Composant tibial	879	94,3	1 056	92,1	836	78,7	716	71,2
Composant rotulien	665	71,4	751	65,5	466	43,9	358	35,6
<b>Reprises d'arthroplasties totales du genou</b>	<b>932</b>		<b>1 146</b>		<b>1 062</b>		<b>1 006</b>	

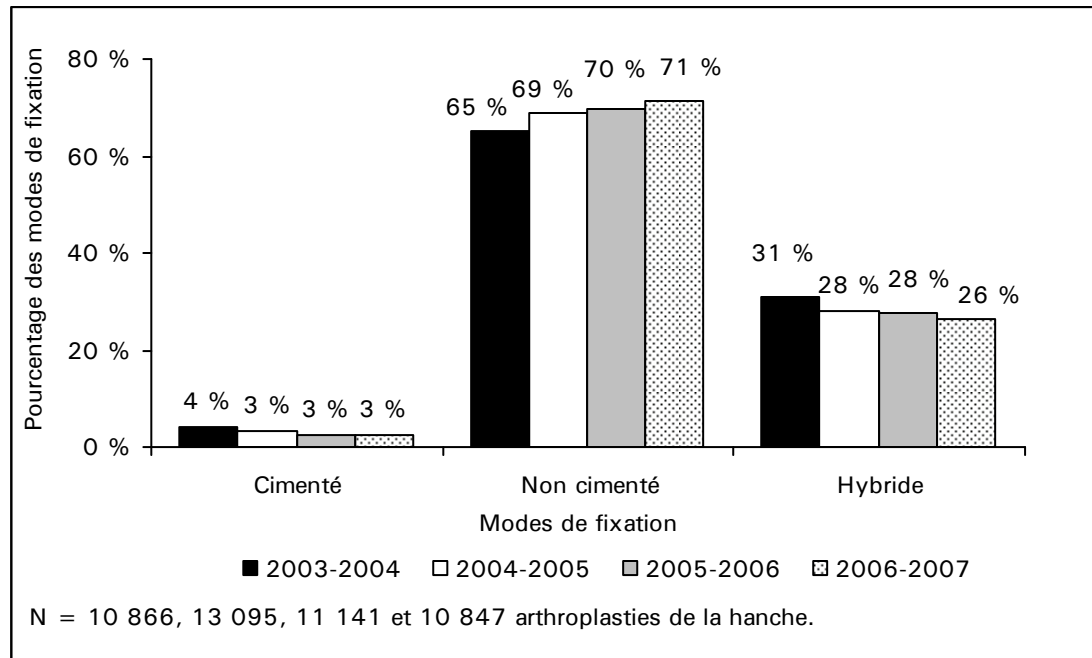
**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Modes de fixation dans les arthroplasties

En 2006-2007, la fixation non cimentée (71 %) était le mode de fixation le plus souvent utilisé pour les arthroplasties de la hanche (initiales et les reprises), suivie de la fixation hybride (26 %). La fixation hybride consiste en une procédure combinant fixation non cimentée (vis) et cimentée. De 2003-2004 à 2006-2007, le recours à la méthode non cimentée a progressé de 6 %, tandis que l'utilisation de la fixation hybride a diminué de 5 % (figure 22).

**Figure 22** Modes de fixation utilisés pour les arthroplasties de la hanche, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007

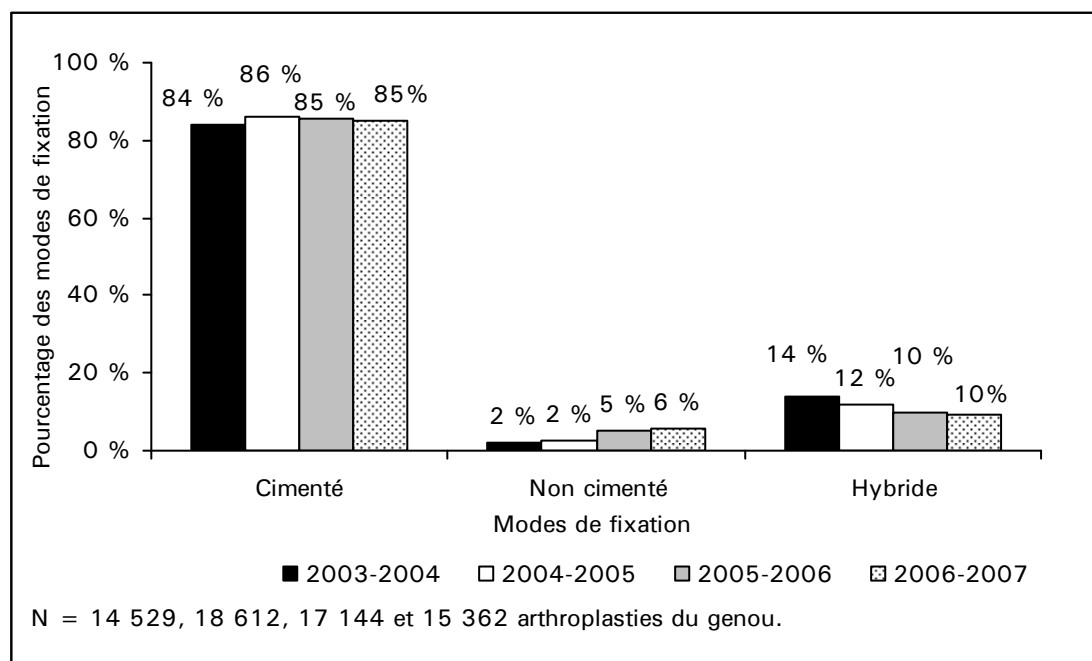


**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme l'indique la figure 23, sur l'ensemble des arthroplasties du genou déclarées au RCRA en 2006-2007, la fixation cimentée était le mode de fixation le plus souvent utilisé (85 %), suivi de la fixation hybride (10 %).

**Figure 23** Modes de fixation utilisés pour les arthroplasties du genou, RCRA, de 2003-2004 à 2006-2007



**Source**

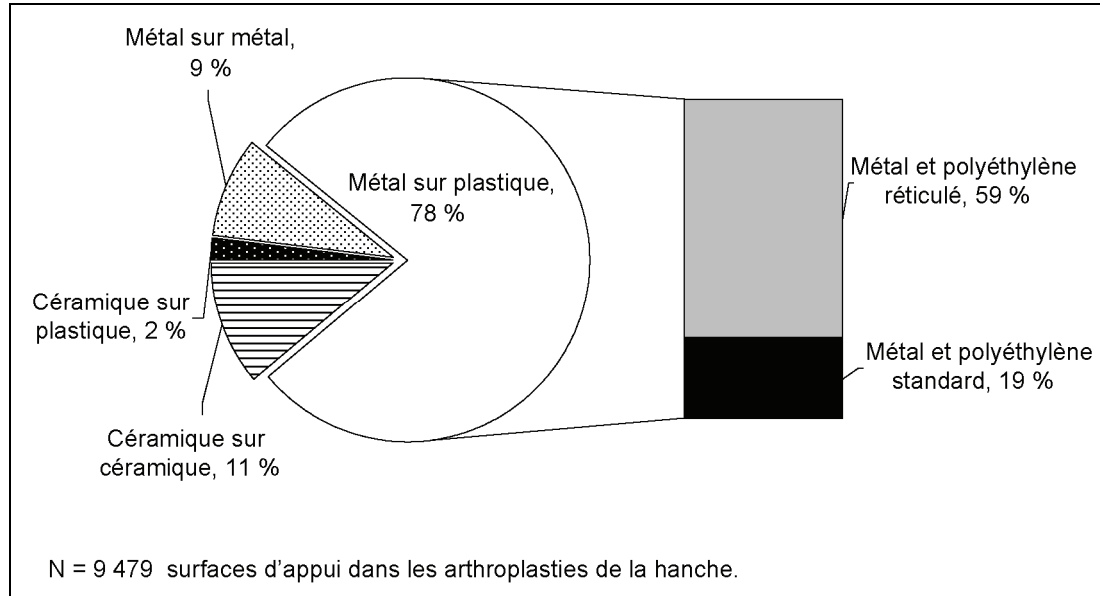
Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

La fixation non cimentée est utilisée plus couramment que la fixation cimentée lors d'arthroplasties de la hanche, tandis que c'est l'inverse dans le cas des arthroplasties du genou. Le choix de la méthode de fixation dépend du type de remplacement pratiqué et de l'amplitude de mouvement visée.

## Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche

Bien que diverses combinaisons de têtes fémorales et de noyaux acétabulaires aient été utilisées dans les arthroplasties de la hanche, on a surtout utilisé la surface d'appui « métal sur plastique » (78 %), principalement la combinaison cobalt chrome/polyéthylène réticulé (figure 24). On remarque une tendance accrue à recourir à la combinaison cobalt chrome/polyéthylène réticulé, dont l'utilisation est passée de 45 % en 2002-2003 à 76 % en 2006-2007 (figure 25).

**Figure 24** Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche, 2006-2007



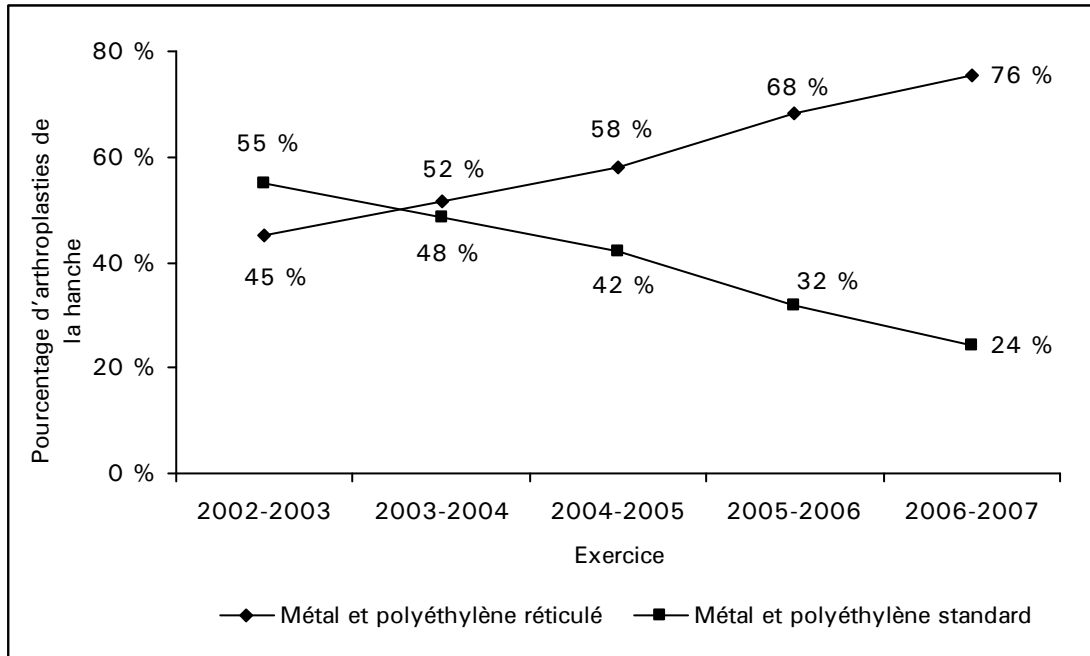
### Remarque

Le dénominateur utilisé pour le calcul des pourcentages exclut les enregistrements ne contenant aucune information sur les surfaces d'appui.

### Source

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 25** Types de surfaces d'appui « métal sur plastique », arthroplasties de la hanche, de 2002-2003 à 2006-2007



**Remarque**

Le dénominateur utilisé pour le calcul des pourcentages exclut les enregistrements ne comprenant aucune information sur les surfaces d'appui.

**Source**

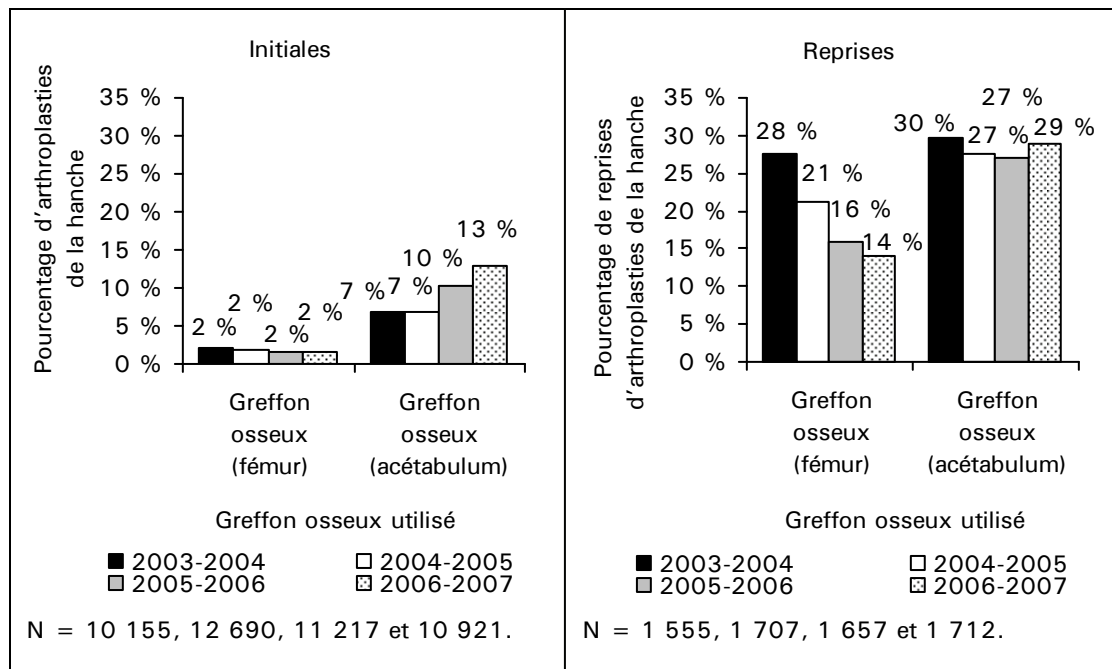
Registre canadien des remplacements articulaires, 2002-2003 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Utilisation du greffon osseux dans les arthroplasties

À partir de 2003-2004, on a commencé à recueillir de l'information sur l'utilisation du greffon osseux pour le fémur et l'acétabulum dans les arthroplasties de la hanche. Comme c'était le cas lors des exercices précédents, on s'est servi plus fréquemment du greffon osseux en 2006-2007 pour des reprises d'arthroplasties que pour des arthroplasties initiales.

La transplantation de greffon osseux sur le fémur était plus fréquente dans les reprises d'arthroplasties de la hanche (14 %) que dans les arthroplasties initiales (2 %). Sur l'ensemble des reprises d'arthroplasties déclarées, le greffon osseux a été utilisé sur l'acétabulum dans 29 % des cas, contre 13 % pour ce qui est des arthroplasties initiales. Comme le montre la figure 26, l'utilisation du greffon osseux sur le fémur dans les reprises d'arthroplasties de la hanche a diminué, passant de 28 % en 2003-2004 à 14 % en 2006-2007.

**Figure 26** Greffon osseux utilisé dans les arthroplasties de la hanche, de 2003-2004 à 2006-2007



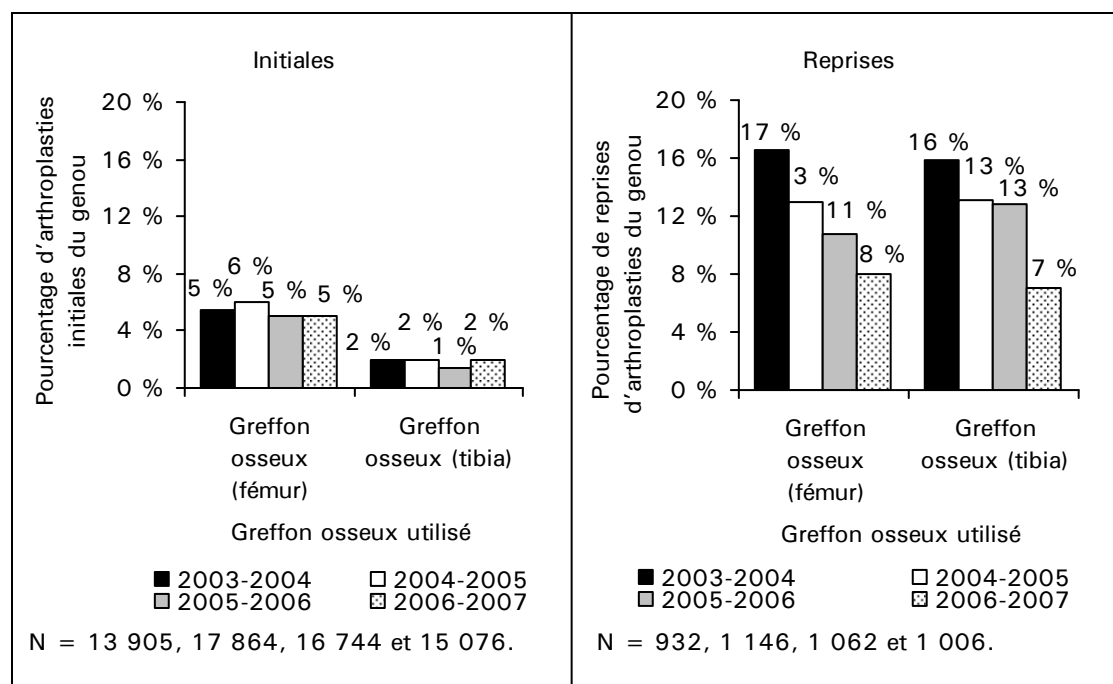
**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



En 2006-2007, l'utilisation du greffon osseux pour le fémur et le tibia était en outre plus répandue dans les reprises d'arthroplasties du genou (15 %) que dans les arthroplasties initiales (7 %). Des greffons osseux ont été transplantés sur le fémur dans 8 % des cas de reprise et 5 % des arthroplasties du genou initiales, et sur le tibia dans 7 % des cas de reprise et 2 % des arthroplasties du genou initiales (figure 27).

**Figure 27 Greffon osseux utilisé dans les arthroplasties du genou, de 2003-2004 à 2006-2007**



**Source**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2003-2004 à 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Résumé des résultats

Sur l'ensemble des arthroplasties de la hanche déclarées au RCRA en 2006-2007, 86,4 % étaient des interventions initiales, tandis que 13,6 % étaient des reprises. Parmi les arthroplasties du genou déclarées au RCRA en 2006-2007, 93,7 % visaient des arthroplasties initiales et 6,3 %, des chirurgies de reprise.

L'arthrose s'est avérée être le diagnostic principal le plus fréquent pour les cas d'arthroplasties initiales de la hanche et du genou (81 % et 94 % respectivement), alors que la laxité aseptique était la raison la plus souvent invoquée dans les cas de reprise d'arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées en 2006-2007 (44 % et 25 % respectivement).

Il semble qu'il y ait un besoin disproportionné de pratiquer des arthroplasties de la hanche et du genou, plus particulièrement du genou, chez les personnes obèses ou présentant un surplus de poids. Parmi les arthroplasties de la hanche, les patients dont l'IMC correspond à un surpoids (IMC de 25,0 à 29,9) représentaient la plus grande proportion (37 %) en 2006-2007. Quant aux arthroplasties du genou, ce sont les patients obèses (IMC de 30,0 à 39,9 et au-delà) qui constituaient la plus grande proportion (55 %) en 2006-2007.

Globalement, en 2006-2007, les Canadiens ont attendu significativement moins longtemps pour une arthroplastie initiale de la hanche (temps d'attente médian de 127 jours) que pour une arthroplastie initiale du genou (temps d'attente médian de 169 jours). En outre, les temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties de la hanche et du genou étaient plus courts (temps d'attente médian de 92 jours [en moyenne 145 jours] et temps d'attente médian de 98 jours [en moyenne 147 jours] respectivement) que pour les arthroplasties de la hanche et du genou initiales. Comparativement à l'exercice précédent, le temps d'attente des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche est resté identique en 2006-2007, tandis que celui des patients ayant subi une arthroplastie du genou a diminué de 13 jours (temps d'attente médian de 169 jours contre 182 jours). Le temps d'attente augmentait proportionnellement à la valeur de l'IMC, indépendamment du type d'arthroplastie (de la hanche ou du genou) pratiquée.

D'après les données recueillies par le RCRA au cours des quatre dernières années, on tend à recourir davantage au resurfaçage de la hanche, utilisé dans 278 arthroplasties de la hanche (2,7 % des interventions) en 2006-2007, contre 75 arthroplasties (0,7 % des arthroplasties de la hanche) en 2003-2004. En ce qui concerne les arthroplasties du genou, les taux d'arthroplasties unicompartimentales sont demeurés stables pendant cette période.

Depuis quatre ans, on observe une tendance à recourir davantage à la chirurgie peu invasive, tant pour les arthroplasties de la hanche que pour celles du genou. Sur l'ensemble des arthroplasties de la hanche et du genou par chirurgie peu invasive, environ 98 % visaient des chirurgies initiales. Les patients qui ont subi une chirurgie peu invasive étaient plus jeunes et présentaient un IMC inférieur à ceux ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou classique.

L'héparine de faible poids moléculaire était l'agent prophylactique le plus utilisé pour prévenir la TVP chez les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou (74 % et 73 %, respectivement) en 2006-2007. De 2003-2004 à 2006-2007, le recours à la warfarine, deuxième agent le plus couramment utilisé, a connu un recul, passant de 39 % à 22 % pour les arthroplasties de la hanche, et de 39 % à 25 % pour les arthroplasties du genou.

Depuis 2003-2004, l'utilisation de têtes fémorales de plus grande taille ( $\geq 32$  mm) a augmenté, tant dans les arthroplasties initiales de la hanche que dans les reprises. La surface d'appui implantée le plus souvent dans les arthroplasties de la hanche en 2006-2007 était de type métal sur plastique (78 %). On remarque une tendance à recourir de plus en plus à la combinaison cobalt chrome/polyéthylène réticulé, qui a été utilisée dans 45 % des arthroplasties en 2002-2003, contre 76 % en 2006-2007. Quant au greffon osseux, on y a eu recours plus fréquemment dans les cas de reprises que pour les interventions initiales. De 2003-2004 à 2006-2007, l'utilisation du greffon osseux sur le fémur dans les reprises d'arthroplasties a diminué, passant de 28 % à 14 % pour les reprises d'arthroplasties de la hanche, et de 17 % à 8 % pour les reprises d'arthroplasties du genou.



## Discussion et orientations

La publication *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires* utilise les données recueillies auprès de diverses sources (dont le RCRA, la BDMH et la BDCP, tous gérés par l'ICIS) pour dégager les tendances et les variations régionales quant aux arthroplasties de la hanche et du genou au Canada. De plus, le rapport donne des détails sur la nature et les types d'arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que sur les techniques chirurgicales qu'utilisent les chirurgiens orthopédistes du Canada. Ces renseignements sont destinés aux décideurs qui participent à la gestion des systèmes de santé, aux chirurgiens orthopédistes, aux dispensateurs de soins connexes, aux chercheurs et au grand public.

Cette année, en plus de continuer à présenter les résultats d'analyses dans des secteurs établis, nous proposons de nouvelles données sur les temps d'attente pour les reprises d'arthroplasties. Les arthroplasties sont l'un des cinq secteurs prioritaires ciblés par le gouvernement fédéral dans le but de réduire significativement les temps d'attente en 2007. Afin d'appuyer ces efforts, le 1<sup>er</sup> avril 2005, l'équipe du RCRA a commencé à recueillir des données antérieures liées aux temps d'attente dans le cadre d'une vaste initiative de l'ICIS visant la collecte et la déclaration de données sur les temps d'attente à l'échelle nationale. Le rapport de cette année révèle que les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche (médiane de 127 jours) étaient significativement plus courts que les temps d'attente pour une arthroplastie du genou (médiane de 169 jours). Les données recueillies et diffusées par le RCRA continueront d'aider à éclairer ces questions.

Le rapport du RCRA révèle également que les patients ayant subi une arthroplastie du genou en 2006-2007 étaient plus susceptibles d'afficher un surpoids ou d'être obèses que ceux ayant subi une arthroplastie de la hanche. De plus, les risques de subir une arthroplastie étaient plus de trois fois supérieurs chez les personnes obèses par rapport à celles de la catégorie d'IMC normal.

Les techniques de chirurgie peu invasive rendent possibles de nouveaux abords pour les arthroplasties de la hanche et du genou. En 2006-2007, dans 13 % des arthroplasties de la hanche et 11 % des arthroplasties du genou déclarées au RCRA, on a eu recours à la chirurgie peu invasive. Les patients ayant subi une arthroplastie par chirurgie peu invasive affichaient généralement un poids moins élevé et étaient plus jeunes que les patients ayant subi une arthroplastie classique.

Le RCRA développe actuellement ses méthodes de collecte de données et intensifie ses efforts de recrutement afin de devenir une source d'information sur la santé de plus en plus pertinente pour les décideurs. Il mettra également en œuvre un système de soumission des données en ligne, qui s'ajoutera aux formulaires papier et aux fichiers électroniques actuels. Des efforts particuliers continuent d'être déployés pour accroître la participation au RCRA dans l'ensemble du Canada.

Parmi les orientations futures du RCRA, mentionnons la publication, en 2009-2010, de nouveaux rapports comparatifs, qui permettront aux établissements participants de comparer des indicateurs clés à l'échelle infranationale. Cette information servira à la pratique clinique, à la gestion du système et à l'élaboration des politiques.

Dans les années à venir, le RCRA jouera un rôle constant et croissant dans la collecte et l'analyse de données nationales exhaustives. À mesure que de nouvelles technologies et techniques chirurgicales feront leur apparition dans le domaine des remplacements articulaires, l'analyse exhaustive des données du RCRA nous permettra d'étudier tous les résultats pour la santé et d'approfondir nos connaissances sur l'évolution des implants et des techniques chirurgicales, tant sur le plan clinique que sur le plan administratif et stratégique.

## **Annexe A : Comité consultatif et Sous-comité de la recherche et du développement du RCRA**

### **Comité consultatif du RCRA**

- D<sup>r</sup> Robert Bourne (coprésident), London Health Sciences Centre (Ontario)
- D<sup>r</sup> Eric R. Bohm (coprésident), Joint Replacement Group, Université du Manitoba (Manitoba)
- D<sup>r</sup> Michael Dunbar (coprésident), Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (Nouvelle-Écosse)
- D<sup>re</sup> Olga L. Huk, Hôpital général juif — Sir Mortimer B. Davis (Québec)
- D<sup>r</sup> Darren Kerr, Saint John Regional Hospital (Nouveau-Brunswick)
- D<sup>r</sup> Hans Kreder, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre (Ontario)
- D<sup>r</sup> Paul Kim, Hôpital d'Ottawa (Ontario)
- D<sup>r</sup> Martin Lavigne, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Québec)
- D<sup>r</sup> Brendan Lewis, Western Memorial Hospital (Terre-Neuve-et-Labrador)
- D<sup>r</sup> James MacKenzie, Peter Lougheed Centre (Alberta)
- D<sup>r</sup> Rod Martin, Health Care Corporation of St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
- D<sup>r</sup> Bas Masri, Vancouver General Hospital (Colombie-Britannique)
- M<sup>me</sup> Lynn Moore, La Société d'arthrite du Canada (Ontario)
- M. John Pipe, représentant des patients (Ontario)
- D<sup>r</sup> James Waddell, St. Michael's Hospital (Ontario)
- D<sup>r</sup> Jason Werle, University of Calgary (Alberta)
- D<sup>r</sup> Allan Woo, St. Paul's Hospital (Saskatchewan)
- M<sup>me</sup> Alison Bartel, Concordia Hospital (Manitoba)

### **Sous-comité de la recherche et du développement du RCRA**

- D<sup>r</sup> Michael Dunbar (coprésident), Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (Nouvelle-Écosse)
- D<sup>r</sup> Eric R. Bohm (coprésident), Joint Replacement Group, Université du Manitoba (Manitoba)
- D<sup>r</sup> Robert Bourne, London Health Sciences Centre (Ontario)
- D<sup>r</sup> Paul Kim, Hôpital d'Ottawa (Ontario)
- D<sup>r</sup> Hans Kreder, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre (Ontario)
- D<sup>r</sup> Martin Lavigne, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Québec)
- D<sup>r</sup> Brendan Lewis, Western Memorial Hospital (Terre-Neuve-et-Labrador)
- M<sup>me</sup> Lynn Moore, La Société d'arthrite du Canada (Ontario)
- D<sup>r</sup> Jason Werle, Rockyview Hospital (Alberta)





## **Annexe B : Méthodologie de codification des arthroplasties de la hanche et du genou, BDMH**

### **Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)**

#### **Collecte des données de la BDMH**

Le chapitre intitulé Statistiques sur l'hospitalisation du rapport annuel du RCRA présente des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière. La BDMH, gérée par l'ICIS, est une base de données nationale et contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux, principalement des établissements de soins de courte durée au Canada. Elle contient également, à l'échelle nationale, de l'information sur les diagnostics, les interventions, les dates d'admission, les durées de séjour à l'hôpital et les caractéristiques démographiques des patients.

Les données de la BDMH proviennent de deux sources : 1) d'un sous-ensemble de la Base de données sur les congés des patients (BDCP), qui contient surtout des renseignements sur les patients hospitalisés en soins de courte durée dans la plupart des provinces canadiennes et 2) des données des provinces qui ne participent pas à la BDCP. En 2006-2007, l'ensemble des territoires et des provinces, sauf le Québec, ont soumis des données sur les congés des patients directement à la BDCP. Chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec remet des fichiers de données à l'ICIS. Ces données sont ensuite fusionnées à celles de la BDCP pour créer la BDMH, une base de données d'envergure nationale. Les données de 2006-2007 du Québec n'étaient toutefois pas disponibles lors de l'élaboration du présent rapport.

#### **Population de référence**

Les données de la BDMH figurant dans le présent document comprennent les hospitalisations pour des arthroplasties de la hanche et du genou (initiales et reprises) pratiquées au Canada (à l'exception du Québec) pour toutes les sorties d'hôpitaux de soins de courte durée pendant l'exercice 2006-2007 (du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007). Les données d'exercices antérieurs sont également présentées aux fins de démonstration des tendances.

Les analyses du rapport du RCRA portent sur des patients de tous les groupes d'âge. Les patients de moins de 20 ans comptent pour moins de 0,1 % du nombre total d'arthroplasties de la hanche et du genou pour les exercices 2003-2004 à 2006-2007. L'inclusion de ce groupe d'âge ne devrait donc pas influencer sur l'ensemble des analyses.

Les arthroplasties de la hanche et du genou effectuées de 2004-2005 à 2006-2007 ont été codifiées au moyen de la CIM-10-CA/CCI, à l'exception de celles du Québec, qui ont été codifiées selon la classification CIM-9/CCA de 2004 à 2006. Les données sur les hospitalisations recueillies avant 2004-2005 ont été codifiées selon divers systèmes de classification (CIM-10-CA/CCI, ICD-9-CM, CIM-9/CCA). Les analyses comprennent des arthroplasties partielles et totales du genou puisque ces dernières ne peuvent être codifiées séparément dans la CCA. Toutefois, seules les données sur les arthroplasties totales de la hanche sont présentées. Les analyses ne tiennent pas compte des arthroplasties partielles de

la hanche. Par ailleurs, les chiffres sur les arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au Québec avant 2003-2004 peuvent avoir été sous-estimés puisqu'il était alors impossible de choisir des codes de reprise dans la BDMH.

Les chirurgies codifiées « antérieures » ou « abandonnées » ont été exclues des analyses. De plus, depuis 2001-2002, les interventions codifiées comme étant des chirurgies pratiquées à l'extérieur de la province sont exclues afin qu'elles ne soient pas comptées deux fois.

## **Dénombrements des hospitalisations**

Depuis la publication du rapport de 2005 du RCRA, les chiffres présentés s'appuient sur le nombre d'hospitalisations. Dans les rapports précédents, ils reposaient sur le nombre d'interventions pratiquées. La principale différence entre les deux méthodologies se situe sur le plan du dénombrement des interventions bilatérales lorsque les deux interventions ont lieu le même jour (c.-à-d. pendant le même épisode opératoire). Dans la présente méthodologie, si un patient subit plus d'une arthroplastie de la hanche ou du genou (c.-à-d. une intervention bilatérale) codifiée pour la même visite à l'hôpital, cette intervention ne compte que pour une seule hospitalisation. Il s'agit d'une pratique conforme à la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Il faut donc en tenir compte des anciens rapports au moment de réaliser des comparaisons avec les données actuelles.

## **Déclaration des données géographiques**

À l'exception des analyses sur la durée de l'hospitalisation et les décès à l'hôpital, les analyses provinciales sont fondées sur la province de résidence des patients et non sur la province où a eu lieu l'intervention. Les données géographiques des patients ont été déterminées en fonction de leur code postal au moyen du Fichier de conversion des codes postaux de juillet 2005 de Statistique Canada. Les patients dont le code postal était incomplet ont tout de même été inclus dans les calculs des divers taux et chiffres provinciaux et nationaux. Cependant, les patients sans lieu de résidence connu ont été exclus des dénombrements et des taux normalisés selon l'âge des analyses provinciales.

Dans les rapports annuels du RCRA parus avant l'exercice 2004-2005, les patients dont le code postal était inconnu ou invalide figuraient dans la catégorie « Non précisée » en ce qui a trait à la province. La méthodologie a été revue de sorte que les codes postaux incomplets sont désormais associés à une province ou à un territoire déterminé à partir de leurs trois premiers caractères. Par conséquent, on remarque une baisse importante du nombre de patients dont la province de résidence est inconnue et une augmentation correspondante dans les chiffres de certaines provinces et de certains territoires, comparativement aux rapports des exercices 1994-1995 à 2000-2001.

Contrairement au reste du rapport, les analyses sur la durée de séjour sont fondées sur la province où a eu lieu l'intervention et non sur la province de résidence du patient. Les résidents non canadiens et les patients dont le code postal est inconnu ou invalide sont inclus dans la présente analyse.

## **Présentation des taux normalisés selon l'âge**

La normalisation selon l'âge est une technique d'analyse courante utilisée pour comparer les taux au fil du temps; elle prend en considération les changements de la structure de l'âge au sein des populations et dans le temps. À moins d'indication contraire, les taux fournis dans le rapport sont normalisés selon l'âge et sont présentés par 100 000 habitants.

Les taux ont été calculés en fonction d'estimations démographiques nationales et provinciales. Ces dernières datent du 1<sup>er</sup> octobre d'un exercice financier donné et ont été fournies expressément par Statistique Canada. Les taux normalisés selon l'âge ont été déterminés en fonction des données démographiques de la population canadienne de 1991.

Les chiffres et les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou d'une période à l'autre pourraient varier dans le présent rapport comparativement aux rapports antérieurs.

Voici pourquoi :

- les données des exercices 1995-1996 à 2000-2001 ont été mises à jour dans la BDMH;
- les taux normalisés selon l'âge ont été calculés en fonction des estimations démographiques à jour fournies par Statistique Canada.

## **Déclaration de données sur la médiane et l'interquartile de la durée du séjour**

La médiane est une mesure de la tendance centrale, c'est-à-dire la valeur centrale d'une série statistique. La médiane est moins sensible aux valeurs extrêmes que la moyenne; elle permet donc d'obtenir des résultats plus représentatifs dans le cas des distributions très asymétriques. L'interquartile est une mesure similaire de la variabilité qui correspond à la différence entre le 3<sup>e</sup> et le 1<sup>er</sup> quartiles.

## **Codes utilisés dans la codification des arthroplasties de la hanche et du genou**

Dans la BDMH, pour la période de 1994 à 2000, les arthroplasties de la hanche et du genou ont été codifiées au moyen de la classification ICD-9-CM (ICD-9-CM, 9<sup>e</sup> révision — Modification clinique) ou CCA (CIM-9/CCA, 9<sup>e</sup> révision — Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux). Les codes de l'ICD-9-CM ont été convertis à la CCA pour le présent rapport. À compter de 2001, les anciens systèmes de classification ont été remplacés graduellement par la CIM-10-CA/CCI (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada, et Classification canadienne des interventions en santé) partout au pays. Comparativement aux systèmes précédents, la classification des arthroplasties de la hanche et du genou est plus précise dans la CCI. En plus de contenir des codes pour les modes de fixation cimentée et non cimentée, cette classification permet de distinguer les arthroplasties partielles des arthroplasties totales.

Au cours de l'exercice 2003-2004, la CIM-10-CA et la CCI ont été mises à jour. Le Nouveau-Brunswick a commencé à mettre en œuvre les nouvelles versions de la CIM-10-CA et de la CCI. Les provinces et les territoires qui utilisaient déjà la CIM-10-CA et la CCI pour codifier les interventions et les diagnostics médicaux ont commencé à utiliser la version à jour de ces systèmes de classification, tandis que le Manitoba et le Québec utilisaient encore l'ICD-9-CM et la CIM-9/CCA, respectivement, pendant cet exercice. Par conséquent, le fichier

de données de 2003-2004 de la BDMH contient des données de trois différents systèmes de classification, soit la CIM-9/CCA, l'ICD-9-CM (en plus des données de la CIM-9/CCA) et la CIM-10-CA/CCI (versions de 2001 et de 2003).

En 2004-2005, le Manitoba a commencé à adopter la CIM-10-CA/CCI, ce qui complétait la mise en œuvre du nouveau système de classification dans l'ensemble des provinces et des territoires qui contribuent à la BDCP. Les provinces et les territoires ont ainsi tous codifié leurs arthroplasties de la hanche et du genou au moyen de la CIM-10-CA/CCI lors des exercices 2004-2005 et 2005-2006, à l'exception du Québec qui utilisait la classification CIM-9/CCA.

Il importe de noter que la CIM-10-CA et la CCI sont très différentes de la CIM-9/CCA et de l'ICD-9-CM utilisés auparavant qui, eux, ont beaucoup de points en commun.

### **Arthroplasties de la hanche**

Le tableau B-1 présente les codes utilisés pour désigner les arthroplasties de la hanche dans le présent rapport. Dans la CCI, le code de rubrique présentant un intérêt est le 1.VA.53 *Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche*. Ce code se divise en sous-catégories plus détaillées : spacer en ciment, prothèse à un composant et prothèse à deux composants. Pour chacune de ces sous-catégories, il faut préciser s'il s'agit d'un mode de fixation cimentée ou non cimentée (cette dernière sous-catégorie contient encore plus de précisions). Pour les besoins du présent rapport, seuls les codes des prothèses à deux composants sont pertinents, car ils permettent de saisir les données sur les arthroplasties totales de la hanche (et non les arthroplasties partielles) : 1.VA.53.LA-PN (approche ouverte) et 1.VA.53.PN-PN (téléopération robotisée). Dans la CCI, les reprises sont désignées par un code supplémentaire, le code « R », un attribut de situation. Veuillez noter que pour les exercices 2001-2002 et 2002-2003, l'utilisation de ce code était facultative; il se peut donc que le nombre de reprises ait été sous-estimé. La codification des reprises est obligatoire depuis l'exercice 2003-2004.

En ce qui concerne les arthroplasties de la hanche codifiées au moyen de la CCA, les codes pertinents dans le présent rapport sont les suivants : 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. Toutefois, après le 1<sup>er</sup> avril 2000, on a commencé à attribuer le code 93.52 de la CCA aux reprises d'arthroplasties totales de la hanche *cimentées en utilisant du méthacrylate de méthyle* et le code 93.53 aux reprises d'arthroplasties totales de la hanche *non cimentées*. Ainsi, dans le présent rapport, lorsqu'il est question des arthroplasties totales de la hanche, l'un de ces quatre codes est utilisé. Veuillez noter que les arthroplasties partielles de la hanche sont codifiées à l'aide du code 93.69 *Autre réparation de la hanche* de la CCA, qui n'est pas inclus dans les analyses du présent rapport.

**Tableau B-1 Codes de la CCI et de la CCA pour les arthroplasties de la hanche**

Rubrique	Codes de la CCI				
	Cimentée	Non cimentée	Par autogreffe osseuse [non cimentée]	Par homogreffe osseuse [non cimentée]	Avec source combinée de tissus [par exemple, greffe osseuse, ciment, pâte]
<b>1.VA.53.^.^ Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche</b>					
<b>Approche ouverte</b>					
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
<b>Téléopération robotisée [par exemple, télémanipulation d'outils]</b>					
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 — Arthroplastie totale de la hanche	93.51		Arthroplastie totale de la hanche, cimentée		
	93.59		Autre arthroplastie totale de la hanche		
	93.52		Reprise d'une arthroplastie totale de la hanche, cimentée		
	93.53		Reprise d'une arthroplastie totale de la hanche, non cimentée		

**Remarques**

1.VA.53.^.^ Implantation d'un appareil interne, articulation de la 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 (voir 1.SQ.53.^.^)

\* Au moment de l'analyse des données de la BDMH, seuls les codes de la CCI désignant les prothèses à deux composants ont été pris en considération, car ils font référence aux arthroplasties totales de la hanche et non aux arthroplasties partielles.

## Arthroplasties du genou

Le tableau B-2 présente les codes utilisés pour désigner les arthroplasties du genou dans le présent rapport. Veuillez noter que même si les codes de la CCI permettent de distinguer les arthroplasties totales du genou des arthroplasties partielles, *tous* les codes de la rubrique 1.VG.53 ont été utilisés pour caractériser les arthroplasties totales du genou. Nous avons décidé d'inclure les arthroplasties partielles dans le présent rapport aux fins de comparaison avec les provinces qui utilisent un système de classification antérieur ne permettant pas de différencier les deux types de chirurgie. Le tableau B-3 démontre l'écart entre les arthroplasties partielles et les arthroplasties totales du genou au moyen des codes de la CCI d'après les données de l'exercice 2004-2005.

Dans la CCA, le code pertinent aux arthroplasties du genou était 93.41 *Remplacement total du genou (géomédiq ue et polycentrique)*; il a permis de saisir les interventions initiales et les reprises jusqu'en avril 2000. Par la suite, on a ajouté le code 93.40 pour saisir les reprises d'arthroplasties totales du genou, cimentées ou non cimentées. Dans la CCI, on désignait les reprises au moyen de l'attribut de situation « R » dont l'utilisation était facultative en 2001-2002 et en 2002-2003. La codification des reprises est devenue obligatoire à partir de 2003-2004. Le code 93.471 de la CCA est utilisé dans Med-Écho depuis 1998 pour saisir les reprises d'arthroplasties du genou au Québec. Cependant, le reste du Canada utilise le code 93.40 de la CCA pour désigner les reprises d'arthroplasties du genou (cimentées et non cimentées).

**Tableau B-2 Codes de la CCI et de la CCA pour les arthroplasties totales du genou\***

Rubrique	Codes de la CCI				
	Cimentée	Non cimentée	Par autogreffe osseuse	Par allogreffe osseuse	Avec source combinée de tissus [par exemple, greffe osseuse, ciment, pâte]
1.VG.53.^ ^ Implantation d'un appareil interne, articulation du genou					
Spacer en ciment [temporaire] [imprégnée d'antibiotiques]	1.VG.53.LA-SL-N	—	—	—	—
Prothèse à deux composants [bicondylien]	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 [unicondylien]	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]	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	Codes de la CCA		Description de la CCA		
93.4 — Arthroplastie du genou et de la cheville	93.41		Arthroplastie totale du genou (géomédiq ue) (polycentrique)		
	93.40, 93.471		Reprise d'une arthroplastie totale du genou (géomédiq ue) (polycentrique)		

### Remarques

1.VG.53.^ ^ Implantation d'un appareil 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  
 Remplacement fémoro-rotulien uniquement

\* On a tenu compte de tous ces codes de la CCI dans l'analyse des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les joins ambulatoires de l'Institut canadienne d'information sur la santé.

**Tableau B-3** Nombre d'hospitalisations en raison d'arthroplasties partielles et totales du genou, selon la province des hôpitaux participants (provinces utilisant la CIM-10-CA et la CCI uniquement)

Province des hôpitaux participants	Types d'arthroplasties du genou					
	Partielles*		Totales†		Toutes les arthroplasties du genou (CCI)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Terre-Neuve-et-Labrador	23	4,5	489	95,5	512	100
Île-du-Prince-Édouard	< 5	0,4	224	99,6	225	100
Nouvelle-Écosse	54	4,9	1 049	95,1	1 103	100
Nouveau-Brunswick	94	9,4	911	90,6	1 005	100
Ontario	953	4,6	19 823	95,4	20 776	100
Manitoba	65	2,9	2 192	97,1	2 257	100
Saskatchewan	64	4,1	1 500	95,9	1 564	100
Alberta	243	5,9	3 856	94,1	4 099	100
Colombie-Britannique	354	5,5	6 046	94,5	6 400	100
Territoires du Nord-Ouest	0	0,0	27	100,0	27	100
Yukon	0	0,0	12	100,0	12	100
<b>Total</b>	<b>1 851</b>	<b>4,9</b>	<b>36 129</b>	<b>95,1</b>	<b>37 980</b>	<b>100</b>

**Remarques**

Les cellules dont la valeur est inférieure à cinq ont été supprimées pour des raisons de respect de la vie privée.

\* Codes de la CCI pour les arthroplasties partielles du genou : 1.VG.53.LA-PM et 1.VG.53.LA-SL.

† Codes de la CCI pour les arthroplasties totales du genou : 1.VG.53.LA-PP et 1.VG.53.LA-PN.

**Source**

Base de données sur les congés des patients, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.





## Annexe C : Caractéristiques démographiques des patients selon le RCRA et la BDMH

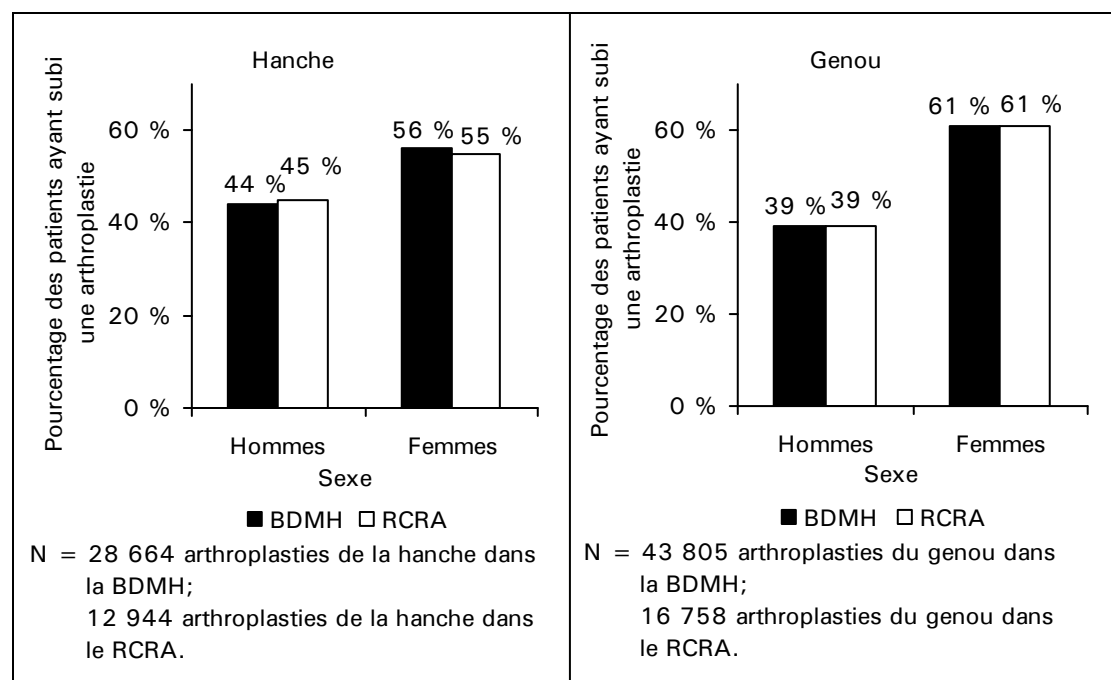
Les données du RCRA, déclarées dans la BDMH, constituent un sous-ensemble de tous les patients qui ont subi une arthroplastie dans un hôpital canadien. La présente section compare les caractéristiques démographiques enregistrées dans le RCRA en 2006-2007 aux données enregistrées dans la BDMH pour la même période afin de déterminer dans quelle mesure les données du RCRA sont représentatives de l'ensemble des patients figurant dans la BDMH. En ce qui concerne le Québec, comme les données de 2006-2007 n'étaient pas disponibles, la comparaison repose sur les données de la BDMH de 2005-2006.

Au total, le RCRA contient des données sur 45 % des arthroplasties de la hanche et 38 % des arthroplasties du genou enregistrées dans la BDMH en 2006-2007.

### Sexe

La répartition selon le sexe des patients ayant subi une arthroplastie dans le RCRA est comparable à celle de la BDMH. La figure 28 indique que, selon le RCRA, 55 % des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche étaient des femmes et 45 %, des hommes, tandis que selon la BDMH, 56 % de ces patients étaient des femmes et 44 %, des hommes. En ce qui concerne les arthroplasties du genou, le RCRA et la BDMH ont tous deux enregistré 61 % de femmes et 39 % d'hommes.

**Figure 28 Répartition selon le sexe des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007**



### Remarque

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

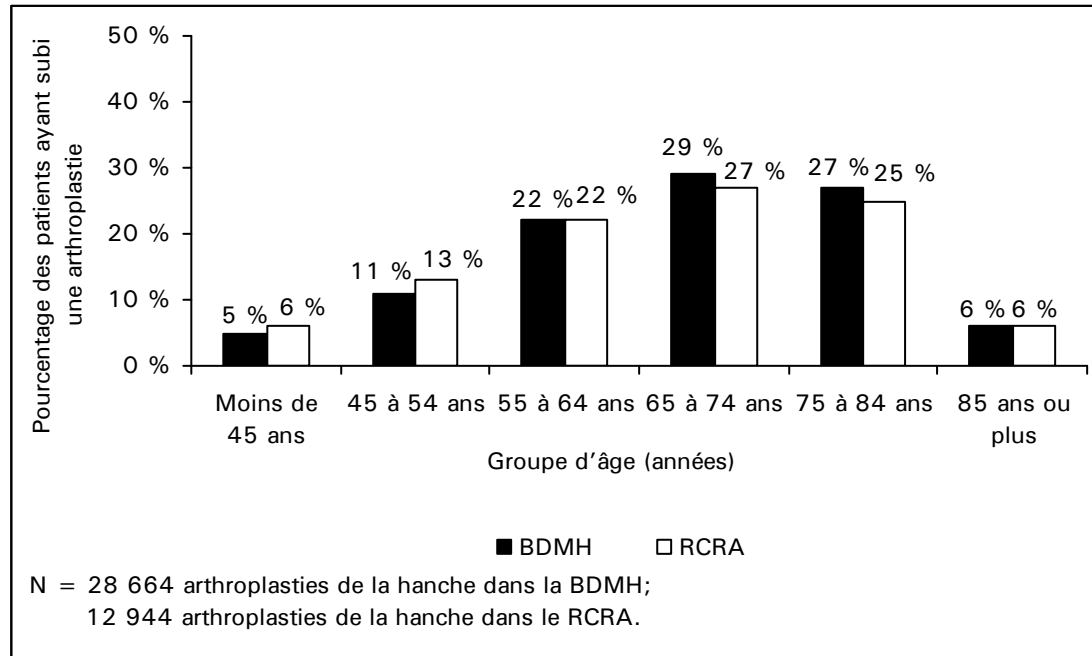
### Sources

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Âge

La répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie dans le RCRA est aussi comparable à celle de la BDMH (figures 29 et 30).

**Figure 29 Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007**



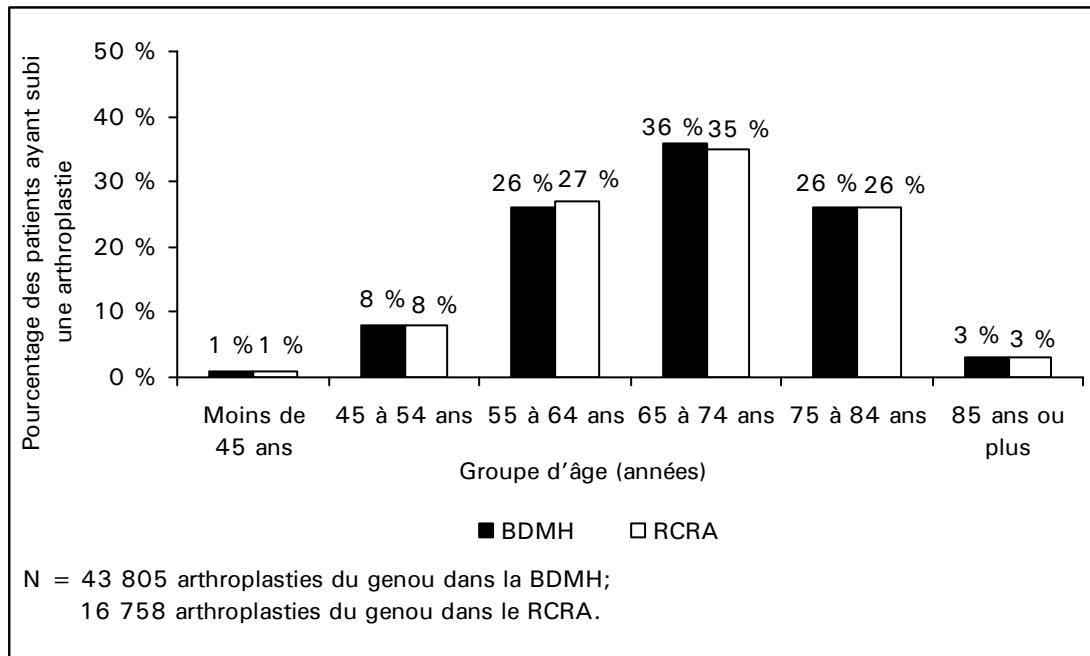
### Remarque

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

### Sources

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 30 Répartition selon l'âge des patients ayant subi une arthroplastie du genou, RCRA et BDMH, 2006-2007**



**Remarque**

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

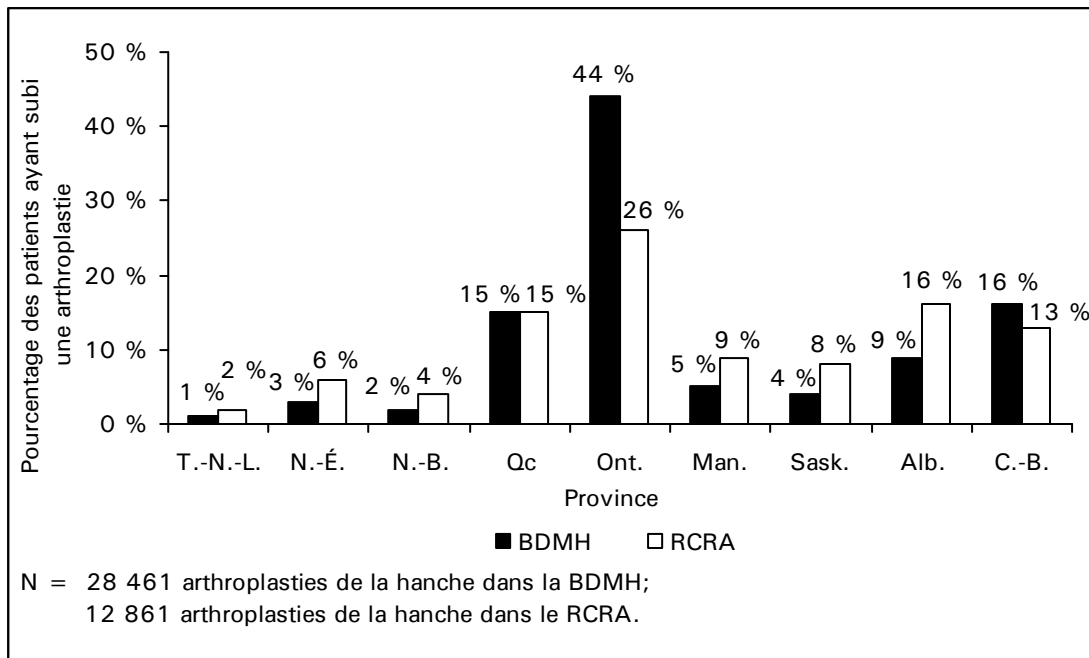
**Sources**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Province de résidence des patients

Les figures 31 et 32 présentent la répartition des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou selon le RCRA et la BDMH et la province de résidence. L'Ontario est largement sous-représenté dans le RCRA par rapport à la plupart des autres provinces, qui y sont surreprésentées.

**Figure 31 Répartition des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche par province de résidence, RCRA et BDMH, 2006-2007**



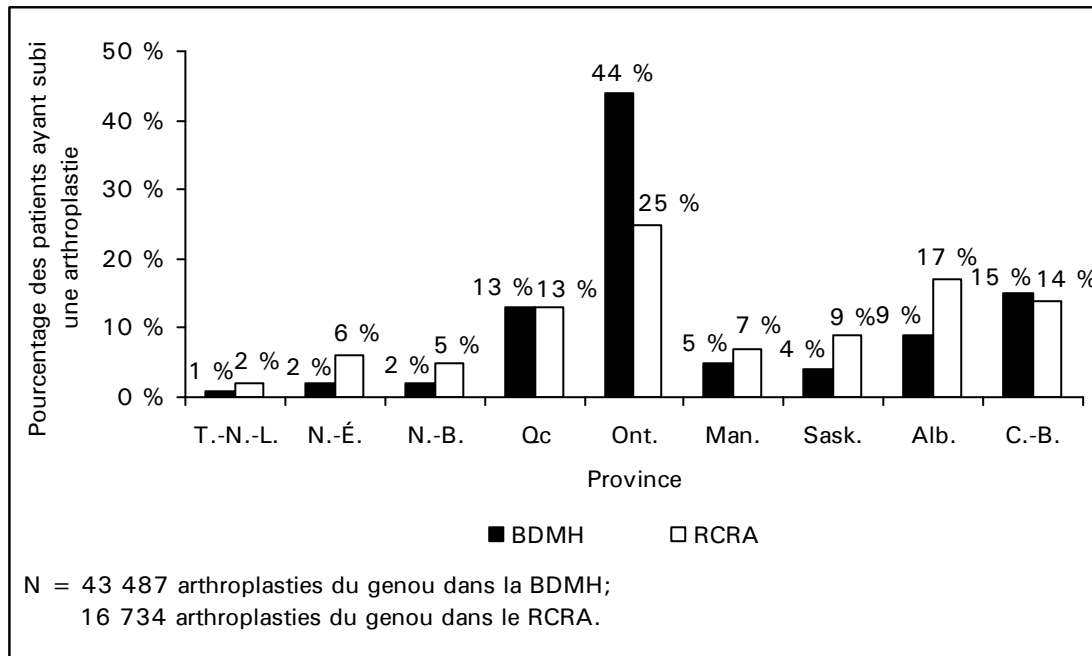
### Remarque

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

### Sources

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 32 Répartition des patients ayant subi une arthroplastie du genou par province de résidence, RCRA et BDMH, 2006-2007**



**Remarque**

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

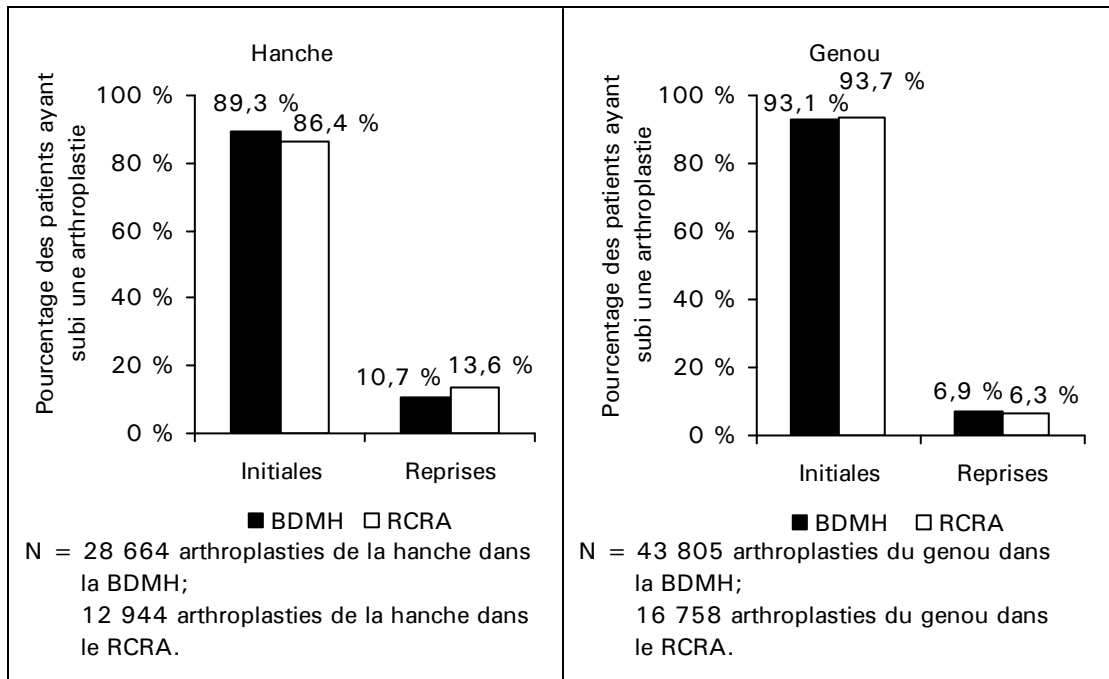
**Sources**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Arthroplasties initiales et reprises

La figure 33 compare les proportions d'arthroplasties initiales et de reprises répertoriées dans le RCRA et la BDMH. Les reprises d'arthroplasties de la hanche sont légèrement surreprésentées dans le RCRA, tandis que les arthroplasties initiales de la hanche y sont légèrement sous-représentées. La proportion des arthroplasties initiales du genou et des reprises est similaire dans le RCRA et la BDMH.

**Figure 33** Type d'arthroplasties déclarées au RCRA et à la BDMH, 2006-2007



### Remarque

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

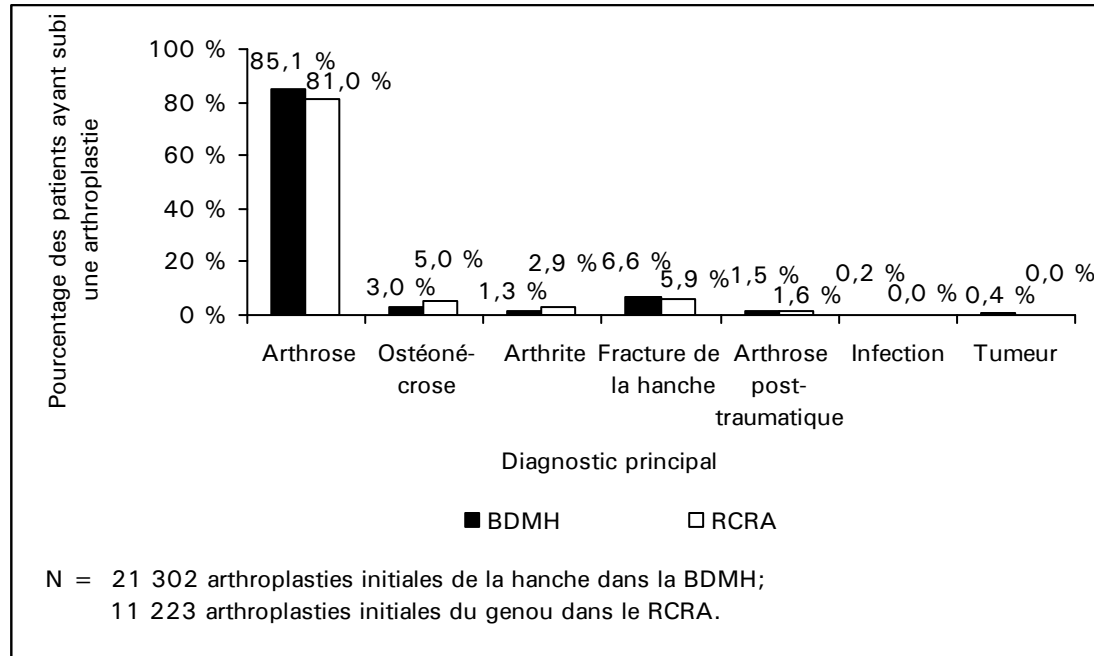
### Sources

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

## Diagnostic principal

La figure 34, qui compare le diagnostic principal déclaré le plus fréquemment au RCRA et à la BDMH, fait état d'une répartition relativement similaire en 2006-2007.

**Figure 34 Diagnostic principal des arthroplasties de la hanche, RCRA et BDMH, 2006-2007**



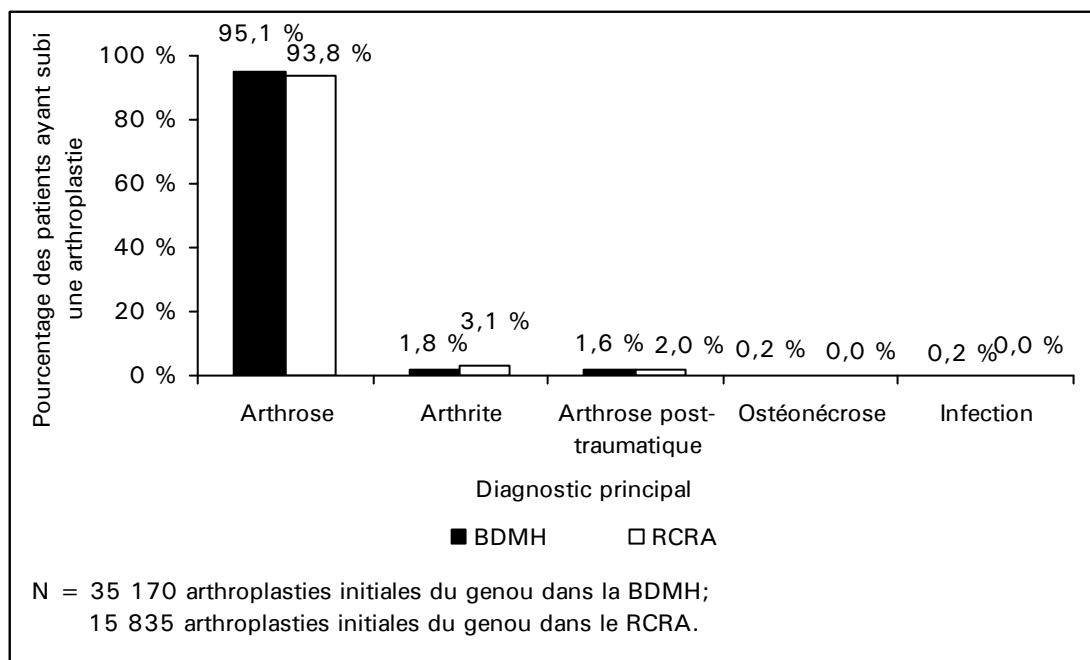
### Remarque

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

### Sources

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 35 Diagnostic principal des arthroplasties du genou, RCRA et BDMH, 2006-2007



**Remarque**

L'analyse tient compte des données de 2005-2006 du Québec figurant dans la BDMH.

**Sources**

Registre canadien des remplacements articulaires, 2006-2007 et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007, Institut canadien d'information sur la santé.



## **Annexe D : Méthodologie de codification des arthroplasties de la hanche et du genou, RCRA**

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

Le contenu de la section Caractéristiques chirurgicales et cliniques du présent rapport repose sur des données du RCRA. La méthodologie utilisée dans cette section est présentée ci-dessous.

#### **Collecte des données du RCRA**

Le RCRA est un registre national qui recueille des données sur les arthroplasties initiales et les reprises d'arthroplasties de la hanche et du genou effectuées au Canada. Les données sont soumises au RCRA sur une base volontaire par les chirurgiens participants de toutes les provinces du Canada à l'aide de formulaires de collecte de données normalisés. Quatre établissements ont soumis des données par voie électronique au cours de l'exercice 2006-2007. De juillet 2003 à septembre 2005, les données de l'Ontario ont été transmises par l'Ontario Joint Replacement Registry (OJRR). Depuis octobre 2005, les données des chirurgiens ontariens sont soumises au RCRA.

Toutes les données déclarées sont soumises à des contrôles de validation normalisés afin qu'elles soient de la meilleure qualité possible. Pour de plus amples renseignements sur les données et la couverture du RCRA, consultez la section À propos du Registre canadien des remplacements articulaires.

#### **Période de référence de la population**

Les données chirurgicales et cliniques du présent rapport s'appuient sur les arthroplasties de la hanche et du genou et les reprises pratiquées dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée. Les données sont présentées par exercice (de 2002-2003 à 2006-2007), mais le rapport porte principalement sur les données de l'exercice 2006-2007 (du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007). L'exercice est déterminé en fonction de la date des chirurgies figurant sur les formulaires du RCRA. Dans les cas où la date de la chirurgie n'a pas été indiquée, la date d'admission du patient a été utilisée.

Les données chirurgicales soumises par les chirurgiens orthopédistes présentées dans le rapport pourraient faire l'objet d'une mise à jour dans les rapports ultérieurs. Le RCRA continue d'accepter les données après la date limite de la période de déclaration. Par conséquent, l'information provenant de cette source de données pourrait être incomplète. Les données de 2002-2003 à 2005-2006 du présent rapport ont été mises à jour depuis la publication du rapport annuel de 2005 du RCRA.

#### **Déclaration des données géographiques**

En ce qui concerne les données cliniques et chirurgicales du présent rapport, la province mentionnée a été déterminée en fonction du lieu où a été pratiquée la chirurgie; il ne s'agit pas de la province de résidence du patient.

## **Sous-dénombrement**

Depuis 2002-2003, on observe une augmentation soutenue du nombre d'arthroplasties initiales de la hanche déclarées au RCRA sur cinq ans. Pendant cette période, l'augmentation totale des arthroplasties initiales de la hanche a été de 50 %, tandis que celle des reprises d'arthroplasties de la hanche a été de 60 %. Le nombre d'arthroplasties du genou déclarées au RCRA de 2002-2003 à 2006-2007 a augmenté de 65 % dans le cas des interventions initiales et de 74 % dans le cas des reprises.

Étant donné que les chirurgiens admissibles ne soumettent pas tous des données au RCRA, le sous-dénombrement constitue l'une des limites des données du registre. Le taux de participation global des chirurgiens au RCRA au 31 mars 2007 s'établissait à 61 %, les taux variant d'une province à l'autre. De plus, il est impossible de déterminer si chaque chirurgien participant a soumis des données sur toutes ses interventions. Une certaine distorsion des réponses est donc possible, mais non quantifiable.

Pour de plus amples renseignements sur la participation au RCRA et sur l'étendue du registre, veuillez consulter la section À propos du Registre canadien des remplacements articulaires.

## **Interventions**

Le nombre de cas est déterminé en fonction du nombre d'interventions. Si un patient a subi une intervention bilatérale, cela équivaut à deux interventions dans le RCRA.

## **Remarques sur les éléments de données**

### *Chirurgie peu invasive*

Le RCRA a commencé à recueillir des renseignements sur les chirurgies peu invasives en 2003-2004.

### *Reprises et prévention de la TVP*

Au moment de consigner leurs données sur les reprises d'arthroplasties, les chirurgiens devaient choisir *au moins un* motif justifiant la reprise dans une liste qui leur était présentée. On leur demandait également d'indiquer au moins une méthode de prévention de la TVP. Puisque les chirurgiens pouvaient fournir plus d'une réponse aux deux éléments, les pourcentages présentés dans le rapport, en ce qui a trait aux motifs des reprises et à la prévention de la TVP, peuvent ne pas totaliser 100 %.

Veuillez noter qu'un établissement a été en mesure de préciser s'il s'agissait de chirurgies initiales ou de reprises, mais n'a pas pu fournir de renseignements sur le type de reprise (première reprise, deuxième reprise). Le nombre de reprises est donc plus élevé que le résultat du dénombrement selon le type de reprise.

### *Exérèses*

Deux établissements n'ont pas fourni de renseignements sur les exérèses pour l'exercice 2006-2007; il pourrait donc y avoir un sous-dénombrement de ces interventions.

### *Composants remplacés*

Dans le présent rapport, le terme « composants remplacés » désigne les composants remplaçant des prothèses artificielles existantes, notamment dans le cadre de reprises.

### *Indice de masse corporelle*

L'IMC se calcule de la façon suivante : le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres)<sup>8</sup>.

Selon les normes internationales, les patients ont été classés dans les catégories d'IMC suivantes : moins de 18,5 (poids insuffisant), de 18,5 à 24,9 (poids normal), de 25,0 à 29,9 (surpoids), de 30,0 à 34,9 (obésité de classe I), de 35,0 à 39,9 (obésité de classe II) et 40,0 et plus (obésité de classe III).

### *Temps d'attente*

Le temps d'attente est compris entre le moment où la décision de pratiquer l'intervention est prise par le chirurgien orthopédiste, avec le consentement du patient, et la date à laquelle l'intervention a lieu. Dans le présent rapport, la médiane et l'interquartile des temps d'attente reposent sur la répartition des temps d'attente.

### **Analyses statistiques et tests de signification**

Le test de Wilcoxon, une méthode non paramétrique, a été utilisé pour évaluer le rapport entre le sexe d'un patient et le temps écoulé entre la chirurgie initiale et la première reprise pour les arthroplasties de la hanche et du genou.

Les analyses statistiques du présent rapport s'appuient sur des tests t pour comparer les moyennes de deux groupes, sur des tests du chi carré et des tests de Mantel-Haenszel pour déterminer des tendances et sur des méthodes non paramétriques pour comparer les médianes.

Dans le présent rapport, lorsque le terme « significatif » est employé, cela signifie qu'un test statistique bilatéral a été réalisé (test t ou test du chi carré, selon le cas) et que les résultats se sont révélés statistiquement significatifs au niveau de 0,05.



## **Annexe E : Définition de l'arthroplastie de la hanche et du genou dans le RCRA**

### **Arthroplastie de la hanche**

La définition ou l'algorithme relatif aux catégories et sous-catégories des types d'arthroplastie de la hanche repose sur une combinaison des données sur le remplacement des quatre compartiments présentées dans le tableau E-1 ci-dessous.

**Tableau E-1 Algorithme utilisé pour définir les types d'arthroplastie de la hanche**

<b>Type d'arthroplastie</b>	<b>Tige fémorale</b>	<b>Tête fémorale</b>	<b>Composant acétabulaire</b>	<b>Noyau acétabulaire</b>
Arthroplastie totale	Oui	Oui	Oui	Oui
Hémi-arthroplastie				
1. Unipolaire	Oui	Oui	Non	Non
2. Bipolaire	Oui	Oui	Oui	Non
Arthroplastie de resurfaçage				
1. Resurfaçage total	Non	Oui	Oui	Non
2. Hémi-resurfaçage	Non	Oui	Non	Non

### **Arthroplastie du genou**

Le présent rapport traite de deux types d'arthroplastie du genou : l'arthroplastie totale, qui désigne le remplacement des trois compartiments du genou (les compartiments interne, externe et fémoro-rotulien) et l'arthroplastie unicompartmentale, qui désigne le remplacement du compartiment interne ou externe du genou, ou des deux.



## Annexe F : Glossaire

### Abord antérolatéral

Type de chirurgie utilisée dans les arthroplasties de la hanche. Cet abord chirurgical standard consiste à pratiquer l'incision entre le gluteus medius et le muscle tenseur.

### Abord latéral direct

Abord chirurgical utilisé dans les arthroplasties ou les resurfaçages de la hanche consistant à surélever les abducteurs de la hanche pour accéder à l'articulation au moyen d'une incision verticale pratiquée dans les abducteurs.

### Abord postérolatéral

Abord chirurgical utilisé dans les arthroplasties ou les resurfaçages de la hanche consistant à pratiquer une longue incision dans le haut de la cuisse du côté de la hanche.

### Acétabulum

Cavité articulaire de la hanche en forme de coupe. Le terme latin, *acetabulum* signifie « coupe », plus particulièrement une coupe à vinaigre. L'acétabulum est une partie du bassin. La tête (extrémité supérieure) du fémur (l'os de la cuisse) se loge dans l'acétabulum et forme l'éнарthrose.

### Arthroplastie de la hanche

Chirurgie visant à remplacer la totalité ou une partie de l'articulation de la hanche par une articulation artificielle. La hanche consiste essentiellement en une éнарthrose qui joint la « bille » à la tête de l'os de la cuisse (fémur) à la cavité articulaire en forme de coupe dans l'os pelvien. La chirurgie vise à implanter une prothèse complète afin de remplacer l'os endommagé situé dans l'articulation de la hanche.

Cette prothèse complète de la hanche est formée de trois parties :

- une coupe, qui remplace la cavité articulaire de la hanche (cette coupe est habituellement en plastique, bien que certains utilisent d'autres matériaux, comme la céramique et le métal);
- une bille en métal ou en céramique, qui remplace la tête du fémur;
- une tige en métal, qui est attachée au corps de l'os afin d'accroître la stabilité de la prothèse.

L'hémi-arthroplastie peut être unipolaire (où seules la tête fémorale et la tige sont remplacées) ou bipolaire (où sont remplacées la tête fémorale, la tige fémorale et le composant acétabulaire, mais pas le noyau acétabulaire).

Le resurfaçage de la hanche est un autre abord chirurgical. Il peut être complet (où la tête fémorale et le composant acétabulaire sont remplacés) ou unilatéral (où seule la tête fémorale est remplacée).

### **Arthroplastie du genou**

Chirurgie visant à remplacer une articulation douloureuse, endommagée ou atteinte par une articulation artificielle. Le chirurgien orthopédiste pratique une incision sur le genou. Il écarte ensuite la rotule et coupe les extrémités du fémur (os de la cuisse) et du tibia afin qu'elles s'ajustent à la prothèse. De plus, le chirurgien coupe la partie inférieure de la rotule afin de permettre l'installation d'une prothèse.

### **Arthroplastie du genou unicompartmentale**

Intervention utilisée lorsqu'une seule partie du genou (composant interne, externe ou fémoro-rotulien) est atteinte ou endommagée et doit être remplacée par une prothèse.

### **Arthroplastie initiale**

Premier remplacement de l'os par une prothèse.

### **Arthrose**

Détérioration du cartilage articulaire à l'origine de douleurs causées par le rétrécissement de l'interligne articulaire.

### **Chirurgie peu invasive**

Méthode chirurgicale révolutionnaire pratiquée dans la plupart des spécialités chirurgicales, notamment la chirurgie orthopédique. Cette technique permet de réduire la taille de l'incision ainsi que le trauma des tissus mous. Toutefois, l'arthroplastie, ou remplacement articulaire, par chirurgie peu invasive comprend quand même la réduction de l'os, le réalignement des tissus mous qui soutiennent l'articulation et l'installation d'un implant. Le terme « modification des abords habituels » décrit la chirurgie peu invasive de façon plus précise.

### **Diagnostic principal**

Diagnostic principal lié à l'admission du patient à l'hôpital et déclaré sur l'abrégé de sortie soumis à l'ICIS. Le diagnostic principal indique la raison principale de l'admission du patient à l'hôpital. Il permet de définir la cause ou la raison exacte d'une arthroplastie de la hanche ou du genou.

### **Grefe osseuse**

Chirurgie qui consiste à placer un morceau d'os dans les espaces entourant un os fracturé ou entre les trous et les déficiences d'un os. Le greffon peut provenir d'un os sain du patient (une autogrefe) ou d'un os congelé provenant d'un donneur (une allogrefe).

### **Hémi-arthroplastie (arthroplastie partielle)**

Chirurgie consistant à remplacer la moitié de l'articulation par une surface artificielle et à laisser l'autre moitié telle quelle (dans son état préopératoire).

### **Indice de masse corporelle (IMC)**

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



### **Laxité aseptique**

Laxité de toute l'articulation caractérisée par l'absence de bactéries.

### **Mode de fixation**

Remplacement des prothèses de la hanche et du genou afin de fixer solidement l'articulation et de permettre à l'os de se développer. Trois grandes catégories de modes de fixation sont analysées dans le présent rapport, tant pour les arthroplasties de la hanche que pour celles du genou : cimentée, non cimentée et hybride. On parle d'une fixation :

- cimentée si les composants visés (fémoral et acétabulaire pour la hanche, et fémoral et tibial pour le genou) ont été cimentés;
- non cimentée si aucun des composants (fémoral et acétabulaire pour la hanche, et fémorale et tibiale pour le genou) n'a été cimenté (p. ex. si une fixation non cimentée, comme des vis, a été utilisée);
- hybride si l'un des composants a été cimenté et l'autre, non.

### **Ostéolyse**

Processus réactionnel au cours duquel un os se désintègre et se dissout.

### **Ostéonécrose**

Tiré du grec, signifie « la mort de l'os » et résulte d'un apport en sang insuffisant.

### **Reprise**

Intervention visant à modifier ou à remplacer une prothèse ou un composant artificiel de la hanche ou du genou. Une reprise peut être nécessaire lorsqu'un composant usé de la hanche ou du genou doit être remplacé par une nouvelle prothèse ou une prothèse améliorée. Cela peut comprendre le délogement d'un ou de plusieurs composants de la hanche ou du genou.

### **Resurfaçage de la hanche (remplacement d'une surface)**

Type d'arthroplastie de la hanche qui permet de préserver les os en remplaçant la tête fémorale par un capuchon métallique plutôt que de pratiquer une arthroplastie totale standard de la hanche (où la tête fémorale est remplacée par une prothèse en métal). Le resurfaçage permet également de restaurer le col fémoral, la tige fémorale et l'acétabulum (la cavité articulaire) à l'aide d'un implant métallique en forme de coupe.

### **Surfaçage de la rotule**

Dans le cadre de l'arthroplastie du genou, le surfaçage et le resurfaçage de la rotule ne peuvent pas être pratiqués pour une arthroplastie du genou unicompartmentale.

### **Surface d'appui**

Type de matériau utilisé dans les prothèses de la hanche (c.-à-d. composant fémoral et acétabulum). Parmi les types de surface, on trouve notamment le cobalt-chrome, l'acier inoxydable, le métal, l'alumine céramique, le polyéthylène standard et le polyéthylène réticulé.

### **Thrombose veineuse profonde (TVP)**

La thrombose veineuse profonde se caractérise par la présence d'un caillot sanguin dans une veine profonde (une veine qui accompagne une artère). La TVP touche principalement les veines de la partie inférieure de la jambe et la cuisse. Elle comprend la formation d'un caillot (thrombus) dans les veines plus importantes de cette partie du corps. Le caillot peut nuire à la circulation sanguine; il peut se détacher et se déplacer dans le système sanguin (embolie). Un embolie peut alors se loger dans le cerveau, les poumons, le cœur ou d'autres parties du corps et ainsi causer de graves dommages à l'organe concerné.

### **Usure**

Usure du polyéthylène, qui peut se traduire par une déformation, un délaminage, un bris, une corrosion, une abrasion et l'usure d'un composant tiers.

## Références

1. J. Williams et E. Badley, *Arthritis and Related Conditions. Patterns of Health Care in Ontario: An ICES Practice Atlas*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1998.
2. J. W. Millar, « Hip and Knee Replacement », *Health Reports*, vol. 14 (2002), p. 37-50.
3. B. R. Burroughs, B. Hallstrom, G. J. Golladay, D. Hoeffel et W. H. Harris, « Range of Motion and Stability in Hip Arthroplasty With 28-, 32-, 38-, and 44 mm Femoral Head Sizes: An In Vitro Study », *Journal of Arthroplasty*, vol. 20, n° 1 (2005), p. 11-19.
4. Statistique Canada, Division de la démographie. Les données sont tirées du recensement et de sources administratives sur les naissances, les décès et la migration.
5. Swedish Knee Arthroplasty Register, Lund University Hospital, *Swedish Knee Arthroplasty Register. Part I—Annual Report 2004*, Lund (Suède), SKAR, 2004.
6. N. De Guia, N. Zhu, M. Keresteci et J. E. Shi, « Obesity and Joint Replacement Surgery in Canada: Findings From the Canadian Joint Replacement Registry », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 3 (2006), p. 36-43.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) 2007 Annual Report—Hip and Knee Replacements in Canada [Rapport annuel de 2007 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) — Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2008.
8. Santé Canada, *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults [Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes]* (en ligne), dernière mise à jour le 10 août 2005. Consulté en mai 2008. Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/cg\\_quick\\_ref-ldc\\_rapide\\_ref-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/cg_quick_ref-ldc_rapide_ref-eng.php) > .
9. V. Goel, J. I. William, C. M. Anderson, P. Blackstien-Hirsh, C. Fooks et C. D. Naylor, *Patterns of Health Care in Ontario: ICES Practice Atlas 2nd Edition*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1996.
10. Organisation mondiale de la Santé, *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry [Utilisation et interprétation de l'anthropométrie]* (Série de rapports techniques), Genève (Suisse), OMS, 1995.
11. Statistique Canada, *What Is BMI? [Qu'est-ce que l'IMC?]* (en ligne). Internet : <http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/articles/adults/aobesitybmi.htm> > .
12. Statistique Canada, *Canadian Community Health Survey [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes]*, 2004.

13. J. M. Bert, « Unicompartmental Knee Replacement », *Orthopedic Clinics of North America*, vol. 36, n° 4 (2005), p. 513-522.
14. The Knee Society, *Unicompartmental Knee Replacement*. Consulté le 4 mai 2007. Internet : < <http://www.kneesociety.org> > .
15. CIGNA Companies, *CIGNA Medical Coverage Policy (Minimally Invasive Total Hip Arthroplasty)* (en ligne), 2006, p. 1-12. Consulté le 20 août 2007. Internet : < [http://www.cigna.com/customer\\_care/healthcare\\_professional/coverage\\_positions/medical/mm\\_0217\\_coveragepositioncriteria\\_minimally\\_invasive\\_total\\_hip\\_arthroplasty.pdf](http://www.cigna.com/customer_care/healthcare_professional/coverage_positions/medical/mm_0217_coveragepositioncriteria_minimally_invasive_total_hip_arthroplasty.pdf) > .
16. R. A. Berger, « Total Hip Arthroplasty Using the Minimally Invasive Two-Incision Approach », *Clinical Orthopaedics & Related Research*, n° 417 (2003), p. 232-241.
17. D. Kelmanovich, M. L. Parks, R. Sinha et W. Macaulay, « Surgical Approaches to Total Hip Arthroplasty », *Journal of the Southern Orthopaedic Association*, vol. 12, n° 2 (2003), p. 90-94.
18. J. F. Wenz, I. Gurkan et S. R. Jibodh, « Mini-Incision Total Hip Arthroplasty: A Comparative Assessment of Perioperative Outcomes », *Orthopaedics*, vol. 25, n° 10 (2002), p. 1031-1043.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Interventional Procedures Overview of Mini-Surgery for Total Knee Replacement* (en ligne), 2004. Consulté le 22 août 2007. Internet : < <http://guidance.nice.org.uk/IPG117> > .

