

(RCRA) REGISTRE CANADIEN DES REMPLACEMENTS ARTICULAIRES



RAPPORT DE 2003

ARTHROPLASTIES TOTALES DE LA HANCHE

ET DU GENOU AU CANADA



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

**Registre canadien des remplacements
articulaires (RCRA)
Rapport de 2003**

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

Tous droits réservés.

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

Les demandes d'autorisation doivent être adressées à :

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

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

ISBN 1-55392-145-3

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:
*Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) – 2003 Report,
Total Hip and Total Knee Replacements in Canada.* ISBN 1-55392-128-3

Remerciements

L'équipe du RCRA de l'ICIS désire souligner le travail des chirurgiens orthopédiques au Canada qui ont contribué à assurer le succès de l'élaboration du RCRA grâce à la présentation rapide de données chirurgicales à verser au Registre. Elle désire remercier tout particulièrement les membres du Comité consultatif du RCRA et du Sous-comité de la recherche et du développement du RCRA à qui elle exprime toute sa gratitude pour leurs précieux conseils spécialisés sur la préparation du registre et du présent rapport.

D^r Robert Bourne
Président, comité consultatif du RCRA
London Health Sciences Centre

D^r Cecil Rorabeck
Président, Sous-comité, RD du RCRA
London Health Sciences Centre

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

D^r Hans Kreder
Sunnybrook and Women's Health
Sciences Centre

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

D^r Andreas Laupacis
Président et directeur général
Institute for Clinical Evaluative Sciences

D^r Dalton Dickinson
Représentant provincial
Nouveau-Brunswick

D^r Brendan Lewis
Terre-Neuve

D^r Michael Dunbar
Directeur de la recherche orthopédique
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre

D^r Barry Ling
Île-du-Prince-Édouard

D^r Clive Duncan
Représentant régional
Colombie-Britannique

D^r James MacKenzie
Fondation canadienne d'orthopédie

D^r Nicholas Duval
Représentant régional
Québec

D^r Rod Martin
Terre-Neuve

D^r Olga Huk
Représentant provincial
Québec

M. Denis Morrice
Président et directeur général
Société d'arthrite du Canada

D^r Douglas E. Kayler
Représentant provincial
Manitoba

D^r Timothy J. Pearce
Alberta

D^r David Petrie
Représentant régional
Provinces de l'Atlantique

D^r Sandra Taylor
Représentante en matière d'éthique
Queen's University

M John Pipe
Représentant des patients

D^r James Waddell
Représentant régional
Ontario

D^r Robert Russell
Terre-Neuve

Susan Warner
Directrice principale
Ontario Joint Replacement Registry

D^r William A. Silver
Représentant provincial
Saskatchewan

Sous la direction de Nizar Ladak, directeur, Services d'information sur la santé, le rapport de 2003 sur le RCRA a été préparé à l'ICIS par :

Julian Martalog, conseiller, RCRA
Dereck Cyrus, analyste principal, RCRA
Kinga David, conseillère, BDMH
Greg Webster, gestionnaire, Registres cliniques
Sharon Meade, opératrice de saisie de données, RCRA
Isabel Tsui, gestionnaire, Développement des applications, services de santé
Herbet Brasileiro, conseiller, Développement des applications, services de santé

Toutes les questions concernant ce rapport doivent être adressées à :

ICIS
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ontario)
M4P 2Y3
Téléphone : (416) 481-2002
Télécopieur : (416) 481-2950
Courriel : rcra@cihi.ca

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)
Rapport de 2003
Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada

Table des matières

Sommaire	1
Introduction	5
Contexte	6
Registre canadien des remplacements articulaires	6
Description	6
Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?	8
Avantages du RCRA.....	10
Participation au RCRA	11
Méthodologie et limites	13
Source de données	13
Éléments de données	16
Analyse des données	17
Qualité des données.....	17
Limites	18
Résultats	18
Tendances relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada	19
Données démographiques des patients	32
Écart entre les provinces/territoires	37
Caractéristiques chirurgicales et cliniques	45
Utilisation et résultats	52
Discussion	55
Conclusion.....	56
Ce que nous ne savons pas.....	56
Prochaines orientations.....	57
Bibliographie	59
Annexe A — Glossaire	A-1
Annexe B — Autres tableaux et figures	B-1

Sommaire

Le rapport annuel 2003 du RCRA est destiné à caractériser l'épidémiologie de base des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées au Canada en fonction des caractéristiques démographiques des patients, du lieu (des données à l'échelle provinciale et nationale) et du temps (tendances), ainsi que des paramètres chirurgicaux et cliniques choisis. Au Canada, 42 917 arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées en 2000-2001, par rapport à 32 147 en 1994-1995, une hausse de 33,5% sur cette période de sept ans.

Les arthroplasties de la hanche et du genou soulagent la douleur et améliorent considérablement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients.^{3,4} Ces bienfaits se font sentir chez les patients de tous les groupes d'âges, y compris ceux âgés de 80 ans et plus.⁴ Compte tenu des résultats remarquables des remplacements articulaires, ces derniers continueront probablement à gagner en popularité dans la plupart des pays développés à mesure que la technologie fait des progrès et que la population vieillit.⁵

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

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

La participation au RCRA ne cesse d'augmenter depuis que les chirurgiens orthopédistes ont commencé à transmettre des données sur les opérations en mai 2001. Au moment de la publication, plus de 54 % des chirurgiens orthopédistes admissibles au Canada (en excluant l'Ontario) prenaient part au registre. Les chirurgiens orthopédistes de l'Ontario transmettent leurs données au *Ontario Joint Replacement Registry* du Health Sciences Centre de London et cette initiative est financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les données sont ensuite acheminées au RCRA par voie électronique.

Méthodologie

Dans le cadre de ce rapport, les données sur les remplacements articulaires proviennent de trois sources : les chirurgiens orthopédistes qui participent au RCRA et deux bases de données sur les sorties des hôpitaux qui sont gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients.

Les données sur les implants chirurgicaux et orthopédiques présentées dans ce rapport s'appuient sur 5 799 chirurgies soumises par les chirurgiens participant au RCRA entre mai 2001 et septembre 2002.

Résultats

En 2000-2001, le Canada a enregistré 42 917 arthroplasties totales de la hanche et du genou, une hausse de 34 % par rapport aux 32 147 arthroplasties pratiquées en 1994-1995. Parmi les provinces, entre 1994-1995 et 2000-2001, le Manitoba a affiché la hausse la plus importante en pourcentage, avec une croissance de 31 % dans les arthroplasties totales de la hanche et plus que le double des arthroplasties totales du genou. Entre 1999-2000 et 2000-2001, la même province a également affiché le pourcentage le plus élevé en reprises de la hanche, et le plus bas en arthroplasties de la hanche (-10,3 %).

Le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans a augmenté de 90 % (de 938 à 1 779), et de 30 % (de 2 310 à 3 013) dans le cas des arthroplasties totales de la hanche. Les personnes âgées de 85 ans et plus ont affiché la plus importante hausse en pourcentage du nombre d'arthroplasties totales de la hanche, une augmentation de 59 % parmi les hommes et de 44 % parmi les femmes. Dans le même ordre d'idées, le nombre d'arthroplasties du genou a fait un bond de 95 % chez les hommes de 85 ans et plus et de 74 % chez les femmes du même âge.

La plupart des arthroplasties totales de la hanche et du genou sont pratiquées sur des personnes de 65 ans et plus. En 2000-2001, l'âge moyen d'un patient ayant subi une arthroplastie totale de la hanche au Canada était de 67,8 ans (69,5 ans pour les femmes et 65,7 ans pour les hommes). La plupart (66 %) des Canadiens ayant subi une arthroplastie de la hanche avaient 65 ans ou plus. À l'opposé, seulement 6 % des patients ayant subi la même intervention avaient moins de 45 ans.

Depuis 1994-1995, ces interventions chirurgicales ont enregistré une nette baisse dans la durée de séjour. De 1994-1995 à 2000-2001, la durée moyenne de séjour a baissé de 29 % dans le cas des arthroplasties totales de la hanche (de 13,6 à 9,7 jours) et de 33 % dans le cas des arthroplasties totales du genou (de 12,2 à 8,2 jours).

Comparaisons provinciales

Les taux normalisés en fonction de l'âge des arthroplasties totales de la hanche et du genou varient à l'échelle nationale. Le Québec et Terre-Neuve ont affiché les taux les plus bas au Canada, à l'opposé de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba qui en ont affiché les plus élevés.

À l'exception du Yukon et du Nunavut, la majorité des patients ont subi une arthroplastie dans leur province de résidence. Parmi le faible pourcentage de patients opérés dans une autre province, les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan étaient les plus enclins à subir une arthroplastie à l'extérieur de leur province.

Caractéristiques cliniques et chirurgicales

L'ostéo-arthrite dégénérative était le diagnostic le plus fréquent dans le cas d'une première arthroplastie de la hanche (76 %) et du genou (88 %). Parmi les autres diagnostics, mentionnons l'ostéonécrose, l'arthrite inflammatoire et l'ostéo-arthrite post-traumatique.

Les raisons les plus courantes des reprises d'arthroplasties totales de la hanche étaient : laxité aseptique (60 %), ostéolyse (34 %), usure (29 %) et instabilité (17 %). Dans le cas des reprises des arthroplasties du genou, les mêmes raisons étaient responsables dans les proportions suivantes : laxité aseptique (42 %), usure (29 %), instabilité (21 %) et ostéolyse (18 %).

La mortalité postopératoire pendant l'hospitalisation est relativement rare parmi les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. En général, le taux de mortalité parmi ces patients était de 0,6 % et 0,2 % respectivement.

Discussion

Bien que les données actuelles ne soient pas adéquates pour établir les taux de reprise, le Registre pourra mesurer les taux de reprise et suivre leur évolution en suivant les patients au fil des ans et en effectuant une surveillance post-commercialisation des prothèses orthopédiques.

À l'avenir, le RCRA explorera les moyens pour mesurer les délais d'attente de ces interventions chirurgicales, et déterminera les besoins pour établir des rapports connexes à l'échelle nationale. Il explorera également les données sur la fixation des priorités, la gravité de la maladie, et le suivi ainsi que la satisfaction des patients en tant qu'éléments supplémentaires qui peuvent être compris dans le RCRA à l'avenir.

On peut obtenir des exemplaires du Rapport de 2003 en consultant le Bureau des commandes de l'ICIS à l'adresse suivante : www.icis.ca. Des copies du sommaire, du communiqué ainsi que les récents bulletins peuvent être téléchargés gratuitement à partir du site Web de l'ICIS. Les demandes de renseignements concernant ce rapport peuvent être adressées à rcra@cihi.ca.

Introduction

Il s'agit du deuxième rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Le premier rapport annuel a été publié en janvier 2002 et le rapport supplémentaire a été diffusé en octobre 2002.^{1,2} Le présent rapport vise à caractériser l'épidémiologie de base des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont pratiquées au Canada en tenant compte des personnes (données démographiques des patients), de l'endroit (données provinciales et nationales), du moment (tendances) ainsi que des paramètres cliniques et chirurgicaux sélectionnés. Les données sur les remplacements articulaires présentées dans ce rapport proviennent de trois sources : des chirurgiens orthopédiques qui participent au RCRA et de deux bases de données sur les sorties des hôpitaux qui sont gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), soit la Base de données sur la morbidité hospitalière ainsi que la Base de données sur les congés des patients.

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

Le RCRA est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et les chirurgiens orthopédiques au Canada. Cette initiative a été parrainée par l'ICIS et les chirurgiens orthopédiques de chaque province qui relèvent de l'Association canadienne d'orthopédie et de la Fondation canadienne d'orthopédie. Plusieurs autres partenaires clés ont contribué à assurer le succès d'élaboration et de mise en oeuvre du RCRA, dont les ministères de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux, la Société d'arthrite, le Réseau canadien de l'arthrite ainsi que l'Ontario Joint Replacement Registry (OJRR).

Dans la section intitulée « Registre canadien des remplacements articulaires », on présente un bref historique de l'élaboration du RCRA ainsi que des précisions sur ce registre.

Contexte

L'arthroplastie totale a grandement évolué depuis 1938 lorsque l'on a présenté pour la première fois la notion d'arthroplastie totale de la hanche. Le remplacement d'une hanche malade peut alléger énormément la douleur du patient et accroître considérablement son état fonctionnel et sa qualité de vie.³ On a également observé de nettes améliorations de tous les aspects de la santé, y compris une douleur réduite, la mobilité, le bien-être ainsi que l'état émotionnel à la suite d'une arthroplastie totale du genou.⁴ Ces avantages profitent à tous les groupes d'âges, y compris aux patients de plus de 80 ans.⁴ Étant donné la possibilité d'obtenir d'excellents résultats à la suite d'une arthroplastie totale, ces interventions ne devraient pas cesser d'augmenter dans la plupart des pays développés à mesure que les technologies évoluent et que la population vieillit.⁵ Le nombre de ces interventions pratiquées tous les ans sera influencé par la nécessité d'avoir recours à cette chirurgie et aux services de santé.

En 2000-2001, on a pratiqué au Canada 42 917 arthroplasties totales de la hanche et du genou comparativement à 32 147 interventions en 1994-1995, ce qui représente une progression de 33,5 % sur sept ans. Cette augmentation est semblable à celle observée aux États-Unis, où le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou a augmenté de 34,2 %, passant de 380 000 interventions en 1994 à 510 000 interventions en 2000.⁶

Cette tendance à la hausse du nombre absolu de chirurgies est jumelée à une progression des taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou, qui ont augmenté de 5,1 % et de 35,6 %, respectivement, au cours de la même période. Cette tendance progressive à la hausse dans les taux rajustés selon l'âge au fil du temps indique que le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur attribuable à une progression du nombre d'interventions pratiquées annuellement.

Registre canadien des remplacements articulaires

Description

Le RCRA représente un registre national chargé de recueillir l'information sur les résultats des patients et les reprises à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou pratiquée au Canada. Ce registre a été officiellement lancé à la rencontre annuelle de l'Association canadienne d'orthopédie qui a eu lieu en juin 2000 et on y verse des données depuis mai 2001. Le RCRA, dont la gestion est assurée par l'ICIS, s'inspire des modèles des registres suédois sur les arthroplasties de la hanche et du genou, qui sont exploités depuis 1975 et 1979, respectivement. Un bref historique de l'élaboration du RCRA figure au tableau 1.

Tableau 1. Historique d'élaboration du RCRA

Jalons	Date
1. Proposition et planification	1995
2. Étude de faisabilité et rapport (phase 1)	Mai 1996
3. Étude pilote et rapport (phase 2)	Août 1997
4. Lancement du RCRA à la rencontre annuelle de 2000 de l'ACO	Juin 2000
5. Début de la présentation des données	Mai 2001
6. Premier rapport annuel du RCRA	Janvier 2002
7. Taux de participation des chirurgiens au RCRA excède 50 %	Juillet 2002
8. Rapport supplémentaire du RCRA	Octobre 2002
9. Deuxième rapport annuel du RCRA	Janvier 2003

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

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

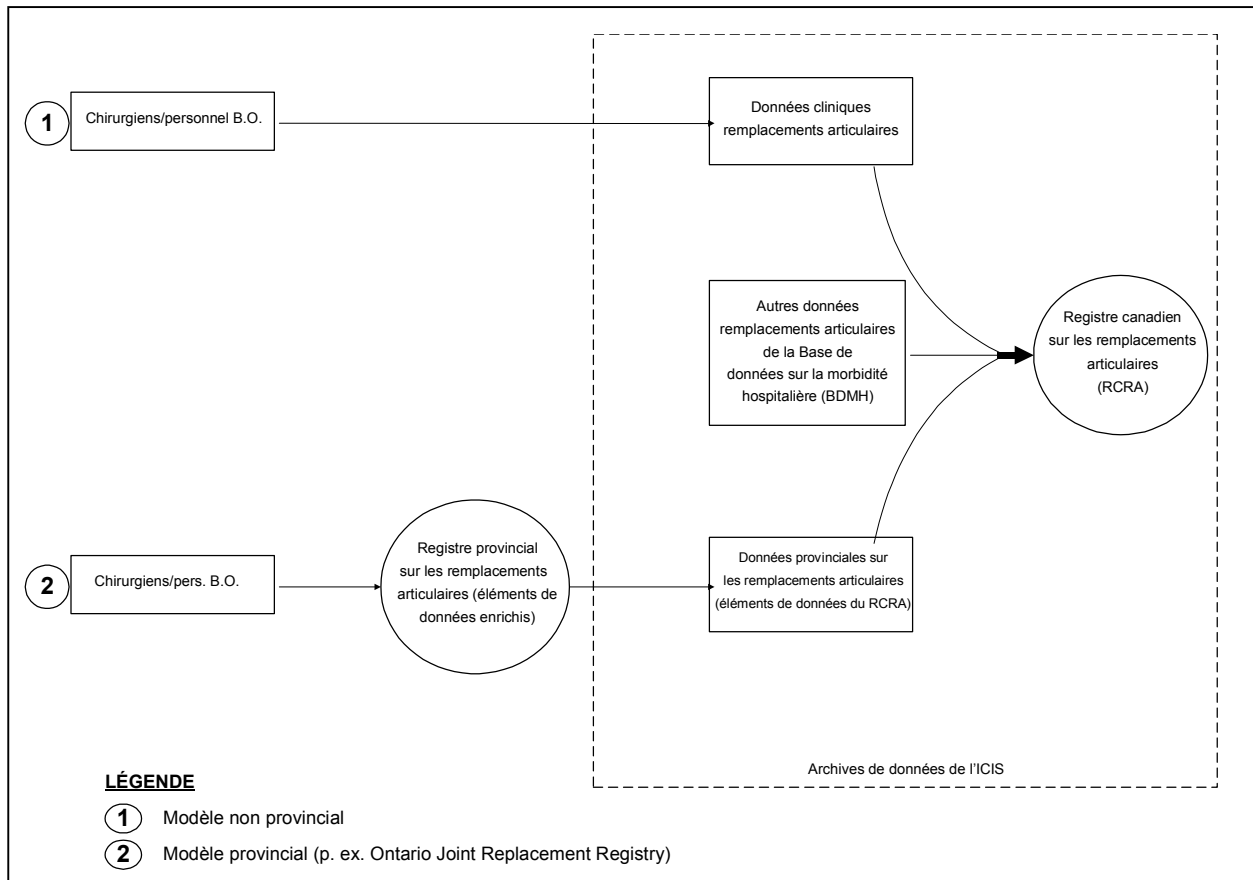


Figure 1. Acheminement des données au Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

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

Pourquoi un Registre national des remplacements articulaires?

Avant la mise sur pied du RCRA, on ne recueillait pas systématiquement à l'échelle nationale de données chirurgicales approfondies sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou. Par conséquent, on ne pouvait pas déterminer l'efficacité relative des diverses techniques chirurgicales, des salles d'opérations, des pratiques d'utilisation d'antibiotiques et de la prévention des thromboses veineuses profondes ainsi que des modes de fixation pour les résultats cliniques et du taux de réussite des implantations. Dans le même ordre d'idées, on connaît peu l'efficacité relative des prothèses de la hanche et du genou qui

existent actuellement. Malgré la prolifération des prothèses orthopédiques au cours des deux dernières décennies, on n'assurait pas auparavant de surveillance constante et systématique de ces dispositifs au Canada après leur mise sur le marché.

Auparavant, la codification des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada ne faisait pas de distinction entre une chirurgie initiale et une reprise. Par conséquent, le pourcentage de *tous* les remplacements qui représentent des reprises, le taux de reprise (soit le pourcentage des remplacements *initiaux* qui font l'objet d'une reprise au cours d'une certaine période) ainsi que les raisons de la reprise ne pouvaient pas être facilement déterminés à partir des sources de données existantes. Au début de l'an 2000, l'ICIS a demandé aux hôpitaux qui soumettent des données à la Base de données sur les congés des patients de codifier séparément les arthroplasties totales de la hanche et du genou initiales par rapport aux reprises, et ce, depuis le 1^{er} avril 2000. Il est alors maintenant possible de déterminer le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont fait l'objet d'une reprise en 2000-2001. Il faut signaler que les hôpitaux du Québec ne soumettent pas de données à la Base de données sur les congés des patients et, par conséquent, sont exclus du calcul du pourcentage des reprises. En 2000-2001, 10,6 % des arthroplasties totales de la hanche et 7,9 % des arthroplasties totales du genou effectuées au Canada (sauf au Québec) étaient des reprises.

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

Même si Santé Canada s'est doté d'un mécanisme d'évaluation et d'approbation des dispositifs médicaux avant de les lancer sur le marché, la surveillance des prothèses médicales et des nouvelles technologies après leur mise sur le marché est grandement déficiente au Canada. Le suivi longitudinal des patients ayant subi une arthroplastie qui sont inscrits au RCRA permettra de dresser les raisons du taux de réussite des implantations et les variables s'y rattachant, d'où la présentation d'un mécanisme efficace de surveillance après la post-commercialisation des prothèses orthopédiques. Dans un article publié dans le *British Medical Journal* en 1996, on demande que l'on mette au point un registre national sur les arthroplasties au R.-U. et on précise qu'il s'agit de la meilleure méthode d'évaluation de prothèses orthopédiques.⁸ L'auteur prétend qu'il faut habituellement assurer le suivi d'une prothèse pendant au moins 10 ans pour en déterminer l'efficacité. Sauf dans le cas de l'arthroplastie à frottement réduit de Charnley, aucune autre prothèse n'a fait l'objet de suivi à long terme au R.-U. L'élaboration du registre national des remplacements articulaires du R.-U. en est au stade de consultation. Le RCRA présente de l'information précieuse sur le rendement des implants à l'intention des chirurgiens au Canada et à l'étranger.

Avantages du RCRA

Pratiquement 43 000 arthroplasties totales étant pratiquées annuellement au Canada, le RCRA deviendra l'un des plus importants registres sur les remplacements articulaires au monde et permet grandement d'assurer le suivi au fil du temps d'un nombre important de patients ayant subi une arthroplastie. Il faut pouvoir compter sur un grand nombre de patients afin de relever les changements dans les tendances ainsi que les écarts provinciaux concernant les taux d'interventions et la durée de séjour. De plus, il faut que la taille de l'échantillon soit imposante afin de pouvoir effectuer des analyses d'associations et des prédictions significatives.

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

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

Avantages pour les patients

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

Avantages pour les chirurgiens

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

Les chirurgiens participants peuvent obtenir des crédits en formation continue en présentant des données sur les interventions au RCRA et en passant en revue les commentaires du RCRA fournis à intervalles réguliers. La présentation à l'ICIS de six formulaires de collecte de données dûment remplis permettra à chaque chirurgien d'obtenir un crédit dans le cadre des activités énoncées à la section 6 (Formation, enseignement et

recherche) du programme relatif au cadre en formation continue du maintien du programme d'accréditation. L'équipe du RCRA de l'ICIS offre aux chirurgiens des mises à jour régulières sur le nombre de crédits obtenus en formation continue grâce à leur participation au RCRA.

Avantages pour le système de santé

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

Participation au RCRA

La participation à l'enrichissement du RCRA a augmenté progressivement depuis le début de la présentation de données sur ces interventions par les chirurgiens orthopédiques en mai 2001. En juillet 2002, le RCRA a dépassé la barre de participation de 50 %. De mai 2001 au 1^{er} décembre 2002, 386 chirurgiens ont commencé à participer à l'enrichissement du RCRA, soit directement, soit par l'entremise de l'Ontario Joint Replacement Registry (OJRR). Les 250 chirurgiens de l'extérieur de l'Ontario comptent pour environ 54 % des chirurgiens orthopédiques admissibles à enrichir le RCRA au Canada (à l'exclusion de l'Ontario). De plus, leur volume annuel représente 77 % des arthroplasties totales de la hanche et du genou exercées au Canada par année (sauf pour l'Ontario). Les chirurgiens orthopédiques de l'Ontario fournissent des données à l'OJRR, qui seront par la suite acheminées de façon électronique au RCRA. Le taux de participation à l'OJRR est encore plus élevé dans les régions où l'on compte un taux de participation active au registre ontarien. Comme il est indiqué au tableau 2, le taux de participation au RCRA varie d'une province à l'autre.

Tableau 2. Participation à l'enrichissement du Registre canadien des remplacements articulaire au 1^{er} décembre 2002

Province	Chirurgiens inscrits à titre de participants	Nombre probable de chirurgiens ²	% des chirurgiens participants	Interventions en 2000-2001	Arthroplasties totales de la hanche ³	Arthroplasties totales du genou ³	Total	% du total d'interventions
Colombie-Britannique	52	94	55,3	5 835	1 901	1 970	3 871	66,3
Alberta	28	50	56,0	4 408	1 052	1 374	2 426	55,0
Saskatchewan	18	24	75,0	1 851	893	998	1 891	S.O.
Manitoba	17	23	73,9	2 090	789	944	1 733	82,9
Québec	75	202	37,1	6 209	1 944	2 030	3 974	64,0
Nouvelle-Écosse	23	26	88,5	1 833	1 390	1 190	2 580	S.O.
Terre-Neuve	11	13	84,6	445	267	290	557	S.O.
Île-du-Prince-Édouard	3	3	100,0	193	75	75	150	77,7
Nouveau-Brunswick	22	25	88,0	1 276	595	755	1 350	S.O.
Territoires du Nord-Ouest	∫	∫	∫	29	10	20	30	S.O.
Nunavut	S.O.	0	S.O.	-	0	0	-	S.O.
Yukon	S.O.	0	S.O.	-	0	0	-	S.O.
Total partiel¹	250	462	54,1	24 169	8 916	9 646	18 562	76,8
Ontario ¹	136	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
TOTAL	386	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

¹ Les chirurgiens ontariens passent par l'OJRR pour participer à l'enrichissement du RCRA. L'OJRR est mis en oeuvre par région à l'échelle de l'Ontario.

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

³ Le nombre probable d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées tous les ans par les chirurgiens ayant accepté de participer à l'enrichissement du RCRA.

∫ Les chiffres ne sont pas assez élevés.

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

Méthodologie et limites

Source de données

Les données relatives aux chirurgies et aux prothèses figurant dans le présent rapport sont soumises au RCRA par les chirurgiens orthopédiques participant à l'enrichissement de ce registre. Les chiffres et les taux à l'échelle nationale et provinciale portant sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou figurant dans le présent rapport proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS.

Chirurgiens orthopédiques

Les données sur les chirurgies et les implants orthopédiques présentées dans ce rapport s'appuient sur 5 799 interventions, qui ont été fournies du 1^{er} mai 2001 au 30 septembre 2002, par les chirurgiens orthopédiques participant au RCRA (figure 3). Il est possible que les données provenant des chirurgiens participant au RCRA varient par rapport à celles des chirurgiens non participants et les résultats ne devraient donc pas être généralisés à l'ensemble des arthroplasties effectuées au Canada.

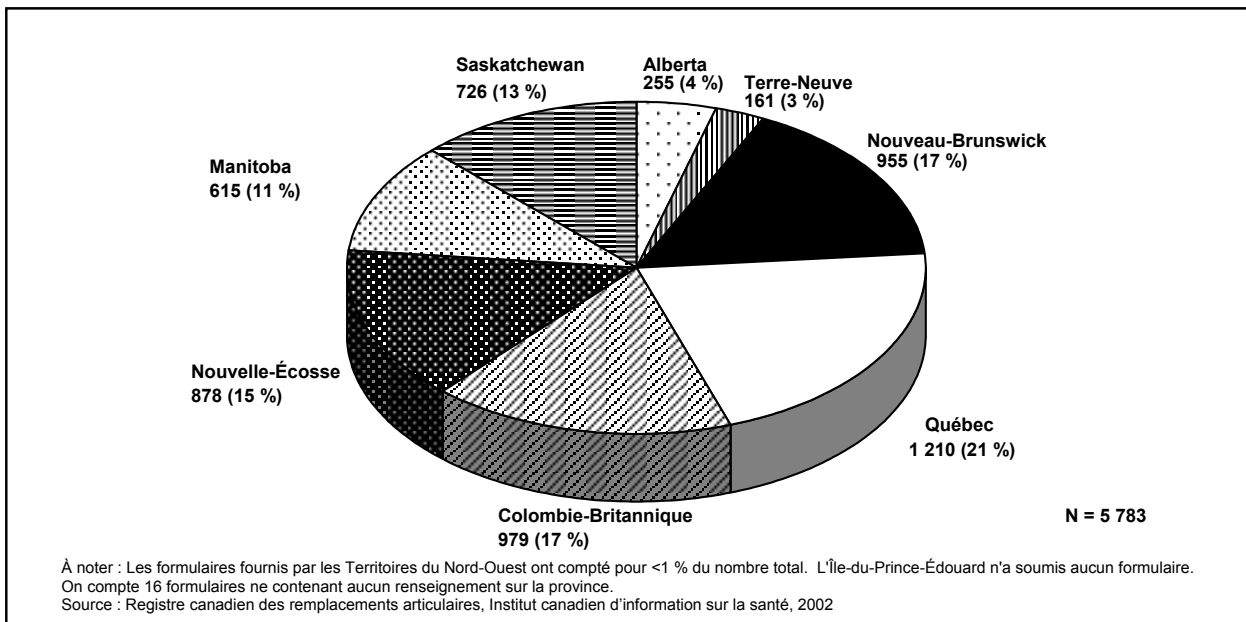


Figure 2. Nombre de formulaires sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou par province

Base de données sur la morbidité hospitalière

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

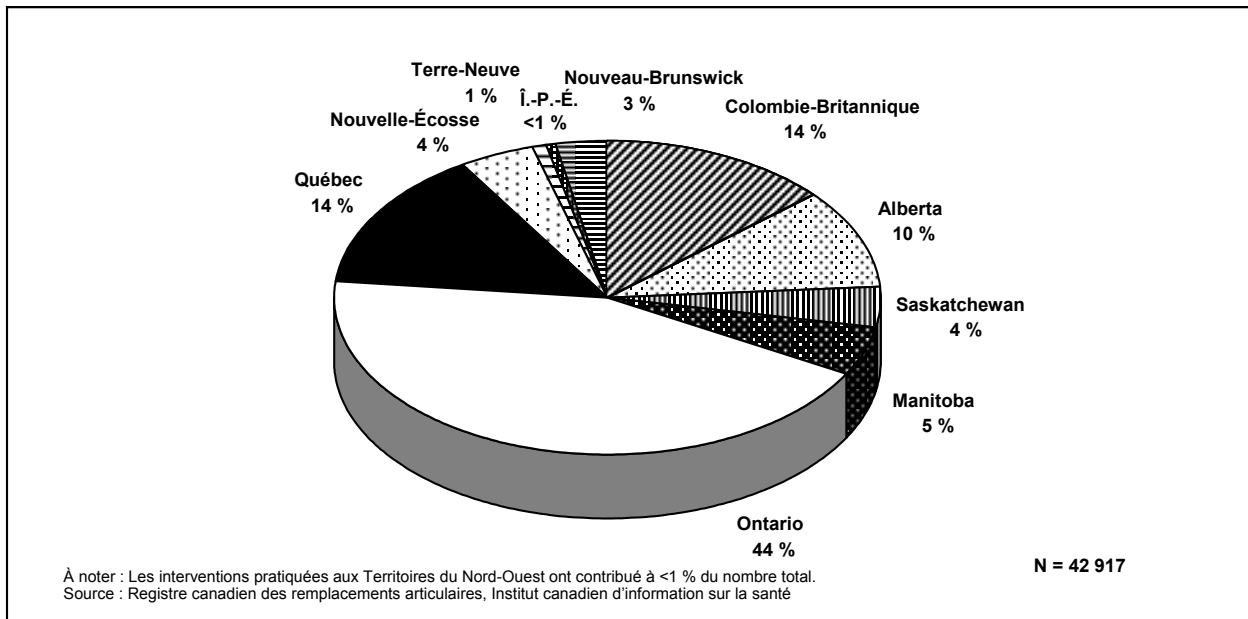


Figure 3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada, par province, 2000-2001

Les données proviennent des hôpitaux à vocation générale et spécialisée, y compris les établissements de soins de courte durée, pour convalescents et malades chroniques (sauf pour l'Ontario) et sont téléchargées à partir de la Base de données sur les congés des patients (DAD) pour les provinces qui contribuent à alimenter cette base de données. Les données pour les autres hôpitaux sont fournies séparément par les provinces ou territoires correspondants. La Base de données sur la morbidité hospitalière permet de saisir l'intégralité des données sur les sorties des patients provenant des établissements de soins de courte durée au Canada.

Tableau 3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou soumis au RCRA comparativement au nombre total de ces interventions effectuées au Canada en 2000-2001

Province	Nombre total d'arthroplasties soumis au RCRA ¹ (% du total)	Nombre total d'arthroplasties effectuées en 2000-2001 (% du total)
Colombie-Britannique	979 (16,9 %)	5 835 (13,6 %)
Alberta	255 (4,4 %)	4 408 (10,3 %)
Saskatchewan	726 (12,6 %)	1 851 (4,3 %)
Manitoba	615 (10,6 %)	2,090 (4,9 %)
Ontario ²	S.O.	18 748 (43,7 %)
Québec	1 210 (20,9 %)	6 209 (14,5 %)
Nouvelle-Écosse	878 (15,2 %)	1 833 (4,3 %)
Terre-Neuve	161 (2,8 %)	445 (1,0 %)
Île-du-Prince-Édouard	0 (0,0 %)	193 (0,4 %)
Nouveau-Brunswick	955 (16,5 %)	1 276 (3,0 %)
Territoires du Nord-Ouest	4 (0,1 %)	29 (0,1 %)
TOTAL	5 783 (100,0 %)	42 917 (100,0 %)

¹On note l'absence d'information sur la province pour 16 formulaires.

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

Base de données sur les congés des patients

Cette base de données renferme des renseignements démographiques, administratifs et cliniques qui se rapportent aux sorties des patients et notamment aux patients hospitalisés de courte durée, aux unités pour les maladies chroniques, à la réadaptation ainsi qu'aux chirurgies d'un jour. L'ICIS reçoit des données directement des hôpitaux participants, ce qui représente environ 85 % de toutes les sorties des patients hospitalisés au Canada. On a recours à la DAD pour déterminer le nombre et le pourcentage d'arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont fait l'objet de reprise. Le Québec ainsi que certains établissements du Manitoba ne fournissent pas de données à la DAD, on ne peut alors pas calculer le pourcentage des reprises pour ces établissements.

Statistique Canada

Pour le calcul des taux, on a recours à des estimations financières à l'échelle nationale, provinciale et régionale (1^{er} octobre). Il s'agit de mises en ordre spéciales présentées par la Division de la démographie, Statistique Canada. Les estimations financières régionales n'étant pas disponibles au moment de la présentation du présent rapport, on a eu recours aux taux régionaux pour l'exercice financier 1999-2000.

Éléments de données

Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données sur les congés des patients

Les arthroplasties totales de la hanche englobent *l'arthroplastie totale de la hanche au moyen de méthacrylate de méthyle et autre arthroplastie totale de la hanche, ce qui correspond aux codes 93.51 et 93.59, respectivement, de la CIM-9-CCA.*[†] Jusqu'en avril 2002, ces codes permettaient de saisir les interventions initiales ainsi que les reprises. Après avril 2000, on a demandé aux établissements des soins de santé soumettent des données à la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS d'utiliser un différent code de CCA pour les reprises. Depuis avril 2000, par conséquent, la reprise d'une arthroplastie totale de la hanche *cimentée au moyen de méthacrylate de méthyle* porte dorénavant le code 93.52 de la CIM-9-CCA. On utilise le code 93.53 pour une reprise d'une arthroplastie totale de la hanche *non cimentée* et le code 93.40 pour une arthroplastie totale du genou reprise (*cimentée ou non cimentée*) de la CIM-9-CCA.

Afin de permettre d'assurer des comparaisons au fil du temps, on tient compte des chirurgies initiales, des reprises ainsi que des chirurgies urgentes et non urgentes dans les analyses pour toutes les années des données. En 2000-2001, le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont fait l'objet de reprise s'élève à 10,6 % et à 7,9 %, respectivement (sauf pour le Québec). Le pourcentage prévu des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui sont effectuées d'urgence s'élève à 6 % et à 1 %, respectivement.

Les chirurgies précédentes sont exclues de la Base de données sur la morbidité hospitalière à compter de 1998-1999 seulement. On estime que le pourcentage d'arthroplasties totales de la hanche et du genou qui représente le nombre annuel de chirurgies ayant été effectuées précédemment s'élève à 2,3 % et 2,4 %, respectivement. Les chirurgies qui ont été annulées sont exclues de la Base de données sur la morbidité hospitalière pour toutes les années consignées (soit 1994-1995 à 2000-2001).

Données sur les chirurgies et les implants

Les chirurgiens orthopédiques participant au RCRA remplissent un formulaire de collecte des données de deux pages à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou. Les formulaires de collecte des données ainsi qu'une liste des éléments de données peuvent être téléchargés à partir du site Web de l'ICIS à l'adresse suivante : www.icis.ca.

[†] Classification internationale des maladies, 9^e révision — Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques, et chirurgicaux.

Analyse des données

Dans le calcul des taux des arthroplasties totales de la hanche et du genou, le numérateur est fondé sur le nombre de procédures selon le lieu de résidence du patient et non là où l'intervention est pratiquée. Les patients ayant un code de résidence inconnu ou invalide ont été exclus du calcul des taux. À moins d'avis contraire, les taux sont rajustés selon l'âge et consignés séparément pour les hommes et les femmes. La normalisation selon l'âge est une méthode statistique servant à contrôler les effets de la structure de l'âge de la population, ce qui permet d'effectuer des comparaisons au fil du temps ou entre diverses catégories démographiques. Par conséquent, des facteurs autres que les changements ou les écarts dans la structure d'âge de la population peuvent expliquer ou déterminer la cause des changements ou des différences dans les taux normalisés selon l'âge des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Les taux selon le sexe sont consignés, car il existe d'importantes différences de taux pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou entre les hommes et les femmes.

On recommande en règle générale d'avoir recours aux taux normalisés selon l'âge pour examiner les tendances au fil du temps et pour comparer les taux entre les structures de population. L'ajustement selon l'âge vise à éliminer les effets de divergence de l'âge entre les structures de population. Ces structures d'âge peuvent varier dans le cas des comparaisons entre les provinces ou peuvent avoir été modifiées au fil du temps dans le cas des comparaisons longitudinales au sein de la même structure de population. Les écarts dans les taux ajustés selon l'âge sont attribuables à des facteurs autres que l'âge.

On a effectué des analyses à une variable pour calculer les données sur les chirurgies et les implants à l'aide du système statistique SAS (version 8). On a examiné les données nationales provenant de la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données sur les congés des patients au moyen de l'outil d'analyse d'interrogation sur Oracle de l'ICIS.

Qualité des données

On estime que la qualité des données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou provenant de la Base de données sur la morbidité hospitalière ainsi que de la Base de données sur les congés de patients de l'ICIS est exacte et fiable. L'exactitude de la codification des dossiers de santé des hôpitaux est plus élevée pour les chirurgies importantes et est réduite selon la complexité de l'information.⁵

Dans le cas des renseignements sur les chirurgies et les implants, les formulaires de collecte de données sont remplis par les chirurgiens orthopédiques et acheminés directement à l'ICIS de manière confidentielle et sécuritaire. Une personne chargée de la saisie des données examine les formulaires de collecte des données pour s'assurer que l'on a obtenu le consentement du patient et que le formulaire est dûment rempli. S'il n'y a aucune mention sur le consentement du patient, le formulaire de collecte des données est retourné au chirurgien orthopédique pour confirmer le consentement du patient. Dès que l'on a vérifié que le consentement du patient a bel et bien été obtenu et que les formulaires de collecte des données sont jugés complets, ceux-ci sont versés dans le système du RCRA (base de données Oracle).

Les membres de l'équipe du RCRA s'affairent également à mener une évaluation globale de la qualité des données du RCRA qui se rapporte précisément aux données sur les chirurgies et les implants à la lumière du cadre de la qualité des données de l'ICIS⁹. Ce cadre envisage la qualité des données selon le point de vue de l'utilisateur et la « qualité » est définie comme étant « l'adéquation des données à leur utilisation ». La qualité des données est évaluée à partir de 24 caractéristiques divisées en cinq volets, soit l'actualité, la convivialité, la pertinence, l'exactitude ainsi que la comparabilité des données. Afin de relever et de classer les aspects de la qualité des données nécessitant une amélioration, on doit évaluer attentivement chaque caractéristique.

Limites

Les résultats des renseignements sur les chirurgies et les implants présentés dans ce rapport sont préliminaires et n'ont pas fait l'objet de validation par une étude approfondie de la qualité des données. Les 5 799 interventions, correspondant à la taille de l'échantillon, ont fait l'objet d'une analyse concernant les chirurgies et les implants, représentent environ 10 % des arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada et ne comprennent pas les données de l'Ontario. On estime, par conséquent, que l'on ne peut faire de généralisation pour toutes les arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada à partir de ces résultats. De plus, les données sur les opérations et les implants issues de ces interventions ont été présentées au RCRA par un sous-ensemble de tous les chirurgiens orthopédiques ayant consenti à participer au registre. Il est possible que les données provenant de ces chirurgiens ayant fourni des données au registre divergent de celles des chirurgiens qui ont signé un formulaire d'adhésion mais ne fournissent toujours pas de données au registre ainsi que de celles des chirurgiens qui n'ont toujours pas décidé de participer au RCRA. Les données sur les chirurgies devraient ainsi être envisagées comme étant préliminaires. Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées en 2000-2001 varient par rapport à ceux publiés dans les rapports précédents en raison des mises à jour apportées aux estimations démographiques fournies par Statistique Canada. Les données relatives au nombre d'interventions, aux taux, à la durée du séjour, proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière ainsi que de la DAD. On considère que ces sources de données sont fiables et valides.

Résultats

Note importante : Les analyses sur les tendances, les données démographiques sur les patients ainsi que les écarts provinciaux, s'appuient sur les données relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou qui proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière. On présente des caractéristiques chirurgicales et cliniques ainsi que des analyses sur l'utilisation et les résultats (à l'exception des données rattachées aux décès en milieu hospitalier) à l'aide des données chirurgicales et orthopédiques fournies par les chirurgiens orthopédiques ayant participé au RCRA du 1^{er} mai 2001 au 30 septembre 2002.

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

Au Canada, 42 917 arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées en 2000-2001 et il s'agit d'une hausse de 34 % par rapport aux 32 147 remplacements effectués en 1994-1995 (figure 4). On note une inversion dans le pourcentage d'arthroplasties totales du genou par rapport à celles de la hanche au cours des sept dernières années. En 1994-1995, la majorité des interventions se composaient d'arthroplasties totales de la hanche (52 %) comparativement à 48 % d'arthroplasties du genou. En 2000-2001, on compte 54 % d'arthroplasties totales du genou et 46 % d'arthroplasties totales de la hanche. Ce changement s'explique par une augmentation plus importante du nombre d'arthroplasties du genou comme l'indique l'augmentation de 51 % du nombre d'arthroplasties du genou par rapport à la hausse de 18 % d'arthroplasties de la hanche, et ce, de 1994-1995 à 2000-2001.

Les figures 4 et 5 indiquent que le nombre et le taux d'arthroplasties de la hanche ont à vrai dire diminué de 1999-2000 à 2000-2001 pour les hommes et les femmes. Comme en fait foi la figure 6, le taux d'augmentation d'arthroplasties du genou a chuté de 1999-2000 à 2000-2001.

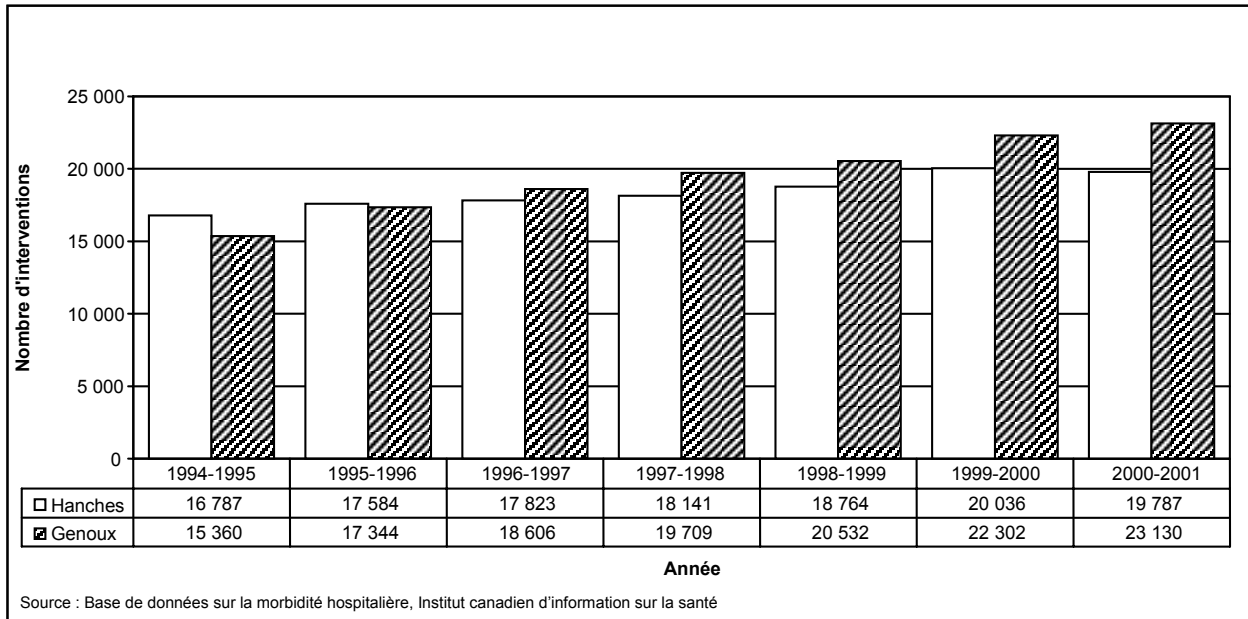


Figure 4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada, 1994-1995 à 2000-2001

L'augmentation du nombre d'interventions varie d'une province à l'autre comme en font foi les tableaux 4 et 5. Même si des écarts existent, on observe, en règle générale, une augmentation du nombre d'interventions dans chaque province. Parmi les provinces, la plus importante augmentation en pourcentage est observée au Manitoba où les arthroplasties totales de la hanche ont progressé de 31 % et les arthroplasties du genou ont plus que doublé de 1994-1995 à 2000-2001. Cependant, le Manitoba a également connu la diminution la plus élevée en pourcentage du nombre d'arthroplasties totales de la hanche de 1999-2000 à 2000-2001 (tableau B.1).

Tableau 4. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada d'après le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve ¹	203	218	+ 7,4 %
Île-du-Prince-Édouard	104	110	+ 5,8 %
Nouvelle-Écosse	734	781	+ 6,4 %
Nouveau-Brunswick	429	514	+ 19,8 %
Québec	2 527	3 188	+ 26,2 %
Ontario	6 988	8 078	+ 15,6 %
Manitoba	664	867	+ 30,6 %
Saskatchewan	821	885	+ 7,8 %
Alberta	1 786	2 036	+ 14,0 %
Colombie-Britannique	2 383	2 892	+ 21,4 %
Territoires ²	9	29	+ 222,2 % ⁵
Inconnu ^{1,3}	199	189	---
CANADA⁴	16 787	19 787	+ 17,9 %

¹ Pour Terre-Neuve et les patients n'ayant aucun lieu de résidence connu, on utilise les chiffres de 1995-1996; les données pour 1994-1995 sont incomplètes.

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

³ Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

⁴ Le total ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

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

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

Tableau 5. Nombre d'arthroplasties totales du genou effectuées au Canada d'après le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve ¹	175	226	+ 29,1 %
Île-du-Prince-Édouard	88	101	+ 14,8 %
Nouvelle-Écosse	679	1 077	+ 58,6 %
Nouveau -Brunswick	402	685	+ 70,4 %
Québec	2 146	3 069	+ 43,0 %
Ontario	6 839	10 426	+ 52,4 %
Manitoba	578	1 178	+ 103,8 %
Saskatchewan	840	975	+ 16,1 %
Alberta	1 587	2 223	+ 40,1 %
Colombie-Britannique	1 875	2 946	+ 57,1 %
Territoires ²	6	35	+ 483,3 % ⁵
Inconnu ^{1,3}	176	189	--
CANADA⁴	15 360	23 130	+ 50,6 %

¹ Pour Terre-Neuve et les patients n'ayant aucun lieu de résidence connu, on utilise les chiffres de 1995-1996; les données pour 1994-1995 sont incomplètes.

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

³ Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

⁴ Le total ne correspond pas au calcul, car on a recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve et les patients n'ayant pas de lieu de résidence connu.

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

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

Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou ont également progressé de 1994-1995 à 2000-2001. La figure 5 indique que le taux normalisé selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche ont augmenté au Canada de 5,1 %, passant de 55,0 par 100 000 habitants en 1994-1995 à 57,8 par 100 000 habitants en 2000-2001. Une hausse progressive est manifeste pour les hommes, les femmes et les deux sexes réunis. La progression est plus marquée dans le cas des arthroplasties totales du genou (hausse de 35,6 %) comme en témoigne la figure 6. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir à subir les deux types d'interventions par rapport aux hommes

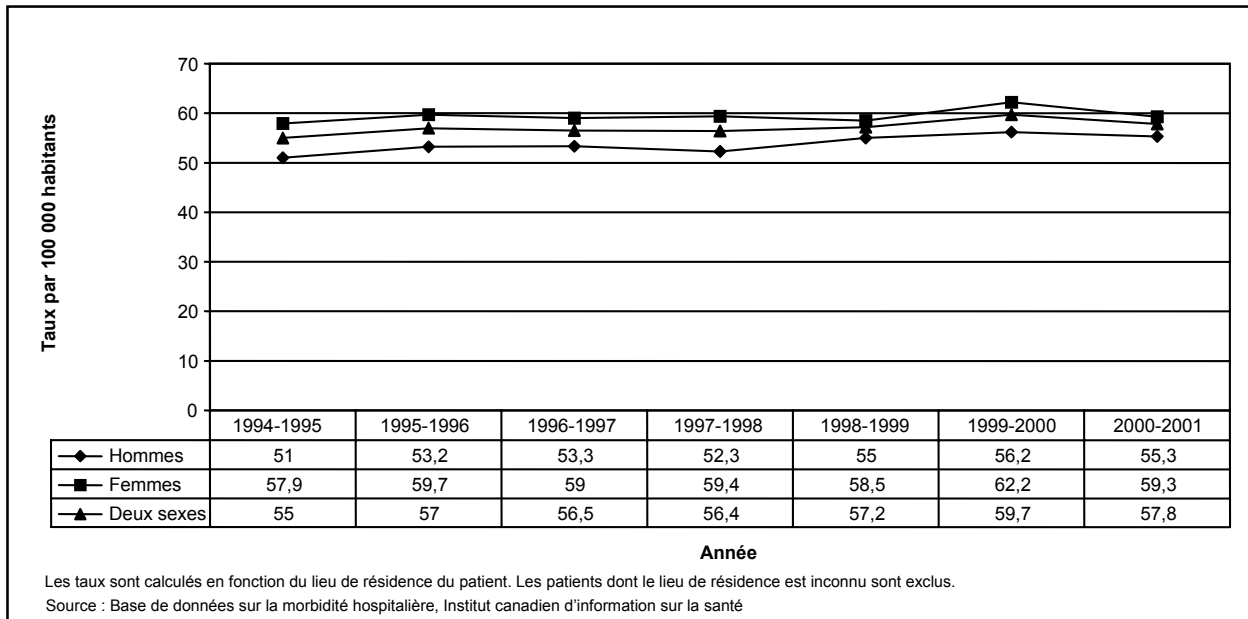


Figure 5. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales de la hanche, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

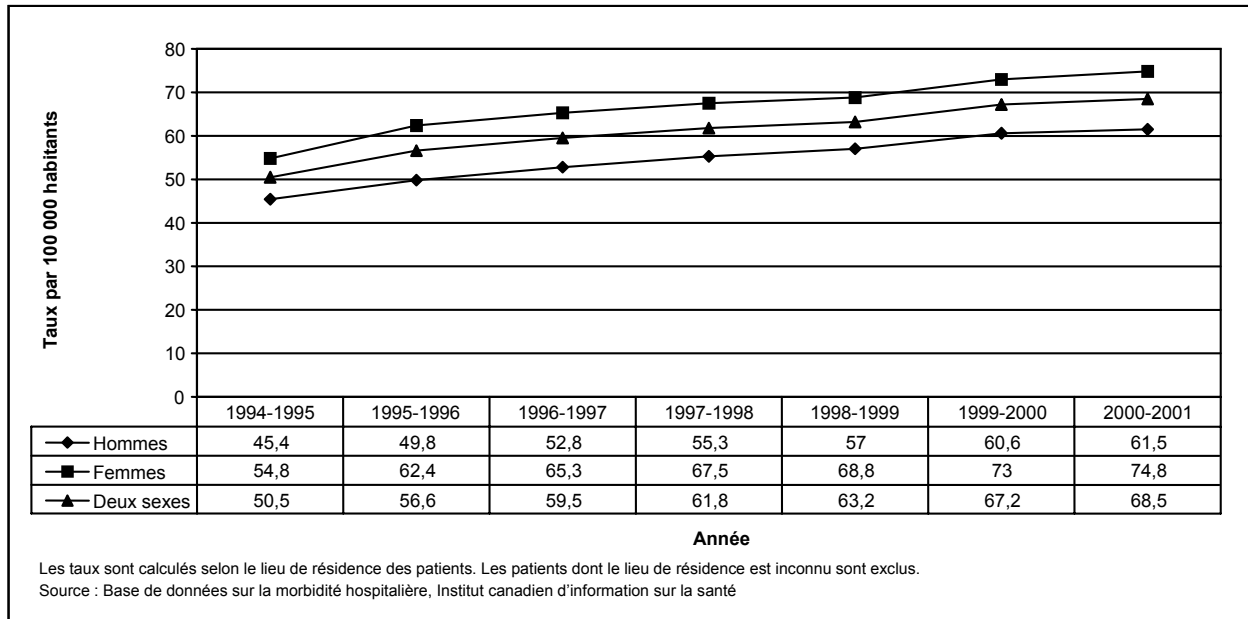


Figure 6. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) selon le sexe pour les arthroplasties totales du genou, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Les tableaux 6 et 7 présentent les changements en pourcentage des taux normalisés selon l'âge de 1994-1995 à 2000-2001 par province. Au moment de passer en revue ces changements, il faut également envisager quels effets les changements en pourcentage ont eu sur le classement relatif d'une province ou d'un territoire. Il importe également de comprendre le niveau de besoins des gens et le fardeau rattaché aux reprises. Les écarts concernant les taux normalisés selon l'âge sont résumés dans la section sur les écarts entre les provinces/territoires.

Comme dans le cas des hausses en chiffres absolus du nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou, le Manitoba a également connu la plus grande augmentation des taux normalisés selon l'âge pour ces interventions au cours de la même période (tableaux 6 et 7). Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche ont diminué en Alberta de 5,2 % et on a observé à l'Île-du-Prince-Édouard l'augmentation la moins élevée d'arthroplasties totales du genou (6,4 %).

Tableau 6. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche exercées au Canada selon le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve ¹	38,5 ¹	37,6	- 2,3 %
Île-du-Prince-Édouard	70,9	70,5	- 0,6 %
Nouvelle-Écosse	72,9	71,7	- 1,6 %
Nouveau-Brunswick	53,7	59,1	+ 10,1 %
Québec	34,0	38,1	+ 12,1 %
Ontario	62,1	62,8	+ 1,1 %
Manitoba	53,7	66,7	+ 24,2 %
Saskatchewan	69,6	72,8	+ 4,6 %
Alberta	77,5	73,5	- 5,2 %
Colombie-Britannique	59,7	62,1	+ 4,0 %
CANADA²	55,0	57,8	+ 5,1 %

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

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

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

Tableau 7. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence des patients, 1994-1995 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve ¹	33,6 ¹	39,6	+ 17,9 %
Île-du-Prince-Édouard	61,2	65,1	+ 6,4 %
Nouvelle-Écosse	67,6	100,6	+ 48,8 %
Nouveau-Brunswick	50,8	80,8	+ 59,1 %
Québec	29,0	37,0	+ 27,6 %
Ontario	60,9	81,8	+ 34,3 %
Manitoba	46,3	91,4	+ 97,4 %
Saskatchewan	70,0	81,2	+ 16,0 %
Alberta	70,0	82,2	+ 17,4 %
Colombie-Britannique	46,9	64,4	+ 37,3 %
CANADA²	50,5	68,5	+ 35,6 %

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

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

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

On a observé chez les personnes âgées de 85 ans et plus l'augmentation la plus élevée en pourcentage du nombre d'arthroplasties totales de la hanche, soit une hausse de 59 % chez les hommes et de 44 % chez les femmes (tableau 8). Cette situation est attribuable en partie au plus grand nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en 2000-2001, et ce, par rapport à 1994-1995. Dans le même ordre d'idées, on note une hausse de 95 % du nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées chez les hommes de 85 ans et plus et de 74 % chez les femmes du même âge (tableau 9). En tenant compte du changement dans les taux propres à un groupe d'âge pour les arthroplasties totales de la hanche au cours de la même période, une faible augmentation constante est observée chez les hommes (20,6 %) et les femmes (11,5 %) de 85 ans ou plus (tableau 10). Une tendance similaire à la hausse est également manifeste pour les taux propres à un groupe d'âge pour les arthroplasties totales du genou. On note une hausse de 48,1 % chez les hommes et de 35,1 % chez les femmes appartenant à ce groupe d'âge, et ce, de 1994-1995 à 2000-2001 (tableau 11).

Tableau 8. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 2000-2001

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2000-2001	Changement en %	1994-1995	2000-2001	Changement en %
< 45 ans	489	612	+ 25,1 %	475	477	+ 0,4 %
45-54 ans	716	1 025	+ 43,2 %	630	899	+ 42,7 %
55-64 ans	1 609	1 806	+ 12,2 %	1 659	1 815	+ 9,4 %
65-74 ans	2 475	2 951	+ 19,2 %	3 746	3 690	- 1,5 %
75-84 ans	1 470	1 843	+ 25,4 %	2 798	3 604	+ 28,8 %
85 ans et +	194	308	+ 58,8 %	526	757	+ 43,9 %
TOTAL	6 953	8 545	+ 22,9 %	9 834	11 242	+ 14,3 %

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

Tableau 9. Nombre d'arthroplasties totales du genou par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 2000-2001

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2000-2001	Changement en %	1994-1995	2000-2001	Changement en %
< 45 ans	104	137	+ 31,7 %	155	198	+ 27,7 %
45-54 ans	282	535	+ 89,7 %	397	909	+ 129 %
55-64 ans	1 292	1 890	+ 46,3 %	1 684	2 768	+ 64,4 %
65-74 ans	2 754	4 022	+ 46,0 %	4 170	5 358	+ 28,5 %
75-84 ans	1 564	2 496	+ 59,6 %	2 597	4 164	+ 60,3 %
85 ans et +	117	228	+ 94,9 %	244	425	+ 74,2 %
TOTAL	6 113	9 308	+ 52,3 %	9 247	13 822	+ 49,5 %

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

Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées chez les Canadiens plus jeunes a également augmenté comme en fait foi la hausse de 43 % chez les 45 à 54 ans pour les hommes et les femmes (tableau 8). Cette tendance est plus marquée dans le cas des arthroplasties totales du genou pratiquées chez les 45 à 54 ans dont l'augmentation est de 129 % pour les femmes et de 90 % chez les hommes (tableau 9). Comme c'est le cas pour les groupes d'âges supérieurs, la hausse des taux propres à un groupe d'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou chez les 45 à 54 ans va de pair avec l'augmentation en nombre absolu de ces interventions, mais elle est moins prononcée (tableaux 10 et 11).

Tableau 10. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 2000-2001

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2000-2001	Changement en %	1994-1995	2000-2001	Changement en %
<45 ans	4,9	6,1	+ 24,5 %	4,9	4,9	0,0 %
45-54 ans	40,8	47,1	+ 15,4 %	35,9	41,0	+ 14,2 %
55-64 ans	131,1	130,4	- 0,5 %	131,8	126,8	- 3,8 %
65-74 ans	267,5	295,6	+ 10,5 %	335,8	325,4	- 3,1 %
75-84 ans	353,2	360,8	+ 2,1 %	434,0	464,1	+ 6,9 %
85 ans et +	205,0	247,3	+ 20,6 %	236,6	263,9	+ 11,5 %
TOTAL	48,2	55,9	+ 16,0 %	66,9	72,1	+ 7,8 %

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

Tableau 11. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou selon le sexe, Canada, 1994-1995 et 2000-2001

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2000-2001	Changement en %	1994-1995	2000-2001	Changement en %
<45 ans	1,0	1,4	+ 40,0 % ¹	1,6	2,0	+ 25,0 % ¹
45-54 ans	16,1	24,6	+ 52,8 %	22,6	41,5	+ 83,6 %
55-64 ans	105,3	136,5	+ 29,6 %	133,8	193,4	+ 44,5 %
65-74 ans	297,0	402,9	+ 35,7 %	373,8	472,5	+ 26,4 %
75-84 ans	375,8	488,6	+ 30,0 %	402,9	536,2	+ 33,1 %
85 ans et +	123,6	183,1	+ 48,1 %	109,7	148,2	+ 35,1 %
TOTAL	42,4	60,9	+ 43,6 %	62,9	88,7	+ 41,0 %

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

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

Les taux bruts des arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées dans plusieurs pays figurent aux tableaux 12 et 13. Même si le Canada affiche l'un des taux les moins élevés en arthroplasties totales de la hanche, le taux des arthroplasties totales du genou s'inscrit dans la moyenne.

Il faut faire preuve de vigilance dans la comparaison de ces taux bruts nationaux, car ceux-ci ne sont pas rajustés pour tenir compte des différences dans les structures selon l'âge et le sexe des personnes de chaque pays. De plus, à l'exception de la Suède, les taux optimaux des arthroplasties totales de la hanche et du genou n'ont pas été déterminés pour la plupart de ces pays, d'où la difficulté accrue de dresser des comparaisons. Un groupe de chercheurs suédois recommande un taux d'arthroplasties de la hanche de 130 par 100 000 habitants pour combler les besoins s'y rattachant et éliminer le temps d'attente dans ce pays.⁷

Toutefois, on ne peut présumer que ce taux « optimal » pourra s'appliquer à d'autres pays, car il existe de nombreux facteurs qui influencent les besoins axés sur la population dans le cas des arthroplasties totales de la hanche. Le RCRA permettra d'obtenir des renseignements cruciaux qui serviront à déterminer les différents taux pouvant s'appliquer aux régions et aux sous-groupes (p. ex. groupes d'âges) au Canada. Pour déterminer le taux optimal d'arthroplasties de la hanche et du genou au Canada, il faudra mieux comprendre les incidences du temps d'attente pour une chirurgie sur les résultats et la qualité de vie.

Tableau 12. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) des arthroplasties initiales totales de la hanche

Pays	Taux bruts par 100 000 habitants	Année	Référence
Australie	74	1999-2000	Rapport annuel de 2001.
Finlande	93	1999	Acta Orthop Scand 2001;72(5):433-41.
Nouvelle-Zélande	119	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordonnateur du Registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Norvège	114	1990	Bulletin Hospital Joint Diseases 1999;58(3):139-47.
	124	2000	Entretien personnel, Birgitte Espehaug, statisticienne, Registre des arthroplasties de la Norvège, décembre 2001.
Suède	100	S.O.	Acta Orthop Scand 2000;71(2):111-21.
États-Unis ¹	52	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures, 1999.
Canada²	64	2000-2001	Institut canadien d'information sur la santé.

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

² Le taux canadien englobe les arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises.

Tableau 13. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) pour les arthroplasties initiales totales du genou

Pays	Taux bruts par 100 000 habitants	Année	Référence
Australie	81	1999-2000	Rapport annuel de 2001.
Nouvelle-Zélande	75	2000	Entretien personnel, Toni Hobbs, coordinateur du Registre des remplacements articulaires de la Nouvelle-Zélande, novembre 2001.
Norvège	35	2000	Entretien personnel, Birgitte Espehaug, statisticienne, Registre des arthroplasties de la Norvège, décembre 2001.
Suède	63	1996-1997	Acta Orthop Scand 2000;71(4):378-80.
États-Unis ¹	92	1996	American Academy of Orthopaedic Surgeons, Musculoskeletal Conditions in the United States. Arthroplasty and Total Joint Procedures, 1999.
Canada ²	75	2000-2001	Institut canadien d'information sur la santé.

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

² Le taux canadien englobe les arthroplasties totales du genou initiales et reprises. Le taux de la Suède englobe tous les remplacements du genou à l'aide d'une endoprothèse, non seulement les arthroplasties totales du genou.

Données démographiques des patients

La plupart des arthroplasties totales de la hanche et du genou sont pratiquées chez les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2000-2001, l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche au Canada s'élevait à 67,8 ans (69,5 ans pour les femmes et 65,7 ans pour les hommes). La majorité (66 %) des patients canadiens ayant subi une arthroplastie de la hanche avait 65 ans ou plus (figure 7).

Par contre, seulement 6 % des patients qui ont obtenu une arthroplastie de la hanche avaient moins de 45 ans.

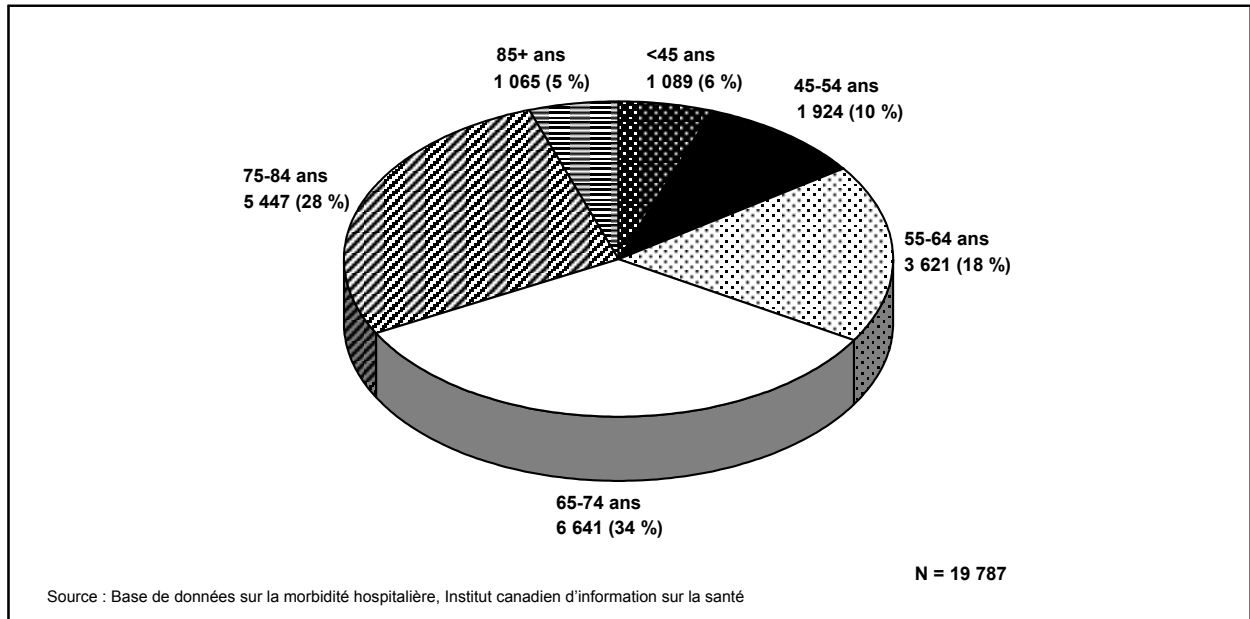


Figure 7. Répartition des arthroplasties totales de la hanche selon l'âge des patients, Canada, 2000-2001

Pour l'ensemble des arthroplasties totales de la hanche, on compte 57 % de femmes. Dans le groupe d'âge des patients de plus de 65 ans, on compte 72 % d'arthroplasties totales de la hanche chez les femmes et 60 %, chez les hommes. Par contre, le pourcentage des arthroplasties totales chez les personnes âgées de moins de 55 ans était plus élevé chez les hommes (19 %) que chez les femmes (12 %) (figures 8 et 9).

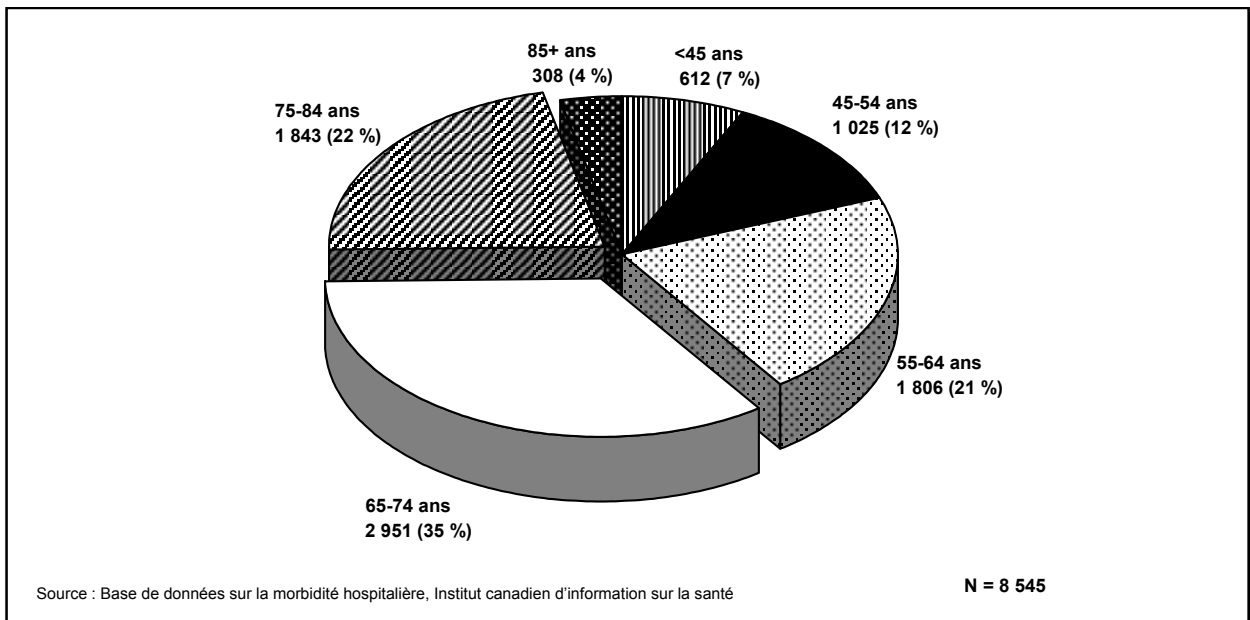


Figure 8. Répartition des arthroplasties totales de la hanche chez les hommes selon leur âge, Canada, 2000-2001

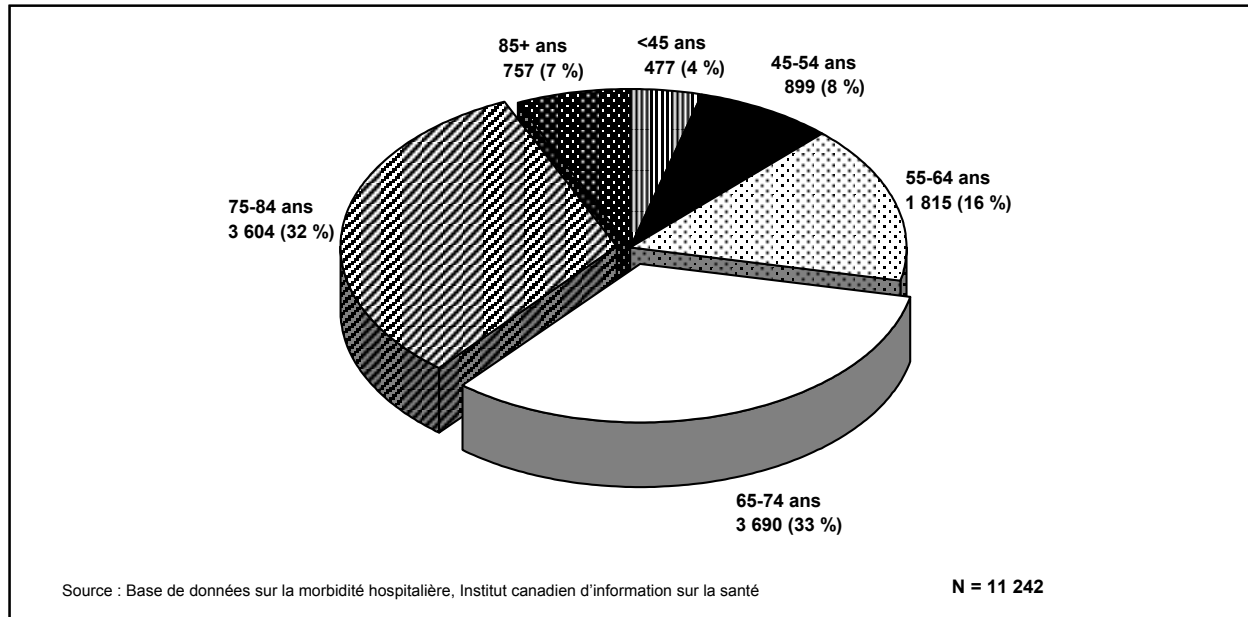


Figure 9. Répartition des arthroplasties totales de la hanche chez les femmes selon leur âge, Canada, 2000-2001

En 2000-2001, les patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou étaient légèrement plus âgés, en moyenne, que les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche. L'âge moyen des patients canadiens ayant reçu une arthroplastie totale du genou s'élevait à 69,2 ans (69,4 ans pour les femmes et 69,0 ans pour les hommes) en 2000-2001.

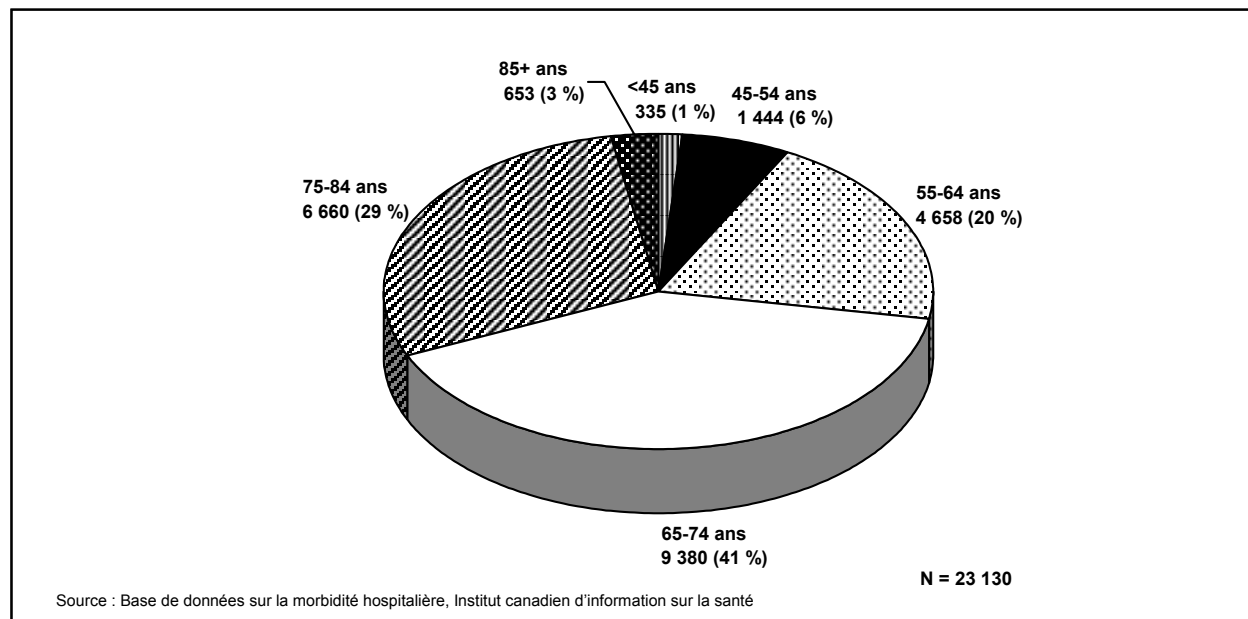


Figure 10. Répartition des arthroplasties totales du genou selon l'âge du patient, Canada, 2000-2001

Les patients âgés de ≥ 65 ans représentaient 72 % des patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou (figure 10). En général, ces interventions ont été moins pratiquées chez les patients plus jeunes que dans le cas des arthroplasties de la hanche; on compte tout juste plus de 1 % des patients ayant reçu une arthroplastie du genou dont l'âge est inférieur à 45 ans par rapport à 6 % pour une arthroplastie de la hanche.

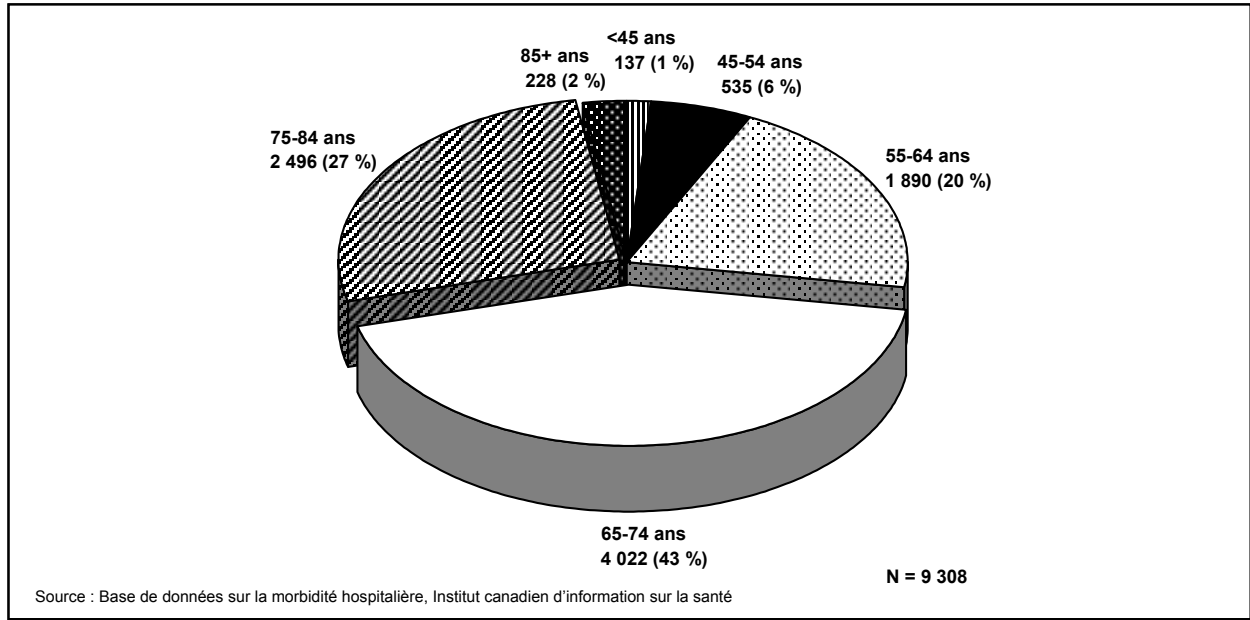


Figure 11. Répartition des arthroplasties totales du genou pratiquées chez les hommes selon l'âge, Canada, 2000-2001

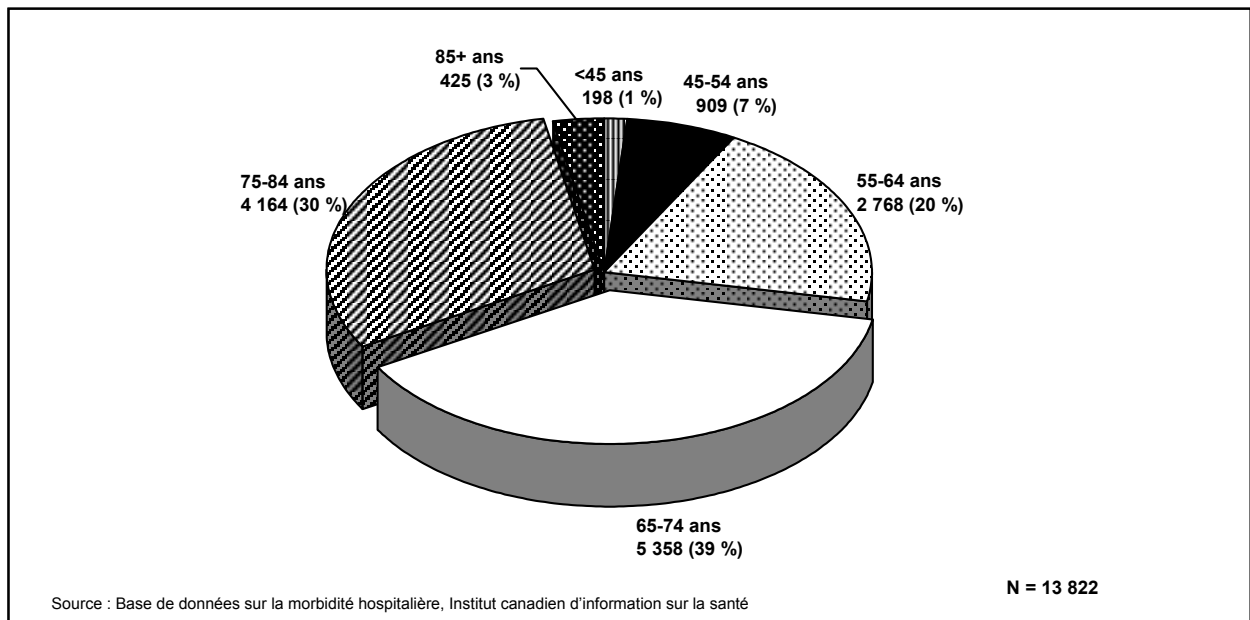


Figure 12. Répartition des arthroplasties totales du genou pratiquées chez les femmes selon l'âge, Canada, 2000-2001

Comme dans le cas des arthroplasties de la hanche, les femmes, qui comptent pour 60 % des patients ayant subi une arthroplastie du genou, étaient plus susceptibles de recevoir ce genre d'intervention que les hommes. Contrairement aux arthroplasties de la hanche, toutefois, la répartition selon l'âge pour les arthroplasties du genou est similaire chez les hommes que chez les femmes (figures 11 et 12).

Lorsque l'on examine le nombre absolu d'arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le groupe d'âge et le sexe, le nombre d'interventions pratiquées chez les femmes est plus élevé que celui des hommes pour tous les groupes d'âges sauf dans le cas des arthroplasties totales de la hanche pratiquées chez les hommes âgés de moins de 55 ans (figures 13 et 14).

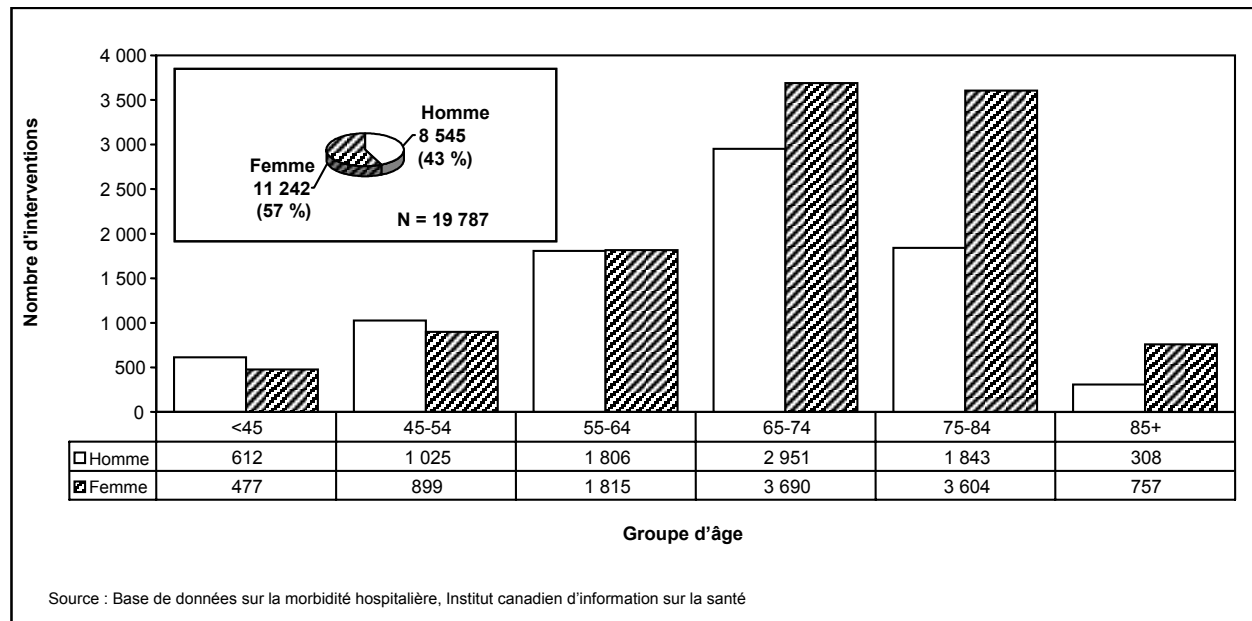


Figure 13. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 2000-2001

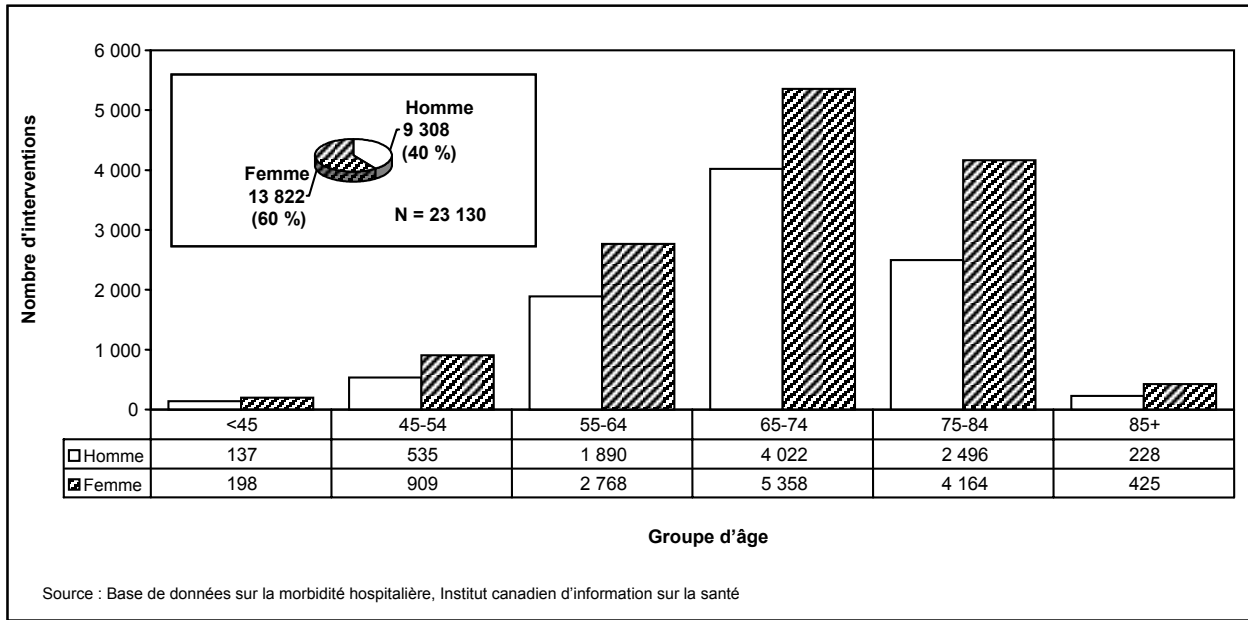


Figure 14. Nombre d'arthroplasties totales du genou par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 2000-2001

Écart entre les provinces/territoires

Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou varient à l'échelle du Canada (figure 15). Les taux normalisés selon l'âge à l'échelle provinciale et nationale sont consignés séparément pour les hommes et les femmes afin de pouvoir présenter les différences entre les sexes (figures 16 et 17). Le Québec et Terre-Neuve affichent les taux les plus bas au Canada, tandis que la Nouvelle-Écosse et le Manitoba obtiennent les taux les plus élevés. Cette tendance s'applique aux hommes et aux femmes ainsi qu'aux deux. Les taux relatifs aux interventions dans les provinces et territoires les plus peuplés influencent de façon plus marquée la moyenne nationale que pour les taux des régions moins peuplées.

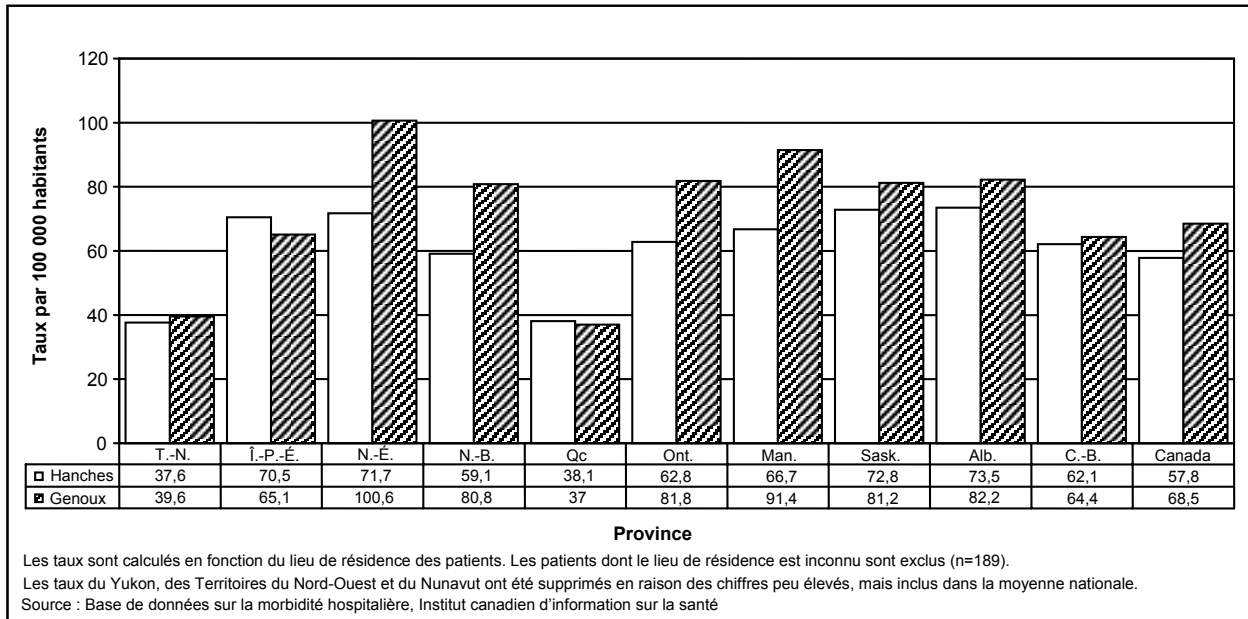


Figure 15. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche et du genou par province, 2000-2001

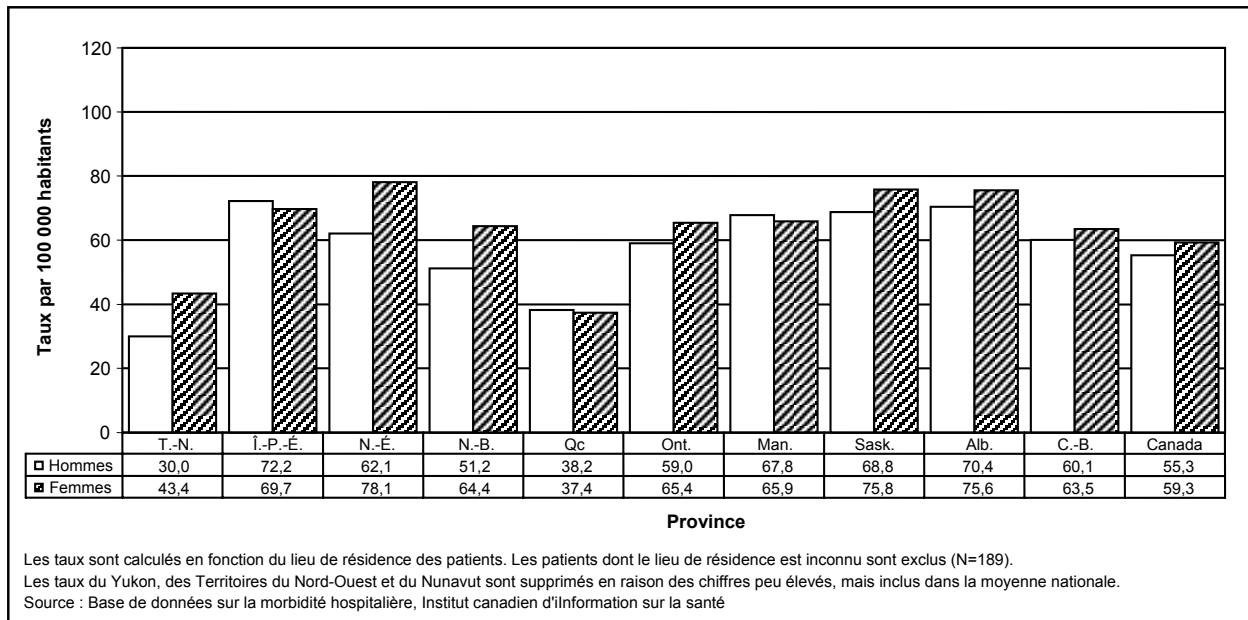


Figure 16. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche chez les hommes et les femmes, 2000-2001

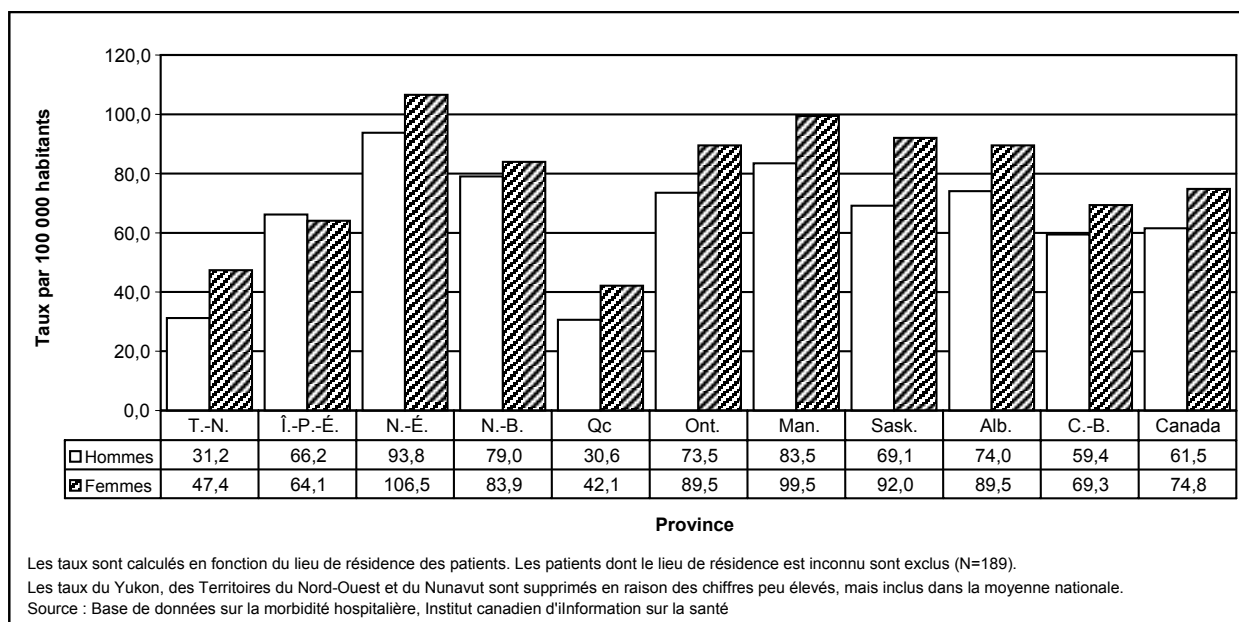


Figure 17. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou chez les hommes et les femmes, 2000-2001

Le nombre absolu d'arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées de 1994-1995 à 2000-2001 figure aux tableaux B.3 et B.4 (annexe B) pour chaque province, territoire et l'ensemble du Canada. Le calcul est fondé sur le lieu de résidence du patient plutôt que sur l'endroit où a eu lieu la chirurgie. En 2000-2001, en outre, 975 résidents de la Saskatchewan ont reçu une arthroplastie totale du genou.

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

Tableau 14. Déplacement d'une province à une autre des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, 2000-2001

Province	Nombre de patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province	Nombre de patients d'une arthroplastie totale de la hanche provenant de l'extérieur qui ont été opérés dans cette province
Terre-Neuve	2 (0,9 %)	6 (2,7 %)
Île-du-Prince-Édouard	19 (17,3 %)	1 (1,1 %)
Nouvelle-Écosse	27 (3,5 %)	31 (4,0 %)
Nouveau-Brunswick	8 (1,6 %)	37 (6,9 %)
Québec	41 (1,3 %)	18 (0,6 %)
Ontario	1 (<0,1 %)	130 (1,6 %)
Manitoba	16 (1,8 %)	38 (4,3 %)
Saskatchewan	21 (2,4 %)	24 (2,7 %)
Alberta	18 (0,9 %)	82 (3,9 %)
Colombie-Britannique	43 (1,5 %)	36 (1,2 %)
Territoires du Nord-Ouest	2 (20,0 %)	**
Yukon	15 (100 %)*	*
Nunavut	4 (100 %)*	*

* Aucun remplacement articulaire n'est pratiqué au Nunavut ni au Yukon.

Nota : Dans les colonnes 2 et 3, les totaux sont différents, car les chiffres des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés et les patients dont le code géographique est inconnu ne sont pas comptabilisés dans la deuxième colonne.

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

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le déplacement des patients d'une province à une autre est décrit au tableau 14. Les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus susceptibles d'obtenir une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province que les résidents de toute autre province au Canada. Un peu plus de 17 % des patients de l'Île-du-Prince-Édouard qui ont subi une arthroplastie de la hanche se sont rendus dans une autre province pour subir une opération. Par contre, les Ontariens (moins de 0,1 %) et les Albertains (0,9 %) étaient les moins susceptibles de se rendre dans une autre province pour obtenir une chirurgie. Lorsque l'on tient compte du nombre de patients, plus de résidents de la Colombie-Britannique (N = 43) et du Québec (N = 41) se sont rendus dans une autre province pour obtenir une arthroplastie de la hanche que les habitants de toute autre province. La majorité des patients de la Colombie-Britannique se sont rendus en Alberta tandis que ceux du Québec sont allés en Ontario.

Tableau 15. Déplacement d'une province à une autre des patients d'une arthroplastie totale du genou, 2000-2001

Province	Nombre de patients ayant reçu une arthroplastie totale du genou dans une autre province	Nombre de patients d'une arthroplastie totale du genou provenant de l'extérieur qui ont été opérés dans cette province
Terre-Neuve	5 (2,2 %)	2 (0,9 %)
Île-du-Prince-Édouard	2 (2,0 %)	2 (2,0 %)
Nouvelle-Écosse	37 (3,5 %)	15 (1,4 %)
Nouveau-Brunswick	8 (1,2 %)	49 (6,9 %)
Québec	36 (1,2 %)	11 (0,4 %)
Ontario	1 (<0,1 %)	109 (1,1 %)
Manitoba	22 (1,9 %)	46 (3,8 %)
Saskatchewan	32 (3,4 %)	20 (2,1 %)
Alberta	5 (0,2 %)	90 (3,9 %)
Colombie-Britannique	40 (1,4 %)	43 (1,5 %)
Territoires du Nord-Ouest	4 (26,7 %)	**
Yukon	10 (100 %)*	*
Nunavut	8 (100 %)*	*

* Aucun remplacement articulaire n'est pratiqué au Nunavut ni au Yukon.

Nota : Dans les colonnes 2 et 3, les totaux sont différents, car les chiffres des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés et les patients dont le code géographique est inconnu ne sont pas comptabilisés dans la deuxième colonne.

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

Lorsque l'on tient compte de la migration des patients d'une province à une autre pour subir une arthroplastie de la hanche, le Nouveau-Brunswick (6,9 %), le Manitoba (4,3 %) et la Nouvelle-Écosse (4,0 %) ont reçu, en pourcentage, le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province. En nombres absolus, toutefois, l'Ontario (N = 130) et l'Alberta (N = 82) ont reçu le plus de patients provenant de l'extérieur de la province pour subir une arthroplastie totale de la hanche.

Le tableau 15 présente le déplacement des patients qui ont reçu une arthroplastie totale du genou au Canada en 2000-2001. La Nouvelle-Écosse (3,5 %) et la Saskatchewan (3,4 %) comptaient le plus grand pourcentage de résidents ayant dû se déplacer dans une autre

province pour subir une arthroplastie du genou. Tout comme les patients d'une arthroplastie de la hanche, un faible pourcentage seulement d'Albertains (0,2 %) et d'Ontariens (<0,1 %) ont obtenu une chirurgie à l'extérieur de la province. Un plus grand nombre de résidents de la Colombie-Britannique (N=40), de la Nouvelle-Écosse (N=37) et du Québec (N=36) ont subi une arthroplastie du genou dans une autre province par rapport aux patients résidant dans d'autres provinces. La plupart des patients québécois d'une arthroplastie du genou effectuée à l'extérieur de la province sont allés en Ontario et presque tous les patients de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan se sont rendus dans la province voisine, soit en Alberta, pour obtenir une arthroplastie du genou. Dans le même ordre d'idées, l'Ontario (N=109) et l'Alberta (N=90) ont accueilli le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province qui y ont subi une arthroplastie totale du genou.

La figure 18 présente la durée moyenne de séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou. Les patients d'une arthroplastie totale de la hanche restent plus longtemps à l'hôpital que les patients d'une arthroplastie totale du genou dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard. En moyenne, les patients d'une arthroplastie totale de la hanche restent 9,7 jours à l'hôpital par rapport à 8,2 jours pour ceux ayant reçu une arthroplastie totale du genou. L'Ontario et les provinces de l'Ouest, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan, comptent en moyenne une durée de séjour moins longue que la moyenne nationale. Par contre, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et le Québec obtiennent, en moyenne, une durée de séjour plus longue que la moyenne nationale dans le cas de ces interventions.

En moyenne, les femmes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou restent plus longtemps que les hommes dans la même condition, et ce, dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard (figures 19 et 20).

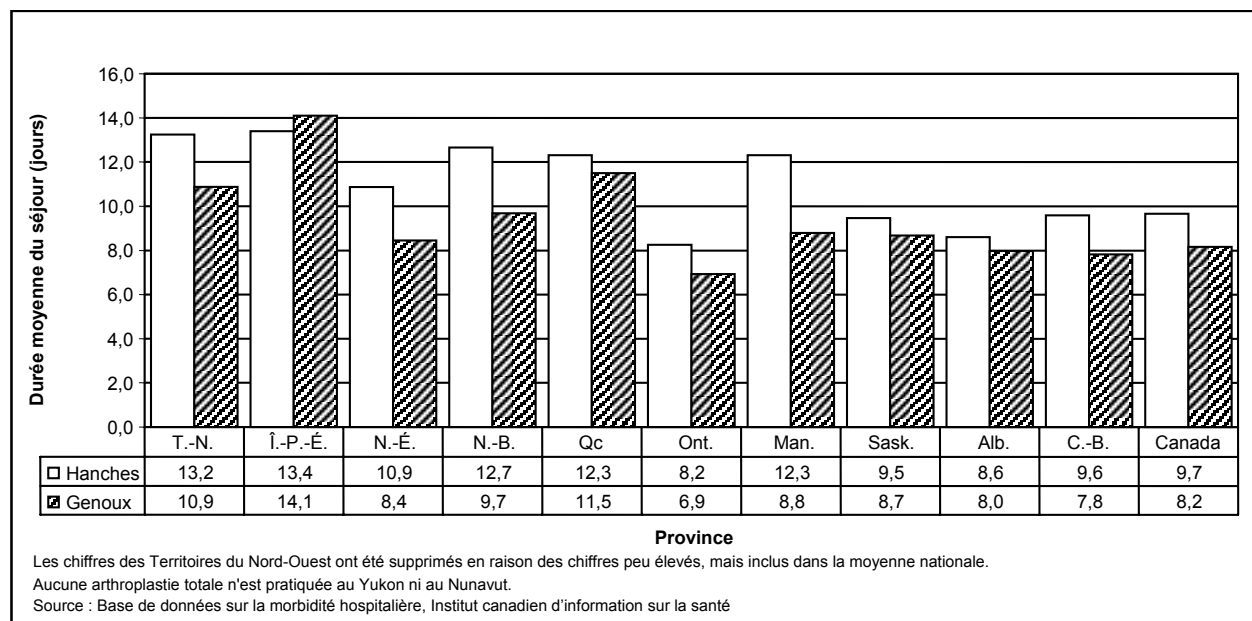


Figure 18. Durée moyenne du séjour pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou, par province, 2000-2001

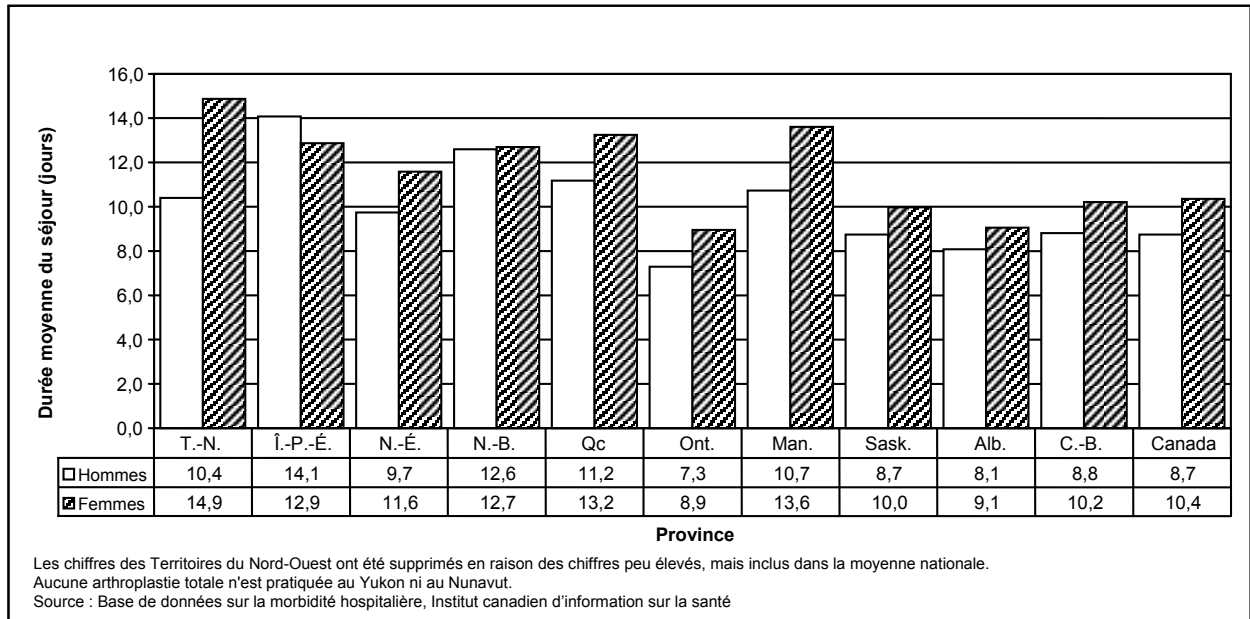


Figure 19. Durée moyenne du séjour pour les patients d'une arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe et par province, 2000-2001

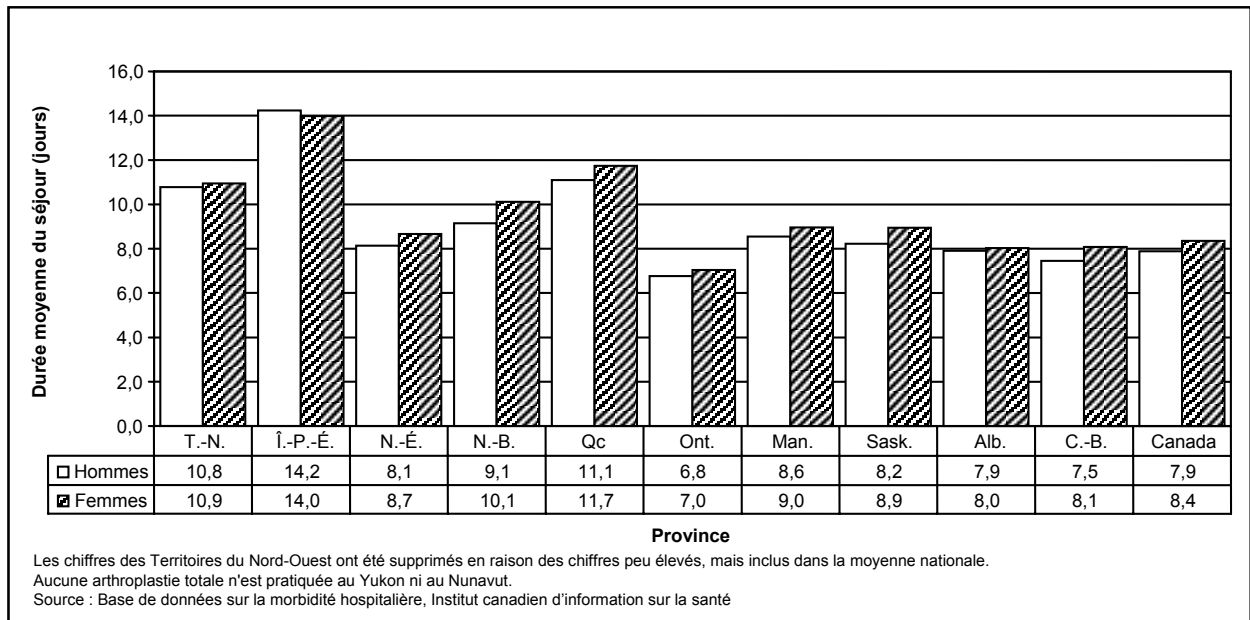


Figure 20. Durée moyenne du séjour pour les patients d'une arthroplastie totale du genou, selon le sexe et par province, 2000-2001

On note une diminution marquée de la durée du séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou dans toutes les provinces, et ce, depuis 1994-1995. À l'échelle nationale, la durée moyenne du séjour des patients d'une arthroplastie totale de la hanche a diminué de 29 %, passant de 13,6 jours en 1994-1995 à 9,7 jours en 2000-2001. Dans le même ordre d'idées, les patients d'une arthroplastie totale du genou passent en moyenne 8,2 jours à l'hôpital comparativement à 12,2 jours en 1994-1995 et il s'agit d'une diminution de 33 %.

Caractéristiques chirurgicales et cliniques

Les arthroplasties totales du genou ont représenté 55 % (N = 3 209) des 5 799 interventions présentées au RCRA de mai 2001 à septembre 2002 et les arthroplasties totales de la hanche ont alors compté pour 45 % des autres interventions (N = 2 590). La plupart des données (92,1 %) relatives aux arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont été saisies pour le présent rapport représentaient des chirurgies initiales (N = 5 335). Les reprises ont compté pour 7,8 % (N = 450) des 5 790 interventions précisant le type de remplacement. Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, 89 % des chirurgies étaient initiales (N = 2 301) et 10,9 % étaient des reprises (N = 283). Les arthroplasties initiales totales du genou (N = 3 034) ont compté pour 94,7 % de toutes les chirurgies au genou, tandis que les reprises (N = 167) ont représenté 5,2 % des arthroplasties du genou. Les tableaux 16 et 17 présentent les chirurgies initiales et les reprises pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou respectivement.

Tableau 16. Type d'arthroplasties totales de la hanche

Type d'arthroplastie ¹	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiale	2 301	89,0 %
Première reprise	222	8,6 %
Deuxième reprise	48	1,9 %
Troisième reprise ou plus	13	0,5 %
Total partiel des reprises	283	10,9 %
Exérèse (pas une reprise)	2	0,1 %
TOTAL	2 586	100,0 %

¹On n'a pas d'information sur le type d'arthroplastie dans le cas de 4 chirurgies.

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Tableau 17. Type d'arthroplasties totales du genou¹

Type d'arthroplastie ²	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiale	3 034	94,7 %
Première reprise	140	4,4 %
Deuxième reprise	17	0,5 %
Troisième reprise ou plus	10	0,3 %
Total partiel des reprises	167	5,2 %
Exérèse (non pas une reprise)	3	0,1 %
TOTAL	3 204	100,0 %

¹ Les chiffres présentés s'appuient sur une répartition prévue du nombre total d'arthroplasties totales du genou (3 204) parmi les types d'arthroplasties.

² On n'a pas d'information sur le type d'arthroplastie dans le cas de 5 chirurgies.

Source : Institut canadien d'information sur la santé

Signes précurseurs à une chirurgie

L'arthrose dégénérative représente le groupement diagnostique le plus répandu pour une arthroplastie initiale totale de la hanche (76 %) et du genou (88 %). L'ostéonécrose (7 %) ainsi que l'arthrite inflammatoire (5 %), respectivement, représentent les deuxième et troisième signes précurseurs les plus répandus dans le cas d'une arthroplastie totale de la hanche. Quant à l'arthroplastie totale du genou, l'arthrite inflammatoire (8 %) ainsi que l'arthrose post-traumatique (2 %) constituent respectivement les deuxième et troisième indices précurseurs les plus communs pour subir une chirurgie. Il faut noter que les groupements diagnostiques ne s'excluent pas mutuellement. Les figures 21 et 22 présentent une répartition des groupements diagnostiques les plus communs dans le cas d'une arthroplastie initiale totale de la hanche et du genou, respectivement.

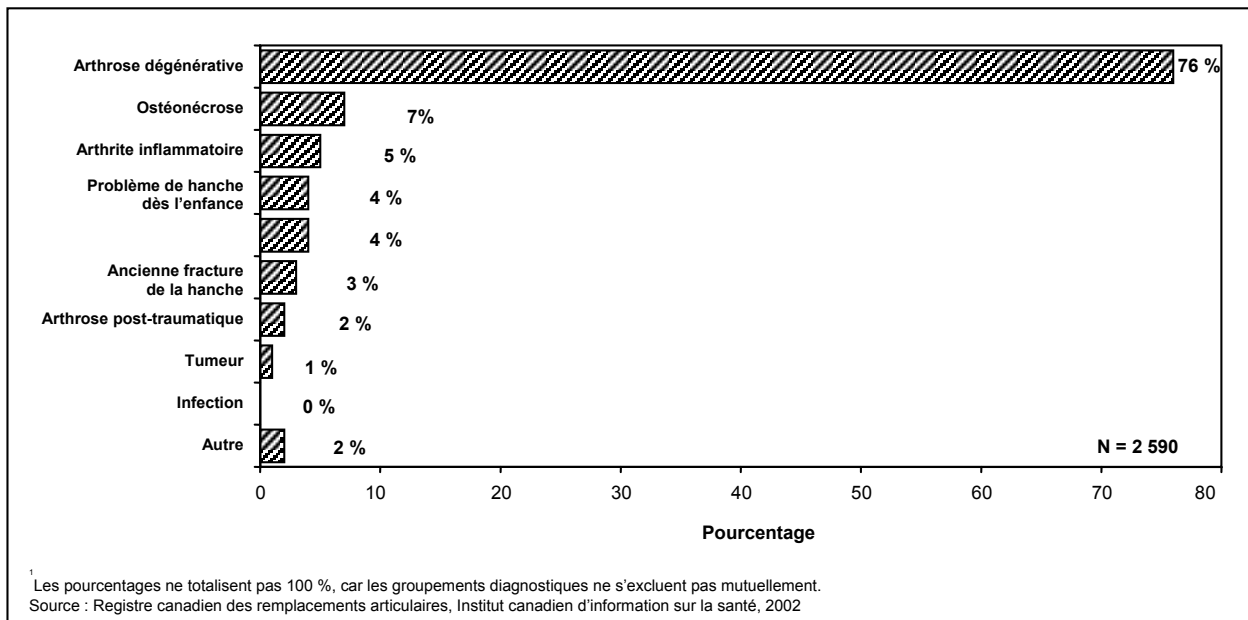


Figure 21. Arthroplasties initiales totales de la hanche par groupement diagnostique¹

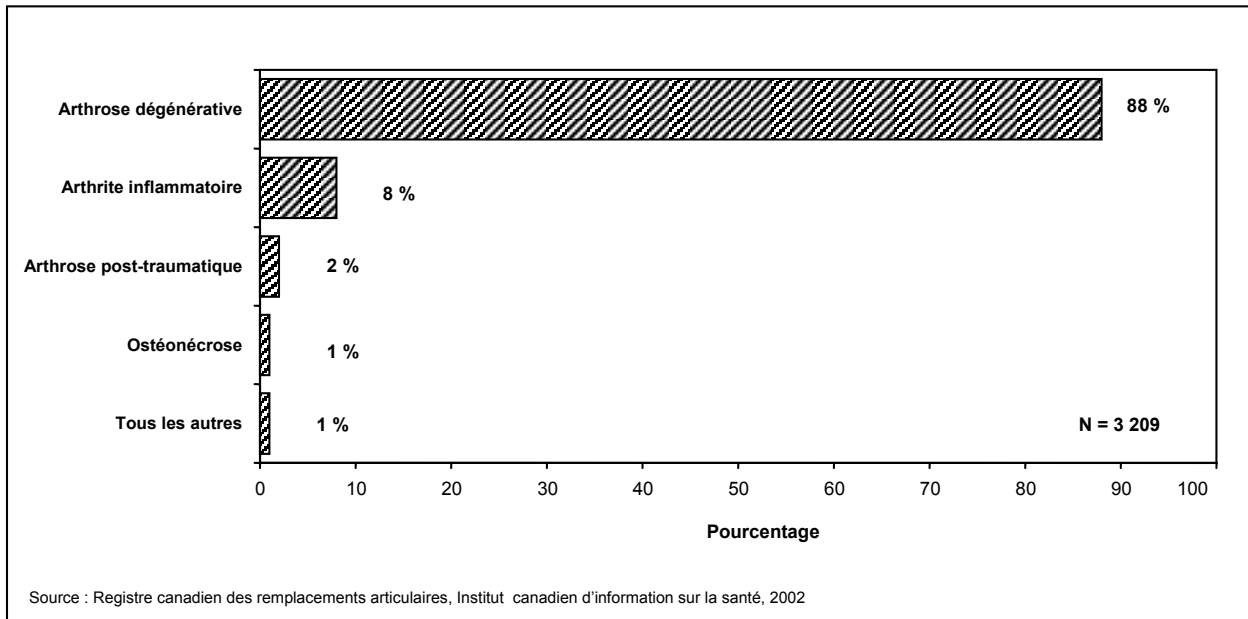


Figure 22. Arthroplasties initiales totales du genou par groupement diagnostique

Les causes d'une reprise

La figure 23 présente les causes les plus courantes pour reprendre une arthroplastie totale de la hanche. Voici les quatre principales raisons de reprendre une arthroplastie de la hanche (N = 283) : la laxité aseptique (60 %), l'ostéolyse (34 %), l'usure du polyéthylène (29 %) et l'instabilité (17 %). Ces quatre mêmes raisons de reprise s'appliquent également aux arthroplasties totales du genou comme en fait foi la figure 24. Parmi les 168 arthroplasties du genou reprises, les 4 principales raisons de reprises sont la laxité aseptique (42 %), l'usure du polyéthylène (29 %), l'instabilité (21 %) et l'ostéolyse (18 %). Le pourcentage présenté ne s'élève pas à 100 %, car les groupements diagnostiques ne s'excluent pas mutuellement.

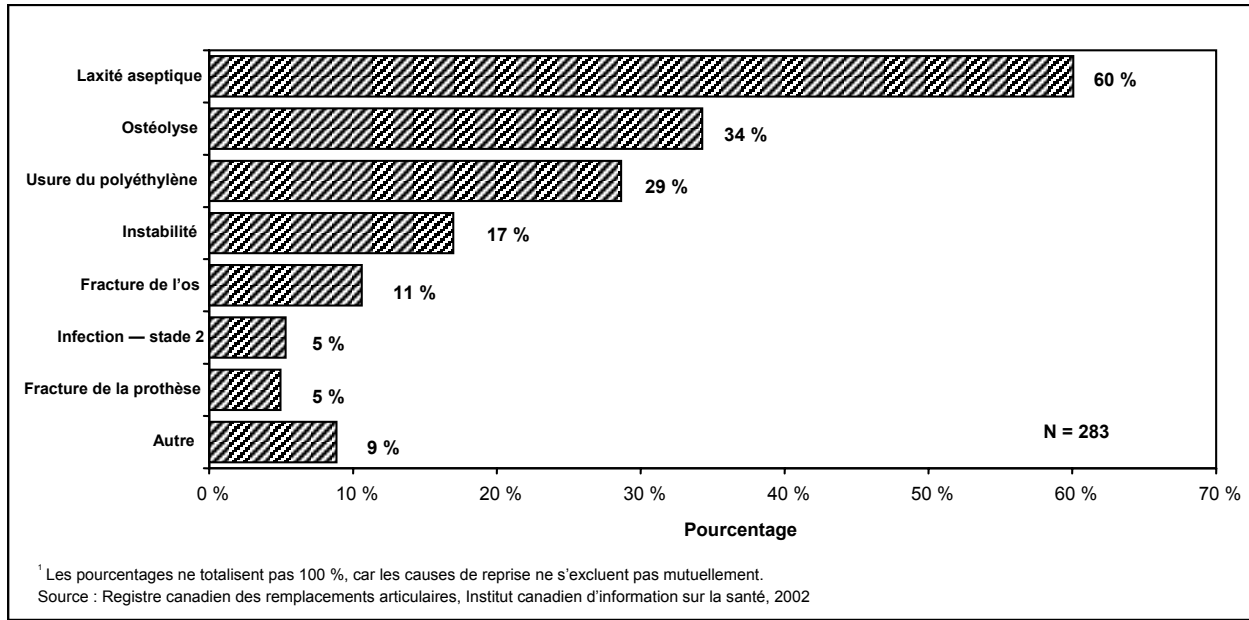


Figure 23. Arthroplasties totales de la hanche reprises et selon la cause de la reprise¹

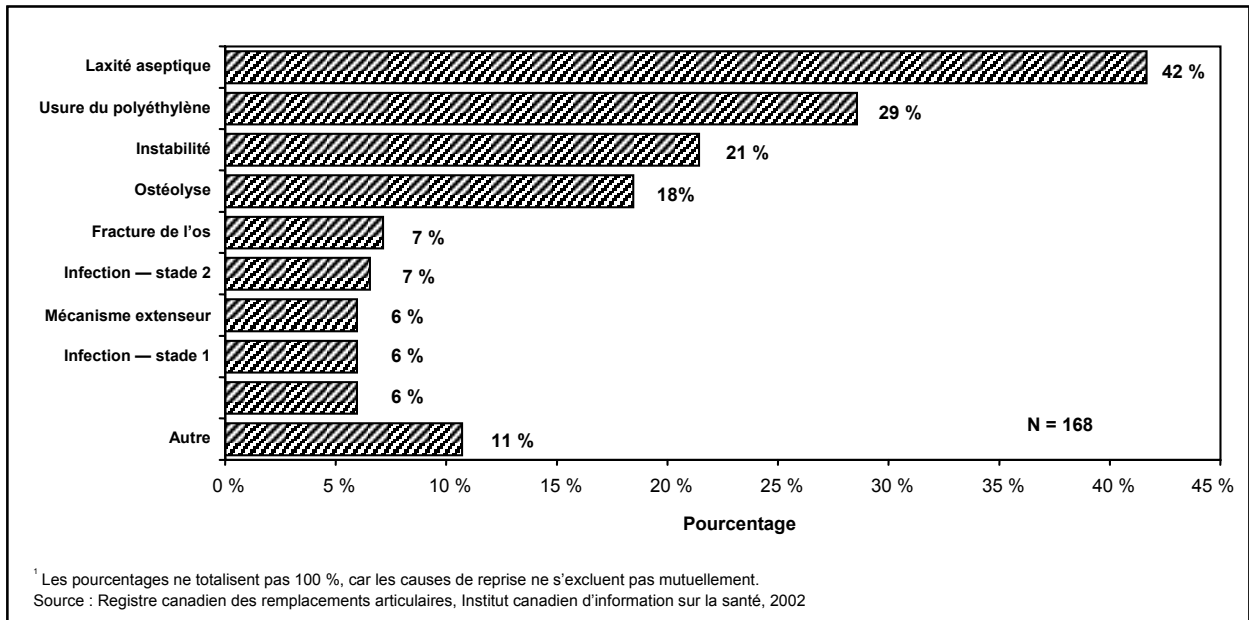


Figure 24. Arthroplasties totales du genou reprises et selon la cause de la reprise¹

Méthode chirurgicale

La répartition des arthroplasties totales de la hanche selon la méthode chirurgicale est présentée à la figure 25. L'approche latérale directe (39 %) ainsi que la méthode antérolatérale (33 %) représentent les techniques utilisées le plus fréquemment dans les arthroplasties totales de la hanche. L'approche postérolatérale a été utilisée dans 28 % des interventions dans l'échantillon présenté et l'approche Smith/Peterson a servi dans moins de 1 % des chirurgies.

On a utilisé la méthode interne dans la plupart (79 %) des arthroplasties totales du genou; on compte ensuite la méthode à travers le vaste (15 %) et puis la méthode sous le vaste (3 %). La méthode latérale est la moins utilisée (1 %) dans cet échantillon (figure 26).

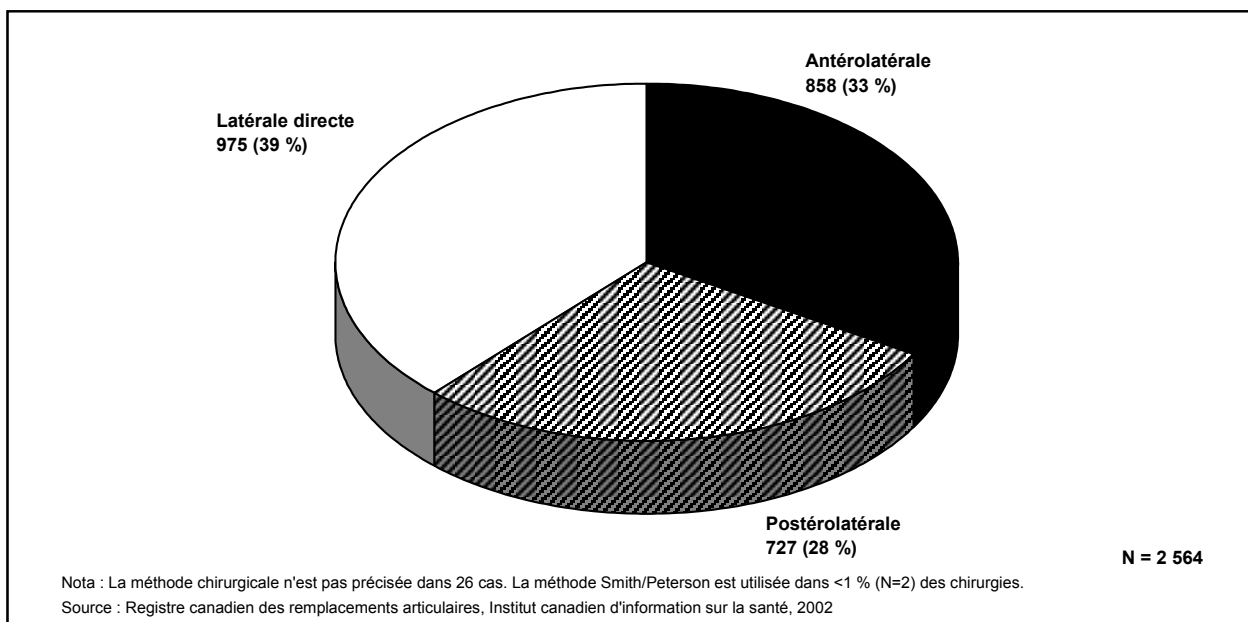


Figure 25. Répartition des arthroplasties totales de la hanche par méthode chirurgicale

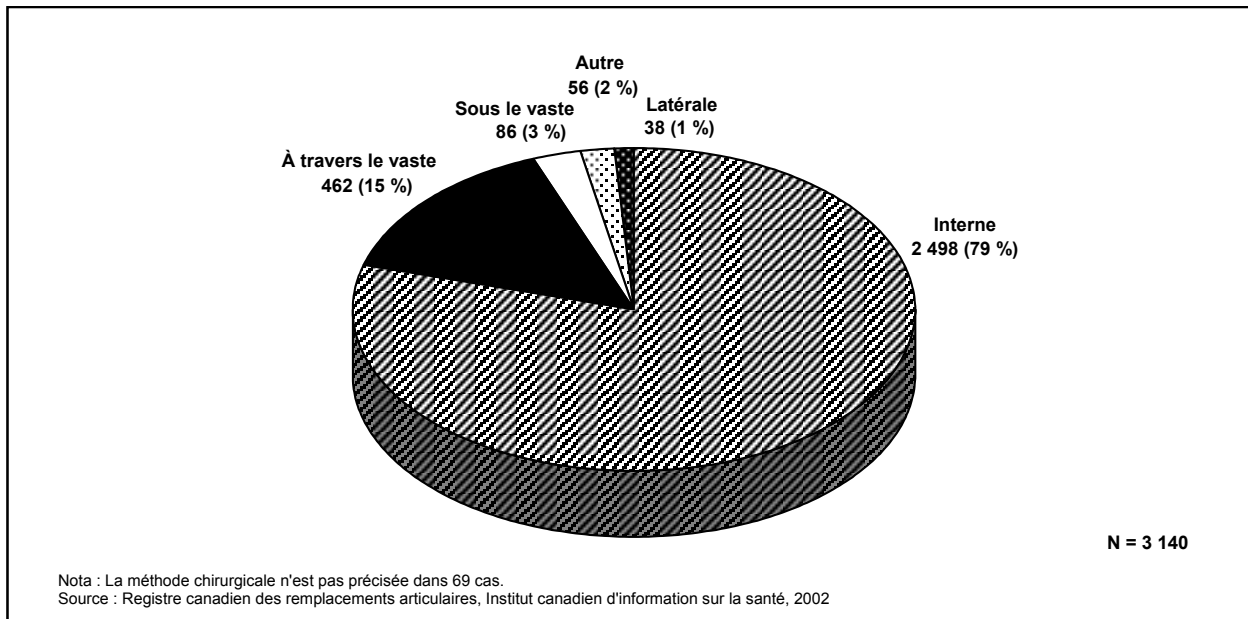


Figure 26. Répartition des arthroplasties totales du genou par méthode chirurgicale

Salle d'opérations

Les types de salles d'opérations où l'on effectue des arthroplasties totales de la hanche et du genou sont présentés aux figures 27 et 28. La salle d'opérations standard est la plus répandue (82 %) et on compte ensuite la hotte à flux laminaire (16 %). Moins de 2 % des chirurgies sont pratiquées avec scaphandre ou à hotte à flux laminaire et scaphandre.

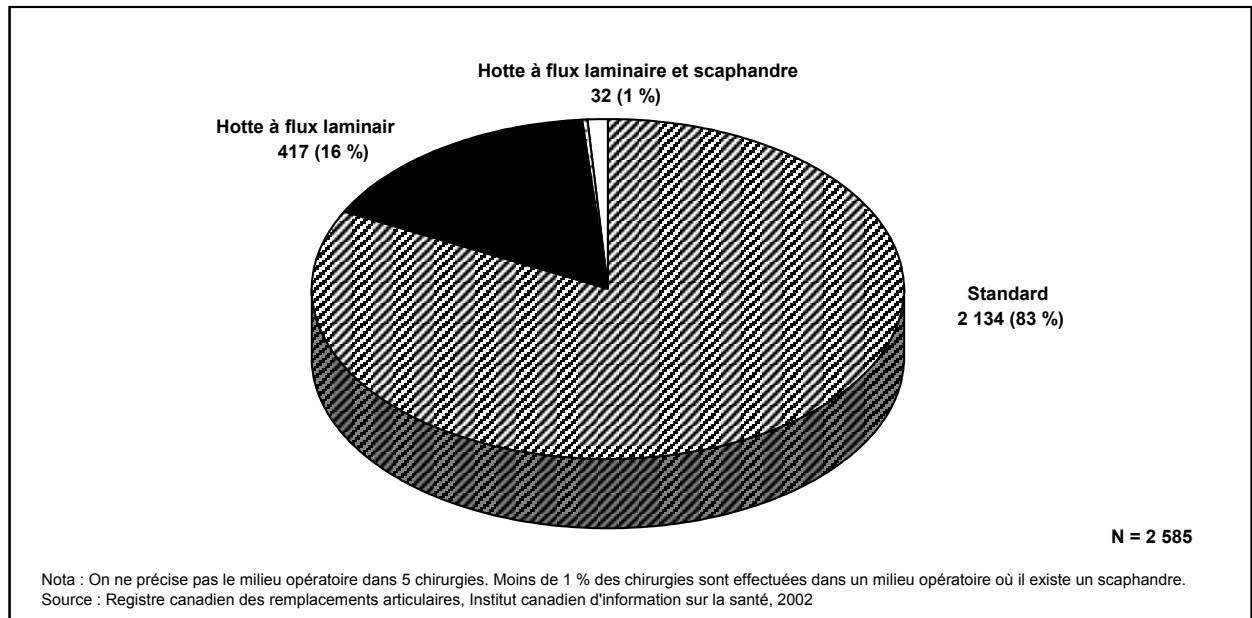


Figure 27. Arthroplasties totales de la hanche selon la salle d'opérations

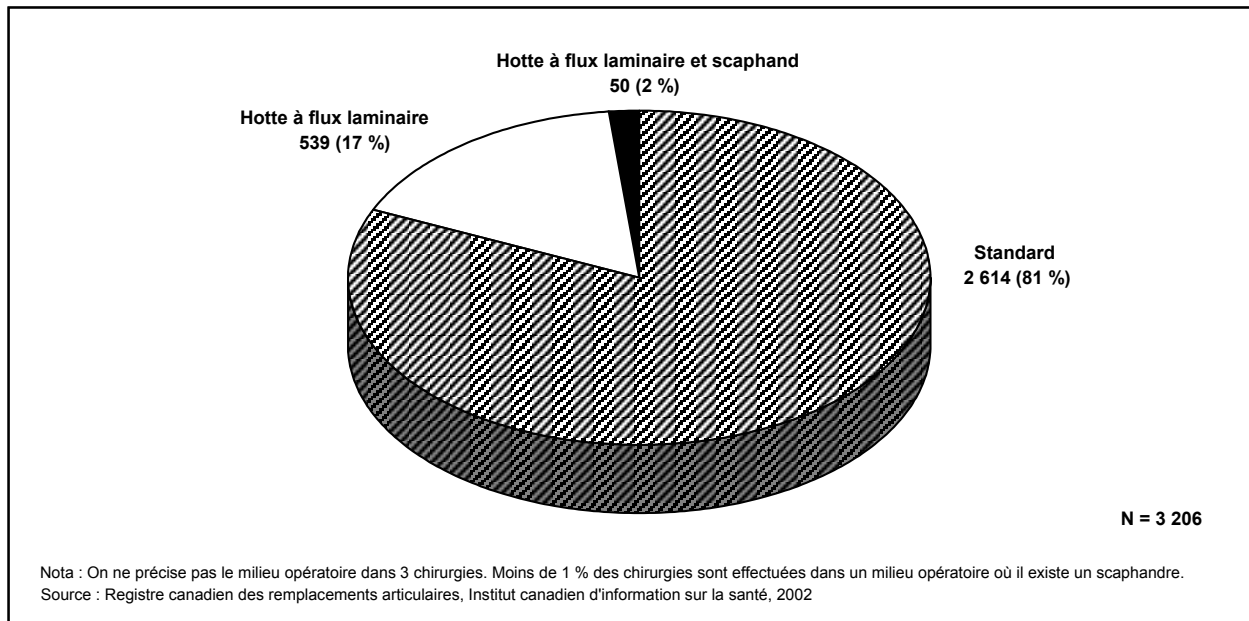


Figure 28. Arthroplasties totales du genou selon la salle d'opérations

Utilisation et résultats

La mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une opération est un événement relativement rare chez les patients d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou (tableau 18). Dans l'ensemble, le taux de mortalité des patients d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou s'élevait à 0,6 % et 0,2 %, respectivement.

Tableau 18. Nombre de décès en milieu hospitalier chez les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou par groupe d'âge, Canada, 2000-2001

Groupe d'âge	Patients d'une arthroplastie totale de la hanche		Patients d'une arthroplastie totale du genou	
	Nombre de patients	Nombre de décès ¹ (%)	Nombre de patients	Nombre de décès ² (%)
< 75	13 167	25 (0,2 %)	15 332	10 (0,1 %)
75-84	5 418	59 (1,1 %)	6 519	30 (0,5 %)
85 +	1 063	42 (3,9 %)	644	7 (1,1 %)
TOTAL	19 648	126 (0,6 %)	22 495	47 (0,2 %)

¹Aucun patient n'ayant moins de 35 ans n'est décédé d'une arthroplastie totale de la hanche.

²Aucun patient n'ayant moins de 60 ans n'est décédé d'une arthroplastie totale du genou.

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

Les risques de décès après une opération augmentent avec l'âge. En outre, le taux de mortalité en milieu hospitalier des patients d'une arthroplastie totale de la hanche ayant moins de 75 ans s'élevait à 0,2 % tandis que le taux était de 3,9 % chez les patients âgés de 85 ans et plus.

Voici les types de ciment les plus répandus servant à la fixation de la tige fémorale (figure 29) utilisés dans l'arthroplastie totale de la hanche : Simplex (90 %), Palacos (3 %) et CMW (2 %). En l'absence de ciment, la surface poreuse (65 %) ainsi que le revêtement d'HA (40 %) représentent les composantes fémorales les plus répandues dans les arthroplasties totales de la hanche (figure 30).

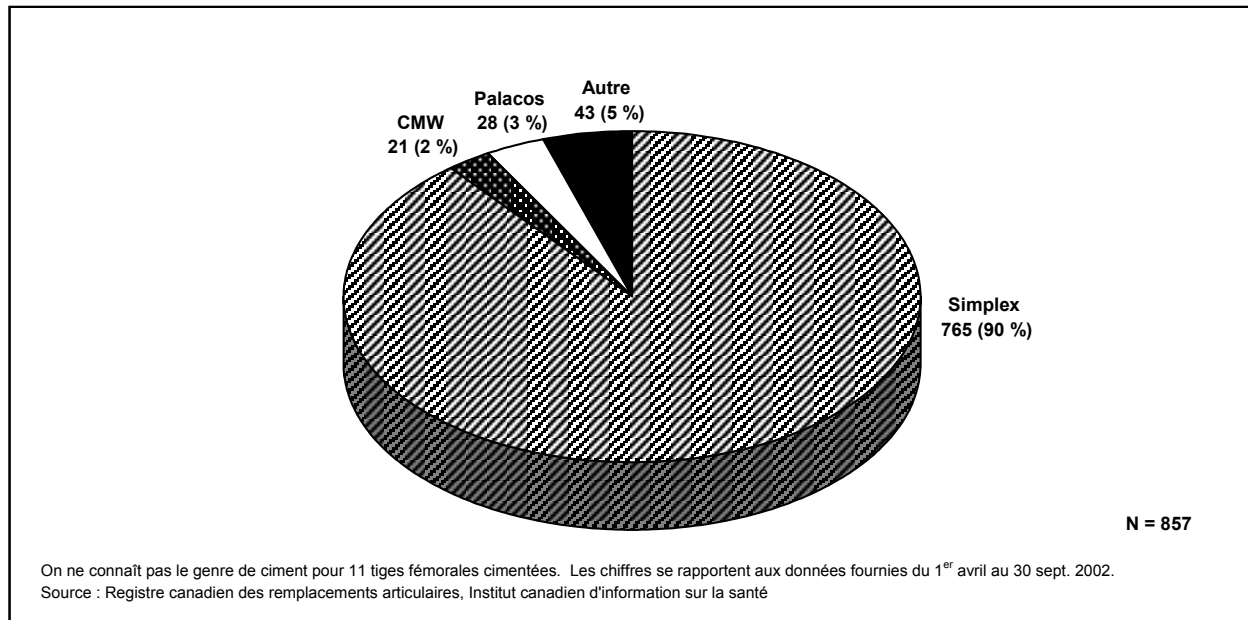


Figure 29. Répartition des tiges fémorales cimentées des patients d'une arthroplastie totale de la hanche selon le type de ciment utilisé

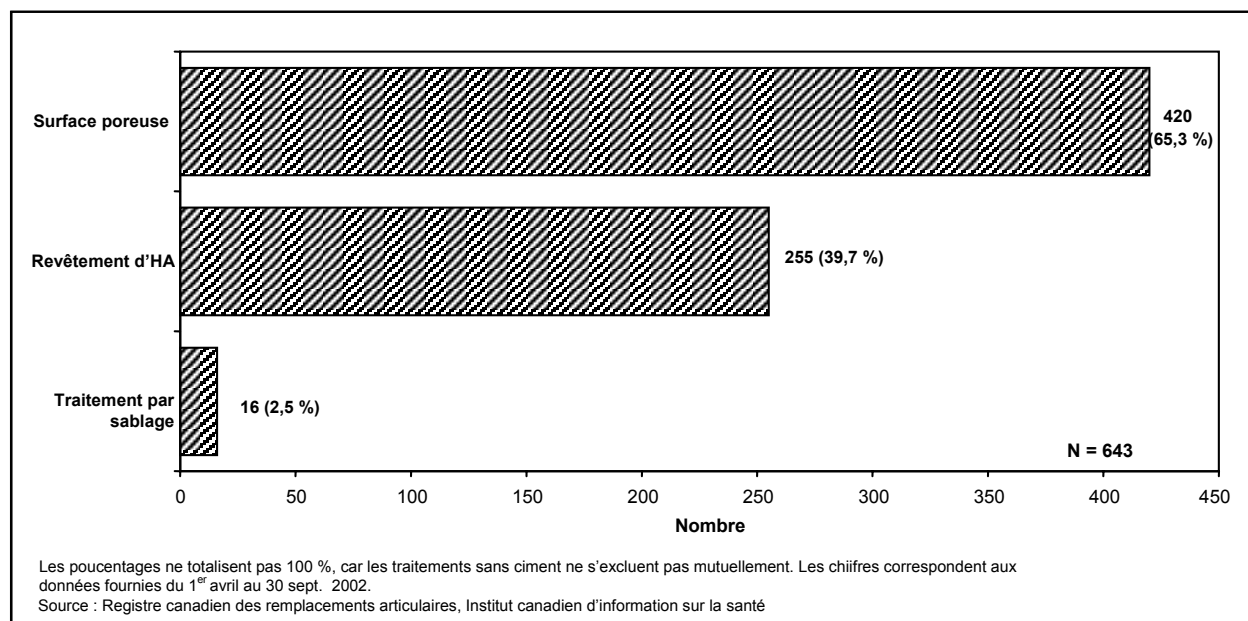


Figure 30. Répartition des tiges fémorales sans ciment des patients d'une arthroplastie totale de la hanche selon le type¹

Dans le même ordre d'idées, les types de ciment les plus répandus pour la fixation de la composante fémorale (figure 32) dans les arthroplasties totales du genou étaient Simplex (93 %), ensuite Palacos (5 %) et CMW (1 %). En l'absence de ciment, la surface poreuse (99 %) et l'impact sous pression (7 %) représentent les composantes fémorales les plus répandues dans les arthroplasties totales du genou (figure 31).

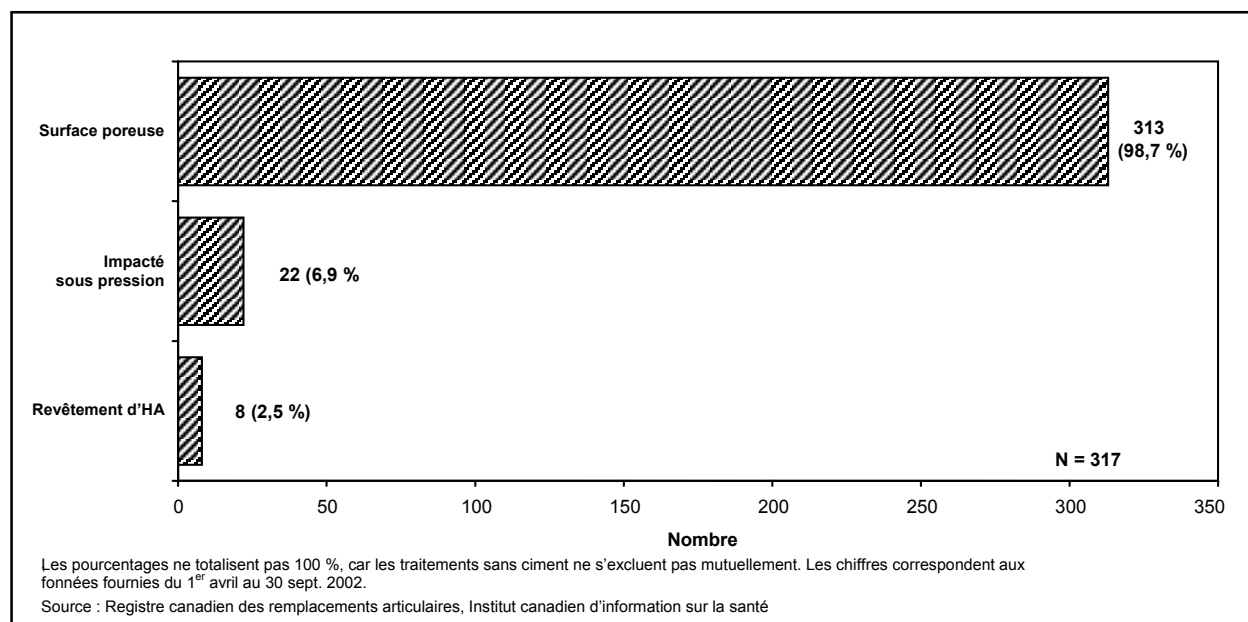


Figure 31. Répartition des composantes fémorales sans ciment des patients d'une arthroplastie totale du genou selon le type¹

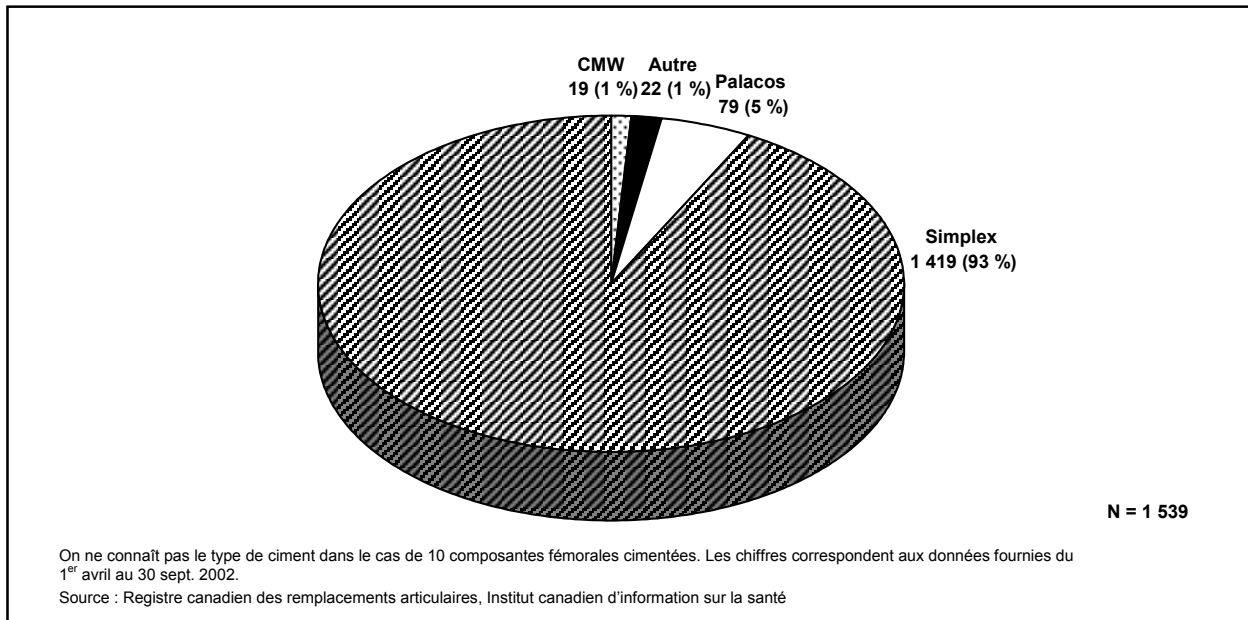


Figure 32. Répartition des composants fémoraux cimentés des patients d'une arthroplastie totale du genou selon le type de ciment utilisé

Discussion

Les raisons des écarts observés dans les taux provinciaux concernant les arthroplasties de la hanche et du genou ne sont pas claires. On a tenté de donner quelques explications, y compris les écarts relevés dans les pratiques cliniques concernant les indices relatifs à la gestion médicale et aux traitements chirurgicaux de ces traitements.³ Plusieurs autres facteurs peuvent jouer un rôle dans le recours aux arthroplasties totales, dont l'accès aux soins qui peut être déterminé par le nombre de lits dans un hôpital consacrés aux patients en orthopédie, le temps dans la salle d'opération ainsi que les ressources humaines en santé (p. ex. la densité démographique des chirurgiens orthopédiques et des médecins qui renvoient des malades ailleurs). Une étude canadienne menée en 1999 se penche sur les raisons des écarts régionaux dans le recours aux arthroplasties totales du genou en Ontario. Après un contrôle de l'âge, du sexe et de l'accès aux soins, on remarque que l'opinion ou l'enthousiasme des chirurgiens orthopédiques pour l'intervention représente le principal déterminant des écarts entre les régions.⁸ Enfin, la prévalence de facteurs cliniques prédisposants (p. ex. l'arthrose) suscite également l'augmentation des demandes pour obtenir une arthroplastie totale.

En tenant compte des écarts de la durée moyenne du séjour d'une province à une autre, il ne faut pas oublier que les chirurgies initiales et reprises ainsi que les chirurgies urgentes et non urgentes sont comprises dans le calcul des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Cet écart devrait être attribuable en partie aux différences dans le cas des patients groupés par rapport aux autres (p. ex. les interventions initiales par rapport à celles reprises ainsi que les chirurgies urgentes par rapport à celles qui ne le sont pas) entre les provinces.

Même si les données actuelles ne peuvent servir à déterminer les taux de reprises, le RCRA permettra au fil du temps de mesurer et de surveiller les taux de reprises pour ces chirurgies. En assurant le suivi de chaque patient ayant subi une arthroplastie initiale totale de la hanche ou du genou qui doit par la suite être reprise, on pourra grâce au registre déterminer le taux réel des reprises.

Le suivi des patients d'une arthroplastie de la hanche ou du genou au fil du temps permettra également au registre de déterminer quels implants sont le moins susceptibles d'être remplacés. L'un des objectifs du RCRA consiste à se doter d'un mécanisme de surveillance après la mise sur le marché des implants orthopédiques. Même si le présent rapport ne présente pas d'analyses propres aux implants, le registre permettra de diffuser de tels renseignements dans un proche avenir.

Il faut également noter que la répartition selon l'âge des patients d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou dans l'échantillon du RCRA est très semblable à la répartition selon l'âge de tous les patients qui ont subi ces chirurgies au Canada en 2000-2001 (figures 7 et 10 et figures B.1 et B.2 à l'annexe B). Ces similitudes portent à croire que les données dans l'échantillon du RCRA sont représentatives de toutes les arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées au Canada malgré certaines différences relevées dans le pourcentage des reprises. À mesure que le taux de participation augmente et que plus de données sont versées au RCRA, on prévoit que de telles différences auront des effets minimes.

Conclusion

Bien qu'il existe déjà beaucoup de renseignements rattachés aux arthroplasties totales, bon nombre de données qui n'ont pas été présentées dans ce rapport sont inconnues. Cette section porte sur l'information manquante et les efforts qui sont déployés en vue de la recueillir.

Ce que nous ne savons pas

On ne connaît pas la contribution relative du vieillissement de la population par rapport à certains autres facteurs (p. ex. les tendances dans la prévalence de l'arthrose) qui suscitent le recours accru aux arthroplasties totales de la hanche et du genou.

Dans le même ordre d'idées, on n'a pas encore déterminé clairement les causes des écarts concernant les taux d'une province à une autre dans le cas des arthroplasties totales de la hanche et du genou. Parmi les explications possibles, mentionnons un manque de consensus sur les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques concernant les signes précurseurs de gestion médicale et de traitement chirurgical de ces conditions.³ Les pratiques relatives au renvoi des patients et l'accès aux soins, y compris le nombre de lits d'hôpital consacrés aux patients en orthopédie, le temps en salle d'opérations, les ressources humaines en santé ainsi que le financement des provinces pour ces interventions peuvent également jouer un rôle.

Le taux optimal des arthroplasties totales de la hanche et du genou visant à combler les besoins de la population canadienne n'est pas connu. Le RCRA sera en mesure de jouer un rôle de chef de file dans la présentation de renseignements nécessaires pour déterminer l'étendue appropriée des taux relatifs à ces interventions pour diverses régions et sous-populations. Ces renseignements pourront ensuite servir aux décideurs et aux dispensateurs dans la planification de la prestation actuelle et à venir des services.

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

L'efficacité relative des prothèses de la hanche et du genou actuellement offertes est peu connue. Même si on a observé une prolifération de prothèses orthopédiques au cours des deux dernières décennies, la surveillance de ces dispositifs après leur mise en marché n'est pas assurée de façon constante et systématique au Canada. Le RCRA sera en mesure de répondre à cette question dans les prochains rapports.

Sauf exception, nous ne connaissons pas précisément le nombre de patients qui attendent une arthroplastie totale au Canada et la durée d'attente pour obtenir une opération dès qu'une décision a été prise pour aller de l'avant avec une chirurgie. Nous ne connaissons pas les effets du temps d'attente sur les résultats cliniques de la fonction physique précédant et suivant une opération des candidats à un remplacement articulaire. Le RCRA sera en mesure de répondre à cette question dans un proche avenir.

On ne connaît pas les coûts d'une arthroplastie totale au Canada et s'il existe des écarts de coûts entre les provinces ou les hôpitaux.

On ne connaît pas l'ampleur et les incidences des soins de réadaptation suite à une chirurgie sur le processus de rétablissement du patient.

Il nous manque des renseignements sur le rapport qui existe entre une blessure (p. ex. fracture à la hanche) et une arthroplastie totale de la hanche.

Prochaines orientations

Les données saisies par le Registre canadien des remplacements articulaires permettront de combler les écarts en matière d'information qui sont mentionnés précédemment. L'une des fonctions uniques du RCRA vise à dresser un mécanisme de surveillance des prothèses orthopédiques après leur mise sur le marché. Comme l'ont laissé entendre de nombreux intervenants, un registre national offre l'approche la plus efficace et pragmatique d'évaluation de la qualité des prothèses orthopédiques.

Le RCRA différencie les données sur les reprises et les causes s'y rattachant par rapport aux renseignements sur les chirurgies initiales. Les taux de reprises seront alors connus, ce qui permettra d'articuler les causes communes ayant contribué à une reprise.

Des données chirurgicales approfondies portant sur les techniques d'opérations, le mode de fixation, les antibiotiques et les traitements prophylactiques d'une thrombose veineuse

profonde, sont également recueillis par le RCRA. Tous ces éléments peuvent influencer les taux relatifs d'une défaillance de l'implant.

Une évaluation globale de la qualité des données du RCRA, fondée sur le cadre de la qualité des données de l'ICIS, devrait être terminée d'ici à la fin de 2003.

Au cours du prochain exercice financier, le RCRA envisagera des avenues pour englober les données sur le temps d'attente pour lui permettre d'évaluer le nombre de patients en attente d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou au Canada. On envisage également l'ajout de données sur l'établissement des priorités, la gravité de la maladie ainsi que le suivi et la satisfaction des patients afin d'en tenir compte dans le RCRA dans un proche avenir.

Bibliographie

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada (comprend les données de 1994-1995 à 1999-2000). 2002.
2. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Rapport supplémentaire sur le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Arthroplasties totales de la hanche et du genou. 2002.
3. Brady OW, Masri BA, Garbuz DS et Duncan CP. Rheumatology: 10. Joint replacement of the hip and knee—when to refer and what to expect. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2000;163(10):1285-1291.
4. Moran CG et Horton TC. Total knee replacement: the joint of the decade. A successful operation, for which there is a large unmet need. *British Medical Journal* 320:820.
5. Institut de recherche en services de santé. Patterns of Health Care in Ontario: ICES Practice Atlas 2nd Edition: Goel V, Williams JI, Anderson GM, Blackstien-Hirsch P, Fooks C, et Naylor CD (éd.). 1996.
6. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Arthroplasty of Total Joint Replacement Procedures 1991 to 2000. Site Web <http://www.aaos.org> a été consulté le 23 juillet 2002.
7. Herberts P et Malchau H. Long-term registration has improved the quality of hip replacement. A review of the Swedish THR Register comparing 160,000 cases. *Acta Orthop Scand* 2000; 71(2):111-121.
8. Sochart DH, Long AL et Porter ML. Joint responsibility: the need for a national arthroplasty register. *BMJ* 1996; 313(7049):66-67.
9. Version 1 du cadre sur la qualité des données de l'ICIS. Institut canadien d'information sur la santé. Avril 2001.

Annexe A

Glossaire

Glossaire

Arthroplastie totale de la hanche

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

Arthroplastie totale du genou

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

Reprise

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

Reprises en pourcentage

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

Taux de reprise

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

Taux normalisé selon l'âge

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

Annexe B

Autres tableaux et figures

Annexe B – Autres tableaux et figures

Table des matières

Tableaux

Tableau B.1. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence, 1999-2000 et 2000-2001	B-1
Tableau B.2. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1999-2000 et 2000-2001	B-2
Tableau B.3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995 à 2000-2001	B-3
Tableau B.4. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995 à 2000-2001	B-4
Tableau B.5. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises effectuées au Canada, par province, 2000-2001	B-5
Tableau B.6. Nombre d'arthroplasties totales du genou initiales et reprises pratiquées au Canada par province, 2000-2001	B-6

Figures

Figure B.1. Répartition des arthroplasties totales de la hanche, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients	B-7
Figure B.2. Répartition des arthroplasties totales du genou, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients	B-7
Figure B.3. Comparaison des taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche par province, 1999-2000 et 2000-2001	B-8
Figure B.4. Comparaison des taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou par province, 1999-2000 et 2000-2001	B-8

Tableau B.1. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence, 1999-2000 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1999-2000	Arthroplasties totales de la hanche 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	201	218	+ 8,5 %
Île-du-Prince-Édouard	104	110	+ 5,8 %
Nouvelle-Écosse	825	781	- 5,3 %
Nouveau-Brunswick	511	514	+ 0,6 %
Québec	2 979	3 188	+ 7,0 %
Ontario	8 433	8 078	- 4,2 %
Manitoba	967	867	- 10,3 %
Saskatchewan	861	885	+ 2,8 %
Alberta	1 992	2 036	+ 2,2 %
Colombie-Britannique	2 931	2 892	- 1,3 %
Territoires ¹	27	29	7,4 % ³
Inconnu ²	205	189	--
CANADA	20 036	19 787	- 1,2 %

¹ Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut.

² Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

³ Le changement en pourcentage devrait être interprété prudemment, car les chiffres sont peu élevés.

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

Tableau B.2. Nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1999-2000 et 2000-2001

Province	Arthroplasties totales du genou 1999-2000	Arthroplasties totales du genou 2000-2001	Changement en pourcentage
Terre-Neuve	198	226	+ 14,1 %
Île-du-Prince-Édouard	104	101	- 2,9 %
Nouvelle-Écosse	1 039	1 077	+ 3,7 %
Nouveau-Brunswick	643	685	+ 6,5 %
Québec	2 796	3 069	+ 9,8 %
Ontario	10 220	10 426	+ 2,0 %
Manitoba	1 217	1 178	- 3,2 %
Saskatchewan	870	975	+ 12,1 %
Alberta	1 984	2 223	+ 12,0 %
Colombie-Britannique	2 970	2 946	- 0,8 %
Territoires ¹	47	35	- 25,5 % ³
Inconnu ²	214	189	--
CANADA	22 302	23 130	+ 3,7 %

¹ Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut.

² Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

³ Le changement en pourcentage devrait être interprété prudemment, car les chiffres sont peu élevés.

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

Tableau B.3. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada selon le lieu de résidence du patient, 1994-1995 à 2000-2001

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

¹ Englobe le Nunavut jusqu'en 1999.

² Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

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

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

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

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

¹ Englobe le Nunavut jusqu'en 1999.

² Englobe les résidents canadiens et non canadiens.

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

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

Tableau B.5. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche initiales et reprises effectuées au Canada, par province, 2000-2001

Province	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre d'arthroplasties reprises	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Alberta	1 873	227	2 100	10,8
Colombie-Britannique	2 507	378	2 885	13,1
Manitoba	754	135	889	15,2
Nouveau-Brunswick	463	82	545	15,0
Terre-Neuve	197	25	222	11,3
Territoires du Nord-Ouest	**	**	**	**
Nouvelle-Écosse	671	112	783	14,3
Ontario	7 474	733	8 207	8,9
Île-du-Prince-Édouard	85	7	92	7,6
Québec*	3 165	S.O.	3 165	S.O.
Saskatchewan	818	70	888	7,9
CANADA	18 017	1 770	19 787	10,6***

* Les reprises ne sont pas codifiées séparément par rapport aux interventions initiales au Québec.

** Les chiffres provenant des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés en raison des chiffres peu élevés des cellules.

*** D'après les interventions initiales et reprises, sauf au Québec et dans les Territoires du Nord-Ouest.

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

Tableau B.6. Nombre d'arthroplasties totales du genou initiales et reprises pratiquées au Canada par province, 2000-2001

Province	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre d'arthroplasties reprises	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Alberta	2 132	176	2 308	7,6
Colombie-Britannique	2 748	202	2 950	6,8
Manitoba	1 099	102	1 201	8,5
Nouveau-Brunswick	636	95	731	13,0
Terre-Neuve	201	22	223	9,9
Territoires du Nord-Ouest	**	**	**	**
Nouvelle-Écosse	949	101	1 050	9,6
Ontario	9 741	800	10 541	7,6
Île-du-Prince-Édouard	95	6	101	5,9
Québec*	3 044*	S.O.	3 044	S.O.
Saskatchewan	890	73	963	7,6
CANADA	21 551	1 579	23 130	7,9***

* Les reprises ne sont pas codifiées séparément par rapport aux interventions initiales au Québec.

** Les chiffres provenant des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés en raison des chiffres peu élevés des cellules.

*** D'après les interventions initiales et reprises, sauf au Québec et dans les Territoires du Nord-Ouest.

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

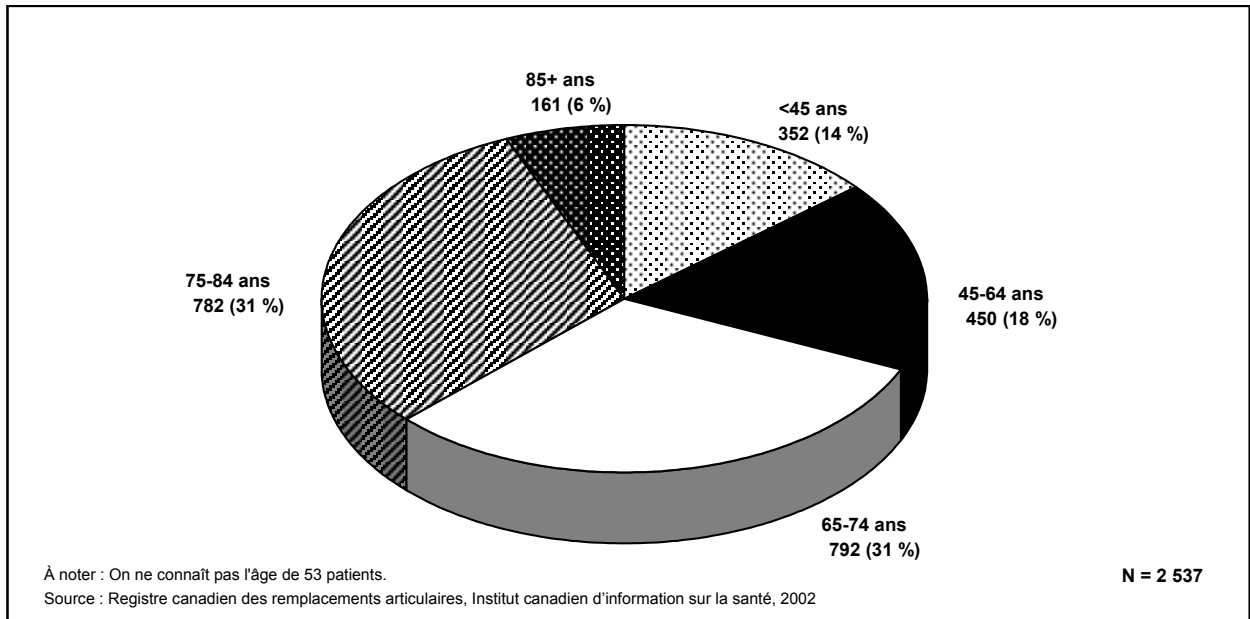


Figure B.1. Répartition des arthroplasties totales de la hanche, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients

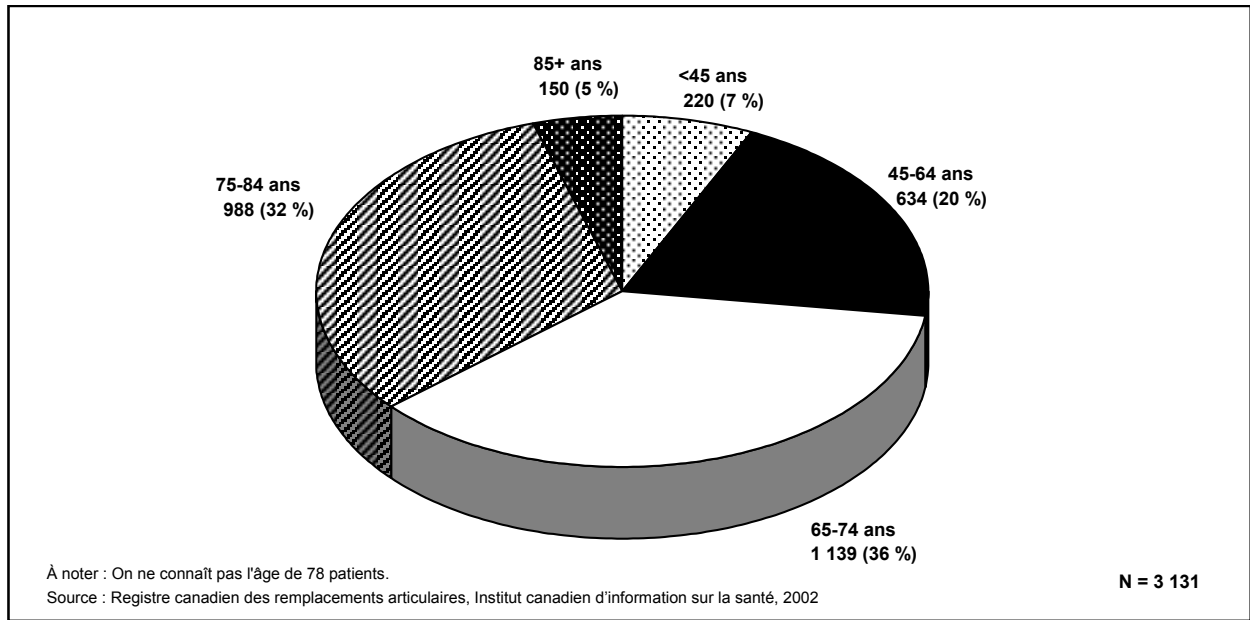


Figure B.2. Répartition des arthroplasties totales du genou, dont les données proviennent des chirurgiens participants, selon l'âge des patients

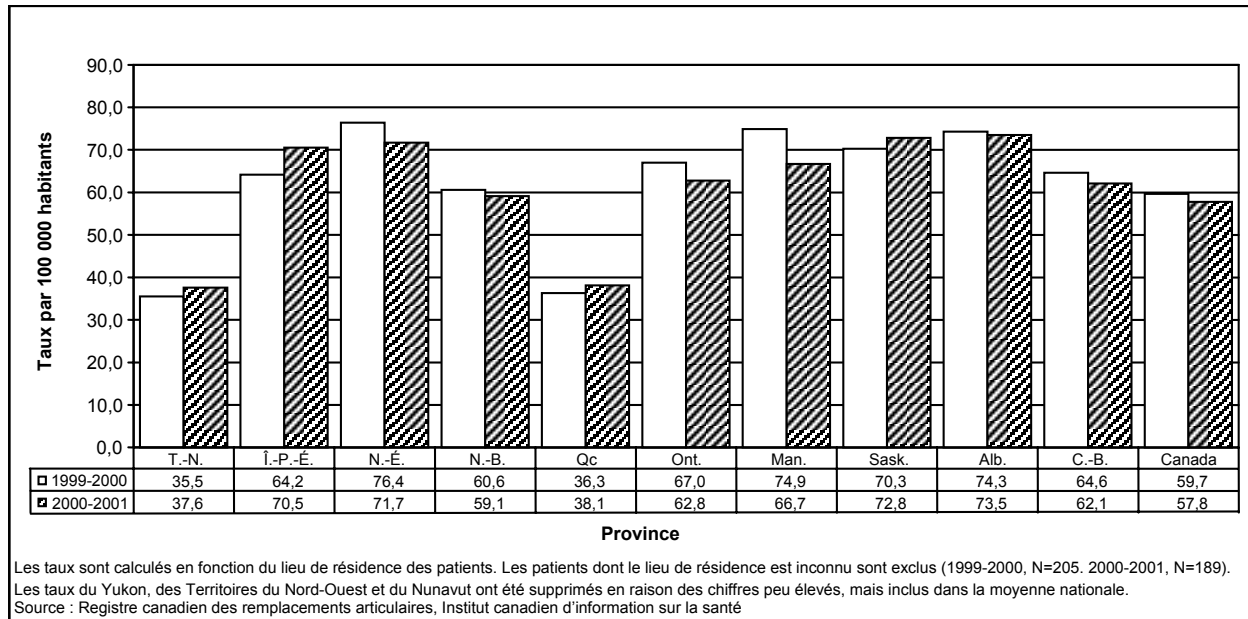


Figure B.3. Comparaison des taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche par province, 1999-2000 et 2000-2001

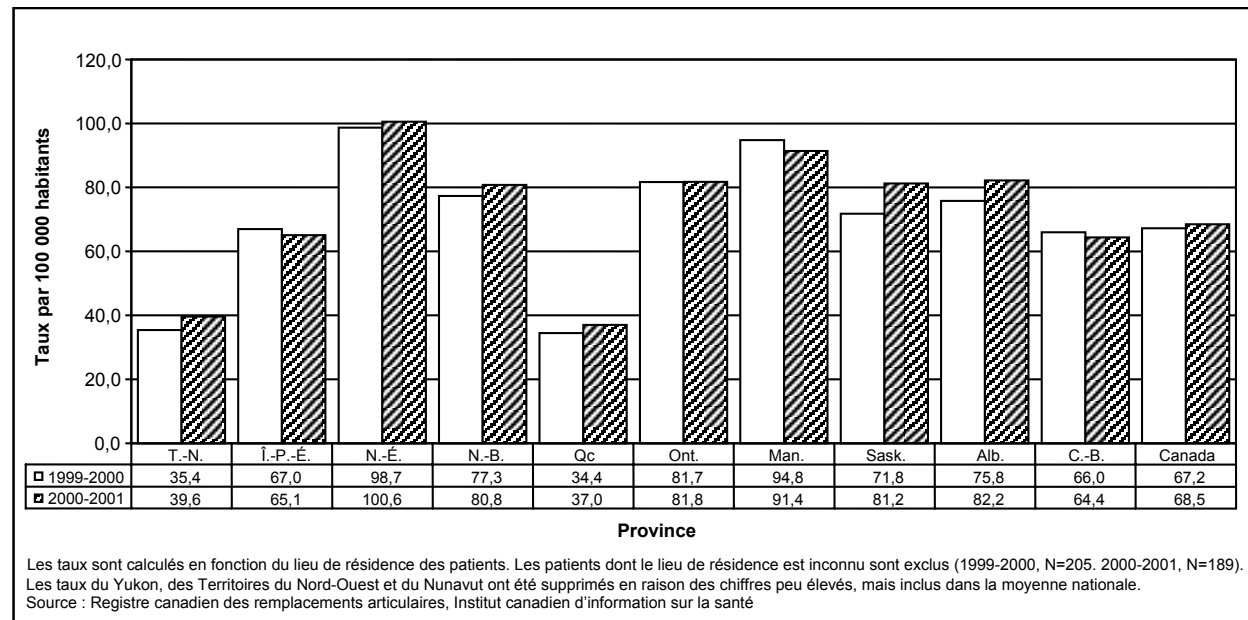


Figure B.4. Comparaison des taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou par province, 1999-2000 et 2000-2001