

Registre des remplacements articulaires
résultats pour les patients
taux de révision
surveillance post-commercialisation
qualité des soins
prise de décisions fondées
sur l'expérience
hanches
genoux
politique
et planification

RAPPORT DE 2005

Arthroplasties totales de la hanche et du genou

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)



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

Tous droits réservés.

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

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

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

Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) —
Rapport de 2005, Arthroplasties totales de la hanche et du genou
ISBN 1-55392-612-9 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title:
Canadian Joint Replacement Registry (CJRR)
2005 Report—Total Hip and Total Knee Replacements in Canada
ISBN 1-55392-609-9 (PDF)

Remerciements

L'équipe du RCRA de l'ICIS désire souligner le travail des orthopédistes au Canada qui ont contribué à assurer le succès de la mise en œuvre du RCRA grâce à la soumission diligente de données sur les chirurgies. Elle désire remercier tout particulièrement les membres du Comité consultatif du RCRA et du Sous-comité de la recherche et du développement ainsi que les représentants provinciaux à qui elle exprime toute sa gratitude pour leurs précieux conseils spécialisés sur le développement du registre et du présent rapport.

D^r Eric R. Bohm

Représentant provincial
University of Manitoba Joint
Replacement Group
Manitoba

D^r Martin Lavigne

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Québec

D^r Robert Bourne

Président, comité consultatif du RCRA
London Health Sciences Centre
Ontario

D^r Brendan Lewis

Western Memorial Hospital
Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Ken L. Brown

Représentant provincial
British Columbia's Children's Hospital

D^r Barry Ling

Polyclinique
Île-du-Prince-Édouard

D^r Dalton Dickinson

Ancien représentant provincial
Fredericton Medical Clinic
Nouveau-Brunswick

D^r James MacKenzie

Représentant provincial
Rockyview Hospital
Fondation canadienne d'orthopédie
Alberta

D^r Michael Dunbar

Représentant provincial
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Nouvelle-Écosse

D^r Yang Mao

Centre de prévention et de contrôle des
maladies chroniques
Santé Canada

D^r Olga L. Huk

Représentante provinciale
Hôpital général juif — Sir Mortimer B. Davis
Québec

D^r Rod Martin

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

D^r Darren Kerr

Représentant provincial
Hôpital régional de Saint John
Nouveau-Brunswick

D^r Bas Masri

Vancouver General Hospital
Colombie-Britannique

D^r Hans Kreder

Sunnybrook and Women's Health
Sciences Centre
Ontario

D^r Timothy J. Pearce

Red Deer Regional Hospital
Alberta

M. John Pipe
Représentant des patients
Ontario

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

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

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

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

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

D^r William A. Silver
Ancien représentant provincial
Saskatchewan

Le rapport de 2005 du RCRA a été préparé à l'ICIS sous la direction de Nizar Ladak, directeur, Services d'information sur la santé, par :

Sukanya Gopinath, analyste principale, RCRA

Ellen Juqing Shi, analyste principale, RCRA

Nicole de Guia, conseillère, RCRA

Margaret Keresteci, gestionnaire, Registres cliniques

Nous souhaitons également souligner la contribution d'autres membres de l'équipe du RCRA, notamment Ann Baker, assistante de l'assurance de la qualité et les commis à la saisie de données Margaret Tom-Kun et Yoga Sivarajah. L'application d'entrée de données et la base de données du RCRA ont été mises au point par une équipe de l'ICIS dirigée par Herbet Brasileiro, conseiller, Développement des applications, Services de santé, sous la direction de la gestionnaire des Services informatiques — Toronto, Isabel Tsui.

L'équipe du RCRA désire également remercier la Section des publications et la Section de la traduction de l'ICIS qui ont participé au formatage, à la mise en page et à la traduction du rapport.

Toute question concernant le présent rapport doit être adressée à :

Registre canadien des remplacements articulaires

90, avenue Eglinton Est, bureau 300

Toronto (Ontario)

M4P 2Y3

Téléphone : (416) 481-2002

Télécopieur : (416) 481-2950

Courriel : rcra@icis.ca

Rapport de 2005 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada

Table des matières

Remerciements

Sommaire	i
Introduction	1
Notes méthodologiques importantes.....	6
Statistiques sur les hospitalisations	7
Tendances générales.....	7
Interventions unilatérales et bilatérales	9
Comparaisons internationales	10
Variations provinciales et territoriales	12
Caractéristiques démographiques des patients.....	21
Déplacements interprovinciaux et interterritoriaux	25
Durée du séjour à l'hôpital	28
Mortalité en milieu hospitalier	30
Caractéristiques chirurgicales et cliniques	33
Tendances générales.....	33
Caractéristiques démographiques des patients.....	34
But de la chirurgie (arthroplasties initiales et reprises).....	35
Signes précurseurs d'une chirurgie.....	36
Raisons pour une reprise.....	38
Opérations antérieures.....	39
Abord chirurgical	40
Prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP)	42
Caractéristiques des composantes	42
Mode de fixation	45
Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche.....	48
Greffon osseux utilisé.....	49
Indice de masse corporelle	50
Techniques chirurgicales particulières	51
Discussion et orientations	55
Références	59

**Rapport de 2005 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)
Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada**

Table des matières (suite)

Annexe A — Méthodologie — Statistiques sur les hospitalisations	A-1
Annexe B — Méthodologie — Caractéristiques chirurgicales et cliniques	B-1
Annexe C — Glossaire.....	C-1

Sommaire

Le rapport annuel de 2005 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) vise 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 (données à l'échelle provinciale et nationale) et du temps, ainsi que de certains paramètres chirurgicaux et cliniques.

Les arthroplasties de la hanche et du genou peuvent soulager la douleur et améliorer considérablement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients. Le vieillissement de la population contribue à la hausse du nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou. De plus, de nouvelles technologies font leur apparition dans le domaine du traitement chirurgical de l'arthrite et des affections connexes. Ces facteurs seront susceptibles de faire augmenter la demande en chirurgie.

À propos du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

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

La participation au RCRA a augmenté progressivement depuis que les chirurgiens orthopédistes ont commencé à soumettre des données sur les interventions en mai 2001. En date d'avril 2005, 72 % des chirurgiens orthopédistes qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada participaient au registre. Toutefois, le taux de participation des chirurgiens à l'enrichissement du fichier de données de 2003 du RCRA utilisé dans le présent rapport s'élevait à 67 % (en date de juin 2004). Les chirurgiens de l'extérieur de l'Ontario soumettent leurs données directement au RCRA. Les chirurgiens orthopédistes de l'Ontario transmettent leurs données à l'Ontario Joint Replacement Registry (OJRR) du Health Sciences Centre de London. L'OJRR est une initiative financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Méthodologie

Les données présentées dans le rapport proviennent de deux sources principales : la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et le RCRA, tous deux gérés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les données sur les chirurgies et les implants orthopédiques présentées dans le rapport s'appuient sur les 44 997 interventions soumises par les chirurgiens participant au RCRA pour les patients admis afin de subir une intervention chirurgicale (entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2004). Les données de l'exercice 2002 ont été mises à jour depuis le dernier rapport annuel. Dans l'ensemble, le nombre total de soumissions de données a augmenté

de 43 % entre 2002 et 2003. Grâce aux données combinées de deux exercices, le fichier de données utilisé dans le présent rapport est deux fois et demie plus volumineux que celui du rapport de l'an passé, ce qui témoigne de la plus grande représentation de la collecte de données et de l'augmentation du taux de participation au RCRA.

Statistiques sur les hospitalisations

Tendances générales

- On compte 48 475 hospitalisations pour arthroplasties totales de la hanche et du genou qui ont été pratiquées au Canada en 2002-2003, dont 48 419 sur des résidents canadiens. Ce dernier chiffre représente une hausse de 53,9 % sur huit ans par rapport aux 31 463 interventions en 1994-1995 et une hausse de 10,1 % sur un an par rapport aux 43 979 interventions en 2001-2002.
- En 2002-2003, il y a eu 26 500 hospitalisations pour arthroplasties totales du genou comparativement à 21 919 hospitalisations pour arthroplasties totales de la hanche. Depuis 1996-1997, le nombre d'arthroplasties totales du genou dépasse chaque année le nombre d'arthroplasties totales de la hanche, et l'écart s'accroît avec le temps. Comparativement aux chiffres de 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales du genou en 2002-2003 a augmenté de 77,4 % et de 9,6 % par rapport à l'année précédente. Par contre, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 32,6 % par rapport à 1994-1995 et de 10,7 % par rapport à l'année précédente.

Variations provinciales et territoriales

- On a relevé des variations provinciales dans les taux d'arthroplasties. Les résidents de la Saskatchewan et de l'Alberta affichaient les plus hauts taux normalisés selon l'âge d'arthroplasties totales de la hanche (80,8 et 75,1 par 100 000 habitants respectivement). De leur côté, les résidents du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador affichaient les taux les plus faibles (50,3 et 42,3 par 100 000 habitants respectivement). Le Manitoba et l'Ontario avaient les taux d'arthroplasties totales du genou les plus élevés (97,9 et 97,5 par 100 000 habitants) et Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec, les plus faibles (48,6 et 43,7 par 100 000 habitants, respectivement). Les taux des territoires ne sont pas présentés en raison des chiffres peu élevés.

Caractéristiques démographiques des patients

- En 2002-2003, les femmes étaient plus susceptibles de subir une arthroplastie totale de la hanche comparativement aux hommes (le taux normalisé selon l'âge chez les femmes s'élevait à 65,3 par 100 000 habitants comparativement à 56,2 chez les hommes). Les femmes (84,1) présentaient également un taux plus élevé d'arthroplasties du genou que les hommes (65,9). En 2002-2003, parmi toutes les arthroplasties totales de la hanche, 59 % ont été pratiquées sur des femmes et 41 %, sur des hommes. Parmi toutes les arthroplasties totales du genou, 61 % ont été pratiquées sur des femmes et 39 %, sur des hommes.

- La majorité des arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées sur des patients âgés de 65 ans et plus (65 % et 69 % respectivement). En 2002-2003, l'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche au Canada s'élevait à 68 ans (69,6 ans pour les femmes et 65,7 ans pour les hommes). Par contre, seulement 5 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche avaient moins de 45 ans. En ce qui concerne les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, l'âge moyen s'établissait à 68,7 ans (68,9 ans pour les femmes et 68,5 ans pour les hommes) en 2002-2003. Seulement 1 % des patients qui ont subi une arthroplastie du genou avaient moins de 45 ans.
- Depuis 1994-1995, on a observé des augmentations considérables dans les taux d'arthroplasties totales du genou selon le groupe d'âge et le sexe. Bien que le taux le plus élevé se retrouve dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans (497,0 par 100 000 habitants chez les hommes et 570,3 chez les femmes), le taux pour les hommes âgés de 45 à 54 ans a presque doublé (augmentation de 99,4 %) et celui pour les femmes du même groupe a plus que doublé (augmentation de 132,7 %). Le nombre d'arthroplasties totales du genou pratiquées sur des personnes de moins de 55 ans a augmenté de 149,0 % (de 899 à 2 239) entre 1994-1995 et 2002-2003.
- Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le taux le plus élevé selon le groupe d'âge et le sexe a été observé dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans (361,3 par 100 000 habitants chez les hommes et 508,3 chez les femmes). Comparativement aux taux de 1994-1995, la plus forte hausse s'est produite dans le groupe d'âge des 85 ans et plus (33,4 % et 40,5 % chez les hommes et les femmes respectivement).

Durée du séjour

- Depuis 1994-1995, la durée moyenne du séjour a diminué pour ces interventions. De 1994-1995 à 2002-2003, elle a baissé de 29,4 % dans le cas des arthroplasties totales de la hanche (de 13,6 à 9,6 jours) et de 39,3 % dans le cas des arthroplasties totales du genou (de 12,2 à 7,4 jours). Entre 2001-2002 et 2002-2003, la durée moyenne du séjour a diminué de 1,0 % pour les arthroplasties totales de la hanche, passant de 9,7 à 9,6 jours, et de 3,9 % pour les arthroplasties totales du genou, passant de 7,7 à 7,4 jours. La durée du séjour se rapporte aux arthroplasties initiales de la hanche et du genou ainsi qu'aux reprises.

Déplacements interprovinciaux et interterritoriaux

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

Mortalité en milieu hospitalier

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

Caractéristiques chirurgicales et cliniques

Signes précurseurs d'une chirurgie

- L'ostéo-arthrite dégénérative était le diagnostic le plus fréquent donnant lieu à une première arthroplastie de la hanche (81 %) et du genou (92 %). Parmi les autres diagnostics, mentionnons l'ostéonécrose, l'arthrite inflammatoire, une fracture aiguë de la hanche, les problèmes d'enfance avec la hanche, les vieilles fractures de la hanche et l'ostéo-arthrite post-traumatique.
- Les raisons les plus courantes des reprises d'arthroplasties totales de la hanche étaient : laxité aseptique (57 %), ostéolyse (30 %), usure (24 %) et instabilité (15 %). Dans le cas des reprises des arthroplasties du genou, les mêmes quatre raisons étaient responsables dans les proportions suivantes : laxité aseptique (49 %), usure (36 %), ostéolyse (22 %) et instabilité (13 %).

Abord chirurgical

- L'abord latéral direct était la technique la plus fréquemment utilisée dans les arthroplasties totales de la hanche. Près de la moitié (47 %) des chirurgies reposaient sur l'utilisation de cette technique. Parmi les autres techniques courantes, mentionnons les abords chirurgicaux antérolatéraux (28 %) et postérolatéraux (24 %). L'abord Smith/Peterson et la technique des deux incisions ont été utilisés dans moins de 1 % des chirurgies. Pour les arthroplasties totales du genou, l'abord interne était de loin le plus utilisé (dans 90 % des chirurgies), tandis que les abords à travers le vaste, sous le vaste et latéral ne l'ont été que dans 8 %, 1 % et 1 % des cas respectivement. En examinant les données de l'exercice 2003, on note que seulement 8 % des abords chirurgicaux ont été peu invasifs (hanche — 9 %; genou — 7 %).

Mode de fixation

- Dans le cas des arthroplasties de la hanche, 37 % des tiges fémorales remplacées étaient cimentées comparativement à seulement 6 % des composantes acétabulaires. Du côté des arthroplasties du genou, on a eu plus souvent recours au ciment comme mode de fixation des composantes fémorales remplacées (82 %), des composantes tibiales (95 %) et des composantes rotuliennes (71 %).

Indice de masse corporelle

- Selon l'indice de masse corporelle (IMC), les patients qui ont subi une arthroplastie du genou étaient plus susceptibles d'accuser un surpoids ou d'être obèses (87 %) que ceux qui ont subi une arthroplastie de la hanche (72 %). On disposait des données pour 65 % des cas de l'exercice 2003.

On peut acheter des exemplaires du Rapport de 2005 auprès du Bureau des commandes de l'ICIS à l'adresse suivante : www.icis.ca/rcra. On peut télécharger gratuitement, à partir du site Web de l'ICIS, des copies du sommaire, des communiqués de presse et des bulletins récents. Les demandes de renseignements concernant ce rapport peuvent être adressées à rcra@icis.ca.

Introduction

Il s'agit du quatrième rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Le premier a été publié en janvier 2002¹. Le présent rapport vise 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 (données provinciales et nationales), du temps ainsi que de certains paramètres chirurgicaux et cliniques.

À propos du Registre canadien des remplacements articulaires

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

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

L'acheminement des données recueillies dans le RCRA est présenté à la figure 1. Les données sont soumises soit sur des formulaires papier, soit par voie électronique.

Un certain nombre de chirurgiens orthopédistes et de points de services soumettent des données directement au RCRA par l'entremise des formulaires de collecte de données sur papier. 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. Une fois que le consentement écrit du patient est obtenu, le chirurgien ou le personnel du bloc opératoire remplit un formulaire de collecte de données de deux pages. Ce formulaire permet de saisir de l'information comme les caractéristiques démographiques du patient, le type d'arthroplastie, la raison de la chirurgie, l'abord chirurgical, le mode de fixation, les types d'implants, l'utilisation d'antibiotiques, le traitement prophylactique de la thrombose veineuse profonde et la salle d'opération. Les formulaires de collecte de données sont acheminés directement à l'ICIS dans des enveloppes préadressées et affranchies, qui procède à la vérification et à l'entrée des données.

À l'heure actuelle, seule l'Ontario dispose d'un registre provincial opérationnel sur les remplacements articulaires, l'OJRR.² Les chirurgiens orthopédistes de l'Ontario passent par l'OJRR pour participer au RCRA. En Ontario, les renseignements sur la chirurgie sont recueillis dans la salle d'opération par voie électronique au moyen d'un assistant numérique ou d'un ordinateur branché à Internet. Les chirurgiens ontariens soumettent les données à l'OJRR. Elles sont ensuite envoyées au RCRA par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

En 2004, le RCRA a également commencé à recevoir des fichiers de soumissions électroniques d'un grand établissement de soins de courte durée de la Colombie-Britannique. On s'attend à ce que la transition de la soumission sur papier au format électronique prenne davantage d'ampleur au fur et à mesure que les établissements et les régions créeront leurs propres registres.

Dans le but de produire des rapports annuels et des bulletins et de répondre aux demandes de données, le RCRA analyse aussi les données de la BDMH, également gérée par l'ICIS. L'annexe A fournit des détails méthodologiques supplémentaires sur la BDMH.

Dans tous les cas, le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels sur les patients et les chirurgiens sont assurés. 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 banques de données. Pour obtenir des précisions à ce sujet, veuillez consulter le site Web de l'ICIS à www.icis.ca. L'évaluation des incidences sur la vie privée du RCRA est également affichée sur le site Web de l'ICIS à l'adresse www.icis.ca/rcra.

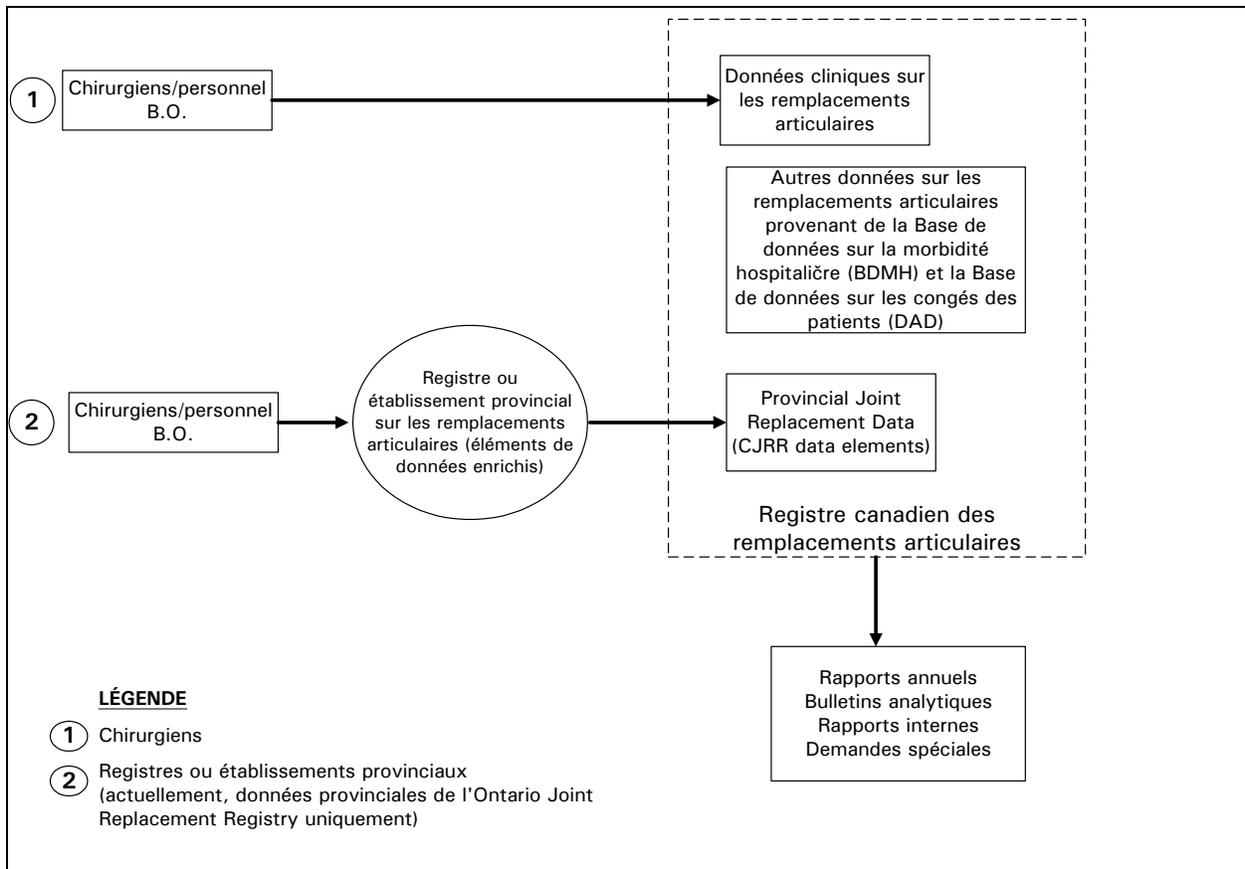


Figure 1. Diagramme de l'acheminement des données au Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)

Participation au RCRA

La participation au RCRA est présentée comme le pourcentage de chirurgiens admissibles qui ont accepté de soumettre des données au registre, et comme le pourcentage estimé de chirurgies pour lesquelles des données ont été soumises. Les chirurgiens qui pratiquent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au cours de la période de déclaration sont admissibles à participer au RCRA. L'équipe de projet du RCRA travaille en collaboration avec les chirurgiens orthopédistes de partout au pays afin d'identifier tous les chirurgiens admissibles et enregistre leur consentement à participer.

Les chirurgiens de l'Ontario passent par l'OJRR pour contribuer au RCRA. L'OJRR est financé séparément par le MSSLDO et se trouve au centre Health Sciences Centre de London.

Les chirurgiens participants peuvent obtenir des crédits en formation continue en soumettant des données sur les interventions au RCRA et en passant en revue les commentaires du RCRA fournis à intervalles réguliers. La soumission 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.

En date d'avril 2005, on estime le taux de participation à 72 %.

Participation des chirurgiens au fil du temps

La collecte des données auprès des chirurgiens a commencé en mai 2001. Depuis, le nombre de chirurgiens participants est passé de 139 à 510, une hausse de 267 % (figure 2). L'une des principales raisons de cette hausse est le premier transfert des données de l'Ontario au RCRA via le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a eu lieu en juillet 2003. Cet événement explique l'augmentation spectaculaire dans le taux de participation au RCRA que montre la figure 2.

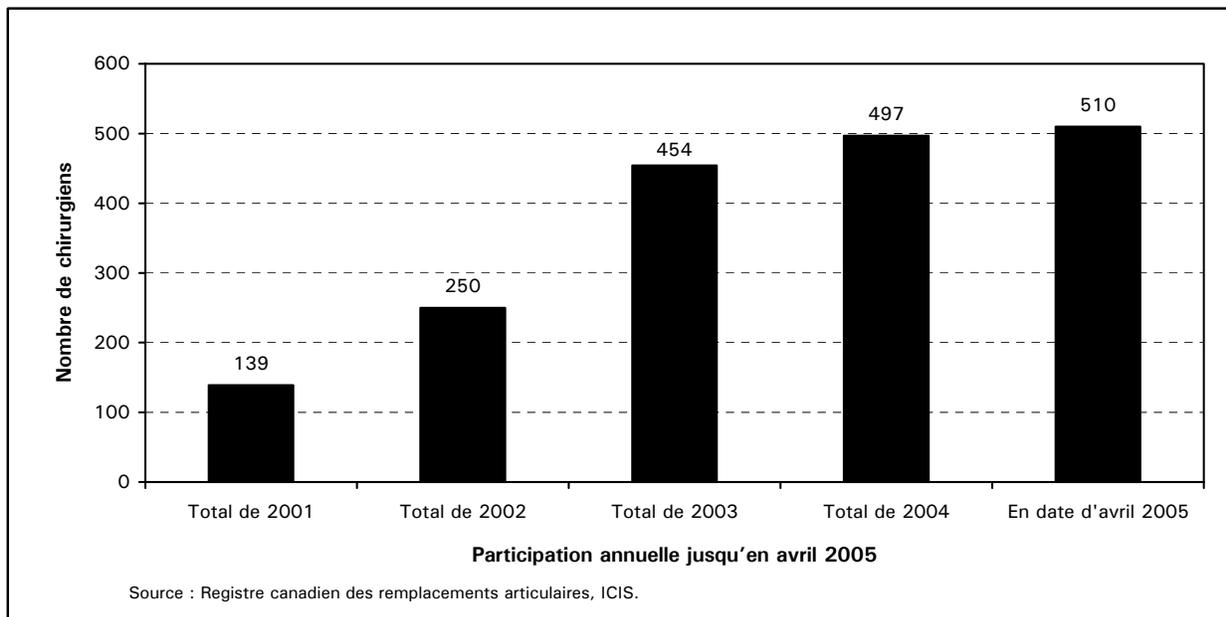


Figure 2. Nombre de chirurgiens participant au RCRA, de 2001 à avril 2005

Participation des chirurgiens pour l'exercice 2003, par province

Comme il est mentionné auparavant, ce taux s'élève actuellement à 72 % (en date d'avril 2005). Le tableau 1 présente les statistiques relatives à la participation par province correspondant à l'année de données visée dans le présent rapport. On estime que le taux global de participation au RCRA a atteint 67 % pour l'exercice 2003. Ce taux est largement influencé par les provinces qui possèdent le plus grand nombre de chirurgiens (Ontario, Québec, Colombie-Britannique et Alberta respectivement). Ensemble, ces provinces comptent près de 83 % des orthopédistes qui effectuent des arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada et 79 % de tous les chirurgiens qui participent au RCRA. Les taux de participation par province et par territoire varient de 47 % au Québec à 100 % au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse.

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

Tableau 1. Participation des chirurgiens au RCRA, par province, données de l'exercice 2003

Province de l'hôpital	Chirurgiens participants	Nombre estimé de chirurgiens *	% de participation
Colombie-Britannique	66	110	60 %
Alberta	44	53	83 %
Saskatchewan	19	29	66 %
Manitoba	16	20	80 %
Ontario	170	247	69 %
Québec	88	188	47 %
Nouveau-Brunswick	25	25	100 %
Nouvelle-Écosse	23	23	100 %
Île-du-Prince-Édouard	3	4	75 %
Terre-Neuve-et-Labrador	13	16	81 %
Territoires du Nord-Ouest	1	1	100 %
Total	468	716	67 %

* Estimations produites en fonction des renseignements fournis par les représentants provinciaux du RCRA en date du 8 juin 2004.

Remarques :

- 1) Aucun chirurgien ne pratiquait de remplacement articulaire au Nunavut et au Yukon pendant cette période.
- 2) Les statistiques sur la participation dans le tableau ci-dessus sont celles de l'année de données présentée dans le présent rapport.

Notes méthodologiques importantes

- La soumission de données au RCRA est volontaire. Les chirurgiens orthopédistes participants n'ont pas tous soumis des données au RCRA. De plus, on ne sait pas si chacun d'eux a soumis toutes les chirurgies qu'il a pratiquées. Il peut y avoir un biais dans la réponse, mais il ne peut être quantifié.
- Les données sur les sorties des hôpitaux dans le rapport sont recueillies au moyen de divers systèmes de classification (CIM-10-CA/CCI, ICD-9-CM, CIM-9/CCA). La mise en œuvre décalée de la nouvelle classification au pays engendre des difficultés particulières en matière d'interprétation des tendances au fil du temps et selon la région. Le RCRA continuera de surveiller et d'étudier les répercussions de ces changements dans la codification au cours des années à venir.
- Les analyses sur les arthroplasties totales du genou englobent également les interventions partielles, car ces dernières ne peuvent être codifiées séparément dans la CCA.
- Les données sur les sorties des hôpitaux tirées de la BDMH proviennent de l'exercice 2002. Quant aux données chirurgicales et cliniques du RCRA, elles sont fondées sur les exercices 2002 et 2003. Les soumissions de données au RCRA pour l'exercice 2002 ont été mises à jour depuis le rapport annuel de l'an passé.
- Les chiffres du Québec sur les arthroplasties de la hanche et du genou sont sous-estimés, car les codes des reprises ne peuvent être identifiés dans la BDMH.
- Les analyses régionales dans le présent rapport reposent principalement sur la région de résidence du patient, non sur celle où les interventions ont eu lieu. Les chiffres selon la province de résidence peuvent avoir augmenté de façon factice en raison de l'adoption depuis le rapport annuel de 2004 d'une nouvelle méthodologie consistant à associer dans la mesure du possible un patient à une province en utilisant les trois premiers chiffres du code postal lorsque le code postal est incomplet. Par conséquent, les chiffres de la catégorie « Inconnu » ont baissé.
- Les patients dont on ignore le lieu de résidence ont été inclus dans les totaux du Canada et les taux globaux normalisés selon l'âge.
- Le nombre d'hospitalisations représente le nombre de cas. Si une personne subit plus d'une arthroplastie de la hanche ou du genou (c.-à-d. bilatérale) codifiée pour la même visite à l'hôpital, une seule intervention est comptée. Cette approche diffère de la méthodologie utilisée dans le rapport annuel de 2004 du RCRA, dans lequel on dénombrait chaque intervention au cours d'une hospitalisation.
- Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS (version 8.0).

Remarque : Les annexes A et B fournissent des détails supplémentaires sur la méthodologie et les sources de données pour la BDMH et le RCRA, respectivement.

Statistiques sur les hospitalisations

Remarque importante : Les analyses de la section qui suit s'appuient sur la BDMH et présentent les données de l'exercice (c.-à-d. du 1^{er} avril au 31 mars). Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir des détails méthodologiques sur la BDMH.

Tendances générales

En 2002-2003, 48 419 arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées au Canada sur des résidents canadiens, ce qui représente une hausse de 54 % sur huit ans par rapport aux 31 463 interventions en 1994-1995, et une hausse de 10 % sur un an par rapport aux 43 979 interventions en 2001-2002.

En 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a légèrement dépassé le nombre d'arthroplasties totales du genou au Canada (16 525 par rapport à 14 938 respectivement). Cependant, depuis ce temps, les arthroplasties totales du genou dépassent chaque année le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et l'écart continue de s'accroître (figure 3).

En 2002-2003, il y a eu 26 500 arthroplasties totales du genou comparativement à 21 919 pour la hanche. Par comparaison avec les chiffres de 1994-1995, le nombre d'arthroplasties totales du genou en 2002-2003 a augmenté de 77 % et de 10 % par rapport à l'année précédente. Le nombre d'arthroplasties totales de la hanche a augmenté de 33 % par rapport à 1994-1995, une augmentation de 11 % par rapport à l'année précédente.

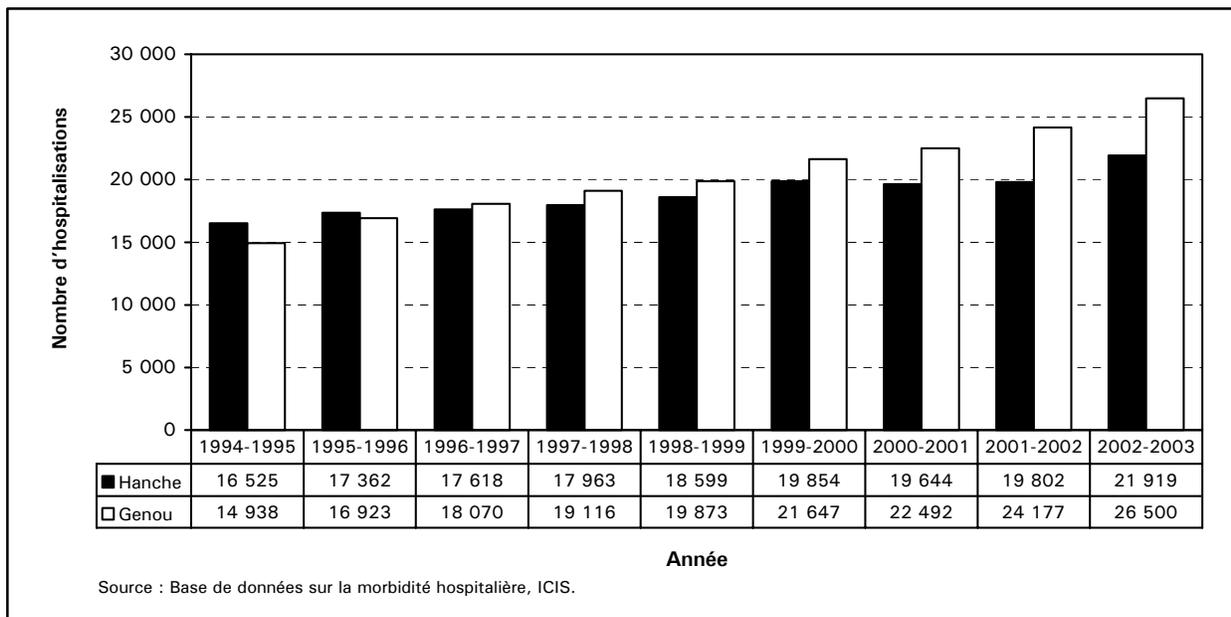


Figure 3. Nombre d'hospitalisations pour une arthroplastie totale de la hanche ou du genou au Canada, exercices 1994 à 2002

La normalisation selon l'âge est une technique courante d'analyse utilisée pour comparer les taux au fil du temps, car elle prend en considération les changements dans la structure de l'âge de différentes populations. Les taux normalisés selon l'âge sont présentés par 100 000 habitants.

La figure 4 illustre le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge en raison d'une arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe. Ce taux s'élevait à 16 % de plus chez les femmes que chez les hommes (65,3 par rapport à 56,2). Le taux d'arthroplasties totales de la hanche, peu importe le sexe, a augmenté de 11 %, passant de 55,3 en 1994-1995 à 61,5 en 2002-2003. Chez les hommes, l'augmentation sur sept ans était de 10 % (de 51,1 à 56,2). Chez les femmes, l'augmentation sur huit ans était de 12 % (de 58,2 à 65,3 par 100 000 habitants).

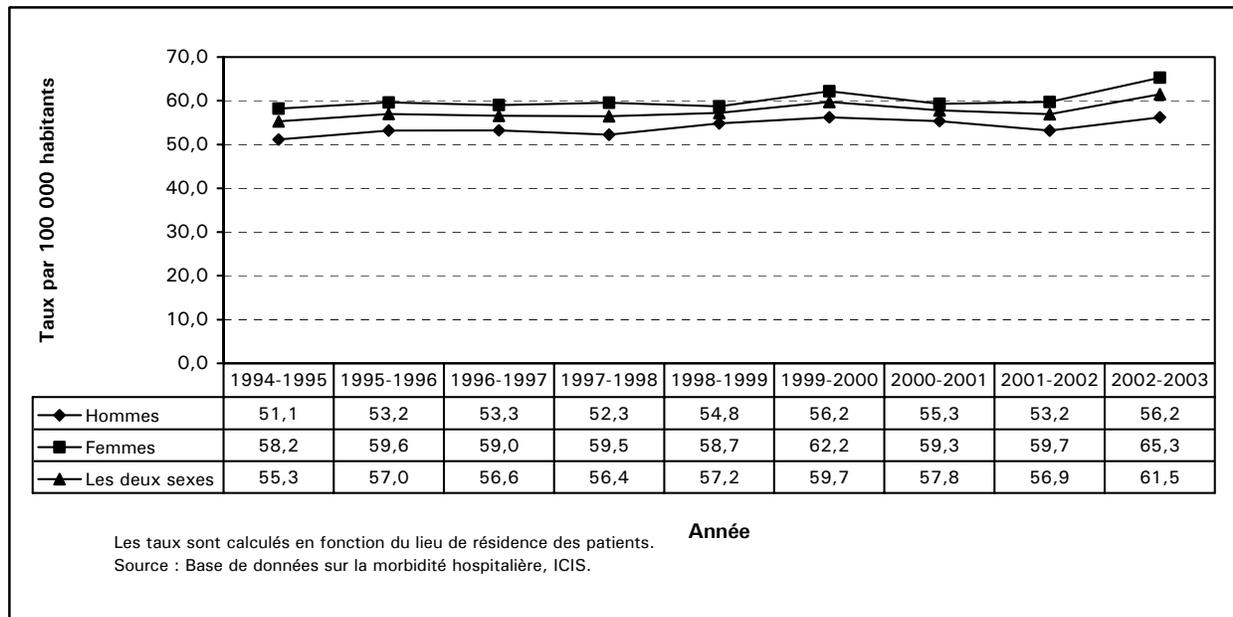


Figure 4. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), selon le sexe, pour les hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale de la hanche, Canada, exercices 1994 à 2002

Dans le cas des taux d'arthroplasties totales du genou, les écarts étaient beaucoup plus importants entre les sexes et au fil du temps (figure 5). En 2002-2003, les femmes affichaient un taux d'arthroplasties totales du genou normalisé selon l'âge de 84,1 comparativement à un taux de 65,9 chez les hommes, un surcroît de 28 % pour les femmes. Le taux global normalisé selon l'âge a augmenté de 50 % au cours de la période de huit ans, passant de 50,1 à 75,4. Chez les hommes, la hausse correspondait à 46 % (de 45,2 à 65,9). Chez les femmes, l'augmentation correspondante s'élevait à 55 % (de 54,4 à 84,1).

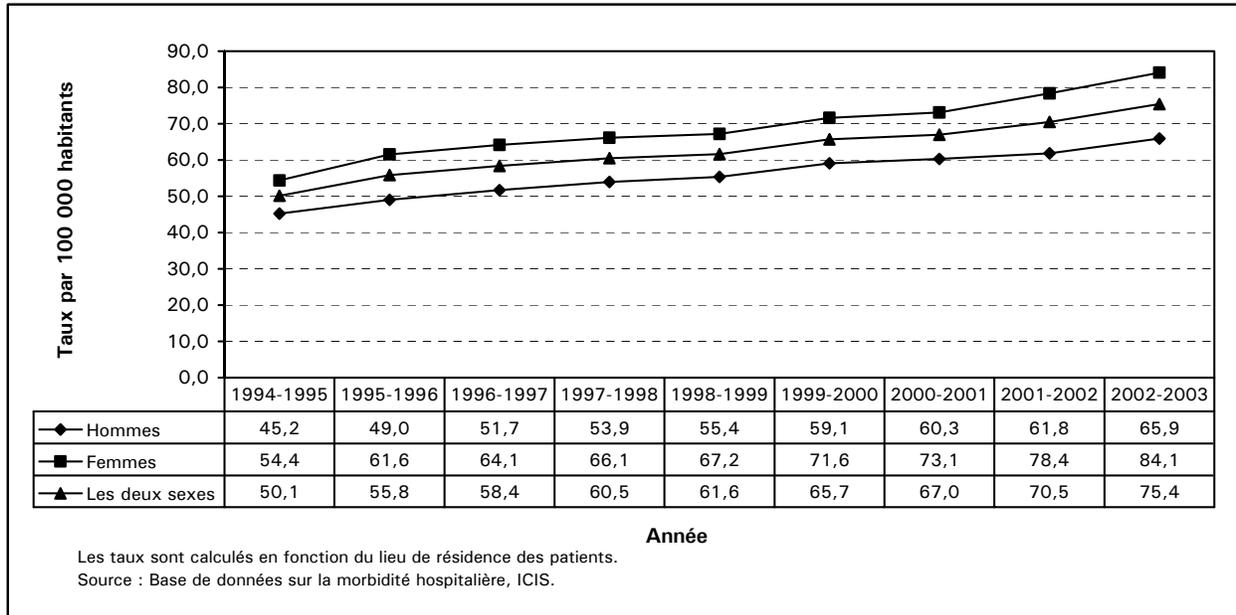


Figure 5. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants), selon le sexe, pour les hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale du genou, Canada, exercices 1994 à 2002

Interventions unilatérales et bilatérales

Le tableau 2 ci-dessous fait état du nombre d'arthroplasties unilatérales et bilatérales de la hanche et du genou pratiquées au Canada au cours de l'exercice 2002. L'information sur la latéralité peut maintenant être précisée dans la CCI (qui correspond à la CIM-10-CA), ce qui n'était pas possible dans la CCA (qui correspond à la CIM-9), utilisée dans le passé. En ce qui concerne les provinces qui ont continué de soumettre leurs données à l'aide de la ICD-9-CM, de la CIM-9 et de la CCA pendant l'exercice 2002, l'information sur la latéralité n'est pas disponible. Dans l'ensemble, la majorité des arthroplasties de la hanche et du genou étaient unilatérales (hanche — 99,5 %; genou — 96,4 %).

Tableau 2. Nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche et du genou, selon la latéralité, cas codifiés au moyen de la CCI seulement, Canada, exercice 2002

Latéralité dans la CCI*	Hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche	%	Hospitalisations en raison d'une arthroplastie du genou	%
Unilatérales	16 627	99,5 %	19 837	96,4 %
Bilatérales	59	0,4 %	709	3,4 %
Non précisé	26	0,2 %	36	0,2 %
Total	16 712	100,0 %	20 582	100,0 %

* Classification canadienne des interventions en santé

Remarque :

1) L'information sur la latéralité n'est pas disponible pour les provinces qui ont soumis des données à l'aide de la CIM-9 et de la CCA, ce qui correspond à 5 207 cas (hanches) et à 5 918 cas (genou).

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

Comparaisons internationales

Les taux bruts des arthroplasties totales de la hanche et du genou de certains pays figurent aux tableaux 3 et 4. Ces taux n'ont pas été ajustés selon l'âge et le sexe. Ils permettent d'estimer de façon générale l'incidence des arthroplasties initiales et des reprises dans les pays pour lesquels cette information est disponible. L'année de déclaration n'est pas la même dans tous les pays et varie de 2000 à 2003 en fonction des dernières données disponibles. Le taux brut canadien d'arthroplasties du genou comprend les remplacements partiels, qui ne peuvent être codifiés séparément des arthroplasties totales dans la CIM-9 et la CCA.

La Norvège présentait le plus haut taux brut d'arthroplasties initiales de la hanche et de reprises (135 et 21 par 100 000 respectivement), mais son taux d'arthroplasties initiales du genou et de reprises figurait parmi les plus bas (50 et 5 par 100 000 habitants respectivement). La situation était inverse aux États-Unis, qui affichaient le plus faible taux brut d'arthroplasties initiales de la hanche (54 par 100 000 habitants) et l'un des taux bruts d'arthroplasties initiales du genou les plus élevés (106 par 100 000 habitants).

Tableau 3. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) des arthroplasties initiales totales de la hanche

Pays	Taux brut par 100 000 habitants		Année	Référence
	Initiales	Reprises		
Australie	93	18	Exercice 2002	Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry, rapport annuel, Adelaide, AOA, 2004
Nouvelle-Zélande	124	19	2003	New Zealand National Joint Register
Norvège	135	21	2002	Norwegian Arthroplasty Register, rapport annuel de juin 2004
Canada*	64	6	Exercice 2002	Institut canadien d'information sur la santé
États-Unis	54	11	2000	American Academy of Orthopaedic Surgeons, sources : National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 National Hospital Discharge Survey

* Calcul du taux brut en fonction des chiffres de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, exercice 2002.

Tableau 4. Comparaison internationale des taux bruts (par 100 000 habitants) des arthroplasties initiales totales du genou

Pays	Taux brut par 100 000 habitants		Année	Référence
	Initiales	Reprises		
Australie	108	13	Exercice 2002	Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry, rapport annuel, Adelaide, AOA, 2004
Nouvelle-Zélande	72	9	2003	New Zealand National Joint Register
Norvège	50	5	2002	Norwegian Arthroplasty Register, rapport annuel de juin 2004
Suède	81,5	7	2003	The Swedish Knee Arthroplasty Register
Canada*	79	5	Exercice 2002	Institut canadien d'information sur la santé
États-Unis	106	10	2000	American Academy of Orthopaedic Surgeons, sources : National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 National Hospital Discharge Survey

* Calcul du taux brut en fonction des chiffres de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, exercice 2002.

Le tableau 5 donne les changements dans les taux bruts (par 100 000 habitants) au fil du temps, qui s'échelonnent de un à quatre ans. Les taux bruts d'arthroplasties de la hanche semblent avoir connu une hausse dans les pays mentionnés. Ce n'est toutefois pas le cas des taux bruts d'arthroplasties du genou. Si les taux d'arthroplasties du genou ont augmenté en Australie, en Norvège, en Suède et au Canada, ils ont légèrement baissé (4 %) en Nouvelle-Zélande. Il est important de noter, toutefois, qu'il s'agit de taux « bruts » qui ne sont pas ajustés selon l'âge, le sexe ou les changements dans la population de ces pays avec le temps.

Tableau 5. Comparaisons internationales — changements en pourcentage pour les arthroplasties initiales de la hanche et du genou au fil du temps

Pays	Arthroplasties initiales de la hanche					Arthroplasties initiales du genou				
	Rapport de 2004 du RCRA		Dernières statistiques		Augmentation en pourcentage	Rapport de 2004 du RCRA		Dernières statistiques		Augmentation en pourcentage
	Année	Taux brut ⁶	Année	Taux brut ⁶		Année	Taux brut ⁶	Année	Taux brut ⁶	
Australie ¹	Exercice 1999	74	Exercice 2002	93	25,7 %	Exercice 1999	81	Exercice 2002	108	33,3 %
Canada ²	Exercice 2001	57	Exercice 2002	64	12 %	Exercice 2001	74	Exercice 2002	79	6,8 %
Nouvelle-Zélande ³	2000	119	2003	124	4,2 %	2000	75	2003	72	- 4,0 %
Norvège ⁴	2000	124	2003	135	8,9 %	2000	35	2003	50	42,9 %
Suède ⁵						Exercice 1996	63	2003	81,5	29,4 %

1. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry, rapport annuel, Adelaide, AOA, 2003, 2004.
2. Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS, exercices 2001 et 2002. Le Québec n'a pas soumis de données sur les arthroplasties initiales et les reprises d'arthroplasties de la hanche et du genou.
3. New Zealand National Joint Register, Nouvelle-Zélande, de janvier à décembre 2001, 2004.
4. Norwegian Arthroplasty Register, Norvège, rapport annuel, 2003, 2004.
5. Acta Orthop Scand 2000, vol. 71, n° 4, p. 376-380; Swedish Knee Arthroplasty Register.
6. Taux brut par 100 000 habitants.

Variations provinciales et territoriales

Parmi les hospitalisations en raison d'une arthroplastie de la hanche ou du genou au Canada, la plupart étaient pour des interventions initiales (91 % pour la hanche et 94 % pour le genou), comme l'indiquent les tableaux 6 et 7. Bien que l'Ontario ait déclaré le plus grand nombre d'arthroplasties initiales et de reprises d'arthroplasties de la hanche et du genou, son pourcentage de reprises se classait parmi l'un des plus faibles (9,6 % pour la hanche et 6,5 % pour le genou). En revanche, même si l'Île-du-Prince-Édouard a rapporté moins de reprises que les autres provinces, elle présentait le plus haut pourcentage de reprises (23 % pour la hanche et 13 % pour le genou). La Saskatchewan affichait le plus faible pourcentage de reprises (8,7 %) d'arthroplasties de la hanche et Terre-Neuve-et-Labrador, le plus faible pourcentage de reprises (5,6 %) d'arthroplasties du genou.

Tableau 6. Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie de la hanche, Canada, exercice 2002

Province*	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre de reprises d'arthroplasties	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	262	35	297	11,8 %
Île-du-Prince-Édouard	89	27	116	23,3 %
Nouvelle-Écosse	693	99	792	12,5 %
Nouveau-Brunswick	471	99	570	17,4 %
Québec ¹	3 733	7	3 740	s.o.
Ontario	8 239	874	9 113	9,6 %
Manitoba	786	112	898	12,5 %
Saskatchewan	905	86	991	8,7 %
Alberta	1 999	211	2 210	9,5 %
Colombie-Britannique	2 772	388	3 160	12,3 %
Territoires ²	25	Moins de 5	29	13,8 %
Inconnue ³	Moins de 5	Moins de 5	Moins de 5	0,0 %
Canada⁴	19 977	1 942	21 919	8,9 %

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

Par conséquent, le nombre de reprises rapporté pour cette province est incomplet.

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

3. Exclut les résidents non canadiens.

4. Le total du Canada exclut les chiffres du Québec.

* La province équivaut à la province de résidence du patient.

s.o. — Sans objet

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

Tableau 7. Nombre d'hospitalisations selon le type d'arthroplastie du genou, Canada, exercice 2002

Province*	Nombre d'arthroplasties initiales	Nombre de reprises d'arthroplasties	Nombre total d'arthroplasties	Pourcentage des reprises
Terre-Neuve-et-Labrador	268	16	284	5,6 %
Île-du-Prince-Édouard	121	18	139	12,9 %
Nouvelle-Écosse	978	101	1 079	9,4 %
Nouveau-Brunswick	718	90	808	11,1 %
Québec ¹	3 825	Moins de 5	3 828	s.o.
Ontario	11 262	780	12 042	6,5 %
Manitoba	1 195	95	1 290	7,4 %
Saskatchewan	1 005	67	1 072	6,3 %
Alberta	2 501	200	2 701	7,4 %
Colombie-Britannique	3 000	203	3 203	6,3 %
Territoires ²	43	Moins de 5	44	2,3 %
Inconnue ³	9	Moins de 5	10	10,0 %
Canada⁴	24 925	1 575	26 500	5,9 %

1. Les codes des reprises d'arthroplasties totales du genou n'ont pas été précisés pour le Québec dans la Base de données sur la morbidité hospitalière en 2002-2003. Par conséquent, le nombre de reprises rapporté pour cette province est incomplet.

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

3. Exclut les résidents non canadiens.

4. Le total du Canada exclut les chiffres du Québec.

* La province équivaut à la province de résidence du patient.

s.o. – Sans objet

Remarque : On a exclu 276 reprises d'arthroplasties totales du genou pratiquées en 2002-2003 dans des établissements du Québec et soumises séparément par Med-Écho³. Ces arthroplasties n'ont pas été incluses parce qu'on ne connaissait pas la province de résidence du patient.

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

Le tableau 8 fournit le nombre et le changement en pourcentage des arthroplasties totales de la hanche, selon la province de résidence du patient, pour l'exercice 2002 par comparaison avec les exercices 1994 et 2001. Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, le Québec affichait le plus grand nombre d'hospitalisations sur huit ans (51 %), suivi de Terre-Neuve-et-Labrador (44 %), du Nouveau-Brunswick (37 %), du Manitoba (36 %) et de la Colombie-Britannique (35 %). Terre-Neuve-et-Labrador a enregistré la plus forte augmentation en pourcentage (30 %) du nombre d'hospitalisations sur un an, suivie de la Saskatchewan (18 %) ainsi que de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique (15 %). Toutes les autres provinces ont connu une hausse du nombre d'hospitalisations au cours des périodes de huit ans et d'un an.

Tableau 8. Nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale de la hanche, Canada, selon la résidence du patient, exercices 1994, 2001 et 2002

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2001-2002	Arthroplasties totales de la hanche 2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	Augmentation en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	206	229	297	44 %	30 %
Île-du-Prince-Édouard	107	101	116	8 %	15 %
Nouvelle-Écosse	729	695	792	9 %	14 %
Nouveau-Brunswick	417	519	570	37 %	10 %
Québec	2 480	3 345	3 740	51 %	12 %
Ontario	6 932	8 382	9 113	31 %	9 %
Manitoba	659	857	898	36 %	5 %
Saskatchewan	812	842	991	22 %	18 %
Alberta	1 801	2 058	2 210	23 %	7 %
Colombie-Britannique	2 342	2 736	3 160	35 %	15 %
Territoires ²	11	36	29	164 %	- 19 %
Inconnue ^{1, 3}	234	2	3	s.o.	s.o.
Canada⁴	16 525	19 802	21 919	33 %	11 %

1. Pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés pour 1994-1995, étant donné que les données de 1994-1995 sont incomplètes.
2. Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut.
3. Exclut les résidents non canadiens.
4. Le total de 1994-1995 ne correspond pas à la somme, car on a eu recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence.
5. Le changement en pourcentage doit être interprété avec prudence, car il est fondé sur des chiffres peu élevés.

s.o. — Sans objet

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

Comme l'illustre le tableau 9, dans le cas des arthroplasties totales du genou, le nombre d'hospitalisations sur une période de huit ans s'est accru dans toutes les provinces. L'augmentation la plus importante s'est produite au Manitoba (125 %), puis au Nouveau-Brunswick (100 %). En ce qui concerne la période d'un an, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que revient l'augmentation la plus élevée (25 %), puis à la Nouvelle-Écosse (21 %). On n'a observé aucune diminution dans les autres provinces. Toutefois, parmi les territoires, il y a eu une chute de 17 % au cours de la période d'un an.

Tableau 9. Nombre d'hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale du genou, Canada, selon la résidence du patient, exercices 1994, 2001 et 2002

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2001-2002	Arthroplasties totales du genou 2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	Augmentation en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	177	252	284	60 %	13 %
Île-du-Prince-Édouard	84	111	139	65 %	25 %
Nouvelle-Écosse	674	893	1 079	60 %	21 %
Nouveau-Brunswick	403	695	808	100 %	16 %
Québec	2 094	3 314	3 828	83 %	16 %
Ontario	6 628	11 301	12 042	82 %	7 %
Manitoba	574	1 228	1 290	125 %	5 %
Saskatchewan	833	1 009	1 072	29 %	6 %
Alberta	1 568	2 413	2 701	72 %	12 %
Colombie-Britannique	1 845	2 903	3 203	74 %	10 %
Territoires ²	11	53	44	300 %	- 17 %
Inconnue ^{1, 3}	222	5	10	s.o.	s.o.
Canada⁴	14 938	24 177	26 500	77 %	10 %

1. Pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence, les chiffres de 1995-1996 sont utilisés pour 1994-1995, étant donné que les données de 1994-1995 sont incomplètes.
 2. Englobe les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut.
 3. Exclut les résidents non canadiens.
 4. Le total de 1994-1995 ne correspond pas à la somme, car on a eu recours aux chiffres de 1995-1996 pour Terre-Neuve-et-Labrador et les patients dont on ignore le lieu de résidence.
 5. Le changement en pourcentage doit être interprété avec prudence, car il est fondé sur des chiffres peu élevés.
- s.o. — Sans objet

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

Les taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou variaient à l'échelle nationale (figure 6). Les résidents de la Saskatchewan et de l'Alberta présentaient les taux d'arthroplasties totales de la hanche les plus élevés (80,8 et 75,1 par 100 000 habitants respectivement). De leur côté, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec affichaient les taux les plus faibles (50,3 et 42,3 par 100 000 habitants, respectivement).

Le Manitoba et l'Ontario avaient les taux d'arthroplasties totales du genou les plus élevés (97,9 et 97,5 par 100 000 habitants) et Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec, les plus faibles (48,6 et 43,7 par 100 000 habitants, respectivement).

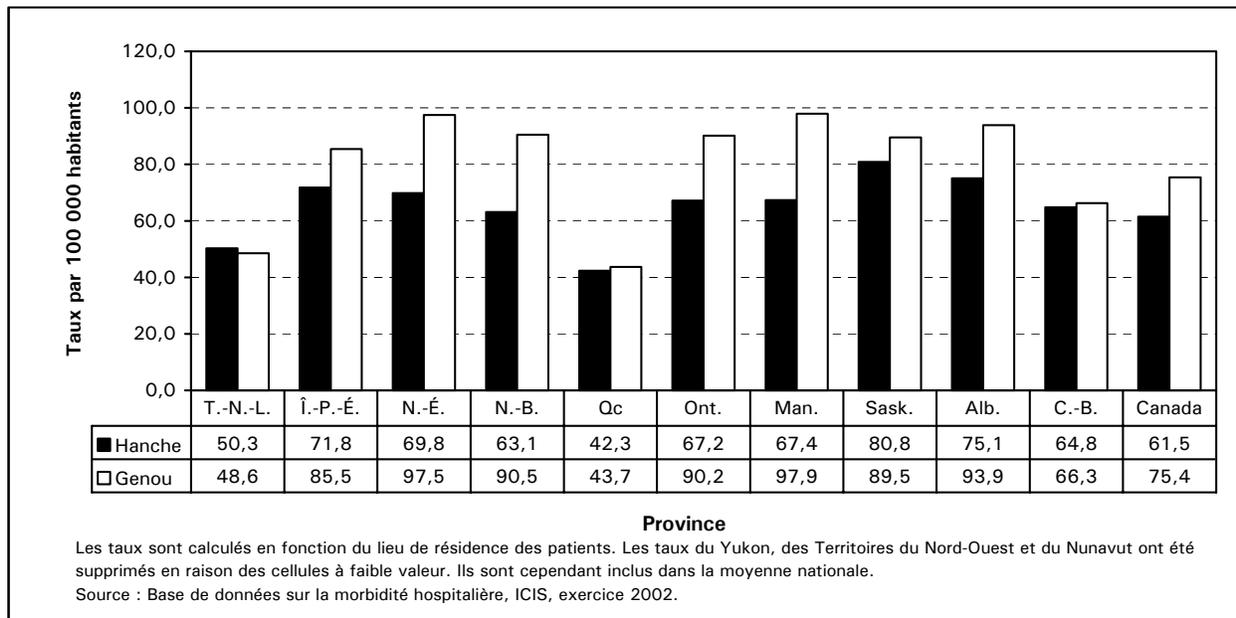


Figure 6. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche et du genou, selon la province, exercice 2002

Le tableau 10 présente le taux normalisé selon l'âge des hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale de la hanche et le changement en pourcentage par province de résidence du patient pour l'exercice 2002-2003 par rapport à 1994-1995 et à 2001-2002. Depuis 1994-1995, le taux s'est accru dans presque toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta. La plus forte augmentation en pourcentage s'est produite à Terre-Neuve-et-Labrador (29 %), puis au Québec (27 %). Terre-Neuve-et-Labrador (31 %) et la Saskatchewan (18 %) ont affiché les hausses les plus élevées comparativement à 2001-2002.

Tableau 10. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales de la hanche pratiquées au Canada, selon le lieu de résidence du patient, exercices 1994, 2001 et 2002

Province	Arthroplasties totales de la hanche 1994-1995	Arthroplasties totales de la hanche 2001-2002	Arthroplasties totales de la hanche 2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	Augmentation en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	39,1	38,5	50,3	29 %	31 %
Île-du-Prince-Édouard	73,2	63,8	71,8	- 2 %	13 %
Nouvelle-Écosse	72,3	61,5	69,8	- 3 %	13 %
Nouveau-Brunswick	52,2	59,4	63,1	21 %	6 %
Québec	33,4	39,0	42,3	27 %	8 %
Ontario	61,6	63,3	67,2	9 %	6 %
Manitoba	53,4	65,6	67,4	26 %	3 %
Saskatchewan	68,8	68,4	80,8	17 %	18 %
Alberta	78,2	71,6	75,1	- 4 %	5 %
Colombie-Britannique	58,7	57,5	64,8	10 %	13 %
Territoires	**	**	**	s.o.	s.o.
Canada²	55,3	56,9	61,5	11 %	8 %

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

2. Les patients dont on ignore le lieu de résidence 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 figurent dans la moyenne nationale

s.o. — Sans objet

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

Le tableau 11 présente le taux normalisé selon l'âge et le changement en pourcentage pour les arthroplasties totales du genou par province de résidence du patient pour l'exercice 2002-2003 par rapport à 1994-1995 et à 2001-2002. Depuis 1994-1995, le taux a augmenté dans toutes les provinces. La plus forte hausse s'est produite au Manitoba (113 %), puis au Nouveau-Brunswick (77 %) et au Québec (54 %). Comparativement à l'année précédente, les plus fortes augmentations en pourcentage ont été observées chez les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard (21 %), suivis de ceux de la Nouvelle-Écosse (18 %). On n'a noté aucune diminution parmi les provinces au cours des périodes de huit ans et d'un an.

Tableau 11. Taux normalisés selon l'âge pour les arthroplasties totales du genou pratiquées au Canada, selon le lieu de résidence du patient, exercices 1994, 2001 et 2002

Province	Arthroplasties totales du genou 1994-1995	Arthroplasties totales du genou 2001-2002	Arthroplasties totales du genou 2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	Augmentation en pourcentage sur un an
Terre-Neuve-et-Labrador ¹	34,0	44,2	48,6	43 %	10 %
Île-du-Prince-Édouard	58,0	70,7	85,5	47 %	21 %
Nouvelle-Écosse	67,2	82,5	97,5	45 %	18 %
Nouveau-Brunswick	51,0	80,5	90,5	77 %	12 %
Québec	28,3	39,1	43,7	54 %	12 %
Ontario	59,0	86,5	90,2	53 %	4 %
Manitoba	46,0	94,7	97,9	113 %	3 %
Saskatchewan	69,4	84,1	89,5	29 %	6 %
Alberta	69,2	86,6	93,9	36 %	8 %
Colombie-Britannique	46,2	61,8	66,3	44 %	7 %
Territoires	**	**	**	s.o.	s.o.
Canada²	50,1	70,5	75,4	50 %	7 %

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

2. Les patients dont on ignore le lieu de résidence 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 figurent dans la moyenne nationale

s.o. — Sans objet

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

En étudiant les taux normalisés selon l'âge en fonction du sexe (figure 7), on a constaté que les tendances provinciales des taux d'arthroplasties totales de la hanche chez les hommes et les femmes étaient semblables à celles des deux sexes combinés. Les taux chez les femmes de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan se classaient parmi les plus élevés (82 et 80 par 100 000 habitants, respectivement). La Saskatchewan affichait également le taux le plus élevé quant aux arthroplasties de la hanche pratiquées sur des hommes (80 par 100 000 habitants).

En ce qui concerne les arthroplasties totales du genou (figure 8), la Nouvelle-Écosse présentait le taux normalisé selon l'âge le plus élevé pour les hommes (86 par 100 000 habitants), et le Manitoba, pour les femmes (113 par 100 000 habitants). Le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré les taux les plus bas pour les deux sexes.

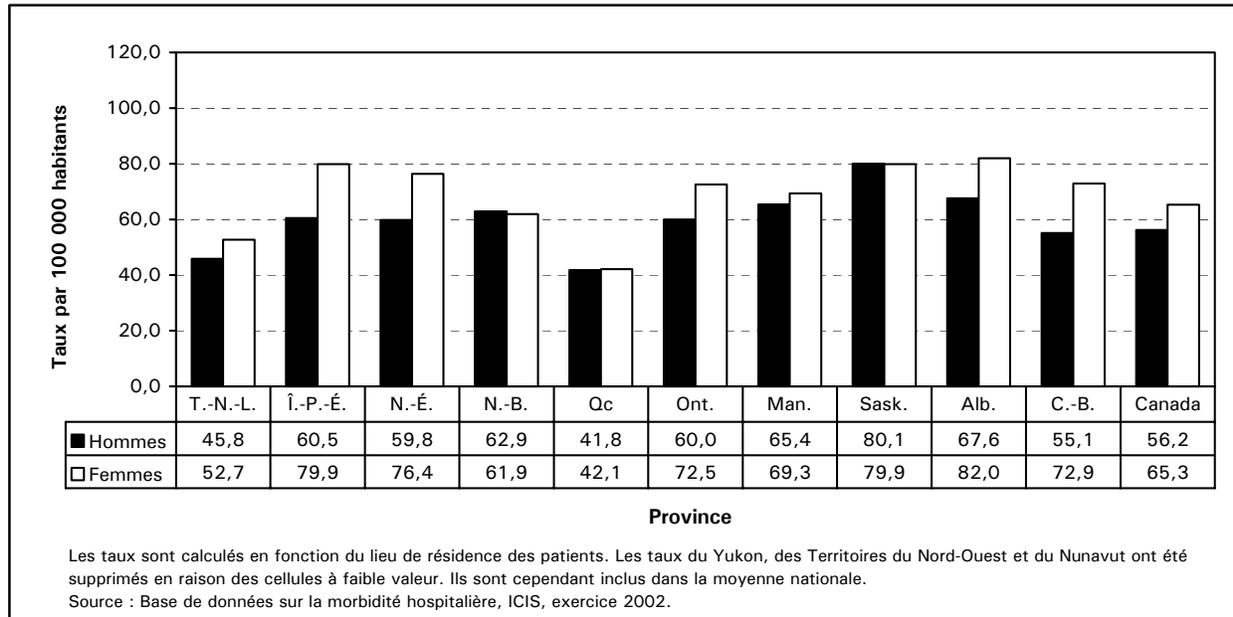


Figure 7. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche, pour les hommes et les femmes, exercice 2002

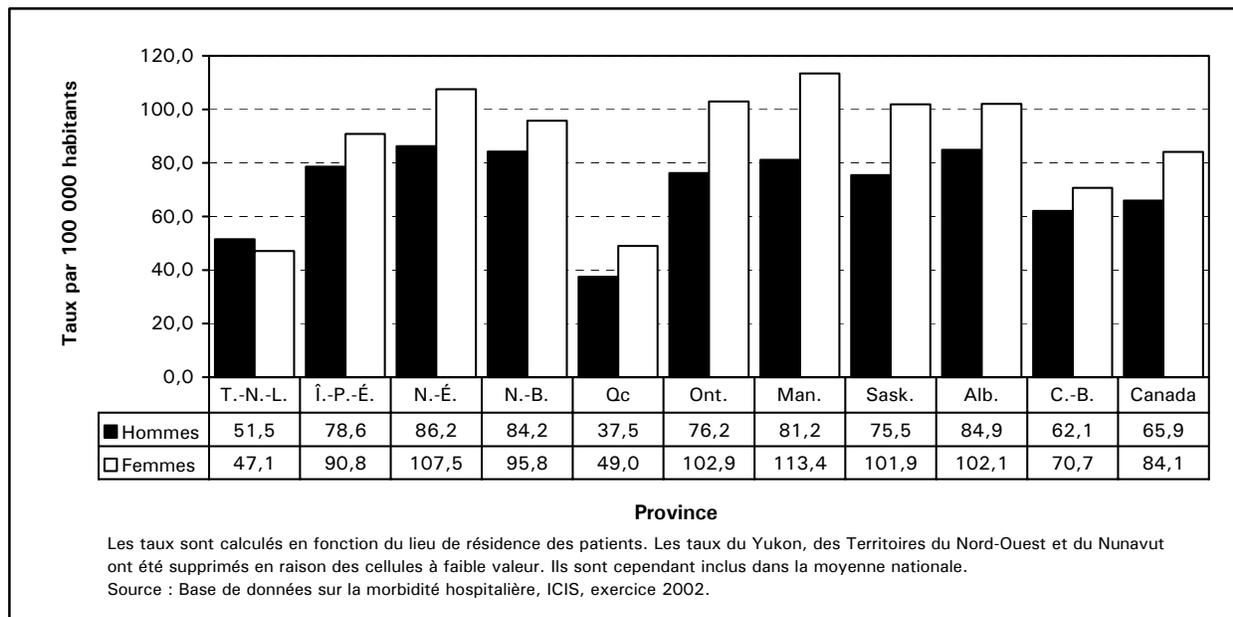


Figure 8. Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou, pour les hommes et les femmes, exercice 2002

Caractéristiques démographiques des patients

La plupart des arthroplasties totales de la hanche et du genou ont été pratiquées sur des personnes âgées de 65 ans et plus (65 % et 69 % respectivement). En 2002-2003, à peu près le tiers (31 %) des patients canadiens ayant subi un remplacement de la hanche et 38 % de ceux qui ont subi un remplacement du genou avaient entre 65 et 74 ans (figures 9 et 10). Par contre, seulement 5 % des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche et 1 % des patients qui ont subi une arthroplastie du genou avaient moins de 45 ans. Cette répartition des patients par âge est similaire à celle de 2001-2002 et n'a pas beaucoup changé.

En 2002-2003, 59 % des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche étaient des femmes et 41 %, des hommes. Parmi toutes les arthroplasties totales du genou, on comptait 61 % de femmes et 39 % d'hommes.

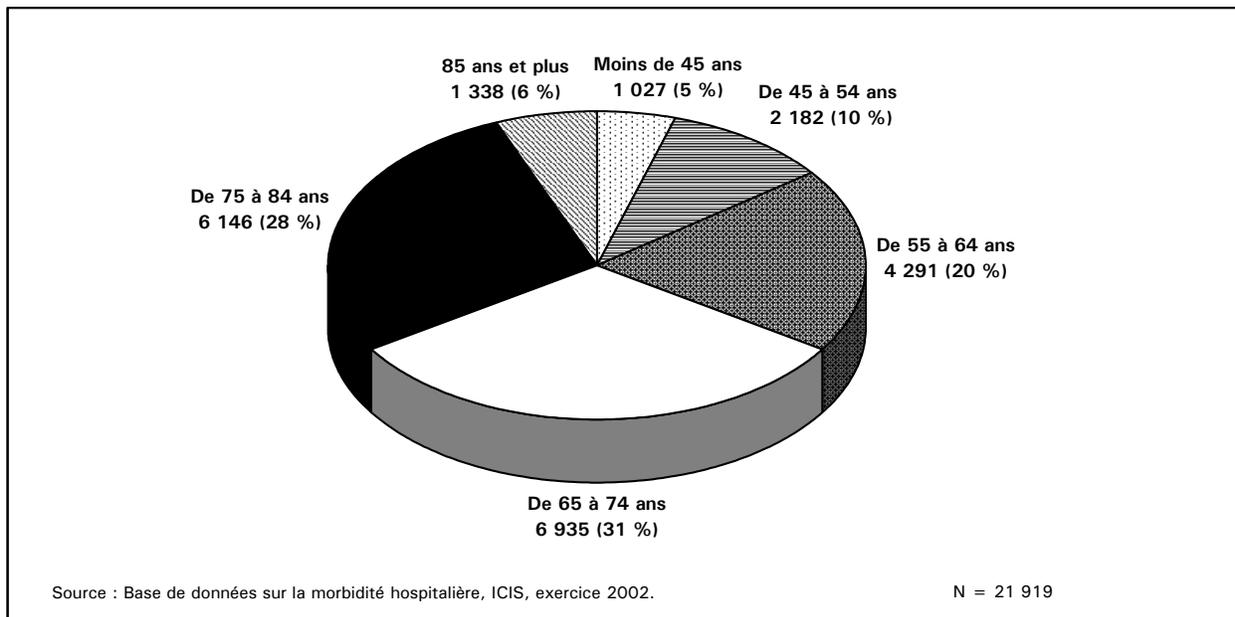


Figure 9. Répartition des arthroplasties totales de la hanche selon l'âge des patients, Canada, exercice 2002

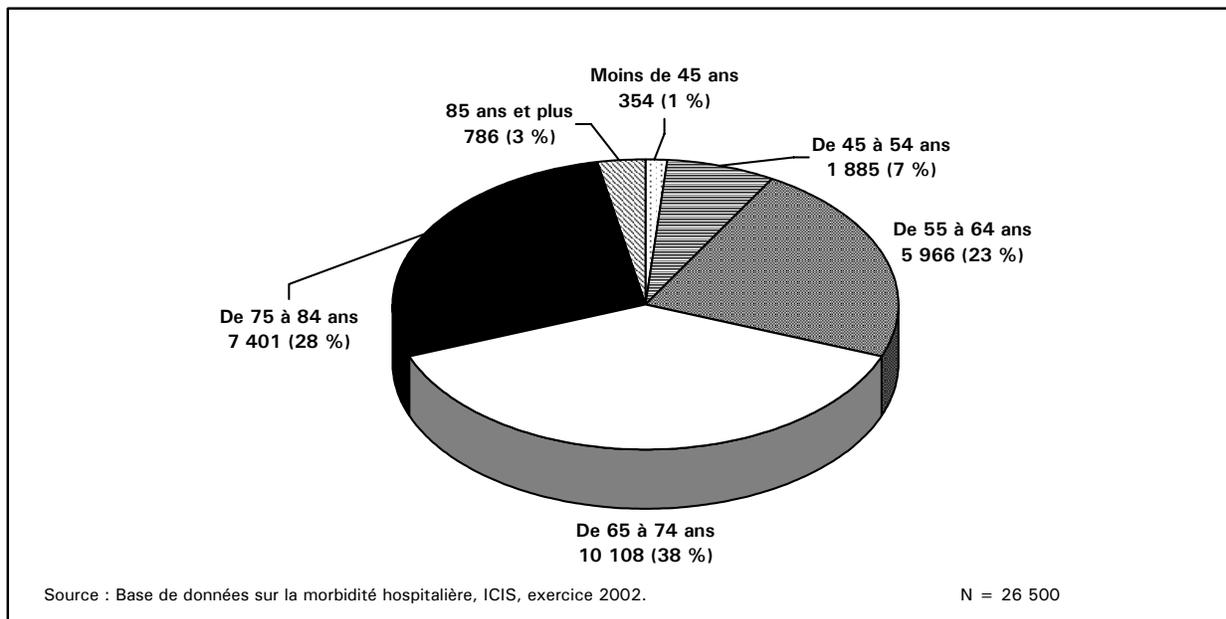


Figure 10. Répartition des arthroplasties totales du genou selon l'âge des patients, Canada, exercice 2002

Les tableaux 12 et 13 présentent le nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le groupe d'âge et le sexe en 2002-2003, comparativement à 1994-1995. Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, les hausses les plus importantes ont été enregistrées dans le groupe d'âge des 85 ans et plus (83 % chez les hommes et 90 % chez les femmes), puis dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans (63 % chez les hommes et 70 % chez les femmes).

Pour ce qui est des arthroplasties totales du genou, l'ordre était inversé. Les hausses les plus marquées ont été observées dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans (160 % pour les hommes et 208 % pour les femmes). Venait ensuite le groupe des 85 ans et plus (137 % pour les hommes et 116 % pour les femmes).

Tableau 12. Nombre et répartition en pourcentage des hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale de la hanche, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, comparaison entre les exercices 1994 et 2002

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans
Moins de 45 ans	471	548	16,3 %	455	479	5,3 %
De 45 à 54 ans	693	1 126	62,5 %	620	1 056	70,3 %
De 55 à 64 ans	1 585	2 077	31,0 %	1 634	2 214	35,5 %
De 65 à 74 ans	2 444	2 981	22,0 %	3 704	3 954	6,7 %
De 75 à 84 ans	1 454	1 994	37,1 %	2 754	4 152	50,8 %
85 ans et plus	190	347	82,6 %	521	991	90,2 %
Total	6 837	9 073	32,7 %	9 688	12 846	32,6 %

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

Tableau 13. Nombre et répartition en pourcentage des hospitalisations en raison d'une arthroplastie totale du genou, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, comparaison entre les exercices 1994 et 2002

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans
Moins de 45 ans	100	144	44,0 %	144	210	45,8 %
De 45 à 54 ans	275	716	160,4 %	380	1 169	207,6 %
De 55 à 64 ans	1 265	2 379	88,1 %	1 642	3 587	118,5 %
De 65 à 74 ans	2 675	4 212	57,5 %	4 058	5 896	45,3 %
De 75 à 84 ans	1 517	2 743	80,8 %	2 529	4 658	84,2 %
85 ans et plus	115	272	136,5 %	238	514	116,0 %
Total	5 947	10 466	76,0 %	8 991	16 034	78,3 %

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

Les tableaux 14 et 15 présentent les taux propres à un groupe d'âge des arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le sexe en 2002-2003 par rapport à 1994-1995. Du côté des arthroplasties totales de la hanche, les taux selon l'âge les plus élevés en 2002-2003 ont été enregistrés dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans (361 et 508 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes respectivement), puis dans le groupe des 65 à 74 ans (291 et 345 par 100 000 habitants pour les hommes et les femmes respectivement). Les hausses les plus importantes sur huit ans ont été enregistrées dans le groupe d'âge des 85 ans et plus (33 % chez les hommes et 40 % chez les femmes), puis dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans (25 % chez les hommes et 29 % chez les femmes).

En ce qui concerne les arthroplasties totales du genou, le groupe d'âge des 75 à 84 ans a enregistré le taux selon l'âge le plus élevé (497 par 100 000 habitants chez les hommes et 570 chez les femmes) en 2002-2003. La plus forte hausse sur huit ans a touché le groupe des 45 à 54 ans, hommes et femmes (99 % et 133 %), suivi du groupe des 85 ans et plus (73 % et 59 %).

Il est important de noter que l'on a observé une augmentation substantielle du taux d'arthroplasties totales du genou (qui est passé de 36 % à 133 %) dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes de 1994-1995 à 2002-2003.

Tableau 14. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales de la hanche, selon le sexe, Canada, comparaison entre les exercices 1994 et 2002

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans
Moins de 45 ans	4,7	5,4	14,9 %	4,7	4,9	4,3 %
De 45 à 54 ans	39,5	49,3	24,8 %	35,4	45,6	28,8 %
De 55 à 64 ans	129,2	136,3	5,5 %	129,8	141,5	9,0 %
De 65 à 74 ans	264,1	291,1	10,2 %	332,0	345,5	4,1 %
De 75 à 84 ans	349,4	361,3	3,4 %	427,2	508,3	19,0 %
85 ans et plus	200,8	267,9	33,4 %	234,4	329,3	40,5 %
Total	47,4	58,3	23,0 %	65,9	80,9	22,8 %

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

Tableau 15. Taux propres à un groupe d'âge (par 100 000 habitants) des arthroplasties totales du genou, selon le sexe, Canada, comparaison entre les exercices 1994 et 2002

Groupe d'âge	Hommes			Femmes		
	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans	1994-1995	2002-2003	Augmentation en pourcentage sur huit ans
Moins de 45 ans	1,0	1,4	40,0 %	1,5	2,2	46,7 %
De 45 à 54 ans	15,7	31,3	99,4 %	21,7	50,5	132,7 %
De 55 à 64 ans	103,1	156,2	51,5 %	130,5	229,3	75,7 %
De 65 à 74 ans	289,1	411,3	42,3 %	363,7	515,2	41,7 %
De 75 à 84 ans	364,5	497,0	36,4 %	392,3	570,3	45,4 %
85 ans et plus	121,5	210,0	72,8 %	107,1	170,8	59,5 %
Total	41,2	67,2	63,1 %	61,1	101,0	65,3 %

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

Déplacements interprovinciaux et interterritoriaux

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

Dans le cas des arthroplasties totales de la hanche, les déplacements des patients sont décrits au tableau 16. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient les plus susceptibles de subir une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province. Tandis que certains résidents des Territoires du Nord-Ouest (27,3 %) ont subi leur arthroplastie de la hanche en Alberta, presque 15 % des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ont subi la leur en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick. Par contre, les résidents de l'Ontario (0,1 %) et de l'Alberta (0,5 %) étaient les moins susceptibles de se rendre dans une autre province pour subir leur chirurgie. En général, les déplacements observés entre les provinces ressemblaient à ceux de l'année précédente (exercice 2001).

Lorsque l'on tient compte du nombre absolu de patients qui ont dû se déplacer dans une autre province pour leur arthroplastie, plus de résidents de la Colombie-Britannique (n = 49) et de la Nouvelle-Écosse (n = 31) se sont rendus dans une autre province pour subir une arthroplastie de la hanche que les habitants de n'importe quelle autre province. Des 49 patients de la Colombie-Britannique, 42 se sont rendus en Alberta et 26 patients de la Nouvelle-Écosse sur 31 sont allés au Nouveau-Brunswick. Presque tous les patients du Québec (20 sur 23) qui ont été traités à l'extérieur de leur province sont allés en Ontario. De son côté, la Saskatchewan a vu 28 de ses patients sur 30 se rendre en Alberta.

En ce qui concerne la migration des patients vers une province pour subir une arthroplastie de la hanche, le Nouveau-Brunswick (5,2 %) et l'Alberta (3,5 %) ont reçu, en pourcentage, le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province. En nombres absolus, toutefois, l'Alberta (n = 79) et l'Ontario (n = 38) ont reçu le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province pour subir une arthroplastie totale de la hanche.

Tableau 16. Déplacement d'une province à une autre des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, exercice 2002

Province ou territoire	Nombre (%) de patients de cette province qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche dans une autre province	Nombre (%) de patients provenant de l'extérieur qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche dans cette province
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0 %)	0 (0 %)
Île-du-Prince-Édouard	18 (15,5 %)	1 (1,0 %)
Nouvelle-Écosse	31 (3,9 %)	22 (2,8 %)
Nouveau-Brunswick	6 (1,0 %)	31 (5,2 %)
Québec	23 (0,6 %)	0 (0 %)
Ontario	9 (0,1 %)	38 (0,4 %)
Manitoba	12 (1,3 %)	6 (0,7 %)
Saskatchewan	30 (3,0 %)	18 (1,8 %)
Alberta	12 (0,5 %)	79 (3,5 %)
Colombie-Britannique	49 (1,6 %)	16 (0,5 %)
Territoires du Nord-Ouest	3 (27,3 %)	0 (0 %)
Yukon	12 (100 %)*	0 (0 %)
Nunavut	6 (100 %)*	0 (0 %)

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

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

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

Le tableau 17 présente les déplacements des patients qui ont subi une arthroplastie totale du genou au Canada en 2002-2003. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest (13,3 %), de l'Île-du-Prince-Édouard (7,2 %) et de la Saskatchewan (3,2 %) étaient les plus susceptibles de subir une arthroplastie totale du genou dans une autre province. Les résidents des Territoires du Nord-Ouest se sont rendus en Alberta et 18 résidents de la Nouvelle-Écosse sur 20 sont allés au Nouveau-Brunswick. Les autres se sont rendus en Ontario. Les 34 résidents de la Saskatchewan indiqués dans le tableau ci-dessous ont tous subi leur arthroplastie totale du genou en Alberta. Tout comme les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, un faible pourcentage seulement d'Albertains et d'Ontariens (moins de 1 %) ont subi un remplacement du genou dans une autre province. La plupart des patients québécois ayant subi une arthroplastie du genou à l'extérieur de la province sont allés en Ontario et presque tous les patients de la Colombie-Britannique (48 sur 49) ayant dû subir leur arthroplastie du genou à l'extérieur de la province se sont rendus en Alberta. L'Alberta (n = 87) et l'Ontario (n = 41) ont donc accueilli le plus grand nombre de patients de l'extérieur de la province qui y ont subi une arthroplastie totale du genou. Le Nouveau-Brunswick et l'Alberta ont enregistré la proportion la plus élevée de résidents provenant de l'extérieur de la province (3,6 % et 3,1 % respectivement).

Tableau 17. Déplacement d'une province à une autre des patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, exercice 2002

Province ou territoire	Nombre (%) de patients de cette province qui ont subi une arthroplastie totale du genou dans une autre province	Nombre (%) de patients provenant de l'extérieur qui ont subi une arthroplastie totale du genou dans cette province
Terre-Neuve-et-Labrador	5 (1,8 %)	2 (0,7 %)
Île-du-Prince-Édouard	10 (7,2 %)	0 (0 %)
Nouvelle-Écosse	20 (1,9 %)	17 (1,6 %)
Nouveau-Brunswick	7 (0,9 %)	30 (3,6 %)
Québec	36 (0,9 %)	0 (0 %)
Ontario	6 (moins de 0,1 %)	41 (0,3 %)
Manitoba	11 (0,8 %)	6 (0,5 %)
Saskatchewan	34 (3,2 %)	14 (1,3 %)
Alberta	8 (0,3 %)	87 (3,1 %)
Colombie-Britannique	49 (1,5 %)	19 (0,6 %)
Territoires du Nord-Ouest	2 (13,3 %)	1 (7,1 %)
Yukon	17 (100 %)*	0 (0 %)
Nunavut	12 (100 %)*	0 (0 %)

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

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

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

Durée du séjour à l'hôpital

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

La figure 11 présente la durée moyenne du séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou en 2002-2003. Les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche sont restés à l'hôpital plus longtemps que ceux ayant subi une arthroplastie totale du genou dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, où la durée du séjour était la même pour les deux chirurgies. En moyenne, les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche sont restés 9,6 jours à l'hôpital par rapport à 7,4 jours pour ceux ayant subi une arthroplastie totale du genou. La durée moyenne du séjour à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou était moins longue que la moyenne nationale en Ontario et en Alberta. La Colombie-Britannique, quant à elle, a affiché une durée moyenne de séjour inférieure dans le cas des arthroplasties totales du genou. Par contre, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec ont enregistré une durée moyenne de séjour plus longue que la moyenne nationale dans le cas des deux interventions.

En moyenne, les femmes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou sont restées à l'hôpital plus longtemps que les hommes, et ce, dans toutes les provinces (figures 12 et 13).

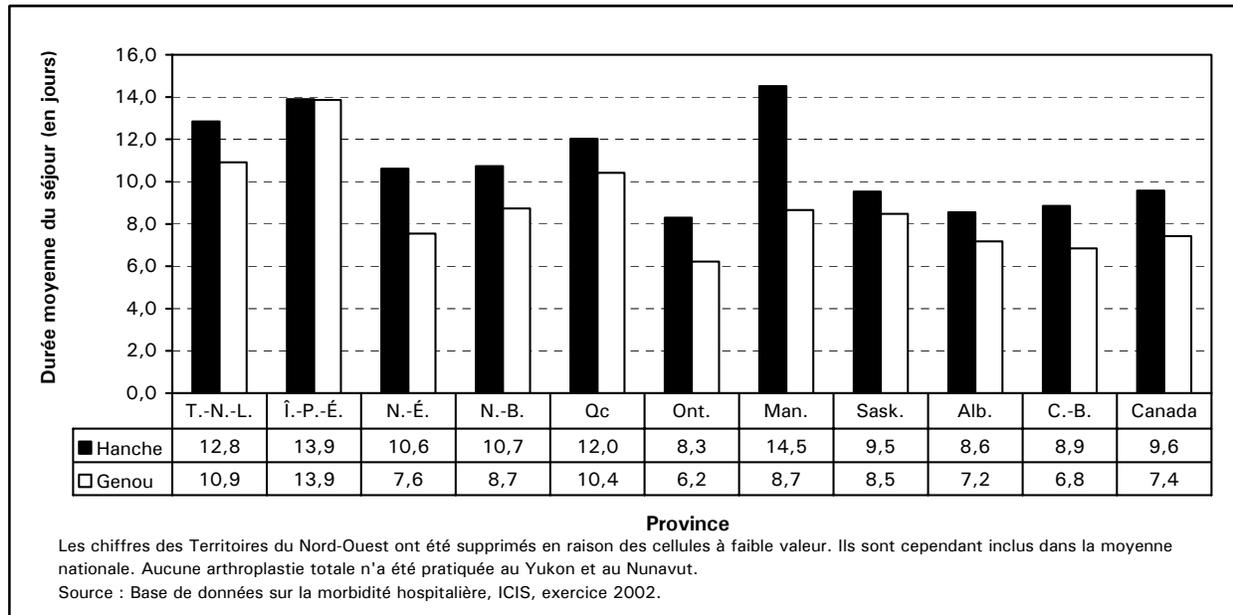


Figure 11. Durée moyenne du séjour (en jours) des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou, selon la province, exercice 2002

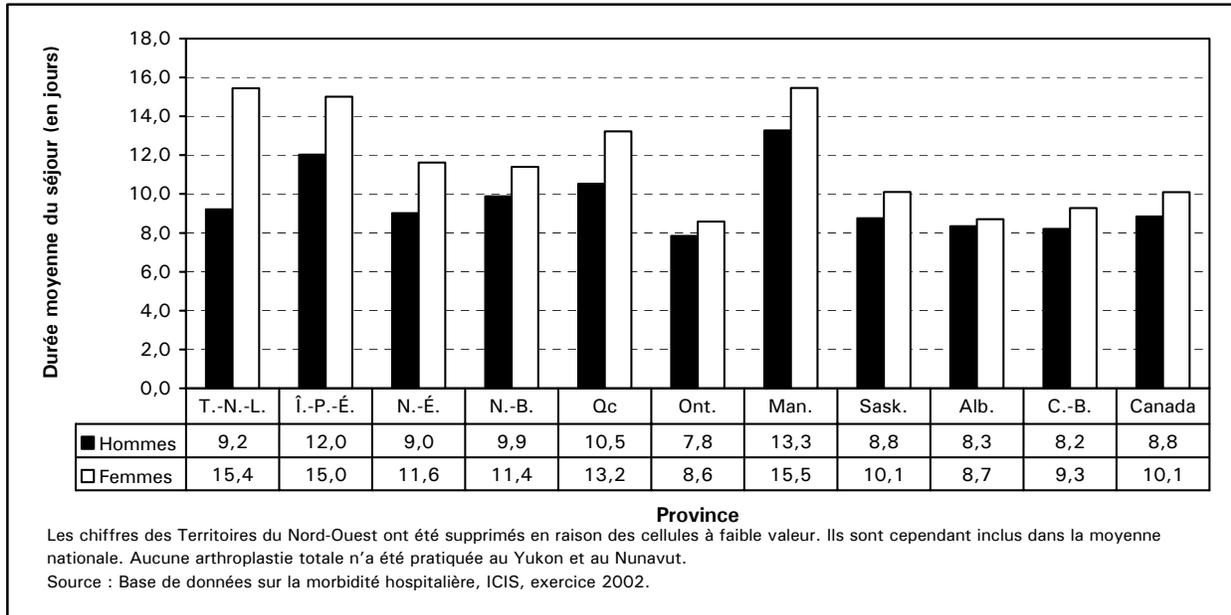


Figure 12. Durée moyenne du séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, selon le sexe et la province, exercice 2002

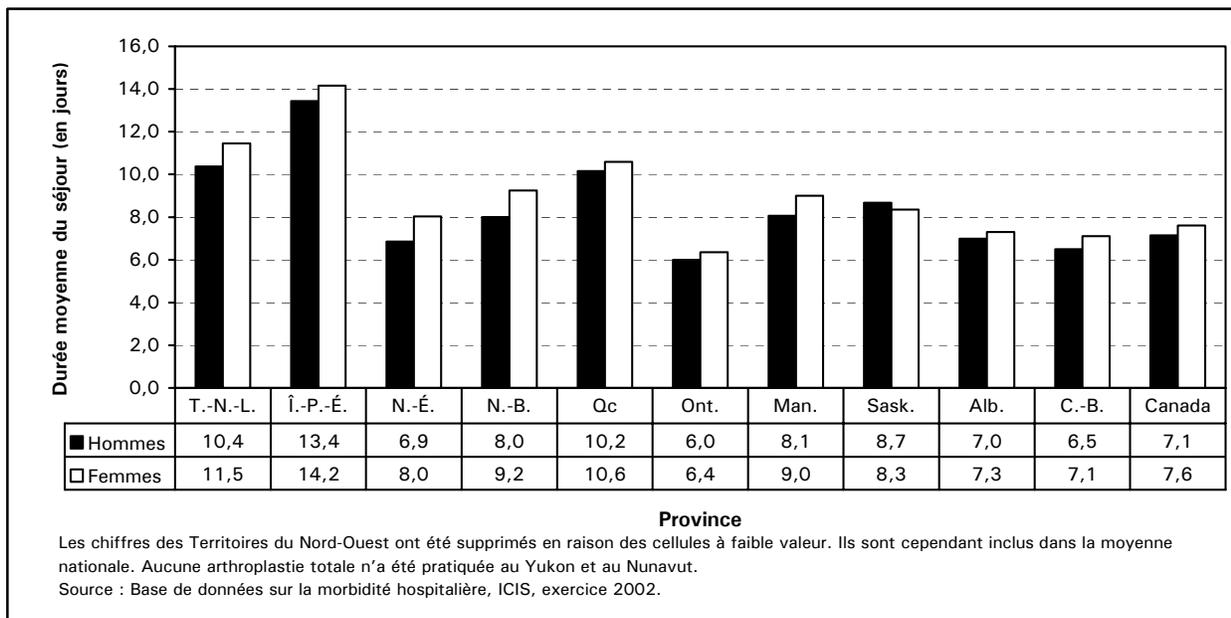


Figure 13. Durée moyenne du séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, selon le sexe et la province, exercice 2002

On a noté une diminution marquée de la durée du séjour pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou dans toutes les provinces, comparativement à 1994-1995. À l'échelle nationale, la durée moyenne du séjour des patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche a diminué de 29 %, passant de 13,6 jours en 1994-1995 à 9,6 en 2002-2003. Dans le même ordre d'idées, les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou passent maintenant en moyenne 7,4 jours à l'hôpital, comparativement à 12,2 jours en 1994-1995. Il s'agit d'une diminution de 39 %.

Mortalité en milieu hospitalier

La mortalité en milieu hospitalier à la suite d'une opération est un événement relativement rare chez les patients qui ont subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou (tableau 18). Dans l'ensemble, en 2002-2003, moins de 1 % des patients qui ont subi l'une de ces deux interventions sont décédés à l'hôpital (0,8 % et 0,2 % respectivement).

Les risques de décès après une opération semblent augmenter avec l'âge. Par exemple, le taux de mortalité des patients âgés de moins de 75 ans ayant subi une arthroplastie totale de la hanche s'élevait à 0,3 %, tandis que celui des patients âgés de 85 ans et plus était de 4,8 %. Dans le cas des arthroplasties du genou, le pourcentage de mortalité est passé de 0,1 % chez les patients de moins de 75 ans à 0,6 % chez les patients de 85 ans et plus.

Tableau 18. Nombre de décès à l'hôpital chez les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou, selon le groupe d'âge, Canada, exercice 2002

Groupe d'âge	Patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche		Patients ayant subi une arthroplastie totale du genou	
	Nombre de patients	Nombre de décès à l'hôpital	Nombre de patients	Nombre de décès à l'hôpital
Moins de 75 ans	14 461	43 (0,3 %)	18 325	15 (0,1 %)
De 75 à 84 ans	6 153	71 (1,1 %)	7 409	40 (0,5 %)
85 ans et plus	1 341	65 (4,8 %)	786	5 (0,6 %)
Total	21 955	179 (0,8 %)	26 520	60 (0,2 %)

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

Parmi les patients qui sont décédés pendant ou après une arthroplastie de la hanche ou du genou, la plupart avaient entre 75 et 84 ans (hommes et femmes confondus), comme le montre le tableau 19.

Tableau 19. Nombre de décès à l'hôpital chez les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche et du genou, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, exercice 2002

Groupe d'âge	Nombre de décès à l'hôpital					
	Patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche			Patients ayant subi une arthroplastie totale du genou		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Moins de 75 ans	20	23	43	7	8	15
De 75 à 84 ans	39	32	71	22	18	40
85 ans et plus	22	43	65	Moins de 5	Moins de 5	5
Tous les âges	81	98	179	32	28	60

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

Les diagnostics principaux déclarés le plus souvent pour les patients décédés pendant une arthroplastie de la hanche étaient une fracture (37 %), l'ostéoarthrose (10 %) et une complication mécanique (9 %), comme l'indique la figure 14. Dans le cas des patients décédés pendant une arthroplastie du genou, on a déclaré le plus souvent l'arthrose (primaire, secondaire ou sans précision – près de 58 %) comme diagnostic principal, suivie d'une mécanique (5 %), comme le montre la figure 15.

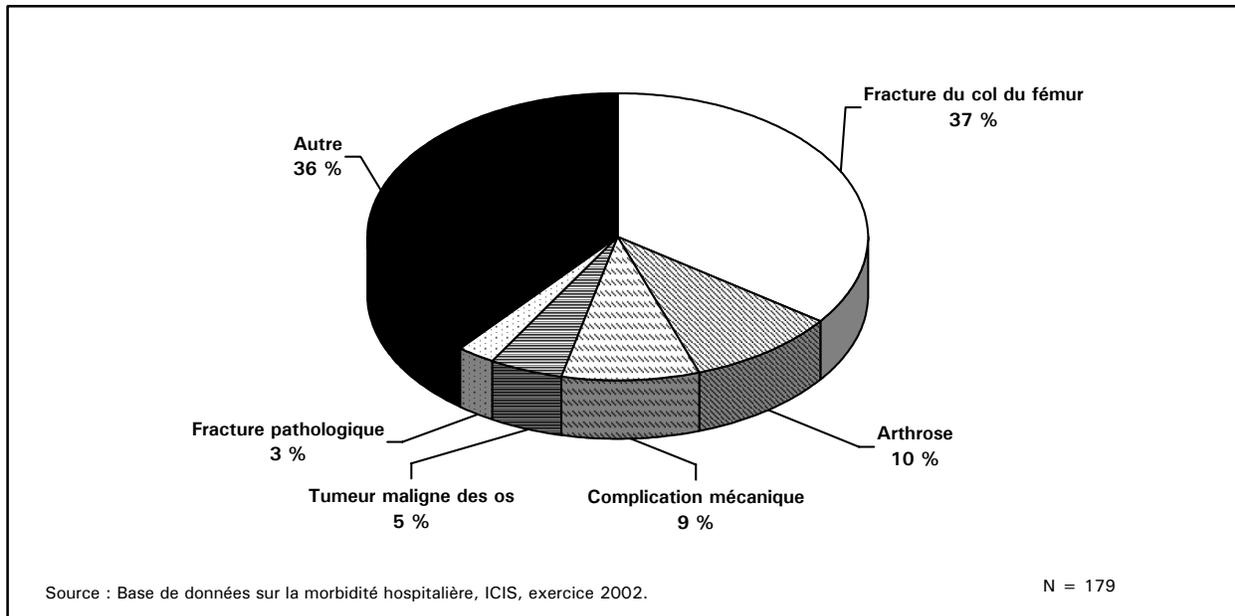


Figure 14. Diagnostics principaux déclarés pour les patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche, décès à l'hôpital, Canada, exercice 2002

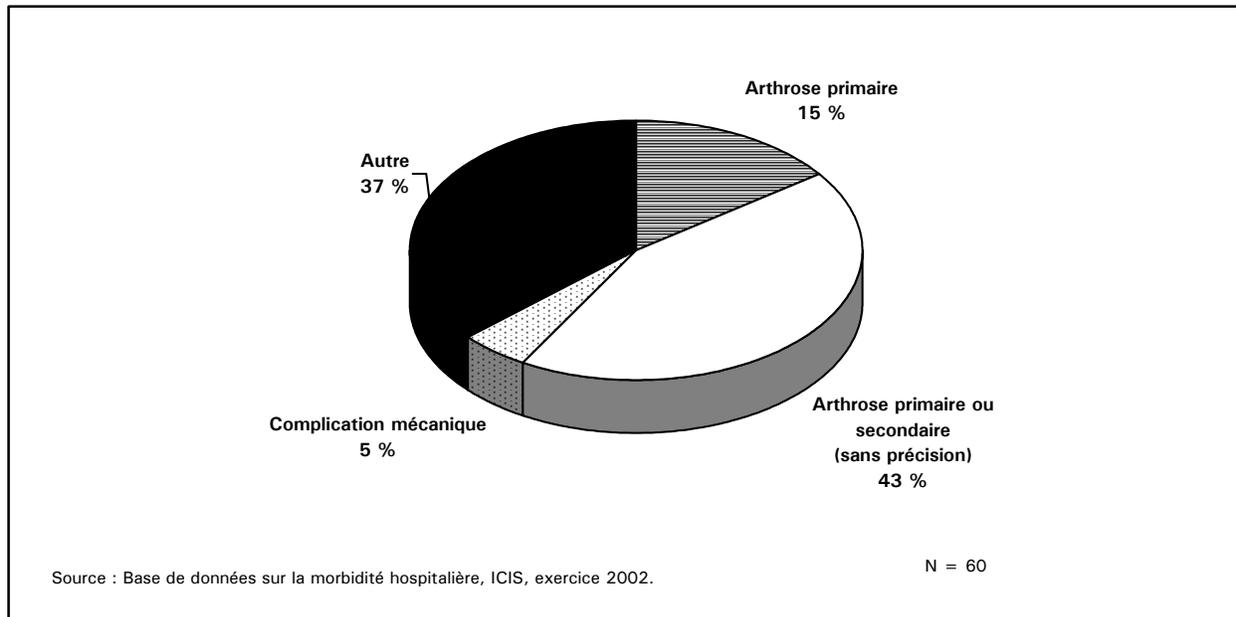


Figure 15. Diagnostics principaux déclarés pour les patients ayant subi une arthroplastie totale du genou, décès à l'hôpital, Canada, exercice 2002

Caractéristiques chirurgicales et cliniques

Remarque importante : Les analyses de la présente section s'appuient sur les données du RCRA des exercices 2002 ou 2003, ou les deux. À l'exception des chiffres généraux sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou selon le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle et le type de remplacement, toutes les analyses portant sur les facteurs chirurgicaux et cliniques reposent sur les arthroplasties initiales et les reprises. Tous les tests statistiques réalisés dans cette section sont des tests bilatéraux (test du chi carré ou méthode exacte de Fisher, selon le cas) avec un seuil de signification de 0,05.

Notez également que le terme « composantes remplacées » peut faire référence à une composante qui remplace l'os naturel, comme dans le cas des arthroplasties initiales, ou aux composantes qui remplacent des implants, comme dans le cas des reprises.

Tendances générales

Des 44 997 arthroplasties totales de la hanche et du genou soumises au RCRA au cours des exercices 2002 et 2003 (c.-à-d. du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004), 45 % (n = 20 301) étaient des arthroplasties totales de la hanche et 55 % (n = 24 696), des arthroplasties totales du genou. De toutes les soumissions, 18 481 (41 %) proviennent de l'exercice 2002 et 26 516 (59 %), de l'exercice 2003. Dans l'ensemble, le nombre total de soumissions de données a fait un bond de 43 % entre les exercices 2002 et 2003 (P = 0,014) [figure 16].

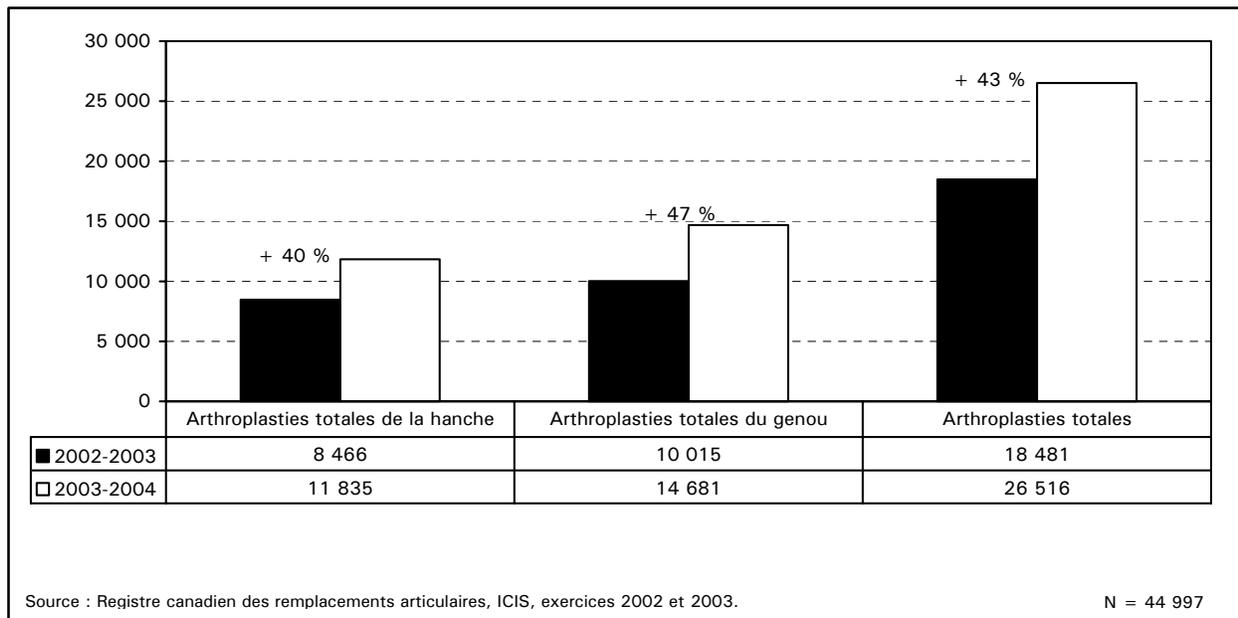


Figure 16. Soumissions des arthroplasties totales de la hanche et du genou au RCRA, exercices 2002 et 2003

Caractéristiques démographiques des patients

Un plus grand nombre de cas d'arthroplasties de la hanche et du genou se rapportaient à des femmes. Cette différence était significative sur le plan statistique (58 % et 61 %, respectivement) [$P < 0,0001$].

Quant à l'âge des patients au moment de l'arthroplastie de la hanche ou du genou, les plus fortes proportions de cas se situaient dans le groupe des 65 à 74 ans, puis dans le groupe des 75 à 84 ans et des 55 à 64 ans (figure 17). Les plus faibles proportions de cas se trouvaient dans les groupes d'âge les plus jeunes (moins de 45 ans) et les plus âgés (plus de 85 ans).

Bien que la répartition entre les groupes d'âge était semblable, les patients qui ont subi une arthroplastie du genou étaient plus âgés que ceux qui ont subi une arthroplastie de la hanche. Cette différence était elle aussi significative sur le plan statistique ($p < 0,0001$).

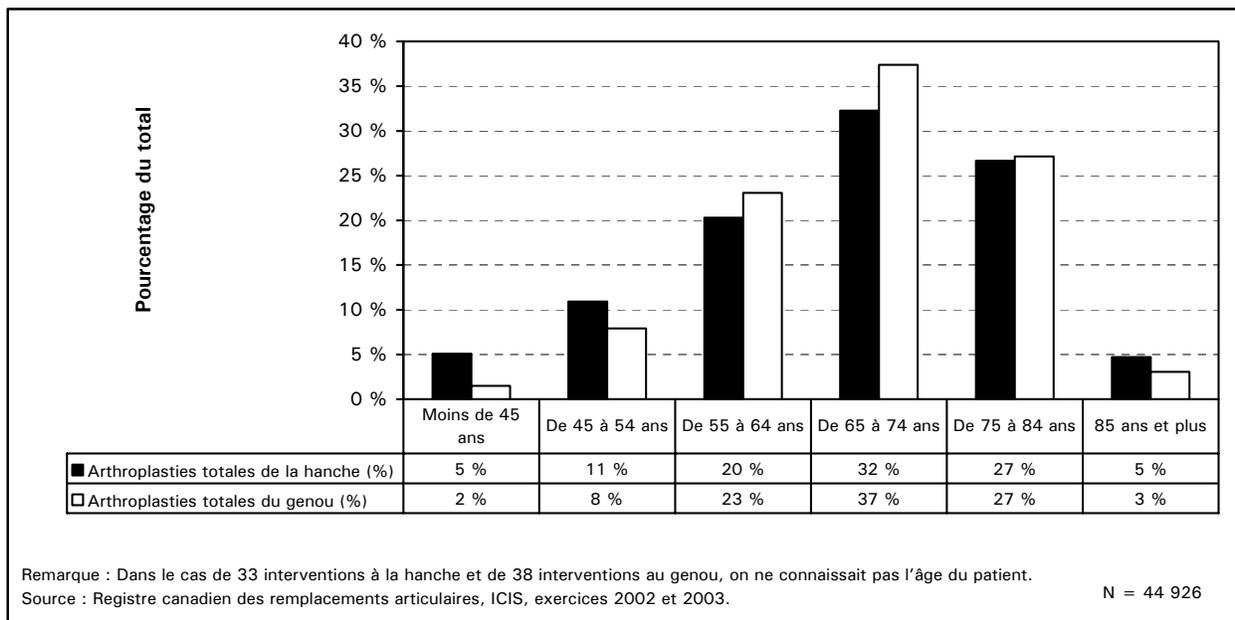


Figure 17. Arthroplasties totales de la hanche et du genou, selon le groupe d'âge, exercices 2002 et 2003

But de la chirurgie (arthroplasties initiales et reprises)

Pour les deux exercices, parmi les arthroplasties totales de la hanche, 87 % (n = 17 553) étaient des chirurgies initiales et 13 % (n = 2 707), des reprises (tableau 20). Les arthroplasties initiales totales du genou (n = 23 121) ont compté pour 94 % de toutes les chirurgies au genou (tableau 21) et les reprises, 6 % (n = 1 531). De l'exercice 2002 à l'exercice 2003, le nombre d'arthroplasties initiales totales et de reprises d'arthroplasties de la hanche a grimpé de 39 % et de 45 % respectivement; du côté des arthroplasties initiales totales et des reprises d'arthroplasties du genou, on parle d'une augmentation de l'ordre de 46 % et 52 % respectivement.

Tableau 20. Type d'arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

Type d'arthroplastie	Exercice 2002	Exercice 2003	Exercices 2002 et 2003		
	Nombre d'arthroplasties	Nombre d'arthroplasties	Augmentation annuelle en pourcentage	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiales	7 345	10 208	39,0 %	17 553	86,5 %
Reprises	1 103	1 604	45,4 %	2 707	13,3 %
Première reprise	797	1 157	45,2 %	1 954	72,2 %
Deuxième reprise	222	314	41,4 %	536	19,8 %
Troisième reprise	66	84	27,3 %	150	5,5 %
Plus de trois reprises	18	49	172,2 %	67	2,5 %
Exérèses	Moins de 5	Moins de 5	s.o.	7	0,0 %
Non précisé	14	20	42,9 %	34	0,2 %
Total	8 466	11 835	39,8 %	20 301	100,0 %

Remarque : Le type d'intervention de 34 chirurgies de la hanche n'a pas été précisé.

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

Tableau 21. Type d'arthroplasties totales du genou, exercices 2002 et 2003

Type d'arthroplastie	Exercice 2002	Exercice 2003	Exercices 2002 et 2003		
	Nombre d'arthroplasties	Nombre d'arthroplasties	Augmentation annuelle en pourcentage	Nombre d'arthroplasties	Pourcentage du total
Initiales	9 387	13 734	46,3 %	23 121	93,6 %
Reprises	607	924	52,2 %	1 531	6,2 %
Première reprise	496	757	52,6 %	1 253	81,8 %
Deuxième reprise	92	136	47,8 %	228	14,9 %
Troisième reprise	13	20	53,8 %	33	2,2 %
Plus de trois reprises	6	11	83,3 %	17	1,1 %
Exérèses	5	5	0,0 %	10	0,0 %
Non précisé	16	18	12,5 %	34	0,1 %
Total	10 015	14 681	46,6 %	24 696	100,0 %

Remarque : Le type d'intervention de 34 chirurgies du genou n'a pas été précisé.

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

Signes précurseurs d'une chirurgie

Pour les remplacements initiaux seulement, on a demandé aux chirurgiens d'enregistrer *seulement le groupement diagnostique responsable* pertinent pour le patient. L'ostéoarthrite dégénérative était le diagnostic le plus fréquent dans le cas d'une arthroplastie initiale totale de la hanche (81 %) et du genou (92 %) [figures 18 et 19].

Dans le cas des arthroplasties initiales totales de la hanche, l'ostéonécrose occupait le deuxième rang des groupements diagnostiques les plus cités (5 %), suivie de l'arthrite inflammatoire (4 %). Du côté des arthroplasties totales du genou, le deuxième groupement le plus mentionné était l'arthrite inflammatoire (5 %), suivi de l'arthrose posttraumatique (2 %).

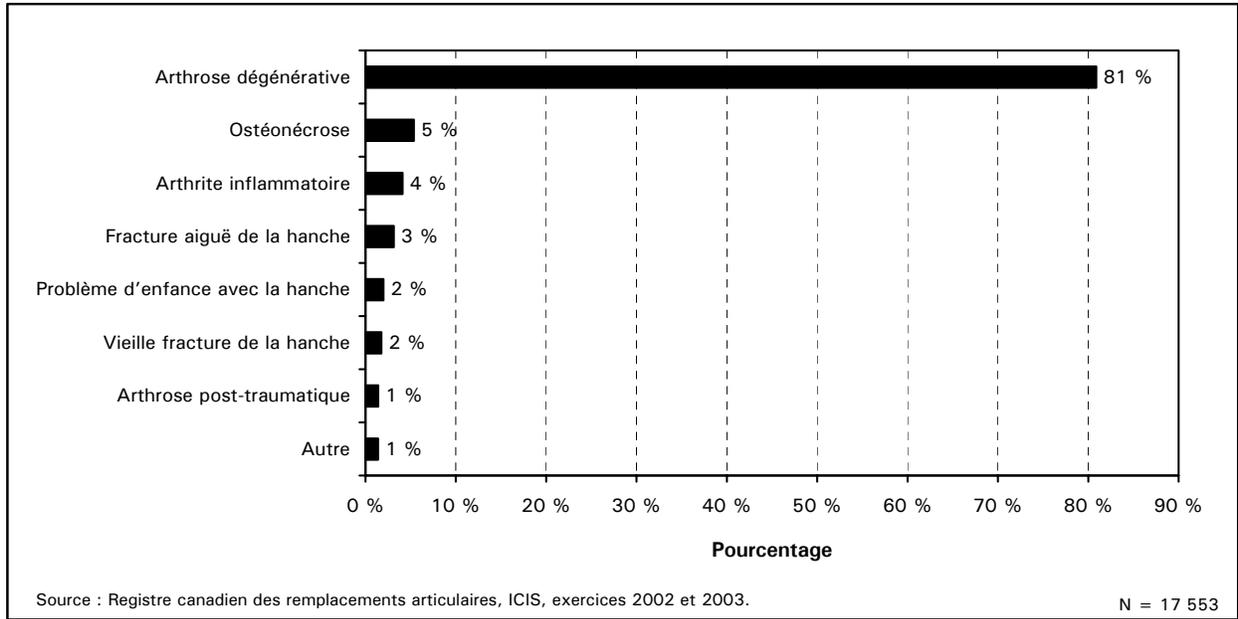


Figure 18. Arthroplasties initiales totales de la hanche par groupement diagnostique, exercices 2002 et 2003

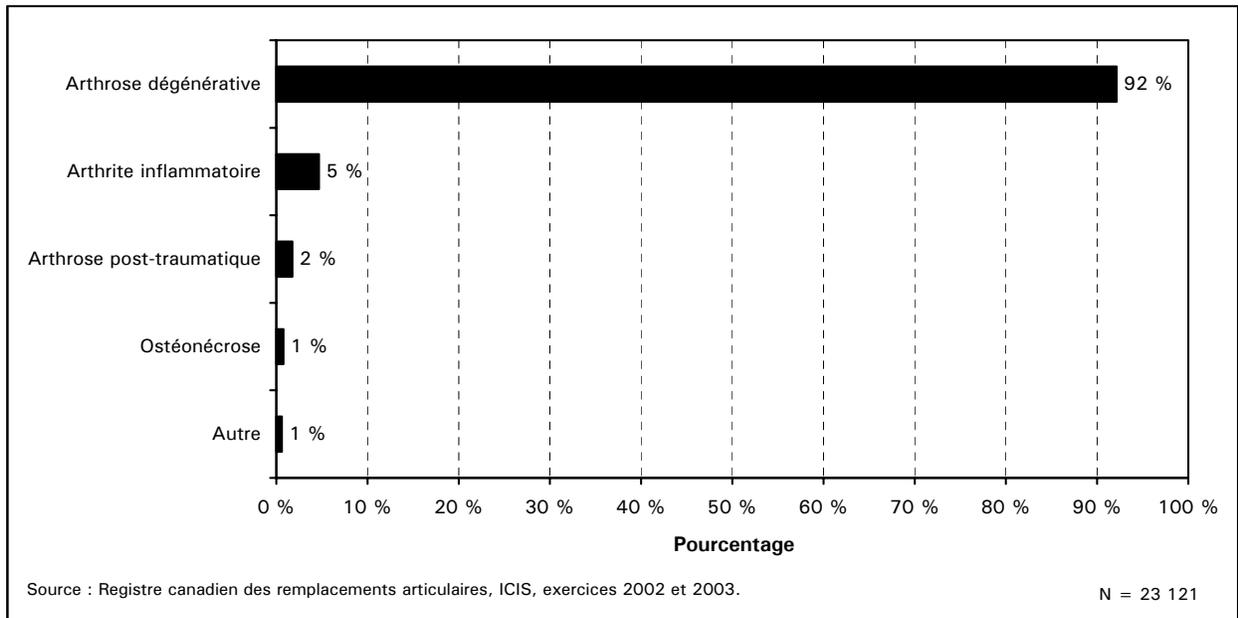


Figure 19. Arthroplasties initiales totales du genou par groupement diagnostique, exercices 2002 et 2003

Raisons pour une reprise

Pour les reprises seulement, on a demandé aux chirurgiens d'inscrire *une ou plusieurs* raisons parmi une liste précise de catégories. Les raisons les plus courantes justifiant la reprise d'une arthroplastie de la hanche étaient la laxité aseptique (57 %), suivie de l'ostéolyse (30 %), de l'usure polyéthylène (24 %) et de l'instabilité (15 %) [figure 20].

Parmi les reprises d'une arthroplastie du genou, la laxité aseptique (49 %), l'usure polyéthylène (36 %) et l'instabilité (13 %) constituaient les raisons les plus fréquentes (figure 21).

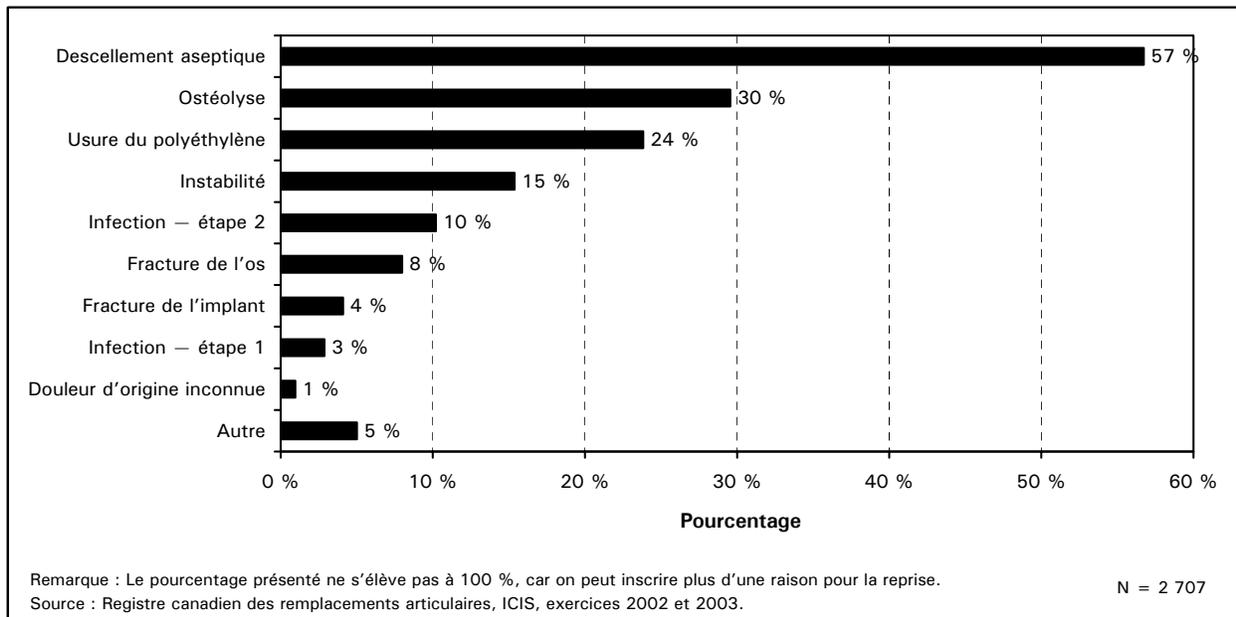


Figure 20. Raisons des reprises des arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

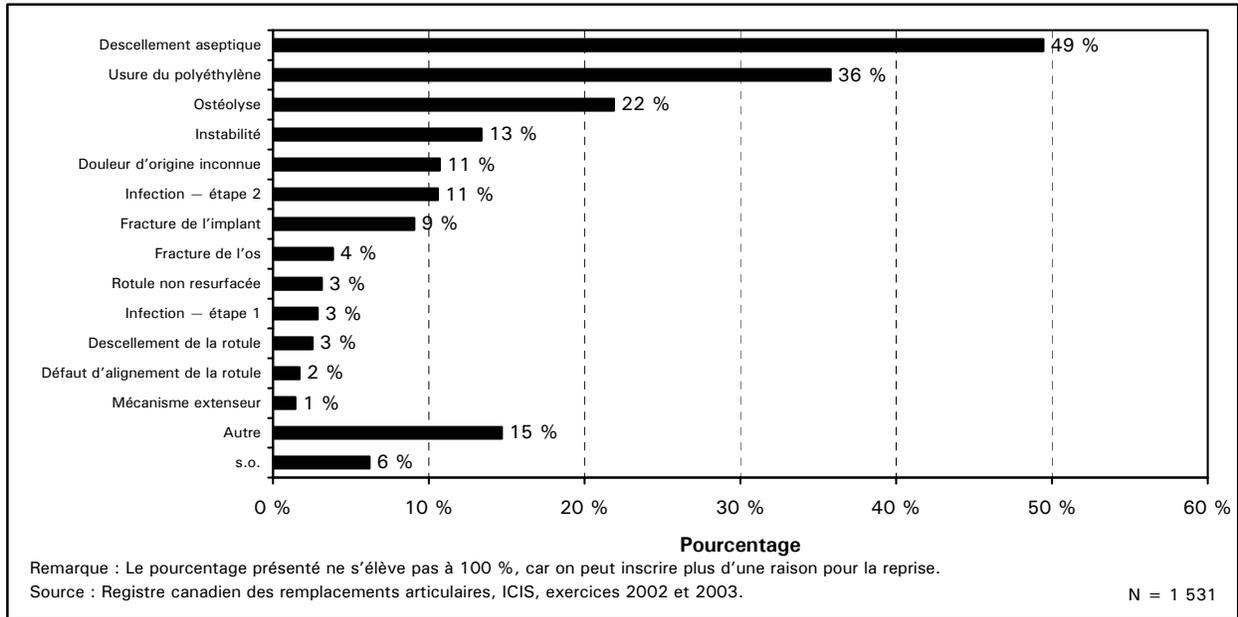


Figure 21. Raisons des reprises des arthroplasties totales du genou, exercices 2002 et 2003

Opérations antérieures

Aucune opération antérieure ne figurait au dossier de 93 % des cas d'arthroplasties initiales totales de la hanche (n = 16 363).

Pour ce qui est des arthroplasties initiales totales du genou (figure 22), ce pourcentage s'élevait à 72 % (n = 16 695). Le débridement arthroscopique était cité dans 16 % des cas et la ménissectomie arthroscopique ainsi que la ménissectomie ouverte, dans 7 % et 6 % des cas respectivement.

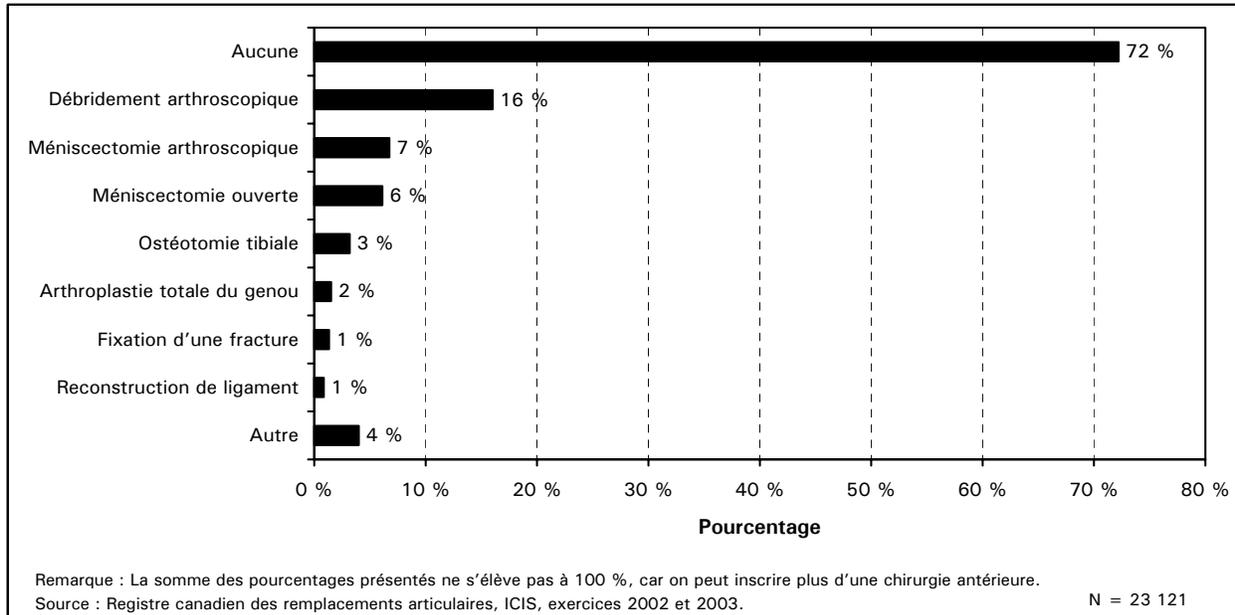


Figure 22. Opérations antérieures déclarées pour les patients ayant subi une arthroplastie initiale totale du genou seulement, exercices 2002 et 2003

Abord chirurgical

La répartition des arthroplasties totales de la hanche selon l'abord chirurgical est présentée à la figure 23. On a rapporté que l'abord latéral direct (47 %) et les abords antérolatéraux (28 %) et postérolatéraux (24 %) ont été utilisés dans la majorité des interventions. L'abord Smith/Peterson et la technique des deux incisions ont été utilisés dans moins de 1 % des chirurgies.

La figure 24 illustre la répartition des abords chirurgicaux utilisés dans les arthroplasties totales du genou. On a eu recours à l'abord para-patellaire interne dans la plupart des interventions (90 %) et aux abords à travers le vaste et sous le vaste et para-patellaire externe dans 8 %, 1 % et 1 % des cas respectivement.

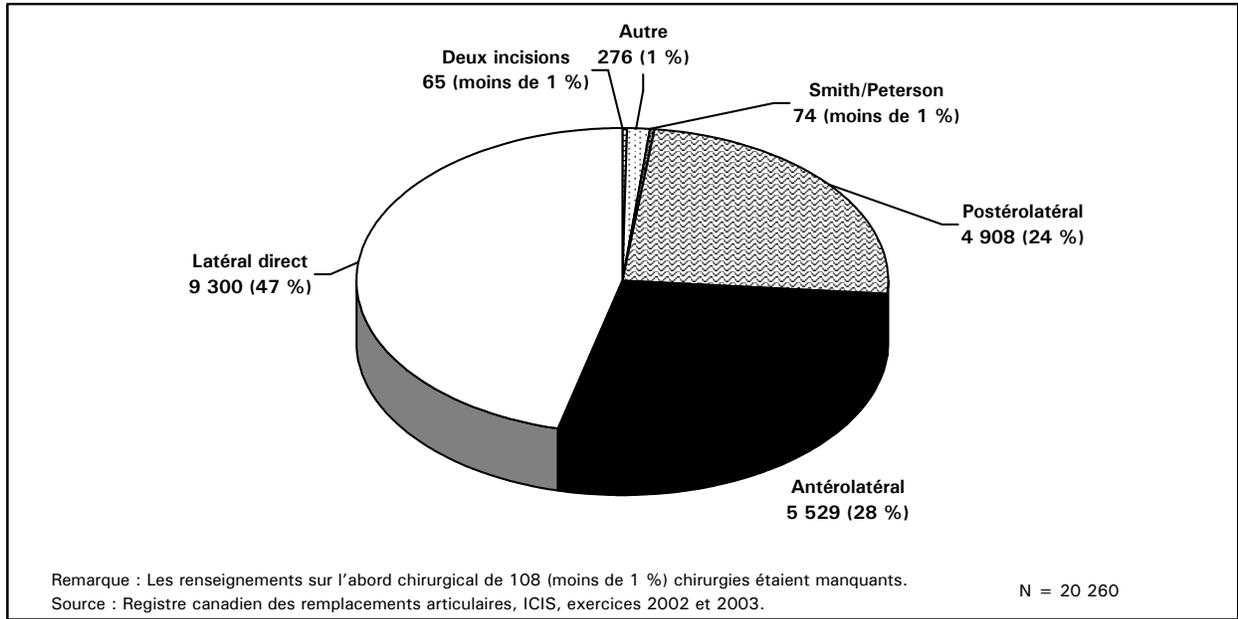


Figure 23. Abord chirurgical utilisé dans les arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

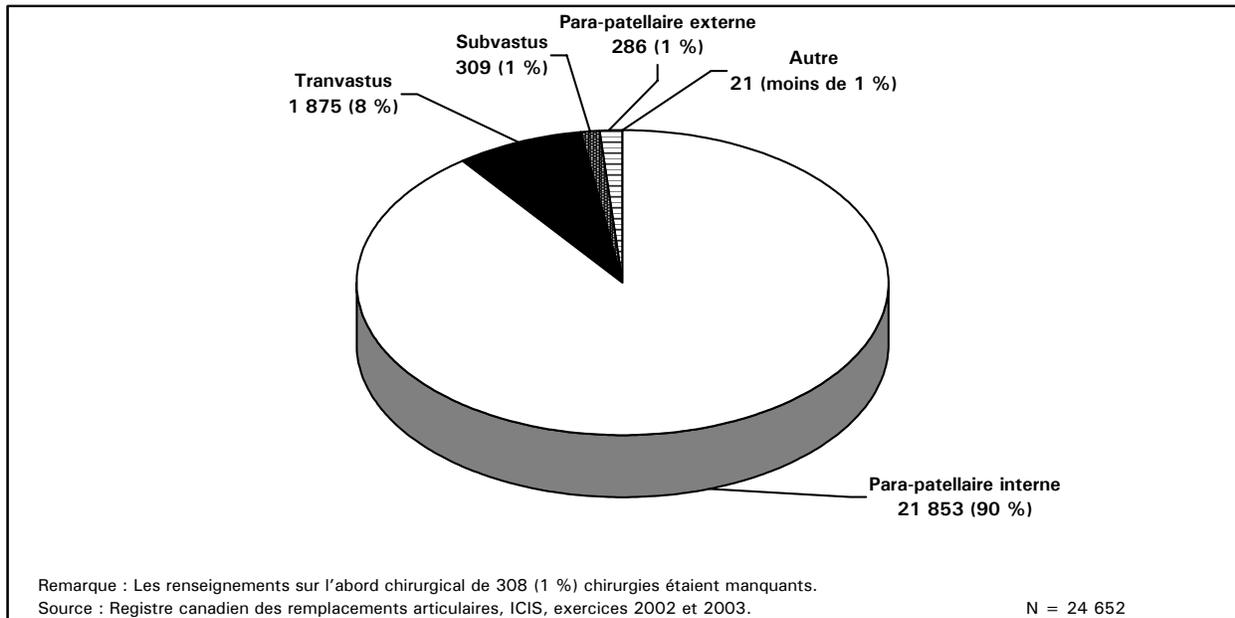


Figure 24. Abord chirurgical utilisé dans les arthroplasties totales du genou, exercices 2002 et 2003

Prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP)

Un risque élevé de thrombose veineuse profonde (TVP) est associé à l'arthroplastie totale. Par conséquent, il n'est pas étonnant que la prévention de la TVP ait été citée dans presque toutes les arthroplasties totales de la hanche et du genou (97 %) pratiquées pendant les exercices 2002 et 2003. Les trois agents prophylactiques contre la TVP les plus souvent utilisés étaient l'Héparine de faible poids moléculaire (61 %), la Warfarine (42 %) et les bas pneumatiques (10 %) [figure 25].

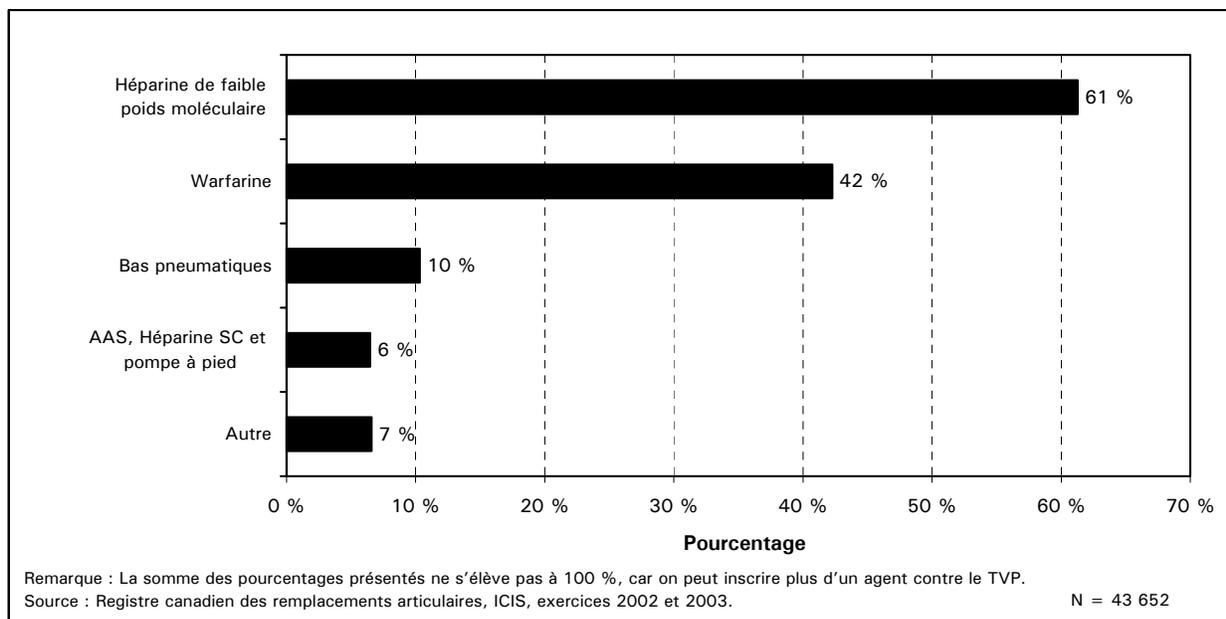


Figure 25. Agent utilisé dans la prévention de la TVP lors des arthroplasties totales de la hanche et du genou, exercices 2002 et 2003

Caractéristiques des composantes

Type de composantes remplacées

Les tableaux 22 et 23 indiquent le nombre de composantes remplacées lors des arthroplasties initiales totales et des reprises d'arthroplasties de la hanche et du genou pendant les exercices 2002 et 2003. Parmi les arthroplasties initiales de la hanche et du genou, la plupart des composantes ont été remplacées dans plus de 90 % des cas. Parmi les reprises d'arthroplasties, toutefois, les proportions de composantes remplacées différaient grandement selon qu'il s'agissait de la hanche ($p < 0,0001$) et du genou ($p < 0,0001$).

Du côté des reprises d'arthroplasties de la hanche, les têtes fémorales étaient les composantes les plus susceptibles d'être remplacées (96 %) et les tiges fémorales, les moins susceptibles (75 %). Pour ce qui est des reprises d'arthroplasties du genou, on a remplacé le plus souvent la composante tibiale (90 %), suivie de la composante fémorale (77 %). La rotule a été resurfacée dans 51 % des reprises d'arthroplasties totales du genou; dans les autres cas, soit la prothèse précédente a été conservée, soit la rotule n'a pas été resurfacée.

Tableau 22. Arthroplasties totales de la hanche (initiales et reprises) par type de composante remplacée, exercices 2002 et 2003

Réponse	Composantes remplacées lors de l'intervention initiale							
	Tige fémorale	%	Tête fémorale	%	Composante acétabulaire	%	Noyau acétabulaire	%
Oui	17 410	99,2 %	17 518	99,8 %	17 334	98,8 %	16 312	93,0 %
Non	130	0,7 %	23	0,1 %	202	1,1 %	1 216	6,9 %
Non précisé	13	0,1 %	12	0,1 %	17	0,1 %	25	0,1 %
Total (initiales)	17 553	100,0 %	17 553	100,0 %	17 553	100,0 %	17 553	100,0 %
Réponse	Composantes remplacées lors de la reprise							
	Tige fémorale	%	Tête fémorale	%	Composante acétabulaire	%	Noyau acétabulaire	%
Oui	2 030	75,0 %	2 592	95,8 %	2 161	79,8 %	2 251	83,2 %
Non	675	24,9 %	112	4,1 %	543	20,1 %	454	16,7 %
Non précisé	2	0,1 %	3	0,1 %	3	0,1 %	2	0,1 %
Total (reprises)	2 707	100,0 %	2 707	100,0 %	2 707	100,0 %	2 707	100,0 %

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

Tableau 23. Arthroplasties totales du genou (initiales et reprises) par type de composante remplacée, exercices 2002 et 2003

Réponse	Composantes remplacées ou resurfacées lors de l'intervention initiale					
	Composante fémorale remplacée	%	Composante tibiale remplacée	%	Composante rotulienne remplacée	%
Oui	23 085	99,8 %	22 991	99,4 %	17 238	74,6 %
Non	21	0,1 %	115	0,5 %	5 852	25,3 %
Non précisé	15	0,1 %	15	0,1 %	31	0,1 %
Total (initiales)	23 121	100,0 %	23 121	100,0 %	23 121	100,0 %
Réponse	Composantes remplacées ou resurfacées lors de la reprise					
	Composante fémorale remplacée	%	Composante tibiale remplacée	%	Composante rotulienne remplacée	%
Oui	1 174	76,7 %	1 374	89,8 %	781	51,0 %
Non	355	23,2 %	154	10,0 %	740	48,3 %
Non précisé	2	0,1 %	3	0,2 %	10	0,7 %
Total (reprises)	1 531	100,0 %	1 531	100,0 %	1 531	100,0 %

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

Taille des composantes remplacées

Les figures 26 et 27 illustrent la répartition des tailles de la tête utilisée pour remplacer les têtes fémorales dans les arthroplasties initiales totales de la hanche et les reprises, respectivement. Dans le cas des arthroplasties initiales, la taille de la tête de loin la plus mentionnée faisait 28 mm (79 %), puis 32 mm (12 %).

Comme dans le cas des arthroplasties initiales de la hanche, la taille de la tête la plus souvent choisie dans les reprises d'arthroplasties totales de la hanche faisait également 28 mm, soit dans environ la moitié des interventions (50 %). Les têtes de 32 mm se classaient encore une fois en deuxième place (31 %). Selon une étude publiée récemment sur l'effet des têtes de plus grande taille utilisées dans les arthroplasties totales de la hanche sur le type d'empêchement, l'amplitude des mouvements et la stabilité de l'articulation, les têtes fémorales plus grandes peuvent offrir une plus grande amplitude des mouvements et une meilleure stabilité de l'articulation⁴.

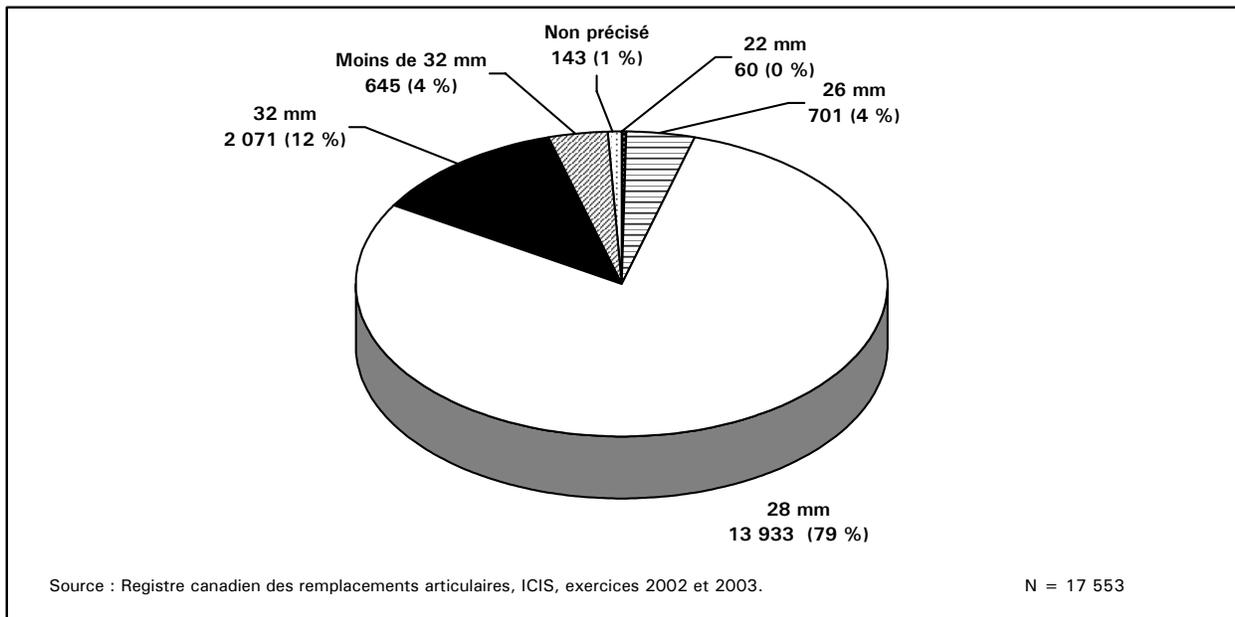


Figure 26. Arthroplasties initiales totales de la hanche, selon la taille de la tête fémorale, exercices 2002 et 2003

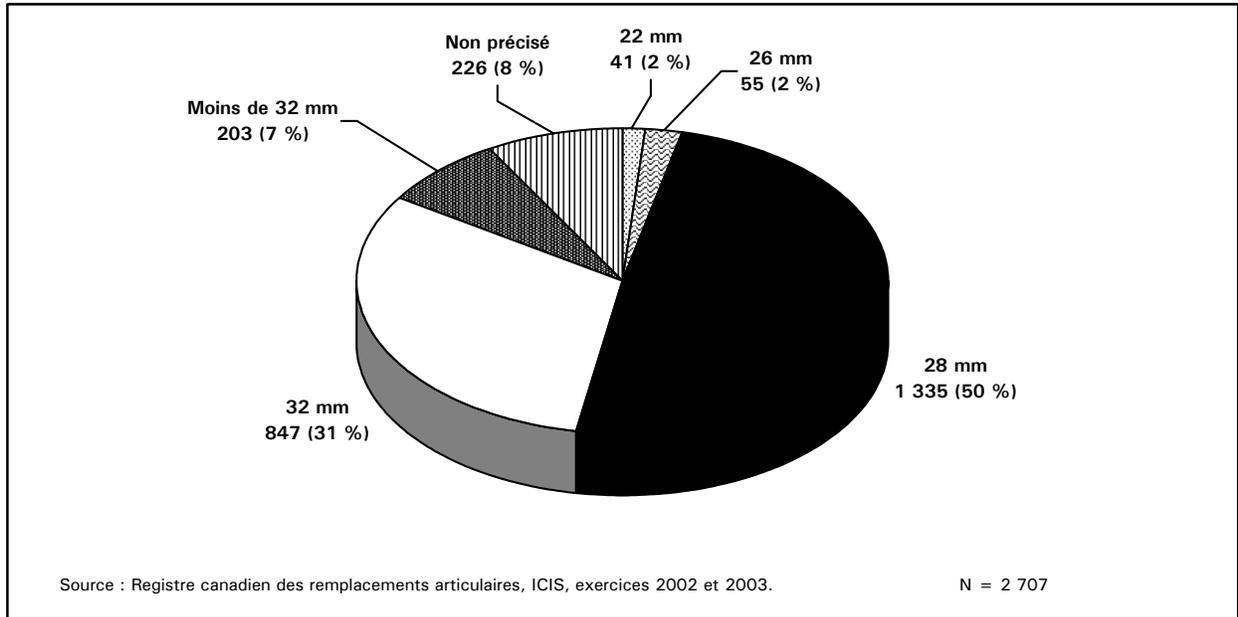


Figure 27. Reprises d'arthroplasties totales de la hanche, selon la taille de la tête fémorale, exercices 2002 et 2003

Mode de fixation

Dans l'ensemble

L'utilisation d'une composante de fixation en ciment variait selon qu'il s'agissait d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Si, dans la plupart des arthroplasties de la hanche, on avait recours à des composantes non cimentées (61 %), l'inverse était vrai pour les remplacements du genou, pour lesquels on a utilisé des composantes cimentées dans 83 % des cas (figures 28 et 29). On a déclaré avoir eu recours à une fixation hybride en ciment dans près du tiers (31 %) de toutes les arthroplasties de la hanche et dans 14 % des arthroplasties du genou.

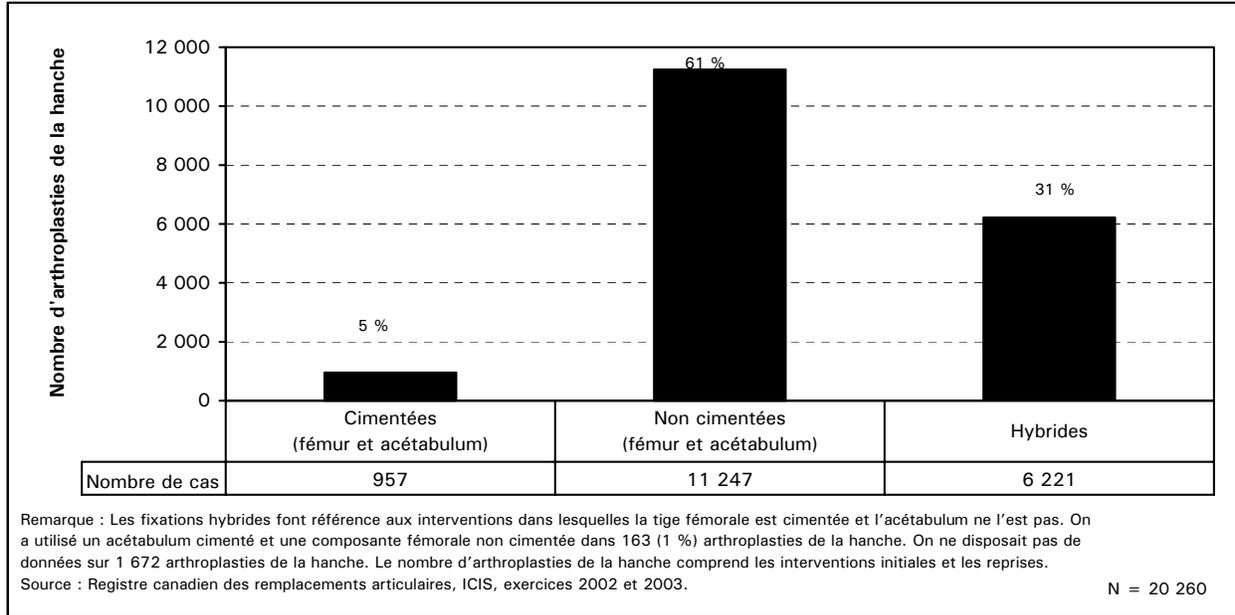


Figure 28. Mode de fixation utilisé dans les arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

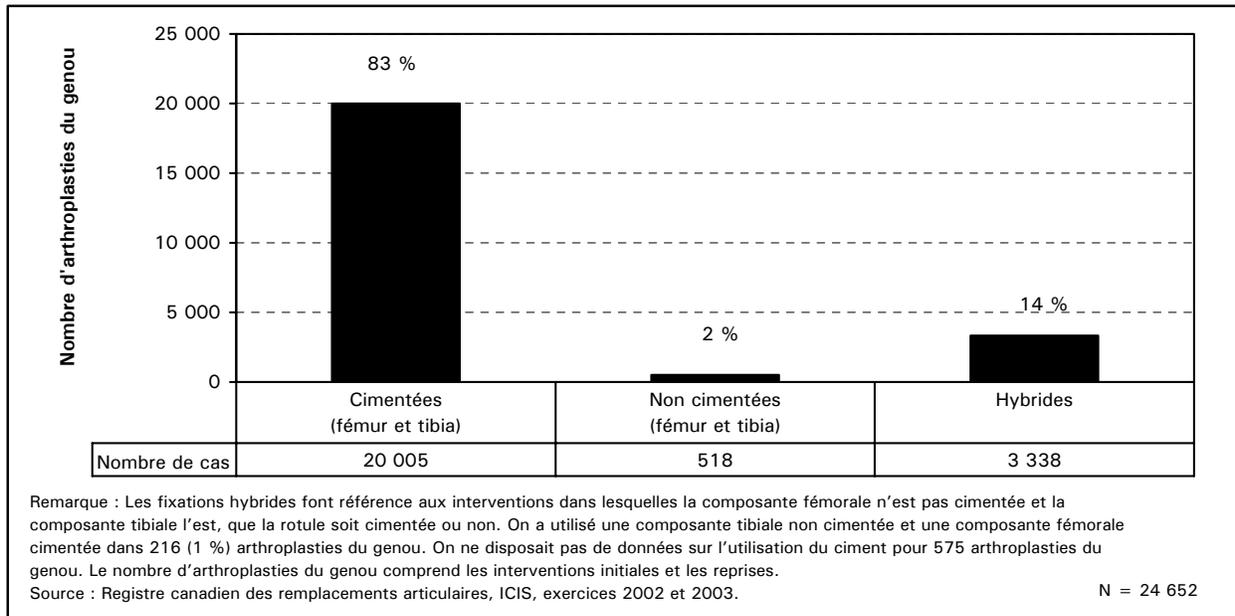


Figure 29. Mode de fixation utilisé dans les arthroplasties totales du genou, exercices 2002 et 2003

Mode de fixation par composante remplacée

La figure 30 présente le mode de fixation utilisé pour remplacer les tiges fémorales et les composantes acétabulaires dans les arthroplasties totales de la hanche. Le ciment a servi dans environ 37 % des interventions sur les tiges fémorales, et dans seulement 6 % des interventions sur les composantes acétabulaires. L'utilisation différente du ciment entre les deux composantes s'est révélée significative sur le plan statistique ($p < 0,0001$).

La figure 31 montre le mode de fixation utilisé pour remplacer les composantes fémorales et tibiales et resurfer les composantes rotuliennes dans les arthroplasties du genou. On a eu recours au ciment dans environ 82 % des remplacements du fémur, dans 95 % des remplacements du tibia et dans 71 % des resurfaçages de la composante rotulienne. Ces différences étaient significatives sur le plan statistique ($p < 0,0001$).

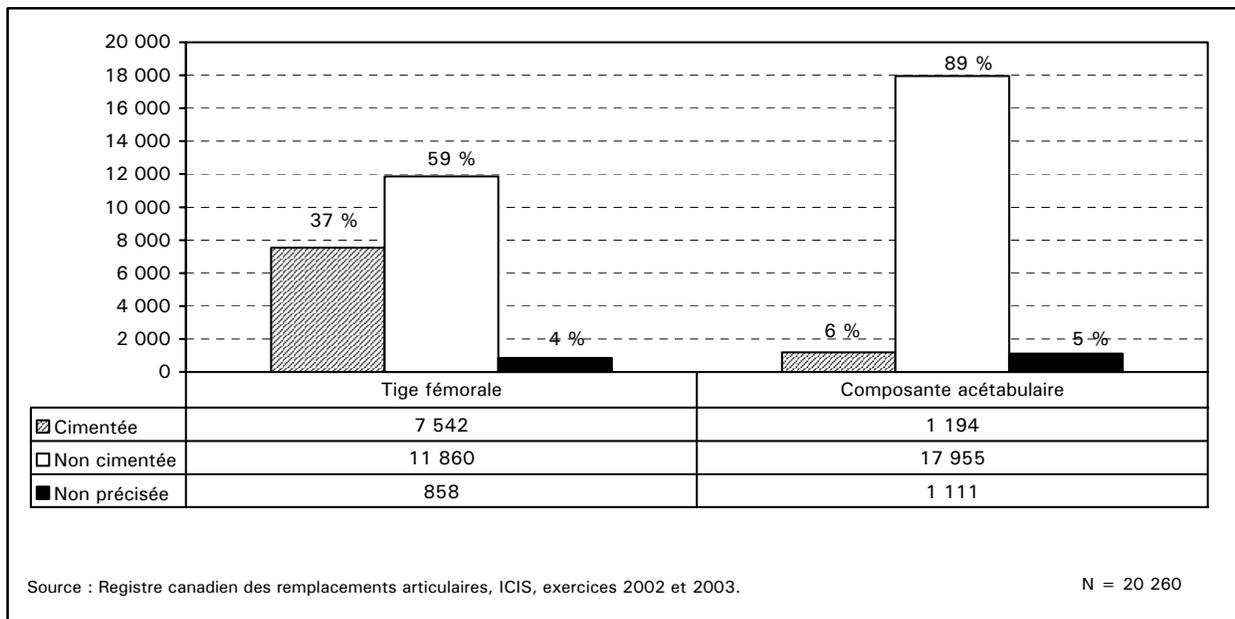


Figure 30. Mode de fixation utilisé pour remplacer les tiges fémorales et les composantes acétabulaires, arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

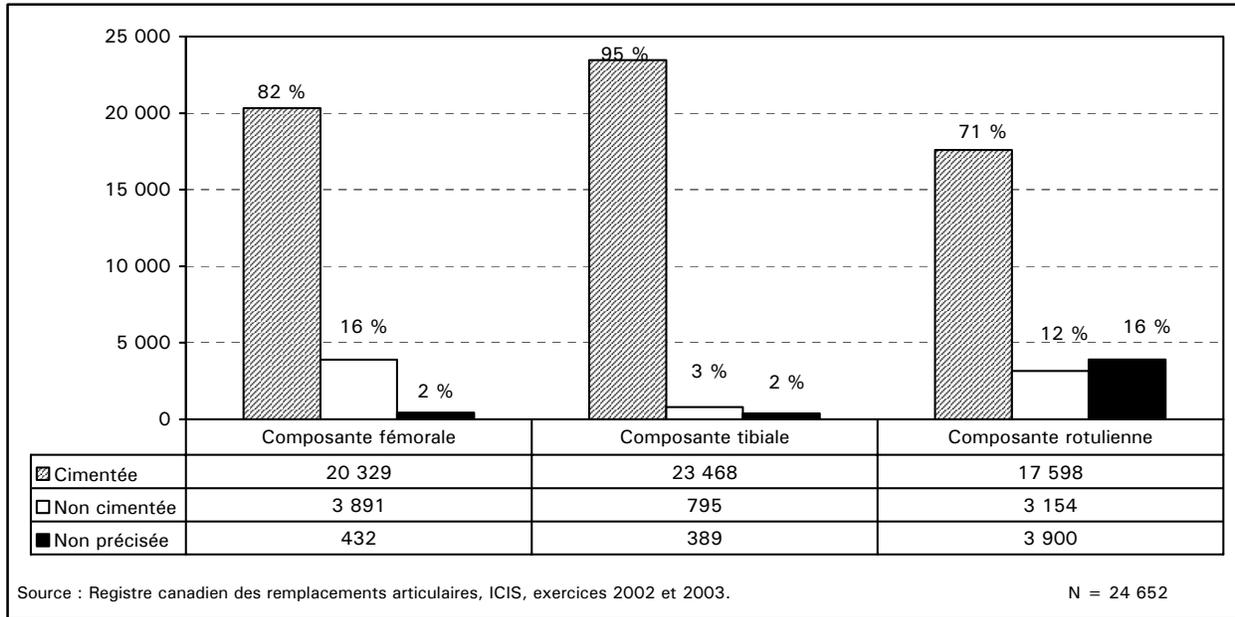


Figure 31. Mode de fixation utilisé pour remplacer les composantes fémorales, tibiales et rotuliennes, arthroplasties totales du genou, exercices 2002 et 2003

Surfaces d'appui utilisées dans les arthroplasties de la hanche

La figure 32 illustre les diverses combinaisons de têtes fémorales et de noyaux acétabulaires utilisées dans les arthroplasties totales de la hanche. Parmi les surfaces d'appui, les combinaisons les plus souvent mentionnées étaient la tête fémorale en cobalt chrome avec insert de polyéthylène standard (36 %), suivie de la tête en cobalt chrome avec insert de polyéthylène réticulé (35 %). La combinaison « céramique avec céramique » était plus souvent déclarée (6 %) que la combinaison « métal sur métal » (1,5 %). La combinaison à une pièce n'a été que très rarement utilisée, soit dans moins de 1 % des cas.

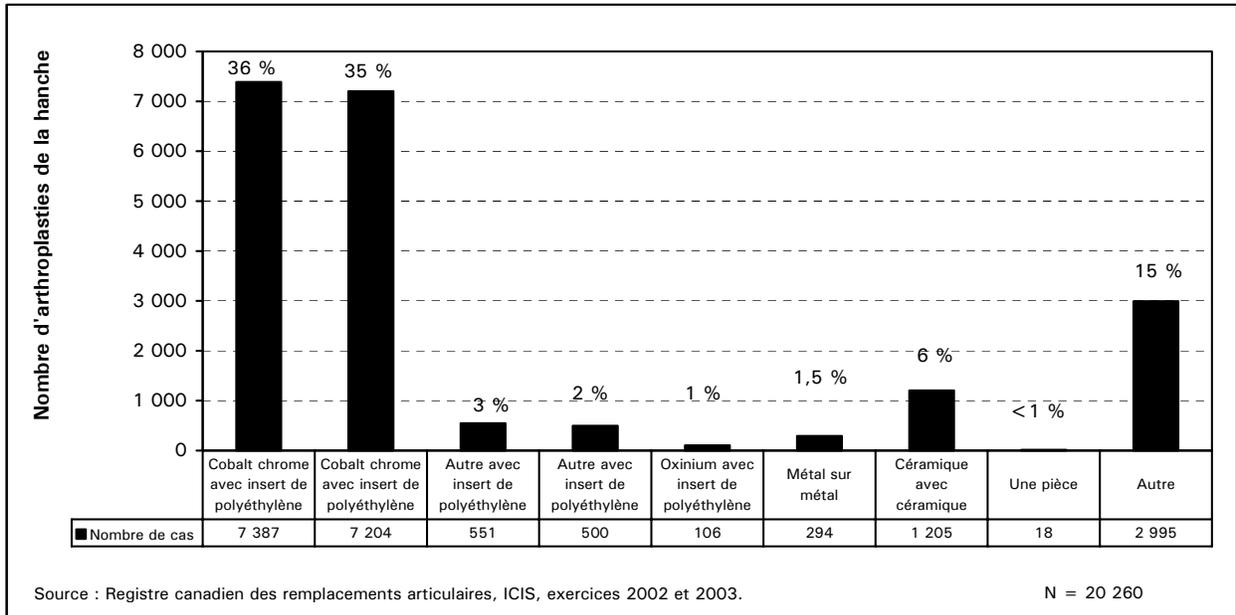


Figure 32. Surfaces d'appui, arthroplasties totales de la hanche, exercices 2002 et 2003

Greffon osseux utilisé

À partir de l'exercice 2003, on a commencé à recueillir de l'information sur l'utilisation d'un greffon osseux pour le fémur et l'acétabulum dans les arthroplasties de la hanche et pour le fémur et le tibia dans les arthroplasties du genou. Dans l'ensemble, le greffon osseux a servi dans peu d'arthroplasties initiales et de reprises pour chaque composante. Toutefois, comme le montrent les tableaux 24 et 25, on a eu recours au greffon osseux beaucoup plus souvent lors des reprises d'arthroplasties totales de la hanche et du genou. Par exemple, dans le cas des arthroplasties de la hanche, on note un faible taux d'utilisation des greffons osseux pour le fémur de 2,1 % dans les arthroplasties initiales par rapport à 26,2 % dans les reprises d'arthroplasties. Les proportions respectives quant à l'acétabulum se chiffraient à 6,6 % comparativement à 28,5 %. Les écarts dans l'utilisation d'un greffon osseux pour chaque composante dans les arthroplasties initiales et les reprises étaient tous significatifs sur le plan statistique ($p < 0,0001$).

Tableau 24. Utilisation d'un greffon osseux pour le fémur et l'acétabulum, arthroplasties totales de la hanche (initiales et reprises), exercice 2003

Utilisation d'un greffon osseux	Fémur				Acétabulum			
	Initiales	%	Reprises	%	Initiales	%	Reprises	%
Oui	209	2,1 %	420	26,2 %	674	6,6 %	457	28,5 %
Non	9 154	89,7 %	943	58,8 %	8 708	85,3 %	945	58,9 %
Non précisé	845	8,2 %	241	15,0 %	826	8,1 %	202	12,6 %
Total	10 208	100,0 %	1 604	100,0 %	10 208	100,0 %	1 604	100,0 %
Test du chi carré	p < 0,0001				p < 0,0001			

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, exercice 2003.

Tableau 25. Utilisation d'un greffon osseux pour le fémur et le tibia, arthroplasties totales du genou (initiales et reprises), exercice 2003

Utilisation d'un greffon osseux	Fémur				Tibia			
	Initiales	%	Reprises	%	Initiales	%	Reprises	%
Oui	709	5,2 %	153	16,6 %	252	1,8 %	142	15,4 %
Non	12 131	88,3 %	682	73,8 %	12 588	91,7 %	693	75,0 %
Non précisé	894	6,5 %	89	9,6 %	894	6,5 %	89	9,6 %
Total	13 734	100,0 %	924	100,0 %	13 734	100,0 %	924	100,0 %
Test du chi carré	p < 0,0001				p < 0,0001			

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, exercice 2003.

Indice de masse corporelle

L'obésité est l'un des facteurs associés à l'ostéoartrrose⁵. Étant donné que l'ostéoartrrose est une des raisons principales des arthroplasties, il est intéressant d'analyser les répartitions des patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en fonction de leur indice de masse corporelle. L'IMC est calculé comme suit : division du poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les patients ont été classés dans les catégories d'IMC suivantes acceptées à l'échelle internationale : moins de 18,5 (poids insuffisant), de 18,5 à 24,9 (poids acceptable), de 25,0 à 29,9 (surpoids), 30,0 ou plus (obésité)⁶.

On a réalisé des analyses des données de l'exercice 2003 sur la taille et le poids valides des patients, données englobant 65 % (n = 17 244) de tous les cas. Les répartitions selon l'IMC se sont avérées considérablement différentes entre les patients qui ont subi un remplacement de la hanche et ceux qui ont subi un remplacement du genou (p < 0,0001). Les patients qui ont subi une arthroplastie du genou étaient plus susceptibles d'accuser un surpoids ou d'être obèses (87 %) que ceux qui ont subi une arthroplastie de la hanche (72 %) [figure 33]. Qu'il s'agisse de l'arthroplastie de la hanche ou du genou, les patients affichaient rarement un poids insuffisant (2 % et 1 %, respectivement).

Même si 65 % des cas pouvaient être pris en compte dans ces analyses, il se peut que les données ne soient pas complètement représentatives de la répartition réelle de tous les patients au Canada selon leur IMC. Ce sujet sera examiné plus en profondeur dans l'avenir, car des valeurs plus exactes de la taille et du poids des patients sont maintenant recueillies dans le registre.

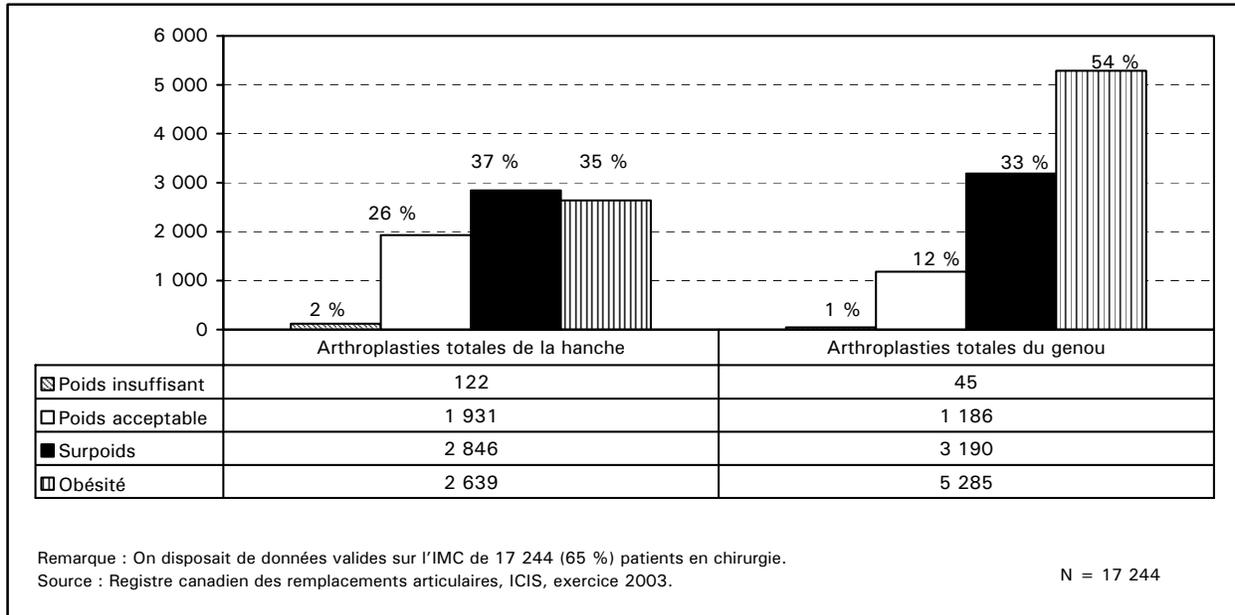


Figure 33. Patients ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, selon la catégorie d'indice de masse corporelle, exercice 2003

Techniques chirurgicales particulières

Chirurgie peu invasive

La chirurgie peu invasive est une nouvelle technique chirurgicale utilisée dans les arthroplasties de la hanche et du genou. Les présumés avantages de cette approche comprennent : de plus petites dissections, une diminution de la perte de sang, des durées de séjour à l'hôpital plus courtes et un processus de réadaptation plus rapide⁷. À partir de l'exercice 2003, le RCRA a commencé à recueillir des données sur les chirurgies peu invasives.

Au total, seul un faible pourcentage (8 %) des abords chirurgicaux ont été classés dans la catégorie des interventions peu invasives — 9 % des arthroplasties totales de la hanche et 7 % des arthroplasties totales du genou (figure 34).

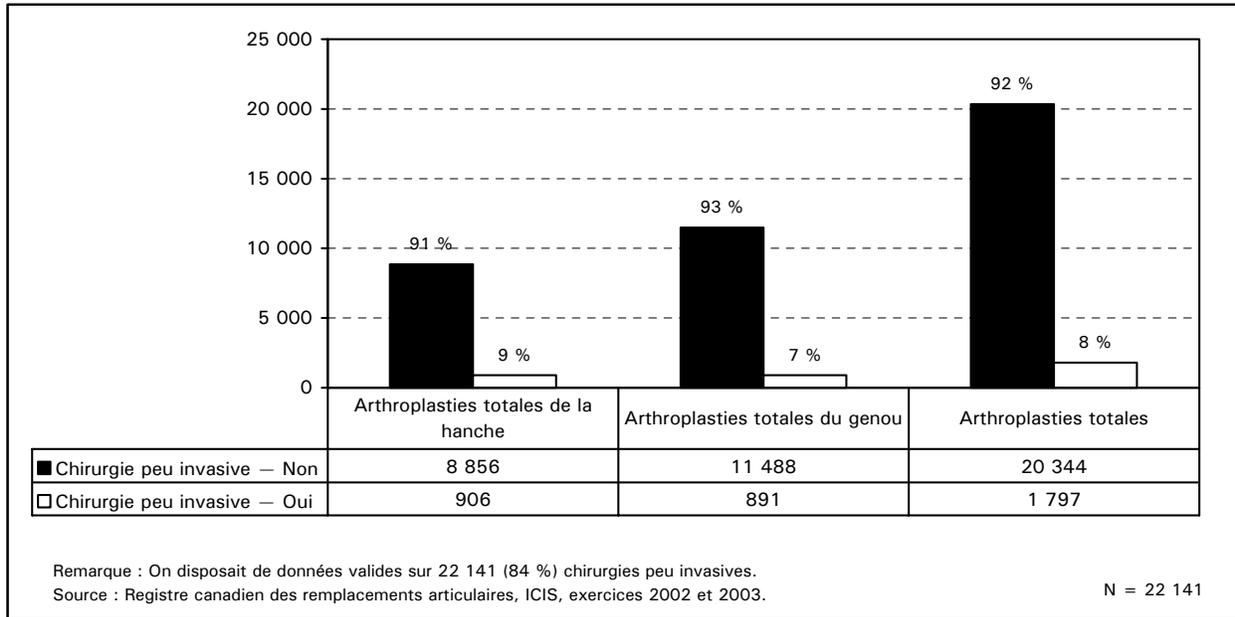


Figure 34. Utilisation de la chirurgie peu invasive dans les arthroplasties totales de la hanche et du genou, exercice 2003

Les tableaux 26 et 27 montrent le nombre et la répartition en pourcentage des arthroplasties de la hanche et du genou pratiquées au moyen de l'abord classique (donc invasive) et de l'abord peu invasif, selon l'âge et le sexe. L'abord peu invasif était plus courant chez les patients de moins de 45 ans et de 45 à 54 ans qui ont subi une arthroplastie de la hanche (9 %) et chez les patients de 45 à 54 ans qui ont subi une arthroplastie du genou (10 %).

Dans l'ensemble, l'utilisation de l'abord peu invasif ne variait pas beaucoup selon le sexe. On a dénombré un peu plus d'interventions peu invasives chez les femmes (53 % pour la hanche et 55 % pour le genou) que chez les hommes.

Tableau 26. Utilisation de la chirurgie peu invasive dans les arthroplasties totales de la hanche et du genou, selon le groupe d'âge, exercice 2003

Groupe d'âge	Arthroplasties de la hanche			Arthroplasties du genou		
	Chirurgies peu invasives	Toutes les arthroplasties totales de la hanche	% des chirurgies peu invasives	Chirurgies peu invasives	Toutes les arthroplasties totales de la hanche	% des chirurgies peu invasives
Moins de 45 ans	59	634	9 %	19	215	9 %
De 45 à 54 ans	119	1 279	9 %	117	1 152	10 %
De 55 à 64 ans	182	2 388	8 %	280	3 403	8 %
De 65 à 74 ans	288	3 782	8 %	292	5 494	5 %
De 75 à 84 ans	215	3 162	7 %	164	3 975	4 %
85 ans et plus	43	574	7 %	18	431	4 %
Total	906	11 819	8 %	890	14 678	6 %

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, exercice 2003.

Remarques :

- 1) Parmi les arthroplasties de la hanche, la technique chirurgicale n'a pas été indiquée dans 2 069 des cas et l'âge dans 16 des cas.
- 2) Parmi les arthroplasties du genou, la technique chirurgicale n'a pas été indiquée dans 2 297 des cas et l'âge dans 11 des cas.

Tableau 27. Utilisation de la chirurgie peu invasive dans les arthroplasties totales de la hanche et du genou, selon le sexe, exercice 2003

Sexe	Arthroplasties de la hanche				Arthroplasties du genou			
	Chirurgies peu invasives		Abord classique		Chirurgies peu invasives		Abord classique	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Hommes	425	47 %	3 698	42 %	404	45 %	4 438	39 %
Femmes	481	53 %	5 158	58 %	487	55 %	7 049	61 %
Total	906	100 %	8 856	100 %	891	100 %	11 487	100 %

Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS, exercice 2003.

Remarque : Le sexe du patient n'a pas été précisé dans le cas d'une arthroplastie du genou.

Arthroplastie du genou unicompartmentale

On a fait usage de prothèses unicompartmentales dans 7 % de toutes les arthroplasties du genou soumises au RCRA pour les exercices 2002 et 2003.

Les arthroplasties du genou unicompartmentales ont visé le plus souvent les compartiments internes. De toutes les arthroplasties du genou unicompartmentales à avoir été soumises au RCRA, près de 97 % se rapportaient au compartiment interne, suivi du compartiment latéral (2 %) et du compartiment fémoro-rotulien (1 %).

Si l'on n'a eu que très peu recours à un abord peu invasif dans les arthroplasties du genou, on a tout de même usé de cette technique dans près de 61 % de toutes les arthroplasties du genou unicompartmentales. Il faut prendre note que ces constatations sont semblables à celles du Swedish Knee Arthroplasty Register, qui a observé une augmentation des chirurgies peu invasives avec le temps. On a employé la chirurgie peu invasive dans 58 % des arthroplasties du genou unicompartmentales en 2003, comparativement à 46 % en 2002 et à 15 % en 1999⁸.

Resurfaçage de la hanche

À partir de l'exercice 2003, on a commencé à recueillir l'information au sujet des remplacements de surfaces sur les têtes fémorales dans les arthroplasties de la hanche. Si l'on examine les données de l'exercice 2003 seulement, on constate qu'une surface a été remplacée dans seulement 5 % des arthroplasties de la hanche pour lesquelles on a remplacé la tête fémorale. Dans 57 % des cas, aucun remplacement de surface n'a été rapporté et dans 38 % des cas, on ne disposait pas de cette information.

Discussion et orientations

Le rapport annuel de 2005 du RCRA a recours à plusieurs sources de données pour souligner les tendances et les variations régionales importantes dans les arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada ainsi que pour fournir des précisions sur la nature et le type de chirurgies pratiquées. Ces renseignements sont utiles aux décisionnaires qui travaillent à la gestion des systèmes de santé, aux chirurgiens orthopédistes, aux dispensateurs de soins connexes, aux chercheurs et au grand public.

Cette année, le rapport propose de nouvelles analyses sur des sujets d'intérêt clinique, comme les surfaces d'appui, l'utilisation d'un greffon osseux, la chirurgie peu invasive, l'arthroplastie du genou unicompartmentale et la restructuration de la hanche. Ces analyses sont nécessaires pour se tenir au courant des pratiques en constante évolution dans le domaine orthopédique. Fait à noter, le RCRA a récemment amélioré son outil de collecte de données. De plus, le 1^{er} avril 2005, il a lancé de nouveaux formulaires de collecte de données qui permettent maintenant de saisir l'information sur les techniques chirurgicales telles que l'utilisation d'augmentations en métal, dont le métal trabéculaire. De plus, le formulaire comporte une nouvelle section sur les temps d'attente.

Pour au moins les quelques prochaines années, la déclaration de statistiques sur les hospitalisations tirées des abrégés des hôpitaux prendra appui sur un mélange de systèmes de classification, c'est-à-dire la CCA et la CCI. La CCI permet une codification plus précise des remplacements de la hanche et du genou. Le plus important, c'est que l'on peut maintenant faire la distinction dans la CCI entre les arthroplasties partielles et totales du genou, une caractéristique que l'on ne trouvait pas dans la CCA. Le transfert vers le nouveau système de classification, soit la CIM-10-CA/CCI, s'est produit de façon décalée au pays. Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exclusion du Manitoba, du Québec et du Nouveau-Brunswick, ont adopté la nouvelle classification pour l'exercice 2002, exercice visé par le présent rapport. Le Nouveau-Brunswick a fait de même pour l'exercice 2003 et le Manitoba, pour l'exercice 2004. Le Québec prévoit mettre en œuvre la CIM-10-CA et la CCI en 2006.

Malgré toutes ces questions liées à la codification, le RCRA est à même de diffuser des données sur les écarts dans les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou d'un bout à l'autre du pays. Bien que ces données ne fournissent aucune indication sur les raisons de ces écarts, nous savons que les facteurs tels que les ressources humaines de la santé, les pratiques d'aiguillage, le nombre d'heures en salle d'opération et les pratiques de gestion clinique peuvent avoir un rôle à jouer. De même, la prévalence des états cliniques prédisposant (p. ex. ostéoarthrose), le vieillissement de la population ainsi que les préférences et le degré de sensibilisation des patients influenceraient également à la hausse les demandes en remplacements totaux. Il est à noter que les taux présentés ici ont déjà été ajustés en fonction des différences dans les structures d'âge entre les provinces et les territoires, ce qui porte à croire que des facteurs autres que les structures d'âge sont responsables des écarts dans les taux provinciaux.

Actuellement, nous avons peu d'information sur le nombre de patients qui attendent une arthroplastie totale au Canada et la durée d'attente pour subir une opération après qu'une décision d'aller de l'avant avec la chirurgie ait été prise. L'intérêt de l'ICIS pour la collecte de données sur les temps d'attente chez les patients qui doivent subir une arthroplastie de la hanche ou du genou fait partie d'une initiative plus vaste de collecte de données nationales sur les temps d'attente. En effet, le temps d'attente peut influencer sur la fonction physique avant l'opération et les résultats cliniques après l'opération chez les candidats à un remplacement articulaire. Un certain nombre d'initiatives nationales et régionales sont en cours. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont engagés à établir des temps d'attente de référence acceptables sur le plan médical pour les arthroplasties et d'autres domaines prioritaires d'ici le 31 décembre 2005. Cet engagement fait partie d'un processus visant des réductions significatives dans les temps d'attente dans les domaines concernés d'ici 2007⁹. L'Alliance sur les temps d'attente¹⁰, organisme national composé de six organismes médicaux spécialisés (dont l'Association canadienne d'orthopédie), ainsi que le Western Canada Waiting List Project¹¹ ont établi des points de référence sur les temps d'attente pour les arthroplasties, qui varient en fonction du niveau de priorité du patient. L'information sur les temps d'attente à l'échelle provinciale est disponible dans plusieurs provinces, comme la Colombie-Britannique¹², l'Alberta¹³, la Saskatchewan¹⁴ et l'Ontario¹⁵.

On s'attend à ce que le RCRA garde son rythme de croissance et devienne une source d'information sur la santé de plus en plus pertinente pour les décisionnaires. Grâce à la création constante de bases de données régionales, comme le registre d'arthroplasties du Winnipeg Regional Health Authority, la quantité de données saisies dans le RCRA continuera d'augmenter. Le RCRA a connu des hausses à la fois dans les taux de participation et dans le volume des soumissions qu'il reçoit. Les dernières données révèlent un taux de participation de 72 %, par comparaison à 63 % déclaré dans le rapport annuel de 2004. Des progrès ont été réalisés dans chaque province, particulièrement en Saskatchewan, au Manitoba et en Alberta. Sept provinces sur dix affichent maintenant des taux de participation de plus de 85 %. De plus, au cours des deux dernières années, le nombre de soumissions sur papier a connu une croissance de 14 % et le nombre total de soumissions de données (y compris les données électroniques), une croissance de 43 %. Les hausses de données électroniques sont attribuables à l'augmentation du nombre de cas en provenance de l'OJRR et à l'ajout d'un grand établissement de soins de courte durée de la Colombie-Britannique (à titre de fournisseur de données électroniques).

L'un des objectifs du RCRA consiste à fournir de l'information sur les résultats. En collaboration avec Statistique Canada et d'autres organismes, le RCRA s'efforce d'obtenir et d'analyser de l'information sur les résultats pour la santé des patients qui ont subi une arthroplastie. Le concept des résultats pour la santé va maintenant bien au-delà de la survie, des événements indésirables et de l'efficacité clinique. Il s'est élargi pour refléter le besoin de comprendre l'historique de l'état de santé et des maladies du patient et des traitements qu'il a reçus. Par conséquent, il est important d'évaluer non seulement les répercussions cliniques et économiques des soins de santé, mais aussi les résultats humanistes pour ces patients dans le cadre des limites personnelles et sociales, des changements dans l'état fonctionnel et des conséquences sur la vie des patients au quotidien. Les résultats pour la santé mesurent les variables pertinentes susceptibles d'être

modifiées par : 1) les interventions, comme l'arthroplastie; 2) les temps d'attente réduits pour cette chirurgie. La démonstration de la valeur des nouveaux traitements ou des nouvelles technologies est une composante importante de l'évaluation des résultats pour la santé. C'est pourquoi le RCRA continuera d'évaluer les résultats associés aux technologies utilisées dans les arthroplasties. Il est évident que les états physiques qui mènent à une arthroplastie peuvent être débilissants et le RCRA poursuivra son évaluation des résultats plus vastes pour la santé.

Le RCRA travaille également avec Statistique Canada dans le but de recueillir des données sur les statistiques de l'état civil pour les patients qui ont subi un remplacement articulaire, afin de colliger de l'information sur la gamme complète des résultats. Ces données contribueront considérablement à la capacité du registre à dresser un portrait longitudinal des résultats pour les patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. Elles élargiront la portée nationale de la base de données.

Parmi les autres orientations du RCRA, mentionnons la mesure et la surveillance des taux de reprise, particulièrement pour des implants précis. On devrait évaluer les nouvelles thérapies de soins de santé, ce qui comprend les nouvelles techniques et les prothèses, par rapport aux pratiques actuelles et aux normes minimales relatives aux soins. Les coûts, ainsi que la sécurité, l'efficacité, la qualité de vie et les autres résultats déclarés pour les patients devraient être inclus dans de telles comparaisons.

À l'heure où de nouvelles technologies font leur apparition, le RCRA s'engage à fournir des données sur les résultats pour la santé qui refléteront l'évolution des arthroplasties de la hanche et du genou au Canada. Le RCRA est prêt à s'engager dans de nouvelles analyses exhaustives qui s'attarderont sur la gamme des résultats pour la santé en vue de comprendre les implants et les techniques chirurgicales en évolution, d'un point de vue clinique et politique.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *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)*, Ottawa, du même auteur, 2002.
2. Ontario Joint Replacement Registry, *Total Joint Replacements in Ontario: Annual Report 2004*, London, du même auteur, 2005.
3. Statistiques fournies par Med-Écho, Québec, décembre 2004.
4. B. R. Burroughs, B. Hallstrom, G. J. Golladay, D. Hoeffel, W. H. Harris, « Range of Motion and Stability in Total Hip Arthroplasty With 28-, 32-, 38-, and 44-mm Femoral Head Sizes: An In Vitro Study », *Journal of Arthroplasty*, vol. 20, n° 1 (janvier 2005).
5. D. T. Felson, R. C. Lawrence, P. A. Dieppe, R. Hirsch, C. G. Helmick, J. M. Jordan et coll., « Osteoarthritis: new insights. Part I », *Ann Intern Med*, vol. 133, n° 8 (2000), p. 635-646.
6. Santé Canada, *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003.
7. R. E. Bogoch, *Minimally Invasive Arthroplasty—Proceed with Caution: COA Scientific articles, 2002*. Consulté le 24 février 2005. Internet : <URL:http://www.coa-aco.org/library_NEW/Minimally_Invasive_Arthopla.asp> .
8. *Swedish Knee Arthroplasty Register. Part I- Annual Report 2004*, Suède, Swedish Knee Arthroplasty Register, 2004.
9. *A 10-year Plan to Strengthen Health Care*. Consulté le 6 avril 2005. Internet : <URL:<http://pm.gc.ca/eng/news.asp?id=260>> .
10. Alliance sur les temps d'attente, *No More Time to Wait: Toward Benchmarks and Best Practices in Wait-Time Management* (rapport intermédiaire produit par l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès en temps opportun à des soins de santé), mars 2005.
11. Western Canada Waiting List (WCWL) Project, *Final Report: Moving Forward*, du même auteur, 28 février 2005.
12. British Columbia Ministry of Health Services, Surgical Wait List Registry. Consulté le 6 avril 2005. Internet : <URL:<http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/>> .
13. Alberta Wait list Registry. Consulté le 6 avril 2005. Internet : <URL:<http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp>> .
14. Saskatchewan Surgical Care Network, Wait List Information. Consulté le 6 avril 2005. Internet : <URL:<http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html>> .
15. Institut de recherche en services de santé, *Access to Health Services in Ontario*, Toronto, du même auteur, avril 2005.
16. H. C. Amstutz, *History of Hip Resurfacing*, Joint Replacement Institute, UCLA. Consulté le 13 mars 2005. Internet : <URL:http://www.jri-oh.com/jri_hip_surface.php> .

Annexe A

Méthodologie — Statistiques sur les hospitalisations

Méthodologie

Introduction

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

Les données reçues des hôpitaux généraux et spécialisés, y compris les établissements de soins de courte durée, pour convalescents et malades chroniques (sauf pour l'Ontario) sont téléchargées à partir de la Base de données sur les congés des patients (DAD) pour les provinces qui y participent. Les données provenant des autres hôpitaux sont soumises séparément à l'ICIS par la province ou le territoire respectif. La Base de données sur la morbidité hospitalière permet de saisir presque 100 % des données sur les sorties des patients provenant des établissements de soins de courte durée au Canada.

Notes méthodologiques

Afin de permettre des comparaisons au fil du temps, on tient compte des chirurgies initiales, des reprises ainsi que des chirurgies urgentes et non urgentes dans les analyses pour toutes les années de données. En 2002-2003, le pourcentage des arthroplasties totales de la hanche et du genou qui étaient des reprises s'élevait à 8,9 % et à 5,9 % respectivement (en excluant le Québec). Le pourcentage estimé des arthroplasties totales de la hanche et du genou effectuées d'urgence était de 16 % et 5 % respectivement.

Période de référence de la population

Les données de la BDMH présentées ici visent les hospitalisations pour les arthroplasties totales de la hanche et de genou et les reprises pratiquées au Canada, principalement sur des patients qui ont obtenu leur congé entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003 (2002-2003). On fournit également des années de données supplémentaires à des fins d'établissement de tendances.

Les chirurgies codifiées comme chirurgies « précédentes » ou « abandonnées » sont exclues des analyses. De plus, en commençant avec les données de 2001-2002, les chirurgies codifiées comme chirurgies pratiquées à l'extérieur de la province ont également été exclues afin d'éviter le comptage double.

Analyses fondées sur les hospitalisations

Dans les rapports annuels précédents du RCRA, les chiffres présentés reposaient sur le nombre d'interventions pratiquées. Dans le rapport annuel de 2005, les chiffres s'appuient sur le nombre d'hospitalisations. La principale différence entre les deux méthodologies se fait sentir dans le dénombrement des interventions bilatérales, lorsque les deux interventions sont pratiquées la même journée (même épisode opératoire). Dans les rapports antérieurs, ces interventions représentaient deux chirurgies distinctes, tandis que dans le présent rapport, elles ne sont comptées qu'une seule fois. Cette nouvelle méthode de calcul est conforme à la déclaration des interventions dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Par conséquent, les chiffres et les taux pour les années antérieures peuvent sembler inférieurs dans le présent rapport, comparativement aux rapports du RCRA publiés dans le passé.

Déclaration de données géographiques

À l'exception des sections sur la durée du séjour et les décès à l'hôpital, toutes les analyses de la BDMH définissent la province déclarée comme étant le lieu de résidence du patient, et non la province où l'intervention a eu lieu. On a attribué une région au patient en fonction de son code postal au moyen du Fichier de conversion des codes postaux de juillet 2004, qui est mis à jour deux fois par année par Statistique Canada. Les patients dont le code postal est incomplet ont été inclus dans le calcul du taux et des chiffres provinciaux et nationaux. Par contre, on a exclu les résidents de l'extérieur du Canada et ceux dont le code de province de résidence est inconnu ou invalide.

À noter, dans les rapports annuels du RCRA publiés avant 2004, on classait les patients au code postal inconnu ou invalide dans la catégorie « Inconnu ». Avec la méthodologie révisée, les codes postaux incomplets ou inconnus sont jumelés à une province ou à un territoire à l'aide des deux ou trois premiers caractères ou de la région de tri d'acheminement (RTA) du code postal, lorsque cela est possible. Ce changement a entraîné une grande diminution du nombre de patients classés dans la catégorie « Inconnu » (province de résidence du patient) et une augmentation correspondante dans les chiffres de certaines provinces et de certains territoires, comparativement aux données déclarées des exercices 1994 à 2000.

Présentation des taux

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

Pour le calcul des taux, on a recours à des estimations démographiques par exercice à l'échelle nationale et provinciale (1^{er} octobre). Il s'agit de mises en ordre spéciales fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada. La population canadienne de 1991 a servi de norme pour les taux normalisés selon l'âge.

Inclusion de tous les âges dans le rapport

Bien que les patients âgés soient plus susceptibles de nécessiter une arthroplastie de la hanche ou du genou, les patients de tous les groupes d'âge, y compris les personnes de moins de 20 ans, sont inclus dans le rapport. Une analyse plus approfondie des patients de moins de 20 ans a révélé les faits suivants :

- (1) Très peu de personnes (moins de 0,5 %) de ce groupe d'âge ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. La plupart avaient 15 ans ou plus.
- (2) Le diagnostic principal permettait de savoir si l'arthroplastie a dû être pratiquée d'urgence ou si le problème était propre à la population de patients en question (p. ex. tumeur maligne, polyarthrite rhumatoïde juvénile).

L'inclusion des patients de moins de 20 ans n'a donc aucune incidence sur l'ensemble des analyses.

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

Dans la Base de données sur la morbidité hospitalière, pour la période de 1994 à 2000, on a codifié les arthroplasties de la hanche et du genou au moyen de la ICD-9-CM* ou de la CCA†. Les codes de la ICD-9-CM ont été convertis à la CCA aux fins du rapport. À partir de l'exercice 2001, on a mis en œuvre la CIM-10-CA et la CCI‡ de façon échelonnée dans l'ensemble du Canada, classifications qui ont remplacé les précédentes. La CCI offre une plus grande spécificité pour la classification des arthroplasties de la hanche et du genou. En plus de posséder des codes distincts pour les chirurgies cimentées et non cimentées, elle permet la codification séparée des arthroplasties partielles et totales.

Au cours de l'exercice 2002, près de 76 % de toutes les arthroplasties de la hanche et de 78 % des arthroplasties du genou ont été déclarées à la BDMH au moyen de la CIM-10-CA et de la CCI. Étant donné que la décision d'adopter la CIM-10-CA et la CCI revient aux provinces et aux territoires, seuls la Colombie-Britannique, certaines régions de la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Yukon utilisaient ce nouveau système de classification en 2001. Le reste de la Saskatchewan, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut se sont joints aux autres pendant l'exercice 2002. Les autres provinces avaient recours à la CIM-9/CCA, la ICD-9-CM ou une combinaison des deux.

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

* ICD-9-CM, neuvième révision — Modification clinique

† CIM-9-CCA, neuvième révision — Classification canadienne des actes diagnostics, thérapeutiques, et chirurgicaux

‡ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada, et Classification canadienne des interventions en santé

Arthroplasties totales de la hanche

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

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

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

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

Remarque : (code de la CCI)

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

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

Exclut : Implantation, prothèse dans l'acétabulum uniquement

* Au moment d'analyser les données provenant de la BDMH, on a tenu uniquement compte des codes de la CCI sur les prothèses à deux composants, car ils font référence aux arthroplasties totales de la hanche, et non aux arthroplasties partielles.

Arthroplasties totales du genou

Le tableau A-2 présente les codes d'intérêts utilisés pour identifier les arthroplasties totales du genou aux fins du rapport. Il faut prendre note que, bien que la CCI permette de faire la distinction entre les « vraies » arthroplasties totales du genou et les arthroplasties partielles du genou[§], on a eu recours à tous les codes de la rubrique 1.VG.53 pour définir l'arthroplastie totale du genou. On a décidé d'inclure les arthroplasties partielles dans la déclaration de données afin de maintenir la comparabilité avec les provinces se servant des anciens systèmes de classification, qui ne font pas la distinction entre les deux types de chirurgies. Le tableau A-3 montre la répartition entre les vraies arthroplasties partielles du genou et les arthroplasties totales codifiées au moyen de la CCI. Le pourcentage d'interventions avec des pièces d'épaisseur en ciment parmi le nombre d'arthroplasties totales du genou était extrêmement bas : 1,0 % pour l'exercice 2001 et 1,3 % pour l'exercice 2002.

§ Les arthroplasties totales du genou sont définies à l'aide de codes de prothèses à deux et à trois composants et les arthroplasties partielles du genou, à l'aide de codes de prothèses à un composant et pièces d'épaisseur en ciment.

Dans la CCA, jusqu'en avril 2000, le code pertinent pour les arthroplasties du genou était 93.41 — Remplacement total du genou (géomédique) (polycentrique); ce code permettait de saisir les interventions initiales ainsi que les reprises. Par la suite, on a ajouté le code 93.40 pour recueillir les données sur les reprises d'arthroplasties totales du genou seulement, cimentées ou non cimentées. Dans la CCI, on identifie les reprises au moyen du code supplémentaire d'attribut de situation R. Cependant, la déclaration de données sur les reprises était facultative pour les exercices 2001 et 2002.

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

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

Remarque : (code de la CCI)

1.VG.53.^.^ Implantation de dispositif interne, articulation du genou

Comprend : Arthroplastie avec implantation d'une prothèse, genou
 Hémi-arthroplastie avec implantation d'une prothèse, genou
 Remplacement, genou, utilisation d'une prothèse

Exclut : Plastie de la rotule uniquement, utilisation d'une prothèse
 Remplacement fémoro-rotulien uniquement

* On a tenu compte de tous ces codes de la CCI dans l'analyse des données provenant de la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Tableau A-3. Hospitalisations en raison des arthroplasties partielles et totales du genou, selon la province de l'hôpital déclarant, provinces utilisant la CIM-10-CA et la CCI uniquement

Province de l'hôpital déclarant	Étendue de l'arthroplastie du genou					
	Partielle* (CCI)		Totale** (CCI)		Toutes les arthroplasties du genou (CCI)	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Terre-Neuve-et-Labrador	16	5,7 %	265	94,3 %	281	100,0 %
Île-du-Prince-Édouard	3	2,3 %	126	97,7 %	129	100,0 %
Nouvelle-Écosse	76	7,1 %	1 000	92,9 %	1 076	100,0 %
Ontario	1 245	10,3 %	10 832	89,7 %	12 077	100,0 %
Saskatchewan	88	8,4 %	964	91,6 %	1 052	100,0 %
Alberta	175	6,3 %	2 605	93,7 %	2 780	100,0 %
Colombie-Britannique	218	6,9 %	2 955	93,1 %	3 173	100,0 %
Territoires du Nord-Ouest	2	14,3 %	12	85,7 %	14	100,0 %
Total	1 823	8,9 %	18 759	91,1 %	20 582	100,0 %

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

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

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

Sous-estimation des chiffres du Québec sur les reprises

Des différences dans la codification des reprises des arthroplasties du genou au Québec par rapport aux autres provinces ont engendré une sous-estimation du nombre de ces interventions au Québec depuis 1998. En 1998, le Québec a choisi le code 93.471 pour représenter les reprises des arthroplasties du genou. Ce code diffère du code 93.40 de la CCA, que l'on a introduit pour les reprises des remplacements du genou le 1^{er} avril 2000 pour les provinces et les territoires qui participent à la DAD (le Québec ne soumet pas de données à la DAD, qui est la base de données parent de la BDMH). Le code 93.471 ne fait pas partie de l'ensemble des codes du RCRA. De plus, il ne peut être identifié dans la BDMH, car le cinquième caractère est coupé au cours du traitement des données de la BDMH. Par conséquent, on a traité par erreur le code 93.471 comme s'il s'agissait du code de la CCA 93.47 — Autre réparation du genou. L'ICIS travaille en collaboration avec le Québec afin de résoudre ce problème. Au cours de l'exercice 2002, il y a eu 276 reprises de remplacements du genou au Québec, 255 en 2001-2002, 171 en 1999-2000 et 184 en 1998-1999³.

Les reprises des arthroplasties de la hanche ne sont pas codifiées du tout au Québec. Il est donc impossible de distinguer les interventions initiales des reprises pratiquées dans les établissements du Québec.

Annexe B

Méthodologie — Caractéristiques chirurgicales et cliniques

Introduction

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

Le RCRA est le fruit d'efforts de collaboration entre l'ICIS et les chirurgiens orthopédistes du Canada. Cette initiative a été parrainée par l'ICIS et les chirurgiens orthopédistes de chaque province qui relèvent de l'Association canadienne d'orthopédie et de la Fondation canadienne d'orthopédie. Plusieurs autres partenaires importants ont contribué à assurer le succès du développement et de la mise en œuvre du RCRA, dont les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, la Société d'arthrite, le Réseau canadien de l'arthrite ainsi que l'OJRR. Le registre a été lancé à l'assemblée annuelle de l'Association canadienne d'orthopédie en juin 2000 et la collecte des données a commencé en mai 2001.

Collecte des données du RCRA

Les chirurgiens orthopédistes participant au RCRA remplissent un formulaire de collecte des données de deux pages à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. Les patients doivent donner leur consentement pour que leurs données soient incluses dans le registre. Actuellement, une moyenne de près de 1 500 formulaires sont soumis au RCRA chaque mois. Les chirurgiens de l'Ontario participent au RCRA par l'entremise du Ontario Joint Replacement Registry (voir la section suivante). De même, pour la première fois en 2004, un grand établissement de soins de courte durée de la Colombie-Britannique a soumis des données au RCRA.

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

Ontario Joint Replacement Registry (OJRR)

Ce registre est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) et rendu possible grâce au soutien des chirurgiens orthopédistes de l'Ontario qui relèvent de l'Association des orthopédistes de l'Ontario et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le registre se trouve au Health Sciences Centre de London. Sa mise en œuvre se fait actuellement par région et a commencé dans le sud-ouest de l'Ontario en mai 2001. L'OJRR a publié son troisième rapport qui s'appuie sur les données recueillies entre le 14 mai 2001 et le 31 mars 2004².

Pour la première fois en juillet 2003, le RCRA a reçu un sous-ensemble de données de l'OJRR par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les éléments de données chirurgicaux et cliniques recueillis par l'OJRR sont plus étendus et spécifiques comparativement à ceux du RCRA. Par exemple, l'OJRR recueille des données liées aux résultats relatifs à l'état fonctionnel à la suite de l'opération. En conséquence, dans plusieurs cas, les données de l'OJRR ont dû être jumelées pour être comparables aux champs et aux définitions du RCRA. Les données de l'OJRR sont aussi soumises aux de contrôles de validation de l'ICIS, qui visent à repérer les erreurs potentielles comme les valeurs hors-limite et les problèmes de logique.

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

Notes méthodologiques

Période de référence de la population

Les données chirurgicales et cliniques dans le présent rapport s'appuient sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou et les reprises pratiquées dans les hôpitaux canadiens de soins de courte durée. Les données sont fournies par exercice financier et une attention particulière est accordée aux exercices 2002 et 2003 (soit les patients qui ont subi une chirurgie entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2004). Lorsque l'on ne connaissait pas la date de la chirurgie, on s'est servi de la date d'admission pour faire des estimations.

Les données sur les chirurgies soumises par les chirurgiens orthopédistes et présentées dans le rapport pourront faire l'objet d'une révision dans les rapports à venir. Le RCRA continue d'accepter des données après la date limite de la période de déclaration. Par conséquent, les renseignements provenant de cette source de données sont peut-être incomplets. Les données de l'exercice 2002 présentées dans le rapport ont été mises à jour depuis la publication du rapport annuel de 2004 du RCRA.

Déclaration de données géographiques

En ce qui concerne les données chirurgicales et cliniques dans le présent rapport, la province précisée correspond à celle où l'intervention a été pratiquée, non celle où le patient demeure.

Sous-dénombrement

Étant donné que la participation au RCRA est volontaire, le sous-dénombrement constitue l'une des principales limites des données du registre. On estime que, pour l'exercice 2003, le taux de participation global au RCRA s'établissait à 67 %, les taux par province s'échelonnant de 47 % au Québec à 100 % au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Le nombre total de soumissions a fait un bond de 43 % au cours des deux dernières années. Les données soumises par l'entremise de l'OJRR représentent la plus forte proportion (43 %) du nombre total de soumissions. Grâce aux données combinées de deux exercices, le fichier de données utilisé dans le présent rapport est deux fois et demie plus volumineux que celui du rapport de l'an passé, ce qui témoigne de la plus grande représentation de la collecte de données et de l'augmentation du taux de participation au RCRA. Il est possible que les données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou pratiquées par les chirurgiens qui participent au RCRA varient par rapport à celles des chirurgiens non participants. Certains résultats ne devraient donc pas être généralisés à l'ensemble des arthroplasties effectuées au Canada.

La figure B-1 illustre la répartition des soumissions par province concernant les arthroplasties totales de la hanche et du genou présentées par les chirurgiens orthopédistes pour les exercices 2002 et 2003 combinés. Au cours des deux dernières années, les chirurgiens orthopédistes de l'Ontario représentaient de loin la proportion la plus importante de soumissions (43 %), suivis des chirurgiens du Québec (12 %), de la Colombie-Britannique (12 %) et de la Nouvelle-Écosse (8 %).

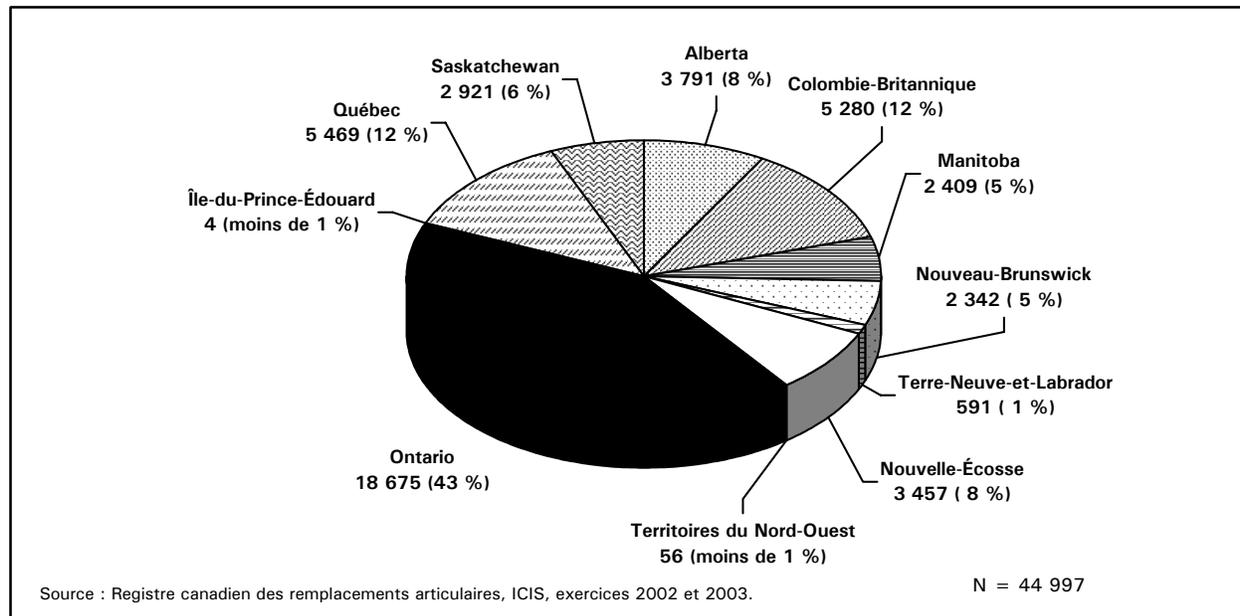


Figure B-1. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou soumises au RCRA, selon la province, 2002 et 2003

La figure B-2 fait état des hausses du nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou au cours des deux dernières années, dans différentes provinces et différents territoires. De l'exercice 2002 à 2003, les soumissions de données ont monté en flèche en Alberta (+ 169 %), aux Territoires du Nord-Ouest (+ 129 %) et au Manitoba (+ 98 %). Venaient ensuite la Colombie-Britannique (+ 56 %), le Québec (39 %), la Nouvelle-Écosse (37 %) et les autres provinces. L'augmentation en Ontario s'élevait à 26 %. L'Ontario a aussi contribué à la plus forte proportion du nombre total de soumissions pour les deux exercices, avec 45 % pour l'exercice 2002 et 39 % pour l'exercice 2003.

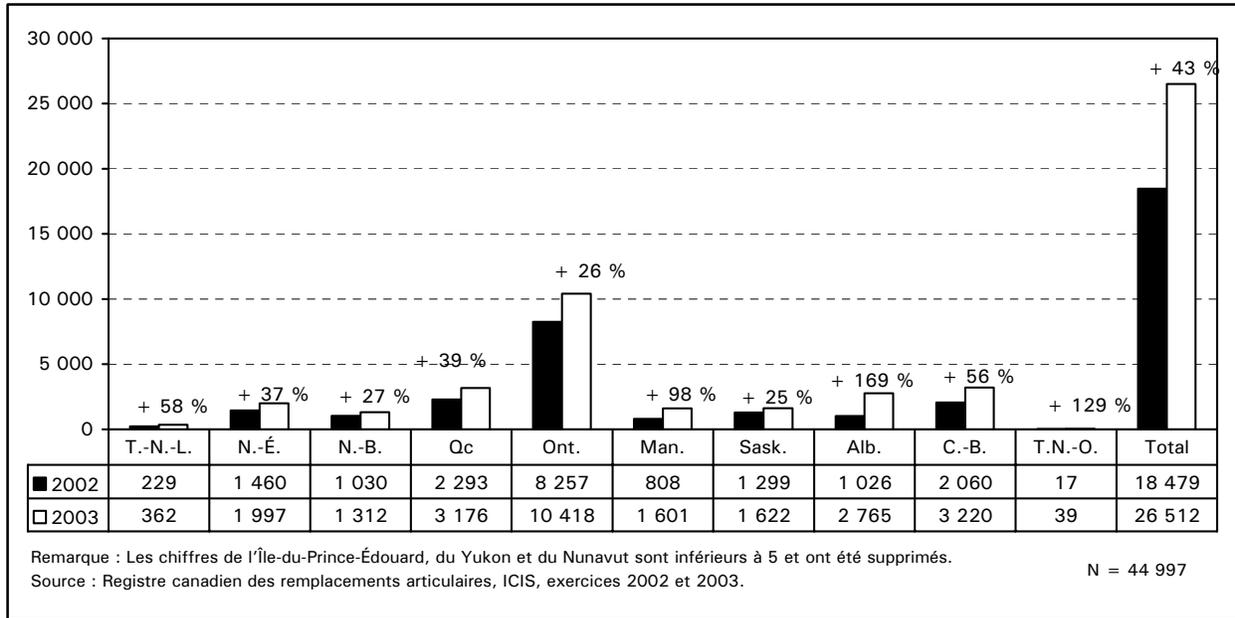


Figure B-2. Nombre d'arthroplasties totales de la hanche et du genou, selon la province, exercices 2002 et 2003

Comparabilité externe

Chaque enregistrement dans le RCRA devrait être disponible dans la BDMH. Les deux bases de données partagent des champs communs, comme la date d'admission, la date de la chirurgie, ainsi que le numéro d'assurance-maladie, le sexe et la date de naissance du patient. Le RCRA réalise présentement une étude pilote afin d'évaluer la possibilité de lier le RCRA à la BDMH à des fins d'assurance de la qualité des données. Si l'étude se révèle concluante, la liaison entre les deux bases de données aidera le RCRA à faire le suivi des résultats pour les patients (p. ex. complications et réadmissions à l'hôpital à la suite d'une arthroplastie de la hanche et du genou).

Le nombre total de soumissions au RCRA au cours de l'exercice 2003, en proportion des cas d'arthroplastie de la hanche et du genou dans la BDMH pour l'exercice 2002, s'élève à 54 %.

Annexe C

Glossaire

Glossaire

Arthroplastie du genou unicompartmentale

Il s'agit d'une intervention utilisée lorsqu'un seul côté du genou (composante interne, externe ou fémoro-rotulienne) est malade ou endommagé et doit être remplacé par une prothèse.

Arthroplastie initiale

Une arthroplastie initiale constitue le premier remplacement de l'os par une prothèse.

Arthroplastie totale de la hanche

L'arthroplastie totale de la hanche comprend le remplacement des articulations naturelles de la hanche par une prothèse. En d'autres mots, les deux parties de l'articulation de la hanche (fémur et acétabulum) sont délogées et remplacées par des surfaces artificielles lisses.

Arthroplastie totale du genou

L'arthroplastie totale du genou comprend le remplacement des parties blessées ou endommagées de l'articulation du genou (fémur, tibia et rotule, au besoin) par des composantes artificielles.

CCI et CCA

La CCI (Classification canadienne des interventions en santé) et la CCA (Classification canadienne des actes) renferment une liste de codes dont se servent les établissements du Canada pour soumettre à l'ICIS les données sur les interventions par l'entremise de la Base de données sur les congés des patients (DAD). La CCI est la classification correspondante de la CIM-10-CA et la CCA, celle de la CIM-9.

CIM-9 et CIM-10-CA

La CIM-9 et la CIM-10 correspondent, respectivement, à la Classification internationale des maladies, neuvième révision et dixième révision, modification canadienne. Les codes de ces classifications sont utilisés par les établissements du Canada afin de déclarer les diagnostics liés à l'admission du patient sur l'abrégé de sortie qui est soumis à l'ICIS.

Diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour

Le diagnostic principal lié à l'admission du patient à l'hôpital est déclaré sur l'abrégé de sortie soumis à l'ICIS. Le diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour saisit la raison directe de l'admission du patient à l'hôpital. Il permet de définir la cause ou la raison exacte d'une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle est un indicateur de comorbidité utile. Il permet de déterminer si une personne a un poids santé en fonction de sa taille. L'IMC est calculé comme suit : division du poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Afin d'être uniforme avec l'OJRR, nous avons classé les patients dans les catégories d'IMC suivantes acceptées à l'échelle internationale : moins de 18,5 (poids insuffisant), de 18,5 à 24,9 (poids acceptable), de 25,0 à 29,9 (surpoids), 30,0 ou plus (obésité)⁶.

Mode de fixation

Les prothèses de la hanche et du genou sont remplacées avec ou sans ciment, selon les besoins, afin de fixer solidement l'articulation et de permettre à l'os de se développer. Le terme « hybride » fait référence à la situation dans laquelle l'une des composantes est cimentée alors que l'autre ne l'est pas. Dans le cas d'une arthroplastie de la hanche, le terme « hybride » réfère à la combinaison d'un acétabulum non cimenté et d'un fémur cimenté. Pour ce qui est de l'arthroplastie du genou, il fait référence à une composante fémorale non cimentée jumelée à une composante tibiale cimentée.

Reprise

Les reprises sont des modifications apportées à une prothèse ou à une composante artificielle de la hanche ou du genou ou des remplacements. Il peut être nécessaire de faire une reprise lorsqu'une composante vieille ou usée de la hanche ou du genou doit être remplacée par une nouvelle ou une meilleure prothèse. Cela peut comprendre le délogement d'une ou de plusieurs composantes de la hanche ou du genou.

Reprises en pourcentage

Nombre de reprises par rapport au nombre total d'arthroplasties, exprimé en pourcentage.

Restructuration de la hanche (remplacement d'une surface)

Le remplacement d'une surface est une solution qui permet de préserver les os dans une arthroplastie de la hanche afin de rétablir les mouvements normaux de l'articulation et d'en assurer la stabilité¹⁶.

Taux brut

Le taux brut est obtenu en divisant le nombre de cas d'intérêt (dans ce cas-ci, le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou) observés au cours d'une période donnée par le nombre correspondant de personnes à risque. Ce taux n'est pas ajusté selon l'âge ou le sexe et il est habituellement exprimé en un taux annuel par 100 000 habitants.

Taux de reprise

Le taux de reprise est le pourcentage d'arthroplasties initiales pour lesquelles une ou plusieurs composantes ont été par la suite remplacées ou enlevées.

Taux normalisé selon l'âge

Taux qui élimine l'effet de la répartition des différents groupes d'âge dans la population au fil du temps. On calcule ce taux à l'aide d'une méthode directe et indirecte. Dans le présent rapport, on s'est servi de la méthode directe, selon laquelle la répartition des patients par âge a été ajustée en fonction d'une population standard (c.-à-d. la population canadienne de 1991).

Surfaces d'appui

Les surfaces d'appui font référence au type de matériau utilisé dans les prothèses pour la hanche (c.-à-d. fémur et acétabulum). Parmi les types de surface, on trouve le cobalt chrome, l'acier inoxydable, le métal, l'alumine céramique, le polyéthylène standard, le polyéthylène réticulé, etc.

