



N° 82-003-XPF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 15, n° 4

- Infection postopératoire
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Drogue illicite
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Grossesse et tabac



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XPF au catalogue est publié trimestriellement en version imprimée standard et est offert au prix de 22 \$ CAN l'exemplaire et de 63 \$ CAN pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

	Exemplaire	Abonnement annuel
États-Unis	6 \$ CAN	24 \$ CAN
Autres pays	10 \$ CAN	40 \$ CAN

Ce produit est aussi disponible sous forme électronique dans le site Web de Statistique Canada, sous le n° 82-003-XIF au catalogue, et est offert au prix de 17 \$ CAN l'exemplaire et de 48 \$ CAN pour un abonnement annuel. Les utilisateurs peuvent obtenir des exemplaires ou s'abonner en visitant notre site Web à **www.statcan.ca** et en choisissant la rubrique « Nos produits et services ».

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division de la diffusion
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous faites part d'un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 15, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2004

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Juillet 2004

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 15, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 15, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- P préliminaire
- r rectifié
- X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteur adjoint
Marc Saint-Laurent

Chargée de production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données
Dan Lucas

Administration
Céline Desfonds
Donna Eastman

Rédacteurs associés
Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

R*apports sur la santé* est une publication produite tous les trimestres par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Elle s'adresse à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Elle vise à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Elle traite de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Rapports sur la santé comporte les principaux volets suivants : « Travaux de recherche » et « Santé en bref ». Le volet « Travaux de recherche » présente des analyses approfondies soumises à un examen anonyme par des pairs et répertoriées dans Index Medicus et MEDLINE. Le volet « Santé en bref » offre de courts articles essentiellement descriptifs qui reposent principalement sur des données d'enquêtes et sur des données administratives produites par la Division de la statistique de la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou les abonnements sous la rubrique « Pour commander les publications ». D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Courrier électronique : healthreports@statcan.ca. Télécopieur : (613) 951-4436.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles destinés aux quatre numéros du volume 15 de *Rapports sur la santé* ainsi que ceux parus dans le supplément annuel 2003 intitulé *La santé de la population canadienne*.

Owen Adams	Anders Ekborn	Connie H. Nelson
Kenneth R. Allison	Mark Elward	Lindsay E. Nicolle
Carol Aneshensel	Patricia Erickson	Marianne Offner-Agostini
William R. Avison	David Feeny	Jennifer O'Loughlin
Elizabeth M. Badley	Gunnar Birkeland Flugsrud	Louis Pérusse
Roderic Beaujot	Angela Gillis	Lynn Ries
Daniel Beavon	Denise Gravel	Michel Rossignol
Alain Bélanger	Maryse Guay	Dena Schanzer
Jean-Marie Berthelot	Joan Wharf Higgins	Barbara Silverstein
Jenn Butters	Peter Jaffe	MaryFran Sowers
C. André Christie-Mizell	Sunanda V. Kane	Geoffrey D. Taylor
Olivier Clain	Neal Krause	Jon Tonita
Daniel Dagenais	Nancy Kreiger	Michel Tousignant
Colleen Anne Dell	Steven R. McFaul	Donna Turner
Sharon Dell	Jeannette Macey	R. Jay Turner
Ron Dewar	Harriet MacMillan	Kue Young
Douglas C. Dover	Shirley McDonald	

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Web de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) », « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

La publication *Rapports sur la santé* est inscrite au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPF dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro de catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Travaux de recherche

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie 11

Michelle Rotermann

Les cas d'hospitalisation pour une infection postopératoire consécutive à une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie sont assez rares. Pour chacune de ces chirurgies, respectivement 1,4 %, 2,0 % et 3,8 % seulement des patients ont été identifiés comme ayant contracté une infection dans les 30 jours suivant l'intervention. Les coûts estimatifs annuels qu'entraînent les réhospitalisations pour de telles infections postopératoires n'en sont pas moins de l'ordre de 5,4 à 6,3 millions de dollars.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation 25

Alice Nabalamba, Charles N. Bernstein et Craig Seko

De façon générale, depuis le début des années 1980, le taux d'hospitalisation au Canada a nettement fléchi. Cependant, le taux d'hospitalisation associé aux maladies inflammatoires de l'intestin (MII) est demeuré stable. Dans une certaine mesure, cette stabilité observée en période de repli témoigne d'un haut taux de réhospitalisation chez les patients aux prises avec une MII. À cet égard, plus de 20 % de ces patients sont hospitalisés à au moins deux reprises au cours d'une même année.

Santé en bref

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites 45

Michael Tjepkema

- *La consommation de cannabis a augmenté au cours de la dernière décennie.*
- *Les hommes, les adolescents et les jeunes adultes sont les personnes les plus susceptibles d'avoir pris du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête.*
- *La cocaïne, ou le crack, représente la deuxième drogue illicite la plus couramment utilisée.*

.....

Maladie de Creutzfeldt-Jakob	51
------------------------------------	----

Pamela L. Ramage-Morin

- *De 1979 à 2001, au Canada, 599 décès ont été attribués à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ), dont un seulement était lié à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), mieux connue sous le nom de « maladie de la vache folle ».*
- *Les taux de mortalité par la MCJ augmentent avec l'âge et sont les plus élevés parmi les personnes qui ont entre 70 et 80 ans.*

Grossesse et usage du tabac	55
-----------------------------------	----

Wayne J. Millar et Gerry Hill

- *Environ 17 % des femmes qui ont donné naissance à un enfant au cours des cinq années qui ont précédé la tenue de l'enquête ont fumé pendant leur grossesse. En outre, parmi les femmes qui n'ont pas fumé durant leur grossesse, 17 % ont toutefois été régulièrement en présence d'autres fumeurs pendant cette période.*
- *L'usage du tabac et l'exposition à la fumée des autres sont plus fréquents chez les femmes de moins de 25 ans.*
- *L'exposition régulière à la fumée des autres fumeurs accroît le risque qu'une femme fasse usage du tabac au cours de sa grossesse.*

Index par sujet	61
------------------------------	----

Pour commander les publications	77
--	----

Information sur les produits et services de la Division de la statistique de la santé, y compris les prix et la façon de commander

The graphic features a dark grey background with white and light grey abstract shapes. On the left, there are stylized human figures with rectangular faces and simple bodies. On the right, a large gear is partially visible, with a white, stylized lowercase letter 'e' integrated into its structure. The overall aesthetic is modern and technical.

Travaux de recherche

Des recherches et des analyses
approfondies effectuées dans les
domaines de la statistique de la
santé et de l'état civil

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie

Michelle Rotermann

Résumé

Objectifs

Le présent article s'appuie sur des données couplées axées sur les patients. Celles-ci permettent d'étudier l'hospitalisation liée à une infection postopératoire après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. L'analyse estime en outre le nombre moyen de journées d'hospitalisation et les coûts de la réhospitalisation.

Source des données

Les données sur les interventions chirurgicales pratiquées en 1997-1998, 1998-1999 et en 1999-2000 proviennent de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne.

Techniques d'analyse

Des totalisations bivariées ont permis d'estimer le pourcentage de patients hospitalisés pour une infection postopératoire après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie entre 1997-1998 et 1999-2000. L'analyse par régression logistique a servi à examiner les associations entre l'infection et les caractéristiques du patient, la réhospitalisation et la mortalité périopératoire, en tenant compte de l'effet des caractéristiques de l'intervention chirurgicale.

Principaux résultats

L'hospitalisation pour une infection postopératoire est assez rare, sa prévalence étant de 1,4 % pour la cholécystectomie, de 2,0 % pour l'hystérectomie et de 3,8 % pour l'appendicectomie. Les coûts occasionnés par la réhospitalisation pour une infection postopératoire pour les trois opérations confondues sont de l'ordre de 5,4 à 6,3 millions de dollars annuellement. La vieillesse, le sexe masculin, la complexité et l'approche chirurgicales, ainsi que le diabète sont des facteurs associés à l'hospitalisation pour une infection postopératoire.

Mots-clés

Durée de l'hospitalisation, postopératoire, hospitalisation, réhospitalisation, site opératoire.

Auteure

Michelle Rotermann (613-951-3166; Michelle.Rotermann@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Malgré les précautions prises pour contrôler l'infection, l'évolution des techniques chirurgicales et l'administration d'antibiotiques prophylactiques, aucune intervention chirurgicale n'est exempte du risque d'infection^{1,2}. Les infections du site opératoire, les infections sanguines et les infections de l'appareil urinaire causées par les cathéters, ainsi que la pneumonie nosocomiale, c'est à dire acquise à l'hôpital, demeurent préoccupantes.

Selon les estimations de Santé Canada, chaque année, de 5 % à 10 % des personnes hospitalisées contractent une infection³. Comme plus de 2 millions de Canadiens sont hospitalisés annuellement, de 105 000 à 210 000 personnes pourraient ainsi être touchées⁴. D'après l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, 8 500 Canadiens et Canadiennes meurent chaque année de complications dues à des infections acquises à l'hôpital. Les coûts annuels connexes qu'entraînent ces infections tant à l'endroit des particuliers que du système de santé dépassent 750 millions de dollars⁵. Les patients qui contractent une infection restent hospitalisés

Méthodologie

Source des données

La présente analyse est fondée sur des données provenant de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne tenue à jour par Statistique Canada. Cette base de données contient des renseignements sur les patients qui ont été radiés des hôpitaux (sorties ou décès) fournis par la plupart des hôpitaux de soins de courte durée et certains établissements psychiatriques, de soins de longue durée et de soins de réadaptation du Canada⁶. Chaque enregistrement contient des renseignements démographiques (par exemple, code postal, date de naissance), administratifs non médicaux (comme le numéro d'assurance-maladie crypté ou non crypté, les dates d'admission et de radiation) et cliniques (diagnostics et interventions, par exemple)⁷. La présente analyse porte uniquement sur des données qui pouvaient être couplées, autrement dit les enregistrements contenant un identificateur valide. Annuellement, environ 13 % des enregistrements de données sur la morbidité hospitalière sont exclus du processus supplémentaire qui permet d'analyser les fichiers au niveau de la personne : 10 % parce qu'il s'agit d'enregistrements concernant des nouveau-nés et 3 % parce que l'enregistrement contient un numéro d'identification invalide ou qu'il se rapporte à une personne résidant en dehors de la province. Une description plus complète de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne figure dans une autre publication déjà parue⁶.

Les données ont été préparées pour l'analyse en fusionnant les enregistrements de radiation des hôpitaux pour chaque patient et en les triant chronologiquement, le tout en se fondant sur un numéro d'identification unique du patient. Puis, pour chaque patient, les enregistrements de séjour à l'hôpital ont été couplés, en commençant par l'hospitalisation durant laquelle l'opération a eu lieu, suivie des réhospitalisations dans les 30 jours suivant l'opération. Pour chaque patient, l'analyse a été faite en ne retenant que les 20 premières hospitalisations, à compter d'avril 1997 jusqu'à mars 2000. En tout, 382 277 enregistrements couplés ont été examinés, lesquels représentaient 141 766 patients ayant subi une cholécystectomie, 159 644 patientes ayant subi une hystérectomie et 80 867 patients ayant subi une appendicectomie. Virtuellement tous ces patients (99,9 %) ont subi leur opération dans un hôpital de soins de courte durée (données non présentées).

Il n'existe pas de données sur les coûts pour toutes les provinces. Les renseignements sur les coûts en Alberta utilisés pour l'analyse reflètent le coût moyen des interventions établi d'après des données transmises par neuf hôpitaux de l'Alberta⁸. Les renseignements sur les coûts en Ontario reflètent le coût moyen des interventions et du traitement des affections diagnostiquées établi d'après des données transmises par un sous-ensemble de 22 hôpitaux spécialisés, communautaires ou universitaires (Initiative ontarienne de coût par cas)^{9,10}. Les données sur les coûts ne correspondent pas forcément au total des moyennes provinciales des services prodigués par les hôpitaux.

Techniques d'analyse

Les patients ayant subi une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie durant les exercices 1997-1998 à 1999-2000 ont été regroupés selon l'intervention chirurgicale.

Puisque la date de l'opération est inconnue, celle-ci a été imputée comme étant le jour suivant la date de l'admission à l'hôpital.

Les analyses descriptives sont fondées sur des totalisations de nombres et de pourcentages. La signification statistique des écarts entre les proportions a été testée ($p < 0,05$). On a calculé les proportions de patients hospitalisés pour une infection postopératoire durant l'hospitalisation initiale pour l'opération ou les proportions de réhospitalisations. Le taux global d'hospitalisation pour une infection postopératoire a aussi été calculé en divisant le nombre de patients pour lesquels une infection avait été inscrite dans tout dossier hospitalier dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale par le nombre total de patients ayant subi l'intervention, puis en multipliant le résultat par 100. Les réhospitalisations pour une infection incluent uniquement les patients qui ont été réhospitalisés dans les 30 jours pour une infection postopératoire inscrite dans le dossier comme étant le diagnostic « principalement responsable ». Les taux de mortalité périopératoire (décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'opération) ont été calculés de façon semblable.

Des modèles de régression logistique distincts ont été ajustés pour chaque intervention chirurgicale afin de calculer la cote exprimant le risque d'une hospitalisation avec infection postopératoire, d'une réhospitalisation pour une infection postopératoire et d'un décès dans les 30 jours suivant l'opération. Les variables de contrôle ont été choisies d'après les données publiées ainsi que d'après le genre de données disponibles dans la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne (voir *Limites*).

La durée moyenne de la réhospitalisation a été calculée séparément pour chaque groupe d'intervention chirurgicale. Ainsi, le nombre total de journées d'hospitalisation pour lesquelles le diagnostic « principalement responsable » était une infection postopératoire a été divisé par le nombre de patients réhospitalisés. Lorsque la date indique qu'une hospitalisation subséquente avait débuté avant le dernier jour de l'hospitalisation précédente ou ce même dernier jour, la journée de chevauchement a été comptée deux fois. Les chevauchements de ce genre sont rares et ne modifient pas considérablement les calculs de la durée du séjour à l'hôpital. En outre, ils reflètent vraisemblablement des situations où le patient a reçu son congé de l'hôpital, puis a été réhospitalisé le même jour. En moyenne, la proportion d'admissions chevauchantes et (ou) concomitantes associées à l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale est de 4 % pour les trois cohortes d'intervention chirurgicale (données non présentées).

La mortalité périopératoire s'entend des cas de radiation de l'hôpital dans les 30 jours suivant la date imputée de l'intervention chirurgicale pour lesquels l'état vital était « décédé ». Les décès survenus hors de l'hôpital n'ont par conséquent pas été inclus.

Le fardeau que fait peser l'infection postopératoire sur le système de santé a été mesuré en calculant le nombre moyen de journées d'hospitalisation des patients qui ont été réhospitalisés dans les 30 jours suivant l'opération pour le traitement d'une infection postopératoire (définie comme une admission pour laquelle l'infection postopératoire était à l'origine de la plus grande partie du séjour à l'hôpital). La durée moyenne de la réhospitalisation a été calculée en totalisant le nombre de jours des hospitalisations subséquentes suivant les 30 jours de l'opération.

beaucoup plus longtemps, subissent un plus grand nombre d'examen et ont besoin de plus de médicaments et de soins médicaux que ceux qui n'ont pas d'infection¹¹⁻¹³.

Le présent article porte sur les hospitalisations causées par une infection postopératoire. Il concerne les trois interventions chirurgicales que sont la cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire), l'hystérectomie (ablation de l'utérus) et l'appendicectomie (ablation de l'appendice), pratiquées tout au cours des exercices 1997-1998, 1998-1999 ou 1999-2000. L'analyse permet d'examiner l'association entre les caractéristiques du patient et l'infection postopératoire, ainsi que l'approche et la complexité de l'intervention chirurgicale (voir *Définitions*).

La Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne permet de structurer les données sur la morbidité hospitalière de telle façon que, pour chaque patient, il soit possible de coupler les données sur les admissions à l'hôpital au moyen d'un numéro d'identification unique (voir *Méthodologie* et *Limites*). En plus du nombre d'hospitalisations, l'analyse établit la durée moyenne et le coût estimatif de la réhospitalisation pour une infection postopératoire. L'utilisation de données couplées permet d'évaluer plus correctement le fardeau que font peser les infections postopératoires sur le système de santé. Sans le couplage des enregistrements, une proportion importante d'infections postopératoires incluses dans la présente étude n'auraient pas été repérées.

Néanmoins, les données sur les hospitalisations, couplées en se fondant sur le patient, ne reflètent pas toutes les infections postopératoires. Nombre de ces dernières sont traitées dans les services de consultations externes et dans les cabinets des médecins et ne figurent donc pas dans les dossiers hospitaliers. Il est probable que seuls les cas les plus graves donnent lieu à une réhospitalisation.

Hospitalisation peu fréquente

L'hospitalisation pour une infection postopératoire est assez rare chez les personnes ayant subi une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie (voir *Définitions*). Des 382 277 personnes hospitalisées pour l'une de ces opérations en 1997-1998, 1998-1999 ou 1999-2000, à peine 2,2 % (8 323) ont contracté une infection qui a été diagnostiquée durant l'hospitalisation initiale pour l'opération et (ou) lors d'une admission subséquente à l'hôpital dans les 30 jours après l'opération (tableau 1).

Le pourcentage de personnes hospitalisées pour une infection postopératoire varie selon l'intervention chirurgicale. L'infection est nettement moins probable à la suite d'une cholécystectomie (1,4 %) ou d'une hystérectomie (2,0 %) qu'après une appendicectomie (3,8 %). Ces chiffres sont comparables à ceux d'autres études^{2,14-16}.

Risque d'infection postopératoire

Le risque d'infection postopératoire dépend des caractéristiques du patient, comme le sexe, l'âge, la

Tableau 1

Hospitalisation avec une infection postopératoire dans les 30 jours suivant une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Total		Cholécystectomie		Hystérectomie		Appendicectomie	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Total	382 277	100,0	141 766	100,0	159 644	100,0	80 867	100,0
Infection postopératoire dans les 30 jours suivant l'opération (notée durant l'hospitalisation pour l'opération et (ou) au moment de la réhospitalisation)	8 323	2,2	1 961	1,4*	3 254	2,0	3 108	3,8
Infection postopératoire notée au moment de la réhospitalisation et codée comme étant le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation [†]	3 554	0,9	593	0,4	1 540	1,0	1 421	1,8

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

[†] Chez 219 de ces patients, une infection avait aussi été diagnostiquée durant l'hospitalisation pour l'opération.

* Taux significativement différent des taux d'infection après une hystérectomie ou une appendicectomie ($p < 0,05$).

Limites

La présente analyse est fondée uniquement sur des données sur les hospitalisations. Les données relatives aux patients traités par le biais des services de consultations externes ou admis pour une chirurgie d'un jour, lesquels représentent une part indéterminée du nombre total de patients, ne sont pas prises en compte dans la présente analyse. Les totalisations des hospitalisations avec infection postopératoire fondées sur les renseignements tirés de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne ne reflètent pas la portée de l'infection postopératoire. Seuls les patients dont le résumé du dossier de radiation faisait état, dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale, du code 998.5 de la CIM-9 sont inclus dans l'analyse. Les infections postopératoires survenues plus tard chez des patients qui n'ont pas été réhospitalisés ne sont pas mentionnées dans les dossiers des hôpitaux, si bien qu'elles n'ont pu être comptées dans la présente analyse.

L'exactitude du diagnostic d'infection postopératoire n'a pas été validée et nul ne connaît la spécificité ni la sensibilité du codage. Les hôpitaux établis dans les provinces où le financement est fondé sur les données sur les congés des patients pourraient être portés à déclarer un plus grand nombre de diagnostics et (ou) d'infections postopératoires. La complétude de la déclaration pourrait aussi dépendre de la disponibilité des ressources dans le domaine des archives médicales, ainsi que des lignes directrices provinciales et (ou) individuelles sur la saisie des données hospitalières. Ainsi, certains hôpitaux pourraient coder un diagnostic d'après les résultats d'un examen de laboratoire uniquement. Le codage d'une infection postopératoire pourrait aussi être influencé par la participation d'un hôpital à des programmes de surveillance des infections nosocomiales et (ou) d'autres types de pratiques de codage particulières aux hôpitaux individuels¹⁷.

Une étude récente fondée sur le résumé des données hospitalières a montré qu'environ 7 % des interventions principales et 13 % des diagnostics principaux ne sont pas codés correctement. Cependant, les interventions courantes et relativement peu complexes, comme les trois interventions chirurgicales visées par la présente analyse, sont plus faciles à identifier et sont vraisemblablement codées de façon plus correcte¹⁸.

La sélection des patients pour la présente étude a été faite en considérant l'intervention principale mentionnée dans chaque enregistrement. Les enregistrements où figuraient des interventions multiples n'ont pas été exclus de l'analyse, parce que la majorité des autres interventions inscrites sur chaque enregistrement sont en rapport avec l'intervention principale. Pour plus de 99 % des patients, l'intervention principale correspondait à la zone de la première intervention (comme prévu); dans 47 % de ces enregistrements, des interventions supplémentaires étaient mentionnées. La Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne recèle des données administratives utilisées principalement à des fins de facturation. Il est probable que la variation du nombre d'interventions figurant sur les enregistrements individuels reflète partiellement divers niveaux de spécificité du codage ou de ventilation des interventions dans les hôpitaux et entre ceux-ci.

L'information sur plusieurs caractéristiques des patients et des hôpitaux susceptibles d'influer sur le risque d'infection postopératoire ne figure pas dans la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne; par exemple, le poids du patient, les habitudes alimentaires et d'usage du tabac, l'état immunitaire, l'existence d'un traitement immunosuppresseur, la durée de l'hospitalisation préopératoire, la gravité des affections préopératoires, l'existence d'une infection à distance, la prise d'antibiotiques prophylactiques, l'appendicectomie d'urgence par opposition à non urgente, le type de fermeture de la plaie et l'efficacité des pratiques et des programmes de lutte contre l'infection dans chaque hôpital¹⁹⁻²¹. La déclaration incomplète des états comorbides d'un patient peut aussi limiter l'interprétation des facteurs de risque d'infection postopératoire.

L'exactitude des estimations des coûts qu'entraînent les réhospitalisations liées à une infection est inconnue. Les estimations se rapportent uniquement aux patients qui ont été réhospitalisés pour une infection. Toutefois, de nombreux autres patients reçoivent un traitement pour une infection postopératoire durant l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale ou lors de réhospitalisations, quoique le traitement de l'infection ne soit pas le motif principal de la prolongation du séjour à l'hôpital et (ou) de la réhospitalisation. Les écarts estimés entre les durées moyennes cumulatives des hospitalisations de patients qui ont et n'ont pas été traités pour une infection donnent à penser que le coût du traitement des patients faisant une infection postopératoire associé aux trois interventions chirurgicales visées par l'analyse pourrait être de 18 à 21,2 millions de dollars par année (données non présentées).

Une somme considérable de travaux de recherche se concentrent sur la relation entre le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées dans un établissement particulier et les résultats observés chez les patients. En général, les résultats sont meilleurs chez les patients qui subissent une intervention dans un hôpital où celle-ci est pratiquée en grand nombre que chez ceux traités dans un hôpital où l'intervention est pratiquée moins fréquemment²²⁻²⁵. Il est impossible de déterminer le volume d'interventions chirurgicales par hôpital d'après la seule documentation disponible, parce que la définition du terme « hôpital » varie à l'intérieur des provinces, d'une province à l'autre et d'une année de référence à l'autre. Par exemple, « hôpital » est défini diversement comme étant un hôpital individuel ou une société comptant plus d'un hôpital, en raison de la fusion de plusieurs hôpitaux individuels, ou un service à l'intérieur d'un hôpital. Par conséquent, l'effet du volume d'interventions chirurgicales sur le risque d'infection postopératoire ou de mortalité n'a pu être évalué dans le cadre de la présente analyse.

Comme la date de l'intervention chirurgicale n'est pas enregistrée dans la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, elle a été imputée comme étant le jour suivant la date de l'admission. La validité de la date imputée de l'intervention chirurgicale n'est pas connue.

Les données utilisées dans la présente étude tiennent compte uniquement des décès survenus à l'hôpital. Il se pourrait que d'autres patients soient décédés de complications associées à une infection postopératoire, mais ces décès n'ont pu être inclus parce qu'ils ne sont pas survenus à l'hôpital.

préexistence d'une infection (péritonite, par exemple), l'existence d'autres problèmes de santé, ainsi que de l'approche chirurgicale et de la complexité de l'intervention. Les données utilisées pour l'analyse ne contenaient aucun renseignement sur d'autres facteurs susceptibles d'influer sur le risque de contracter une infection, comme le poids, les habitudes alimentaires et l'usage du tabac, ou l'administration d'antibiotiques prophylactiques. (voir *Limites*).

Le nombre de femmes ayant subi une cholécystectomie est plus de deux fois plus élevé que le nombre d'hommes, mais ces derniers sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour une infection postopératoire. Ce même constat a déjà été fait antérieurement lors d'études portant sur des patients ayant subi une intervention à la vésicule biliaire ou d'autres interventions²⁶⁻³⁰. L'infection postopératoire est également plus fréquente chez les hommes que chez les femmes qui subissent une appendicectomie (tableau 2). Selon certaines études, la testostérone déprimerait la capacité de l'organisme à lutter contre l'infection^{27,28}. D'autres pensent aussi que les œstrogènes pourraient expliquer la plus grande résistance immunitaire des femmes^{27,28}.

Naturellement, d'autres facteurs peuvent contribuer à l'augmentation du risque que courent les hommes de contracter une infection après une intervention chirurgicale. Par exemple, comparativement aux femmes, pour tous les groupes d'âge sauf le plus jeune, une plus forte proportion d'hommes fument quotidiennement³¹, et l'on sait que l'usage du tabac ralentit la cicatrisation et altère la réponse immunitaire³².

Dans le cas de la cholécystectomie ou de l'appendicectomie, l'infection postopératoire est plus fréquente chez les patients âgés. Selon des études antérieures, la vieillesse est un facteur de risque important d'infection postopératoire, en partie parce que les personnes âgées sont nettement plus susceptibles de souffrir d'autres infections qui pourraient ralentir la guérison³³⁻³⁵.

La relation entre l'âge et le risque d'infection est généralement inversée pour l'hystérectomie, ce qui signifie que les femmes de moins de 30 ans sont plus susceptibles que leurs homologues plus âgées d'être hospitalisées pour une infection. À cet égard, les

affections pour lesquelles il s'avère nécessaire de pratiquer une hystérectomie chez les jeunes femmes sont vraisemblablement assez graves, puisque la pratique médicale tend, dans la mesure du possible, à préserver leur capacité de procréation, surtout chez

Tableau 2
Répartition des interventions chirurgicales et pourcentage de celles-ci ayant entraîné une infection postopératoire dans les 30 jours suivant l'intervention, cas de cholécystectomie, d'hystérectomie ou d'appendicectomie, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Cholécystectomie		Hystérectomie		Appendicectomie	
	Total	Hospitalisé(e) avec infection	Total	Hospitalisé(e) avec infection	Total	Hospitalisé(e) avec infection
	%		%		%	
Total	100,0	...	100,0	...	100,0	...
Sexe						
Hommes	30,0	2,2*	...	...	55,2	4,4*
Femmes†	70,0	1,0	100,0	2,0	44,8	3,1
Groupe d'âge						
Moins de 30 ans [†]	12,8	0,5	3,3	3,0	56,9	3,0
30 à 39 ans	15,4	0,6*	24,4	2,2*	17,6	3,6*
40 à 49 ans	17,6	0,8*	40,3	2,0*	12,0	4,9*
50 à 59 ans	19,0	1,3*	16,0	1,8*	6,8	5,8*
60 à 69 ans	16,9	1,9*	8,6	1,7*	3,7	7,6*
70 ans et plus	18,4	2,9*	7,5	2,1*	3,0	7,2*
Approche chirurgicale						
Ouverte	16,6	4,3*	...	...	...	...
Laparoscopique [†]	83,4	0,8	...	...	...	...
Abdominale	...	...	68,7	2,3*	...	...
Vaginale [†]	31,4	1,6	...	...
Complexité chirurgicale						
Grande	...	...	0,9	3,4*	...	...
Faible [†]	99,1	2,0	...	...
Appendice						
Perforé/péritonite/abcès péritonéal	...	...	...	...	28,2	8,0*
Pas d'enregistrement de perforation/péritonite/abcès péritonéal [†]	71,9	2,2
Diabète						
Oui	5,3	2,9*	4,7	4,0*	1,5	10,1*
Non [†]	94,7	1,3	95,3	2,0	98,5	3,7

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

[†] Groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* Valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

Définitions

Conformément à la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* (CCA)³⁶, la cholécystectomie, l'hystérectomie et l'appendicectomie sont définies d'après le code d'intervention chirurgicale figurant dans la zone réservée à l'intervention principale de l'enregistrement de données sur la morbidité hospitalière. Cette zone représente l'intervention « la plus importante » pratiquée durant l'hospitalisation d'un patient; autrement dit, celle ayant eu l'effet le plus important sur la durée de l'hospitalisation et (ou) l'utilisation des ressources hospitalières³⁷. Les codes de la CCA pour la cholécystectomie par chirurgie ouverte/abdominale sont 63.11, 63.12 et 63.13; pour l'intervention laparoscopique, le code est 63.14. Les codes 80.2, 80.3 et 80.5 indiquent une hystérectomie abdominale et les codes 80.4 et 80.6, une hystérectomie vaginale. Le code de la CCA pour l'appendicectomie est 59.0.

Par *infection postopératoire*, on entend un abcès ou une septicémie qui se déclare après l'opération et qui a été diagnostiqué et décrit dans le dossier d'hospitalisation du patient durant l'hospitalisation originale ou durant une réhospitalisation dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale. La présence du code 998.5 de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)³⁸ dans toute zone réservée au diagnostic (enregistrements contenant au plus 16 zones de diagnostic) a été utilisée pour repérer les patients hospitalisés pour une infection de ce genre dans les 30 jours suivant l'opération (c.-à-d. durant l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale ou les réhospitalisations).

Comme la *date de l'opération* n'était pas disponible, elle a été déterminée comme étant le jour suivant la date d'admission à l'hôpital pour l'opération.

Chaque patient a été suivi pendant une période de 30 jours à partir de la date imputée de l'opération. Une période de *suivi de 30 jours* est considérée comme suffisante pour qu'une infection postopératoire se manifeste et est conforme aux critères de surveillance du National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System des Centers for Disease Control and Prevention (CDC)^{19,39}.

Une variable reflétant la *complexité chirurgicale* a été fondée sur l'information provenant de l'annexe H.4 du *Case Mix Group (CMG) Directory* [répertoire des groupes de maladies analogues (CMG)] de l'Institut canadien d'information sur la santé⁴⁰. D'après ce document, les interventions nécessitant une hospitalisation d'au moins sept jours sont considérées comme étant d'un haut niveau de complexité. Ces interventions incluent l'hystérectomie totale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus, des trompes de Fallope, du paramètre (tissu fibrocellulaire situé de chaque côté de l'utérus), du tiers supérieur du vagin et des ganglions lymphatiques pelviens par la voie d'une incision abdominale ou du vagin⁴¹.

On a considéré comme faisant du *diabète* les patients pour lesquels, durant l'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale, un diagnostic de diabète sucré (code 250 de la CIM-9) a été inscrit dans l'une des 16 zones réservées au diagnostic ou dans la zone du diagnostic « principal ».

Six *groupes d'âge* (29 ans et moins, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans et 70 ans et plus) ont été utilisés pour la plupart des analyses. Ces groupes ont été agrégés pour former le groupe des 60 ans et moins et celui des plus de 60 ans en vue d'examiner la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'opération.

Deux catégories ont été utilisées pour tenir compte de l'état pathologique de l'*appendice*. Les patients pour lesquels le code 540.0 ou 540.1 figurait dans l'une des 16 zones de diagnostic dans le dossier d'hospitalisation pour une intervention chirurgicale ont été considérés comme ayant un appendice perforé et (ou) une péritonite et (ou) un abcès péritonéal.

Par *réhospitalisation*, on entend les patients qui ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant la date imputée de l'opération, avec un dossier indiquant qu'une infection postopératoire était le diagnostic « principalement responsable » du nouveau séjour à l'hôpital.

Le *coût estimatif de la réhospitalisation* a été inclus dans la valeur du coût par jour. Les coûts peuvent être directs, comme ceux subis par le service hospitalier prodiguant les soins au patient (traitements et salaires, fournitures et matériel, par exemple) ou indirects, c'est-à-dire ceux subis par les services hospitaliers ne prodiguant pas de soins aux patients, comme les services administratifs (admission et enregistrement, archives médicales, finances, etc.).

Le *coût total moyen de la réhospitalisation* a été calculé en multipliant les coûts quotidiens estimatifs des soins hospitaliers par la *durée moyenne de l'hospitalisation* pour les réhospitalisations où le diagnostic principal était une infection postopératoire.

On a calculé le *coût par jour* de l'hospitalisation pour l'Ontario en divisant le coût total moyen par cas par la durée moyenne de l'hospitalisation. L'Alberta fournit directement des renseignements sur le coût par jour de l'hospitalisation (voir *Limites*).

Pour calculer les coûts hospitaliers supplémentaires occasionnés annuellement par l'infection postopératoire pour chaque intervention chirurgicale, la durée totale moyenne de la réhospitalisation pour une infection postopératoire a été multipliée par le coût par jour et par le nombre de patients infectés réhospitalisés. Comme les données recueillies ont trait à trois années, le coût total a été divisé par trois pour obtenir le *coût annuel moyen des réhospitalisations pour une infection*.

Les *groupes de maladies analogues* sont définis au moyen d'un système visant à classer les patients des hôpitaux et à les regrouper en un nombre pratique de catégories, selon les similarités cliniques^{42,43}. Souvent, plus d'un groupe de maladies analogues (CMG) correspond aux codes de la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* associés à chaque intervention chirurgicale³⁶. On a utilisé le CMG ou le code de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision, modification clinique* (CIM-9-MC) associé au coût le plus faible par jour pour estimer le coût des réhospitalisations pour chaque intervention chirurgicale. Pour la partie du coût relative à l'hystérectomie imputable à l'Ontario, on a utilisé les coûts correspondant aux codes de la CIM-9-MC. Les coûts associés aux hystérectomies pratiquées en Alberta n'étaient disponibles que selon le CMG. Pour l'estimation du coût relatif à l'hystérectomie pour l'Alberta, on a utilisé les coûts associés au CMG 577 (intervention gynécologique majeure pour une tumeur de l'ovaire ou de ses annexes) déclarés pour 2000-2001. Pour estimer les coûts liés à l'hystérectomie pour l'Ontario, on a utilisé les données recueillies pour 1999-2000 et associées au code de la CIM-9-MC pour l'hystérectomie abdominale.

celles qui n'ont eu qu'un enfant ou qui n'en ont pas eu⁴⁴. Or lorsqu'une telle intervention est nécessaire, ces femmes courent un plus grand risque d'infection postopératoire compte tenu de leur condition. Les renseignements sur d'autres facteurs qui pourraient prédisposer un patient à l'infection, comme des complications survenues durant l'opération, la taille de la tumeur, le diagnostic initial ou la durée de l'opération, ne sont pas disponibles dans la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne (voir *Limites*).

Différences selon l'approche chirurgicale

Le pourcentage d'hospitalisations pour une infection postopératoire varie selon l'intervention chirurgicale

et sa complexité, ainsi que selon la maladie sous-jacente. Les personnes ayant subi une cholécystectomie par chirurgie ouverte plutôt que par chirurgie laparoscopique, les femmes hystérectomisées ayant subi une intervention abdominale et les personnes qui souffraient déjà d'une infection au moment où elles ont subi une appendicectomie, ainsi que les diabétiques, sont tous surreprésentés parmi les personnes hospitalisées pour une infection postopératoire (tableau 2).

Pour la cholécystectomie, l'approche chirurgicale est fortement associée à l'infection postopératoire (tableau 3). La cote exprimant le risque d'être hospitalisé pour une infection postopératoire est plus de quatre fois plus élevée pour les personnes ayant

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes pour l'hospitalisation avec infection postopératoire dans les 30 jours suivant une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, par rapport à certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Cholécystectomie		Hystérectomie		Appendicectomie	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe						
Hommes	1,4*	1,3- 1,6	...	...	1,4*	1,3- 1,5
Femmes [†]	1,0	...	...	...	1,0	...
Groupe d'âge						
Moins de 30 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
30 à 39 ans	1,2	0,9- 1,6	0,7*	0,6- 0,8	1,2*	1,1- 1,3
40 à 49 ans	1,2	1,0- 1,6	0,6*	0,5- 0,8	1,4*	1,3- 1,6
50 à 59 ans	1,9*	1,5- 2,4	0,5*	0,5- 0,7	1,5*	1,3- 1,7
60 à 69 ans	2,5*	2,0- 3,2	0,5*	0,4- 0,7	1,8*	1,5- 2,0
70 ans et plus	3,3*	2,6- 4,1	0,7*	0,5- 0,8	1,5*	1,3- 1,8
Approche chirurgicale						
Ouverte	4,2*	3,8- 4,6	...	...	...	...
Laparoscopique [†]	1,0	...	...	...	...	...
Abdominale	...	...	1,5*	1,3- 1,6	...	...
Vaginale [†]	1,0	...	...	...
Complexité chirurgicale						
Grande	...	...	1,6*	1,2- 2,1	...	...
Faible [†]	1,0	...	...	...
Appendice						
Perforé/péritonite/abcès péritonéal	...	...	...	...	3,5*	3,2- 3,7
Pas d'enregistrement de perforation/péritonite/abcès péritonéal [†]	1,0	...
Diabète						
Oui	1,4*	1,2- 1,6	2,1*	1,8- 2,5	1,9*	1,6- 2,3
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

[†] Groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* Valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

subi une cholécystectomie ouverte que pour celles ayant subi une intervention par laparoscopie, même si l'on tient compte de l'effet de facteurs de risque comme l'âge, le sexe et le diabète.

La cholécystectomie laparoscopique limite l'exposition aux bactéries, puisque cette approche ne requiert qu'une très petite incision dans la paroi abdominale⁴⁵⁻⁴⁸. En outre, l'intervention est généralement de plus courte durée⁴⁹. Évidemment, les candidats à la chirurgie laparoscopique sont sélectionnés d'après l'évaluation préopératoire de divers facteurs, dont certains sont reliés au risque de complications opératoires et postopératoires. Les patients pour lesquels le risque de complications, y compris l'infection, est faible représentent vraisemblablement une plus forte proportion que les autres des candidats à la cholécystectomie laparoscopique, si bien qu'il n'est pas étonnant que cette technique soit associée à un risque plus faible d'infection. Comme on ne dispose de données que pour un nombre limité de variables (voir *Limites*), certaines différences associées à l'approche chirurgicale pourraient tenir à des différences concernant d'autres facteurs de risque préopératoires⁵⁰.

Chez les femmes hystérectomisées, une association protectrice se dégage entre l'infection postopératoire et la méthode vaginale comparativement à la méthode abdominale. L'hystérectomie vaginale a tendance à donner lieu à un moins grand nombre de complications que l'intervention abdominale⁵¹. Les états nécessitant une opération abdominale plutôt que vaginale pourraient aussi prédisposer la patiente à l'infection^{52,53}. Enfin, le risque d'infection pourrait aussi être moindre chez les femmes qui subissent une hystérectomie vaginale, car celle-ci ne comporte aucune incision externe.

Lien entre la complexité de l'opération et l'infection

La complexité de l'intervention chirurgicale est fortement associée à l'infection postopératoire chez les femmes hystérectomisées – l'information sur la complexité n'est pertinente que pour l'hystérectomie, parce qu'il s'agit de la seule opération pour laquelle la complexité varie (voir *Définitions*). Les femmes

ayant subi une intervention plus effractive, ou « hystérectomie totale », sont plus susceptibles de faire une infection après l'opération que celles ayant subi une opération moins complexe (tableau 3). Les opérations comportant l'ablation d'une quantité importante de tissu sont habituellement le signe d'une maladie plus envahissante et, généralement, d'un état de santé global précaire^{54,55}. Les hystérectomies complexes peuvent aussi être plus difficiles à pratiquer et prendre plus de temps⁵⁶. Le lien entre la durée de l'intervention et le risque d'infection postopératoire n'est pas bien compris; néanmoins, le risque d'infection du site opératoire pourrait être d'autant plus élevé que la durée de l'opération est grande^{45,49,56}.

Comme prévu, le diabète est associé à l'hospitalisation pour une infection postopératoire chez les personnes cholécystectomisées, hystérectomisées et appendectomisées. D'autres études ont montré que le risque d'une infection postopératoire est plus élevé chez les diabétiques⁵⁷⁻⁵⁹. En plus de troubles vasculaires, le diabète est lié à l'obésité, qui est un autre facteur de risque d'infection postopératoire^{33,60-62}.

Hospitalisations répétées

Naturellement, le diagnostic d'une infection postopératoire contractée durant l'hospitalisation originale pour l'intervention chirurgicale augmente fortement la cote exprimant le risque qu'un patient soit réhospitalisé pour une infection dans les 30 jours, un résultat qui vaut pour chacune des trois chirurgies (tableau A en annexe).

Nombre plus élevé de journées d'hospitalisation

Regroupées, les personnes cholécystectomisées, hystérectomisées et appendectomisées passent, en moyenne, quatre journées à l'hôpital (tableau 4). Mais le nombre moyen de journées-patients avec infection postopératoire est nettement plus élevé que le nombre de journées-patients sans infection déclarée. Pour les patients chez lesquels une infection a été diagnostiquée, la durée totale de l'hospitalisation, y compris les journées de réhospitalisation dans les 30 jours suivant

l'intervention chirurgicale, varie d'environ 10,5 jours pour les cas d'hystérectomie ou d'appendicectomie à environ 18,5 jours pour les cas de cholécystectomie.

Des facteurs autres que l'infection influent aussi sur la durée de l'hospitalisation. Dans le cas des patients chez lesquels une infection postopératoire a été diagnostiquée durant l'hospitalisation initiale pour l'opération, la part de ce temps passé à l'hôpital attribuable à l'infection demeure toutefois inconnue. Quand un patient est réhospitalisé et qu'une infection postopératoire est le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation inscrit dans le dossier du malade, la durée de l'hospitalisation peut être attribuée avec certitude à l'infection. En moyenne, les personnes ayant subi une hystérectomie ou une appendicectomie passent à l'hôpital environ 5,5 jours de plus à cause d'une infection, et celles ayant subi une cholécystectomie, 8 jours de plus.

Tableau 4
Nombre moyen de journées d'hospitalisation pour une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, selon la situation d'infection postopératoire, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Nombre de patients	Nombre moyen de journées d'hospitalisation [†]	Nombre moyen de journées d'hospitalisation, réhospitalisation [‡]
Cholécystectomie	141 766	4,0	...
Pas d'infection	139 805	3,8	...
Infection	1 961	18,3	...
Réhospitalisation [†]	593	13,4	8,3
Hystérectomie	159 644	4,3	...
Pas d'infection	156 390	4,2	...
Infection	3 254	10,6	...
Réhospitalisation [†]	1 540	9,8	5,5
Appendicectomie	80 867	3,8	...
Pas d'infection	77 759	3,5	...
Infection	3 108	10,5	...
Réhospitalisation [†]	1 421	10,3	5,6

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

... N'ayant pas lieu de figurer.

[†] Comprend l'hospitalisation pour l'opération et les réhospitalisations dans les 30 jours suivant l'opération.

[‡] « Diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation » = infection postopératoire.

Les infections postopératoires sont coûteuses

Le nombre moyen de journées d'hospitalisation des patients faisant une infection postopératoire est de 2,5 à 5 fois plus élevé qu'il ne l'est chez les patients ne faisant pas d'infection (tableau 4). Il est impossible de déterminer quelle part du temps supplémentaire passé à l'hôpital est due à une infection postopératoire et quelle part a été causée par d'autres facteurs. Néanmoins, si on limite les réhospitalisations à celles pour lesquelles une infection postopératoire expliquait la majeure partie du séjour à l'hôpital (diagnostic « principalement responsable »), les journées d'hospitalisation supplémentaires requises par les personnes ayant subi une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie coûtent, selon les estimations, de 5,4 à 6,3 millions de dollars supplémentaires annuellement au système de santé (tableau 5). Cette estimation est vraisemblablement prudente, puisqu'elle n'inclut pas le coût d'une infection postopératoire durant la réhospitalisation lorsque l'infection n'était pas le diagnostic « principalement responsable » (voir *Limites*). De même, les coûts non liés à l'hospitalisation subis par le système de santé ne sont pas inclus.

Contribution à la mortalité inconnue

Moins de 1 % des patients ayant subi une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours de l'opération (données non présentées). Parmi les personnes décédées, la proportion ayant fait une infection postopératoire nécessitant un traitement hospitalier varie de 6 % à 13 %. Cependant, en l'absence de données sur la cause du décès, la mesure dans laquelle l'infection a pu contribuer au décès ne peut être déterminée. Il est probable que plusieurs facteurs aient joué un rôle dans le décès de ces patients.

Néanmoins, chez les patients aux prises avec une infection postopératoire, la cote exprimant le risque de mourir à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'opération est sans conteste élevée, même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs éventuellement confusionnels. Pour les patients

Tableau 5

Coûts estimés de la réhospitalisation pour une infection postopératoire[†] après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, d'après les données sur les coûts de l'Alberta et de l'Ontario

	Cholécystectomie	Hystérectomie	Appendicectomie
Nombre de patient(e)s réhospitalisé(e)s	593	1 540	1 421
Durée moyenne de la réhospitalisation (jours)	8,4	5,5	5,6
Coût journalier de l'hospitalisation	768 \$ à 920 \$	801 \$ à 925 \$	700 \$ à 826 \$
Coût total moyen de la réhospitalisation [†]	6 451 \$ à 7 728 \$	4 406 \$ à 5 088 \$	3 920 \$ à 4 626 \$
Coût annuel supplémentaire des réhospitalisations	1,28 à 1,53 million de \$	2,26 à 2,61 million de \$	1,86 à 2,19 million de \$

Sources des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000; Health Costing in Alberta — 2002 Annual Report; Initiative ontarienne de coût par cas — Base de données OCCL, exercice 2000-2001 — cas types; Initiative ontarienne de coût pas cas — Base de données OCCL, 50 premières interventions principales selon le volume de cas, exercice 1999-2000 — cas typiques (références n^{os} 8 à 10).

[†] « Diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation » = infection postopératoire.

[‡] Durée moyenne de l'hospitalisation multipliée par le coût par jour.

Tableau 6

Rapports corrigés de cotes pour le décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, par rapport à l'hospitalisation pour une infection postopératoire et certaines autres caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Cholécystectomie		Hystérectomie		Appendicectomie	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Hospitalisation avec une infection postopératoire						
Oui	3,3*	2,5- 4,4	2,5*	1,3- 5,0	1,6	0,8- 3,3
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe						
Hommes	1,3*	1,1- 1,6	...	...	1,7*	1,0- 2,7
Femmes [†]	1,0	...	...	...	1,0	...
Groupe d'âge						
60 ans et moins	0,1*	0,1- 0,1	0,0 [‡]	0,0- 0,1	0,0 [‡]	0,0- 0,0
Plus de 60 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Approche chirurgicale						
Laparoscopique [†]	1,0	...	...	...	...	...
Ouverte	5,8*	4,7- 7,0	...	...	...	...
Abdominale	...	...	5,6*	3,4- 9,2	...	...
Vaginale [†]	1,0	...	...	...
Complexité chirurgicale						
Grande	...	...	0,6	0,1- 4,4	...	...
Faible [†]	1,0	...	...	...
Appendice						
Perforé/péritonite/abcès péritonéal	...	...	...	...	1,4	0,8- 2,2
Pas d'enregistrement de perforation/péritonite/abcès péritonéal [†]	1,0	...
Diabète						
Oui	1,8*	1,4- 2,3	1,9*	1,1- 3,1	5,0*	2,9- 8,4
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

[†] Groupe de référence.

[‡] La cote exprimant le risque que les appendectomisé(e)s et les hystérectomisées meurent à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'opération est réduite de façon significative pour ceux de 60 ans et moins ($p < 0,02$ et $p < 0,05$, respectivement).

... N'ayant pas lieu de figurer.

* Valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

cholécystectomisés faisant une infection postopératoire, la cote exprimant le risque de mourir à l'hôpital peu de temps après l'opération est trois fois plus élevée que pour les patients non touchés par ce genre d'infection, et pour les femmes hystérectomisées, elle est 2,5 fois plus élevée (tableau 6). Par contre, l'infection postopératoire ne fait pas augmenter la cote exprimant le risque de mourir à l'hôpital chez les patients appendectomisés, ce qui reflète l'âge nettement plus jeune de ces patients. Le décès à la suite d'une appendicectomie est associé de façon significative au diabète, au sexe masculin et à la vieillesse.

Mot de la fin

La présente analyse de données tirées de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne indique que l'hospitalisation pour une infection postopératoire après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie est assez rare, résultat qui concorde avec les données publiées jusqu'ici. Parmi les 382 277 patients qui ont subi l'une de ces opérations durant les exercices 1997-1998, 1998-1999 ou 1999-2000, une infection postopératoire a été enregistrée au dossier d'hospitalisation que dans 2,2 % des cas.

Plusieurs facteurs sont associés à l'infection postopératoire, dont le sexe masculin, l'âge, l'existence préalable d'une infection, la complexité de l'opération et le diabète. Les interventions laparoscopiques sont associées à une réduction importante du risque d'infection postopératoire chez les cholécystectomisés, mais d'autres facteurs contribuent vraisemblablement à cette association. L'infection durant l'hospitalisation originale pour une intervention chirurgicale augmente le risque de réhospitalisation pour une infection. Là encore, cependant, d'autres facteurs dont on n'a pas pu tenir compte contribuent fort probablement à cette association.

L'infection postopératoire nécessitant une hospitalisation après l'une de ces trois interventions chirurgicales courantes n'est pas un événement fréquent, mais quand elle survient, elle entraîne une dépense importante de ressources hospitalières. En moyenne, les réhospitalisations pour une infection

postopératoire augmentent le temps passé à l'hôpital de 5,5 à 8,4 jours, selon l'intervention chirurgicale. On estime que ces journées d'hospitalisation supplémentaires coûtent au système de santé de 5,4 à 6,3 millions de dollars par année. Bien qu'on ignore le nombre d'infections qui pourraient être prévenues, une diminution même modeste pourrait donner lieu à des économies importantes. ●

Remerciements

L'auteure remercie Kathryn Wilkins de son aide et de ses conseils.

Références

1. I. Heineck, M.B.C. Ferreira, E.P. Schenkel, « Prescribing practice for antibiotic prophylaxis for 3 commonly performed surgeries in a teaching hospital in Brazil », *American Journal of Infection Control*, 27(3), 1999, p. 296-300.
2. American College of Surgeons (Committee on Control of Surgical Infections), *Manual on Control of Infection in Surgical Patients by the Committee on Control of Surgical Infections of the Committee on Pre- and Post-operative Care, American College of Surgeons; Second Edition*, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1983, p. 1-167.
3. Santé Canada, Public Health Intelligence Reinvestment Twelve-Month Progress Report 1996, disponible à : http://www.bc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/reinvest/nosoco_e.html, site consulté le 14 août 2002.
4. Statistique Canada, *Totalisations spéciales d'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, cycle 1.1*, 2004.
5. Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté - Canada, SPICE : Strategic Planning for Infection Control Effectiveness in CHICA-Canada, Annual Report 2001, disponible à : <http://www.chica.org/report01print.html>, site consulté le 14 août 2002.
6. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquête auprès des ménages, *External Linkage of Person-oriented Information 1992/93 to 2000/01 Hospital Morbidity Files* (document non publié), 2003.
7. J. Richards, A. Brown et C. Homan, « The data quality study of the Canadian Discharge Abstract Database », *Proceedings of Statistics Canada Symposium 2001—Achieving Data Quality in a Statistical Agency: A Methodological Perspective*, 2001, p. 1-12.
8. Alberta Health and Wellness, Health Costing in Alberta—2002 Annual Report, disponible à : http://www.health.gov.ab.ca/public/document/health_costing_2002.pdf, site consulté le 1^{er} septembre 2003.

9. Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC), disponible à : <http://www.occp.com/occpnav.htm>, site consulté le 14 septembre 2003.
10. Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC), 50 premières interventions principales selon le volume de cas, exercice 1999-2000 — cas typiques, septembre 2003, disponible à : <http://www.occp.com/occpnav.htm>, site consulté le 14 octobre 2003.
11. D. Zoutman, S. McDonald et D. Vethanayagan, « Total and attributable costs of surgical-wound infections at a Canadian tertiary-care center », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 19(4), 1998, p. 254-259.
12. K.B. Kirkland, J.P. Briggs, S.L. Trivette *et al.*, « The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 20(11), 1999, p. 725-730.
13. R. Plowman, N. Graves, M.A.S. Griffin *et al.*, « The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed », *The Journal of Hospital Infection*, 47(3), 2001, p. 198-209.
14. T. Pishori, A.R. Siddiqui et M. Ahmed, « Surgical wound infection surveillance in general surgery procedures at a teaching hospital in Pakistan », *American Journal of Infection Control*, 31(5), 2003, p. 296-301.
15. S.J. Burns et S.T. Dippe, « Postoperative wound infections detected during hospitalization and after discharge in a community hospital », *American Journal of Infection Control*, 10(2), 1982, p. 60-65.
16. D.H. Culver, T.C. Horan, R.P. Gaynes *et al.*, « Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index », *American Journal of Medicine*, 91(3B suppl), 1991, p. 152S-157S.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD), Exercices de 1996-1997 à 2000-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, mai 2003.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur les congés des patients — Étude de la qualité des données, Résultats combinés pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2002.
19. A.J. Mangram, T.C. Horan, M.L. Pearson *et al.*, « Guideline for prevention of surgical site infection, 1999 », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 20(4), 1999, p. 247-277.
20. D.E. Zoutman, B.D. Ford, E. Bryce *et al.*, « The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals », *American Journal of Infection Control*, 31(5), 2003, p. 266-272.
21. P.J.E. Cruse et R. Foord, « The epidemiology of wound infection—A 10-year prospective study of 62,939 wounds », *Surgical Clinics of North America*, 60(1), 1980, p. 27-40.
22. C.B. Begg, E.R. Riedel, P.B. Bach *et al.*, « Variations in morbidity after radical prostatectomy », *The New England Journal of Medicine*, 346(15), 2002, p. 1138-1144.
23. D. Schrag, L.D. Cramer, P.B. Bach *et al.*, « Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer », *Journal of the American Medical Association*, 284(23), 2000, p. 3028-3035.
24. J.D. Birkmeyer, A.E. Siewers, E.V.A. Finlayson *et al.*, « Hospital volume and surgical mortality in the United States », *The New England Journal of Medicine*, 346(15), 2002, p. 1128-1137.
25. D.R. Thieman, J. Coresh, W.J. Oetgen *et al.*, « The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients », *The New England Journal of Medicine*, 340(21), 1999, p. 1640-1648.
26. M.M. Cohen, T.K. Young et K.M. Hammarstrand, « Ethnic variation in cholecystectomy rates and outcomes, Manitoba, Canada, 1972-84 », *American Journal of Public Health*, 79(6), 1989, p. 751-754.
27. M.A. Croce, T.C. Fabian, A.K. Malhotra *et al.*, « Does gender difference influence outcome? », *Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 53(5), 2002, p. 889-894.
28. P.T. Offner, E.E. Moore et W.L. Biff, « Male gender is a risk factor for major infections after surgery », *Archives of Surgery*, 134(9), 1999, p. 935-940.
29. M.N. Narong, S. Thongpiyapoom, N. Thaikul *et al.*, « Surgical site infections in patients undergoing major operations in a university hospital: Using standardized infection ratio as a benchmarking tool », *American Journal of Infection Control*, 31(5) 2003, p. 274-279.
30. E. Velasco, L.C.S. Thuler, C.A.S. Martins *et al.*, « Risk index for prediction of surgical site infection after oncology operations », *American Journal of Infection Control*, 26(3), 1998, p. 217-223.
31. Statistique Canada, *Totalisations spéciales d'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, cycle 1.1*, 2003.
32. L.T. Sorensen, J. Horby, E. Friis *et al.*, « Smoking as a risk factor for wound healing and infection in breast cancer surgery », *European Journal of Oncology*, 28(8), 2002, p. 815-820.
33. M.L. Bertin, J. Crowe et S.M. Gordon, « Determinants of surgical site infection after breast surgery », *American Journal of Infection Control*, 26(1), 1998, p. 61-65.
34. J.D. Scott, A. Forrest, S. Feuerstein *et al.*, « Factors associated with postoperative infection », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 22(6), 2001, p. 347-351.
35. S.F. Mishriki, D.J.W. Law et P.J. Jeffrey, « Factors affecting the incidence of postoperative wound infection », *Journal of Hospital Infection*, 16, 1990, p. 223-230.
36. Statistique Canada, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* (Statistique Canada, n° 82-562F au catalogue), Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1986.
37. Statistique Canada, *Dictionnaire des données de l'LAP* (document non publié), 2003.
38. Organisation mondiale de la Santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9^e révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.

39. T.C. Horan, R.P. Gaynes, W.J. Martone *et al.*, « CDC definitions of nosocomial surgical site infection, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infections », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 13(10), 1992, p. 606-608.
40. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Case Mix Group Directory for Use with Complexity*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1997.
41. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 28th Edition*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1994, p. 1183.
42. University of Manitoba, CMG's versus DRG's, disponible à : <http://www.manitoba.ca/centres/mchp/concept/dict/cmgs/CMGvsDRG.html>, site consulté le 29 octobre 2003.
43. D. Benoit, W. Skea et S. Mitchell, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Developing Cost Weights with Limited Cost Data—Experiences Using Canadian Cost Data, disponible à : http://www.casemix.org/pubbl/pdf/2_3_3.pdf, site consulté le 5 octobre 2003.
44. M.P. Vessey, L. Villard-Mackintosh, K. McPherson *et al.*, « The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99, 1992, p. 402-407.
45. R.A. Weinstein et S.F. Welbel, « Other procedure-related infections », publié sous la direction de J.V. Bennett et P.S. Brachman, *Hospital Infections, Fourth Edition*, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998, p. 741-759.
46. L.M. Tierney Jr, S.J. McPhee et M.A. Papadakis (publié sous la direction de), *Current Medical Diagnosis and Treatment (Lange), 38th Edition*, Stamford, Connecticut, Appleton and Lange, 1999.
47. A.J. Voitk, « Establishing outpatient cholecystectomy as a hospital routine », *Journal canadien de chirurgie*, 40(4), 1997, p. 284-288.
48. C. Richards, J. Edwards, D. Culver *et al.*, « Does using a laparoscopic approach to cholecystectomy decrease the risk of surgical site infection? », *Annals of Surgery*, 237(3), 2003, p. 358-362.
49. K. McWhinney, J. Shymanski, G. Wells *et al.*, « Cardiac surgical site infections at the University of Ottawa Heart Institute: A case control study, preventive strategies and follow up », *Revue canadienne de prévention des infections*, hiver 1999, p. 141-146.
50. D. Zoutman, P. Pearce, M. McKenzie *et al.*, « Surgical wound infections occurring in day surgery patients », *American Journal of Infection Control*, 18(4), 1990, p. 277-282.
51. M.M. Cohen et W. Young, « Costs of hysterectomy: Does surgical approach make a difference? », *Journal of Women's Health*, 7(7), 1998, p. 885-892.
52. P. Allard et L. Rochette, « The descriptive epidemiology of hysterectomy, province of Quebec, 1981-1988 », *Annals of Epidemiology*, 1(6), 1991, p. 541-549.
53. K.H. Kjerulff, G.M. Guzinski, P.W. Langenberg *et al.*, « Hysterectomy: An examination of a common surgical procedure », *Journal of Women's Health*, 1(2), 1992, p. 141-147.
54. V. Sivanesaratnam, « Adjuvant chemotherapy in "high risk" patients after Wertheim hysterectomy—10-year survivals », *Annals of the Academy of Medicine*, 27, 1998, p. 622-626.
55. S.K. Tay et L.K. Tan, « Outcome of early cervical carcinoma treated by Wertheim hysterectomy with selective postoperative radiotherapy », *Annals of the Academy of Medicine*, 27, 1998, p. 613-617.
56. R.W. Haley, D.H. Culver, W.M. Morgan *et al.*, « Identifying patients at high risk of surgical wound infection. A simple multivariate index of patient susceptibility and wound contamination », *American Journal of Epidemiology*, 121(2), 1985, p. 206-215.
57. R. Latham, A.D. Lancaster, J.F. Covington *et al.*, « The association of diabetes and glucose control with surgical-site infections among cardiothoracic surgery patients », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 22(10), 2001, p. 607-612.
58. N. Joshi, G.M. Caputo, M.R. Weitekamp *et al.*, « Infections in patients with diabetes mellitus », *The New England Journal of Medicine*, 341(25), 2003, p. 1906-1912.
59. A.J. Singer et R.A.F. Clark, « Cutaneous wound healing », *The New England Journal of Medicine*, 341(10), 1999, p. 738-746.
60. E.T.M. Smyth et A.M. Emmerson, « Surgical site infection surveillance », *The Journal of Hospital Infection*, 45, 2000, p. 173-184.
61. C.S. Hollenbeak, D. Murphy, W.C. Dunagan *et al.*, « Nonrandom selection and the attributable cost of surgical-site infections », *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 23(4), 2002, p. 177-182.
62. W.J. Millar et T.K. Young, « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, 14(3), 2002, p. 39-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Rapports corrigés de cotes pour la réhospitalisation pour une infection postopératoire dans les 30 jours suivant une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, par rapport à certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1997-1998 à 1999-2000

	Cholécystectomie		Hystérectomie		Appendicectomie	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe						
Hommes	1,1	0,9- 1,3	...	...	1,2*	1,1- 1,3
Femmes†	1,0	...	...	...	1,0	...
Groupe d'âge						
Moins de 30 ans†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
30 à 39 ans	1,0	0,7- 1,4	0,7*	0,5- 0,8	0,9	0,8- 1,1
40 à 49 ans	0,8	0,6- 1,2	0,5*	0,4- 0,7	0,9	0,8- 1,1
50 à 59 ans	1,3	0,9- 1,8	0,4*	0,3- 0,5	0,7*	0,6- 0,9
60 à 69 ans	1,4*	1,0- 2,0	0,3*	0,2- 0,4	0,6*	0,5- 0,8
70 ans et plus	1,6*	1,2- 2,2	0,3*	0,2- 0,4	0,5*	0,4- 0,8
Infection postopératoire antérieure diagnostiquée durant l'hospitalisation pour l'opération						
Oui	3,3*	2,2- 4,9	5,5*	4,3- 7,1	3,5*	2,9- 4,3
Non†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Approche chirurgicale						
Ouverte	2,3*	1,9- 2,7	...	...	...	...
Laparoscopique†	1,0	...	...	...	...	...
Abdominale	...	...	0,9*	0,8- 1,0	...	...
Vaginale†	...	...	1,0	...	...	...
Complexité chirurgicale						
Grande	...	...	1,1	0,6-1,8	...	...
Faible†	...	...	1,0	...	...	...
Appendice						
Perforé/péritonite/abcès péritonéal	...	...	...	...	2,3*	2,1- 2,6
Pas d'enregistrement de perforation/péritonite/abcès péritonéal†	...	...	...	...	1,0	...
Diabète						
Oui	1,4*	1,0- 1,8	2,2*	1,7- 2,8	1,3	0,9- 1,9
Non†	1,0	...	1,0	...	1,0	...

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1997-1998 à 1999-2000

Nota : Inclut uniquement les patient(e)s qui ont été réhospitalisé(e)s avec une infection classée comme étant le diagnostic principalement responsable de la durée de l'hospitalisation.

† Groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* Valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation

Alice Nabalamba, Charles N. Bernstein et Craig Seko

Résumé

Objectifs

La présente analyse porte sur les tendances de l'hospitalisation liée à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse, qui sont les deux formes principales de maladie inflammatoire de l'intestin (MII).

Sources des données

Les données proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière pour la période allant de 1983-1984 à 2000-2001, ainsi que de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne pour la période allant de 1994-1995 à 2000-2001.

Techniques d'analyse

Les taux de radiation de l'hôpital liés à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse sont calculés selon l'âge et le sexe. Les taux et les journées d'hospitalisation sont aussi calculés dans les cas où une MII figurait parmi les cinq premiers codes de diagnostic inscrits dans le dossier de radiation d'un patient. La fréquence des réhospitalisations est aussi étudiée.

Principaux résultats

Du début des années 1980 au milieu des années 1990, les taux annuels d'hospitalisation pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse ont légèrement augmenté, mais se sont depuis stabilisés. Ces taux sont les plus élevés parmi les personnes dans la vingtaine. La durée moyenne de l'hospitalisation est passé d'environ deux semaines en 1983-1984 à quelque 9 ou 10 jours en 2000-2001. Plus du quart des personnes hospitalisées pour la maladie de Crohn et plus de 20 % de celles hospitalisées pour la colite ulcéreuse sont réhospitalisées la même année.

Mots-clés

Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hospitalisation, durée de l'hospitalisation, réhospitalisation.

Auteurs

Alice Nabalamba (613-951-7188; Alice.Nabalamba@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé et Craig Seko, à la Division de la méthodologie, tous deux à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Charles N. Bernstein est affilié à l'Université du Manitoba.

Les maladies inflammatoires de l'intestin (MII) sont des affections chroniques débilitantes du tractus gastrointestinal. L'expression désigne deux affections distinctes, soit la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, ou rectocolite hémorragique (voir *Maladies inflammatoires de l'intestin*). Ces affections se manifestent plus fréquemment au cours des premières années de l'âge adulte, à une période importante de la vie où les jeunes gens fondent une famille et commencent à bâtir leur carrière. Les MII nuisent souvent à la qualité de la vie, car elles peuvent causer une baisse de productivité scolaire ou professionnelle¹, ou poser des problèmes de relations sociales. Les personnes touchées ont habituellement besoin d'un traitement médicamenteux permanent et d'un suivi à long terme.

Une récente estimation a établi à environ 150 000 à 160 000 le nombre de Canadiens et de Canadiennes souffrant d'une MII². Cependant, relativement peu de personnes qui souffrent de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse sont hospitalisées. Regroupés, ces diagnostics représentent annuellement moins d'un demi pourcent des séjours

à l'hôpital. Cependant, au cours des deux dernières décennies, le nombre annuel d'hospitalisations pour une MII et le taux pour 100 000 habitants sont demeurés stables. Cette stabilité s'inscrit dans le contexte d'une diminution globale de l'utilisation des services hospitaliers, à mesure que les

gouvernements s'efforcent de réduire les coûts et préconisent le traitement ambulatoire d'un nombre croissant d'affections.

Naturellement, les données hospitalières ne peuvent servir à estimer la prévalence des MII. Néanmoins, les données sur les congés des patients

Maladies inflammatoires de l'intestin

Les maladies inflammatoires de l'intestin, ou MII, englobent deux affections distinctes, à savoir la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. La gravité de ces maladies peut varier de bénigne à débilitante. En dépit du traitement, la plupart des malades continuent d'éprouver des symptômes — le traitement permet simplement de mieux maîtriser ces derniers. Bien que la gravité puisse fluctuer au cours du temps, chez de nombreuses personnes, elle est évolutive.

La *maladie de Crohn* est une inflammation chronique de la paroi intestinale qui débute en général au début de l'âge adulte (habituellement entre 15 et 30 ans)³⁻⁵. L'iléon (dernière partie de l'intestin grêle) et le côlon (partie principale du gros intestin) sont les sièges affectés le plus fréquemment, quoique l'inflammation puisse se manifester à n'importe quel endroit du tube digestif, de la bouche à l'anus. Les symptômes incluent de la diarrhée, des douleurs abdominales, de la fièvre et une perte pondérale. Des périodes de symptômes légers ou d'absence de symptômes peuvent alterner avec des épisodes graves, qui durent parfois plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Certaines personnes peuvent être asymptomatiques plusieurs années, tandis que d'autres éprouvent des symptômes chroniques et implacables.

En cas d'épisodes bénins, les malades peuvent modifier leur régime alimentaire et prendre des médicaments, comme des analgésiques et des anti-diarrhéiques. Si les symptômes sont modérés, des corticostéroïdes sont habituellement nécessaires. Enfin, en cas de maladie avancée, caractérisée par une résistance ou une dépendance aux corticostéroïdes, on peut recourir au traitement immunosuppresseur classique ou à des thérapies biologiques nouvelles et coûteuses qui ont été introduites plus récemment^{6,7}. Malgré le traitement, la maladie de Crohn a tendance à récidiver et, souvent, nécessite une ablation chirurgicale de la partie malade de l'intestin. Le recours à la chirurgie n'est en général envisagé qu'en cas d'absolue nécessité, puisque d'autres parties de la portion restante de l'intestin peuvent éventuellement être atteintes.

La maladie de Crohn entraîne parfois des complications. L'obstruction intestinale causée par un épaississement de la paroi intestinale est courante. Les lésions de l'intestin grêle peuvent empêcher l'absorption des nutriments et causer une anémie et une

carence vitaminique. L'inflammation prolongée du côlon augmente le risque de cancer colorectal.

La *colite ulcéreuse* est une inflammation chronique du rectum et du côlon qui commence généralement à se manifester au début de l'âge adulte³⁻⁵. Les symptômes incluent une diarrhée grave, le passage de sang et de mucus dans les selles, des douleurs abdominales, de la fièvre et, en bout de ligne, une perte pondérale. Les symptômes sont souvent intermittents et les malades peuvent connaître des périodes asymptomatiques de plusieurs mois ou plusieurs années.

La colite ulcéreuse est habituellement traitée par voie médicamenteuse, mais l'ablation chirurgicale de la partie malade du côlon et du rectum est parfois nécessaire. Les personnes atteintes de colite ulcéreuse courent un risque plus élevé que les autres de cancer du côlon.

Les causes de la maladie inflammatoire de l'intestin restent inconnues, mais, selon des études récentes, les facteurs génétiques joueraient un rôle important⁸⁻¹⁰. L'environnement peut aussi jouer un rôle, quoique les résultats à cet égard ne soient pas concluants. Une étude donne à penser que les mycobactéries présentes chez les animaux de ferme sont transmises à l'homme par la voie de la chaîne alimentaire et augmentent la susceptibilité à la maladie de Crohn¹¹. Cependant, d'autres chercheurs n'ont, sur ce même plan, décelé aucun indice d'une telle association avec les mycobactéries, ni lors d'études sérologiques ni lors d'études sur des tissus^{12,13}. L'amélioration des conditions d'hygiène aurait, selon certaines études, réduit l'exposition aux micro-organismes et, par conséquent, affaibli le système immunitaire et contribué à la manifestation de maladies comme les MII^{14,15}. La prévalence plus forte des MII après la cohabitation de conjoints indique en outre qu'il pourrait exister un lien environnemental¹⁶.

Les infections prénatales ou durant l'enfance, comme la varicelle et les oreillons (en succession rapide) ont également été liées à une plus forte probabilité de manifester une MII¹⁷⁻¹⁸. La consommation de cigarettes a été associée à la manifestation et (ou) à l'exacerbation de la maladie de Crohn, mais la prévalence de la colite ulcéreuse a tendance à être faible chez les fumeurs¹⁹⁻²². L'appendectomie à un âge précoce a été reliée à une diminution de la probabilité d'être atteint de la colite ulcéreuse²³⁻²⁶.

permettent de repérer et de dénombrer les patients qui accaparent une part importante des ressources en matière de services de santé. À l'aide de renseignements tirés de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne de Statistique Canada, le présent article décrit les hospitalisations pour une MII aux niveaux national et provincial de 1983-1984 à 2000-2001 (voir *Méthodologie*). Les nombres et les taux annuels d'hospitalisations pour lesquelles le diagnostic primaire est la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse sont présentés selon l'âge, le sexe et la province, assortis des données sur la durée moyenne de l'hospitalisation et le nombre total de journées d'hospitalisation. Les renseignements tirés de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne permettent de déterminer les proportions de patients qui ont été réhospitalisés entre 1994-1995 et 2000-2001.

La réhospitalisation est courante

En 2000-2001, 5 564 personnes ont été admises à l'hôpital avec un diagnostic primaire de maladie de Crohn et 2 756, avec un diagnostic de colite ulcéreuse. Considérées de façon regroupée, ces 8 320 personnes totalisaient 12 254 hospitalisations pour une MII, ce qui indique que nombre des personnes atteintes d'une MII ont été hospitalisées au moins deux fois la même année (tableau 1). En fait, plus

Tableau 1
Nombre individuel de patients et nombre total de radiations pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

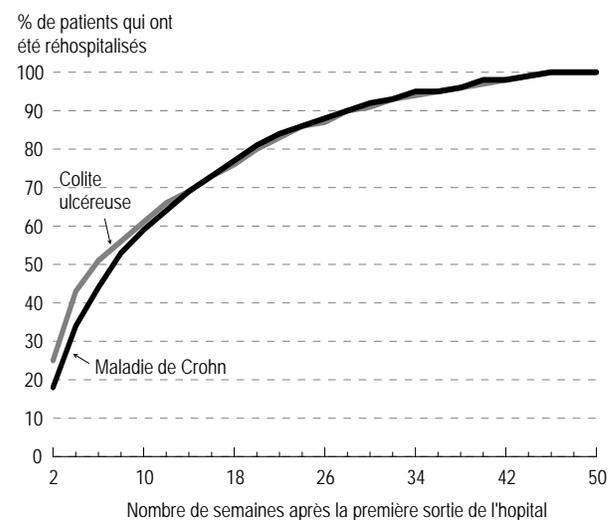
	Maladie de Crohn			Colite ulcéreuse		
	Nombre de patients	% avec au moins deux séjours à l'hôpital durant l'année	Nombre de radiations	Nombre de patients	% avec au moins deux séjours à l'hôpital durant l'année	Nombre de radiations
1994-1995	5 696	28,8	8 621	2 698	23,2	3 863
1995-1996	5 598	29,7	8 720	2 656	23,6	3 832
1996-1997	5 702	28,4	8 711	2 575	23,8	3 727
1997-1998	5 727	29,5	8 838	2 554	24,7	3 712
1998-1999	5 727	28,3	8 714	2 670	22,7	3 850
1999-2000	5 435	28,4	8 383	2 739	23,5	3 925
2000-2001	5 564	27,5	8 305	2 756	22,1	3 949

Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 1994-1995 à 2000-2001

du quart (28 %) des patients atteints de la maladie de Crohn ont été hospitalisés au moins deux fois pour cette affection en 2000-2001; pour ceux souffrant de colite ulcéreuse, la proportion était de 22 %. Ces deux proportions sont presque les mêmes qu'en 1994-1995 (année de référence la plus ancienne pour laquelle des données comparables sont disponibles), où elles étaient de 29 % et 23 %, respectivement.

Pour nombre des personnes atteintes d'une MII qui ont été réhospitalisées, le temps écoulé entre la sortie de l'hôpital et la réhospitalisation a été assez court. Plus du quart d'entre elles étaient de retour à l'hôpital dans les trois semaines, la moitié, dans les sept semaines, et les deux tiers, dans les 15 semaines (graphique 1). Cependant, le caractère limitatif de l'information extraite des dossiers des patients ne permet aucunement de déterminer si ces réhospitalisations avaient été planifiées en vue d'un traitement supplémentaire ou si elles étaient dues à une récurrence de la maladie.

Graphique 1
Temps écoulé jusqu'à la réhospitalisation chez les patients atteints de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse qui ont été réhospitalisés, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne, 2000-2001

Nota : Taux de réhospitalisation des personnes atteintes de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse fondés sur la première réhospitalisation en 2000-2001 due principalement à la même affection.

Méthodologie

Sources des données

Les données du présent article proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne de Statistique Canada. La Base de données sur la morbidité hospitalière se compose de renseignements sur les radiations de l'hôpital (sorties ou décès) transmis par la plupart des hôpitaux de soins de courte durée et certains établissements psychiatriques, de soins de longue durée et de soins de réadaptation²⁷. Chaque enregistrement contient des renseignements démographiques (p. ex., date de naissance, sexe, code postal), administratifs (p. ex., numéro d'assurance-maladie, crypté ou non crypté, date d'admission et date de radiation) et cliniques (p. ex., diagnostics). Les données sont recueillies pour l'exercice s'étendant d'avril à mars. Les données sur l'admission à l'hôpital sont disponibles pour l'ensemble de la période allant de 1983-1984 à 2000-2001; les données sur le patient qui ont été couplées et tirées de la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne ne sont disponibles qu'à l'égard des années 1994-1995 à 2000-2001.

Les estimations démographiques utilisées pour calculer les taux ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Les personnes hospitalisées reçoivent souvent plusieurs diagnostics. Chaque enregistrement qui figure dans la Base de données sur la morbidité hospitalière peut contenir jusqu'à 16 codes de diagnostic. Parmi ceux-ci, celui auquel est imputable la majeure partie de l'hospitalisation est appelé « diagnostic de totalisation ». Ce diagnostic coïncide habituellement avec le diagnostic primaire, qui est l'affection énumérée en premier lieu sur le dossier de radiation du patient. Dans le présent article, l'expression « diagnostic primaire » est utilisée. Conformément à la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9), la maladie de Crohn a été associée à la présence des codes de diagnostic 555.0, 555.1, 555.2 et 555.9, et la colite ulcéreuse, à la présence du code 556²⁸. Le calcul des taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn ou pour la colite ulcéreuse est fondé sur les enregistrements pour lesquels le diagnostic primaire correspond à l'une de ces affections. De même, le taux global d'hospitalisation pour une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) a été calculé d'après les enregistrements pour lesquels l'un des cinq premiers codes de diagnostic énumérés correspond à la maladie de Crohn ou à la colite ulcéreuse.

Les taux d'hospitalisation ont été normalisés selon la méthode indirecte. Les taux d'hospitalisation calculés pour le Canada en 1991 ont été appliqués à chaque répartition de la population provinciale selon l'âge et le sexe pour générer les nombres de personnes hospitalisées auxquels on devrait s'attendre en supposant que le taux pour la province soit le même que pour le Canada dans son ensemble.

Les dates d'admission et de radiation ont été prises en considération pour calculer la durée du séjour (date de radiation moins date d'admission).

Comme certaines personnes peuvent être admises à l'hôpital et recevoir leur congé plus d'une fois au cours d'une même année, le nombre de radiations est supérieur au nombre de personnes qui ont été hospitalisées. Pour chaque patient, les enregistrements de radiation de l'hôpital ont été couplés en se fondant sur un numéro d'identification unique (les noms des patients ne sont pas communiqués à Statistique Canada), puis triés chronologiquement, pour déterminer le nombre de personnes hospitalisées (par opposition au nombre de radiations). Pour chaque patient, les dates d'admission et de radiation ont été utilisées pour créer des épisodes d'hospitalisation. On a produit un dénombrement annuel des personnes hospitalisées pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse à compter de 1994-1995 (exercice le plus reculé pour lequel des données complètes sont disponibles permettant de faire le suivi de toutes les hospitalisations dans toutes les provinces).

Limites

La Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne comprennent uniquement des données sur les personnes qui ont été hospitalisées. Celles qui ont été traitées à l'hôpital mais qui n'y ont pas été admises pour la nuit sont exclues, ainsi que celles traitées au service de consultations externes et, naturellement, celles auxquelles des soins sont prodigués dans les cabinets de médecin, les cliniques ou d'autres établissements non hospitaliers. Par conséquent, les résultats présentés dans l'article sous-estiment le fardeau réel de la maladie inflammatoire de l'intestin, puisqu'ils ne reflètent que les cas pour lesquels les symptômes sont les plus aigus et les plus graves.

Les données ont trait principalement aux patients des hôpitaux de soins de courte durée. Selon l'année de référence et la province, des données sur les patients d'autres types d'hôpitaux peuvent ou non être déclarées. Aucune correction n'a été faite pour ces cas ni pour d'autres patients exclus (hôpitaux militaires, hôpitaux carcéraux, patients traités en dehors de leur province de résidence et patients des territoires).

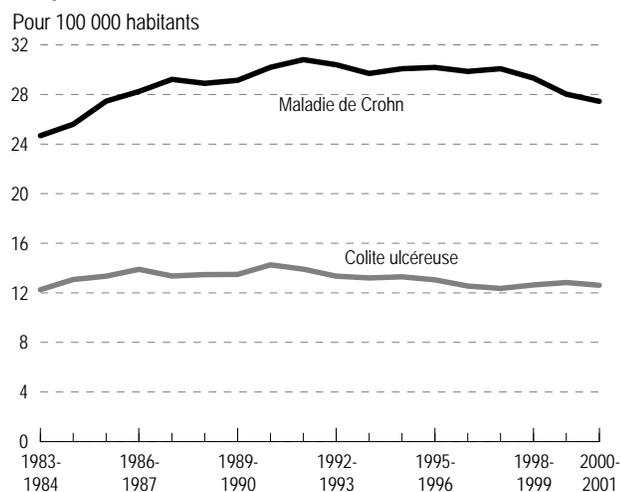
Nul ne sait dans quelle mesure les variations interprovinciales des taux d'hospitalisation sont dues à des différences en ce qui concerne le traitement ambulatoire et la conduite du traitement des maladies inflammatoires de l'intestin. En outre, les variations géographiques pourraient refléter des différences dans les méthodes provinciales d'extraction de données et de codage. Le dossier d'un patient peut compter jusqu'à 16 codes de diagnostic. Le nombre de codes figurant dans le dossier d'un patient varie d'année en année et de province en province. Pour réduire au minimum l'effet de ces incohérences, la présente analyse ne tient compte que des cinq premiers codes de diagnostic inscrits dans le dossier de radiation du patient. Donc, les hospitalisations pour lesquelles une maladie inflammatoire de l'intestin figurait dans le dossier, mais à un rang inférieur parmi les diagnostics, ont été exclues. Cette pratique pourrait avoir donné lieu à une certaine sous-estimation des hospitalisations pour une MII.

Stabilisation

Les taux annuels d'hospitalisation, corrigés selon l'âge, pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse ont été assez stables au cours des deux décennies (graphique 2). En 2000-2001, pour la maladie de Crohn, le taux était de 27,5 hospitalisations pour 100 000 habitants, soit une légère augmentation par rapport à celui de 24,7 pour 100 000 observé en 1983-1984. Pour la colite ulcéreuse, le taux était plus faible, soit 12,6 pour 100 000 habitants en 2000-2001, valeur presque identique à celle de 12,3 pour 100 000 enregistrée en 1983-1984.

Cette stabilité des taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse contraste avec la baisse importante du taux global d'hospitalisation. Tout au cours de la même période, le taux global d'hospitalisation, toutes causes confondues, a baissé régulièrement pour passer de 14 426 à 8 947 pour 100 000 (voir *Tendances en matière d'hospitalisation*). En fait, malgré la croissance démographique, il y a eu moins d'hospitalisations au Canada en 2000-2001 (2,86 millions) qu'en 1983-1984 (3,62 millions). Par contre, pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, les nombres

Graphique 2
Taux d'hospitalisation corrigés selon l'âge pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Nota : Taux fondés sur les enregistrements où la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse était le « diagnostic de totalisation » (affection la plus importante causant le séjour à l'hôpital).

Tendances en matière d'hospitalisation

Au cours des deux dernières décennies, la probabilité d'être admis à l'hôpital a diminué fortement et les personnes hospitalisées aujourd'hui ont tendance à y séjourner moins longtemps qu'elles ne l'auraient fait il y a 20 ans.

Durant les années 1980 et au début des années 1990, le nombre annuel d'hospitalisations a été relativement stable, fluctuant autour de 3,7 millions. Cependant, depuis 1991-1992, il a baissé régulièrement, si bien qu'en 2000-2001, ce nombre n'était que de 2,9 millions. Cette diminution reflète une décroissance prononcée du taux global d'hospitalisation qui est passé de 14 426 pour 100 000 habitants au début de la période à 8 947 pour 100 000 à la fin de celle-ci. Cette baisse donne à penser que nombre de personnes qui, à une époque, auraient été hospitalisées sont traitées aujourd'hui au service de consultations externes et que seuls les cas les plus graves entraînent une hospitalisation. Malgré cela, la durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué, pour passer de près de 12 jours à la fin des années 1980 à moins de 9 jours en 2000-2001. Or la diminution tant des taux d'hospitalisation que de la durée du séjour s'est traduite par une baisse du nombre annuel de journées que les Canadiens ont passées à l'hôpital. De l'ordre de plus de 40 millions durant les années 1980 et au début des années 1990, ce nombre n'était que d'un peu plus de 25 millions en 2000-2001.

Nombre total de radiations des hôpitaux, taux corrigé selon l'âge, durée moyenne du séjour et nombre total de journées d'hospitalisation, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Radiations des hôpitaux			Nombre total de journées d'hospitalisation (millions)
	Nombre (millions)	Taux corrigé selon l'âge pour 100 000 habitants	Durée moyenne du séjour (jours)	
1983-1984	3,62	14 426	11,3	40,8
1984-1985	3,64	14 294	11,4	41,5
1985-1986	3,65	14 106	11,7	42,8
1986-1987	3,69	14,021	11,7	43,2
1987-1988	3,70	13 847	11,9	43,8
1988-1989	3,65	13 396	11,9	43,4
1989-1990	3,62	13 058	11,4	41,4
1990-1991	3,62	12 868	11,4	41,4
1991-1992	3,65	12 742	11,4	41,4
1992-1993	3,44	11 828	11,0	37,7
1993-1994	3,41	11 548	11,0	37,5
1994-1995	3,33	11 364	10,9	36,2
1995-1996	3,19	10 748	10,8	34,5
1996-1997	3,06	10 151	10,7	32,9
1997-1998	3,00	9 798	9,9	29,5
1998-1999	2,95	9 498	8,6	25,4
1999-2000	2,91	9 258	8,7	25,4
2000-2001	2,86	8 947	8,8	25,1

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

étaient un peu plus élevés à la fin qu'au début de la période. Par conséquent, les personnes souffrant de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse représentaient à peine 0,4 % de l'ensemble des hospitalisations dans les hôpitaux de soins de courte durée en 2000-2001, mais il s'agit d'une hausse par rapport au taux de 0,3 % enregistré en 1983-1984.

Patients plus jeunes

Contrairement à de nombreux problèmes de santé pour lesquels une hospitalisation s'avère nécessaire et qui ont tendance à toucher davantage les personnes âgées, les MII sont associées à un taux élevé d'hospitalisation chez les jeunes adultes (graphique 3, tableaux A et B en annexe).

Pour la maladie de Crohn, le taux d'hospitalisation passe par un sommet pour les jeunes gens dans la vingtaine, puis diminue régulièrement à mesure que l'âge augmente. En 2000-2001, pour les 20 à 29 ans, le taux était de 48,0 hospitalisations pour 100 000 habitants et pour les personnes de 70 ans et plus, il était de 15,4 pour 100 000.

Pour la colite ulcéreuse, le taux d'hospitalisation varie en revanche assez peu après l'âge de 20 ans. En 2000-2001, le taux le plus élevé, c'est-à-dire 16,9

pour 100 000, a été observé chez les personnes dans la vingtaine, tandis que chez celles de 30 à 69 ans, le taux était à peine plus faible, variant de 12,9 à 15,5 pour 100 000. Chez les personnes de 70 ans et plus, le taux fait un bond pour atteindre 16,5 pour 100 000, mais il se pourrait que l'on ait classé incorrectement dans la catégorie des personnes atteintes de la colite ulcéreuse certains patients souffrant de colite ischémique, état qui affecte principalement les personnes âgées.

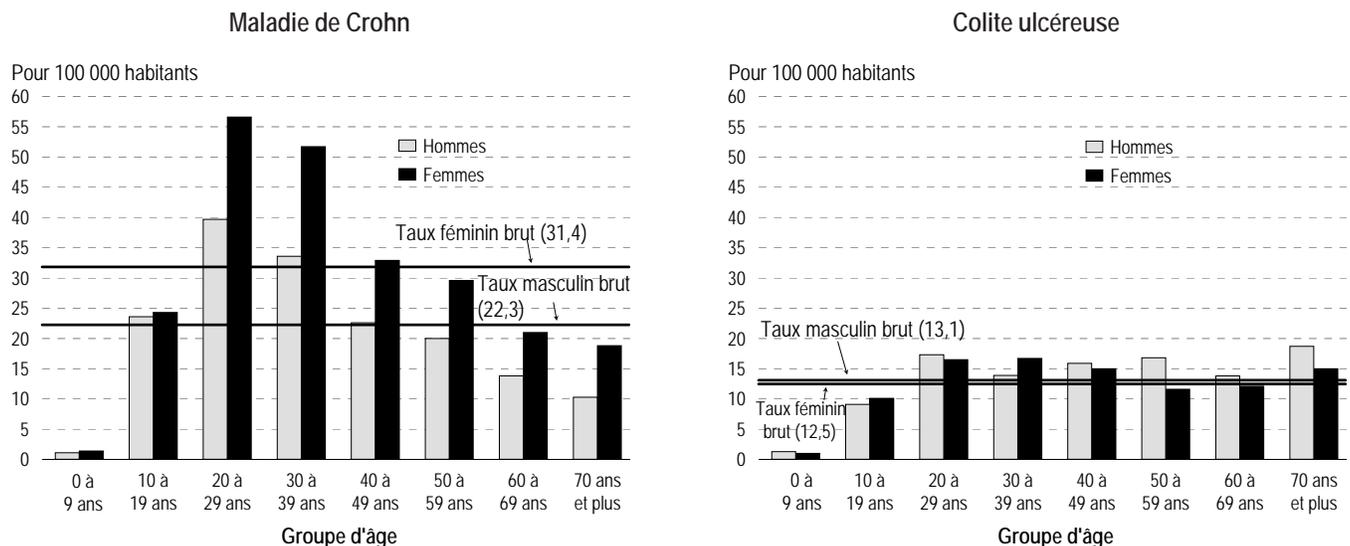
Peu d'enfants atteints de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse sont hospitalisés. Du début des années 1980 jusqu'en 2000-2001, le taux d'hospitalisation pour ces deux maladies chez les enfants de moins de 10 ans a fluctué autour de 1 pour 100 000.

Taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn plus élevé chez les femmes

Les femmes sont nettement plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées pour la maladie de Crohn. En 2000-2001, le taux était de 31,4 hospitalisations pour 100 000 femmes, comparativement à 22,3 pour 100 000 hommes (graphique 3). Chez les enfants et les adolescents,

Graphique 3

Taux d'hospitalisation selon l'âge pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse, selon le sexe, Canada, territoires non compris, 2000-2001



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

les taux varient peu selon le sexe, mais, à partir de la vingtaine, un écart se creuse, soit 56,5 hospitalisations pour 100 000 femmes de ce groupe d'âge comparativement à 39,7 pour 100 000 hommes. L'écart persiste pour tous les groupes d'âge plus avancés.

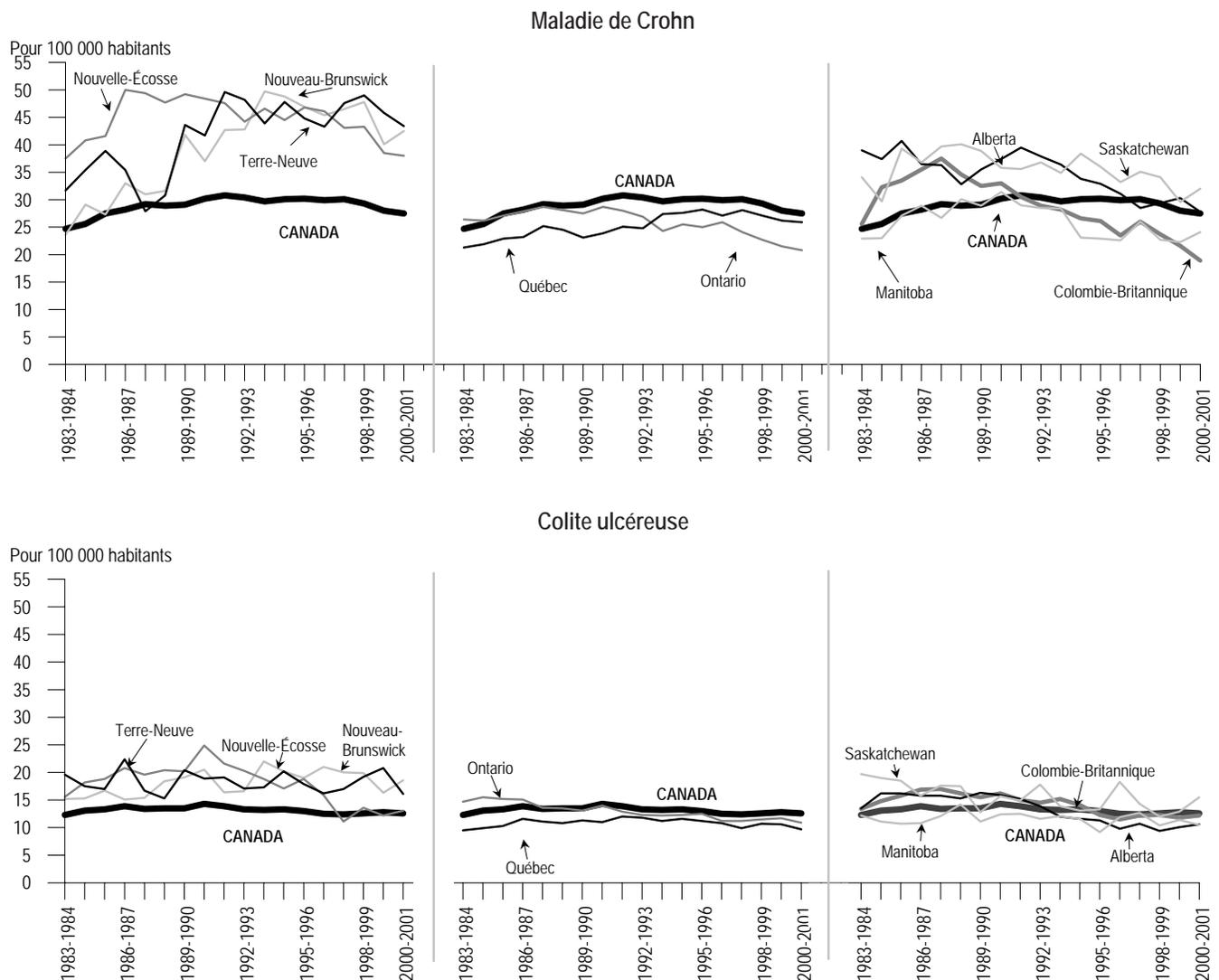
Pour la colite ulcéreuse, les taux d'hospitalisation sont à peu près les mêmes chez les hommes comme chez les femmes. En 2000-2001, ils étaient de 13,1 pour 100 000 hommes et de 12,5 pour 100 000 femmes. En outre, les taux d'hospitalisation

pour chaque groupe d'âge ne présentent que de faibles différences selon le sexe.

Taux provinciaux

En 2000-2001, les taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn étaient supérieurs à ceux observés en 1983-1984 dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et au Manitoba (tableau C en annexe.) En revanche, ils étaient inférieurs à ceux de 1983-1984 en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

Graphique 4
Taux d'hospitalisation corrigés selon l'âge pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse, selon la province[†], 1983-1984 à 2000-2001



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001
 † À cause des petits nombres de cas à l'Île-du-Prince-Édouard, de faibles variations du nombre annuel d'hospitalisations peuvent produire de fortes fluctuations des taux; par conséquent, les données pour l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas présentées mais sont incluses dans les totaux nationaux (tableau A en annexe).

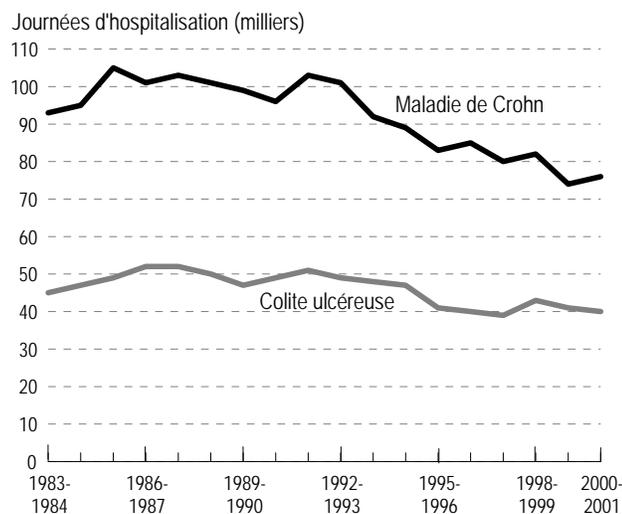
Durant la période de référence, le taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn avait tendance à être élevé dans les provinces de l'Atlantique, en Saskatchewan et en Alberta, et faible en Ontario et au Québec (graphique 4). En Colombie-Britannique, il était nettement supérieur à la moyenne nationale au début des années 1980, mais il était le plus faible du pays à la fin des années 1990.

Le taux d'hospitalisation pour la colite ulcéreuse était généralement élevé dans les provinces de l'Atlantique et en Saskatchewan, et faible dans les autres provinces (tableau D en annexe).

Hospitalisations plus courtes, nombre de jours plus faible

Au cours des deux dernières décennies, la durée de l'hospitalisation pour une MII a diminué. Au début des années 1980, les personnes admises à l'hôpital pour un diagnostic primaire de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse y effectuaient un séjour d'une durée moyenne d'environ deux semaines (tableaux E et F en annexe). Par contre, en 2000-2001, la durée de l'hospitalisation était, en moyenne, de 9 ou 10 jours.

Graphique 5
Nombre annuel de journées d'hospitalisation pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse, 1983-1984 à 2000-2001



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

La diminution de la durée du séjour à l'hôpital a fait baisser le nombre annuel de journées d'hospitalisation imputables aux deux maladies (tableaux E et F en annexe). Le nombre de journées d'hospitalisation des personnes atteintes de la maladie de Crohn est passé de presque 93 000 en 1983-1984 à environ 76 000 en 2000-2001 (graphique 5). Parallèlement, le nombre de journées d'hospitalisation imputables à la colite ulcéreuse est passé de presque 45 000 en 1983-1984 à près de 40 000 en 2000-2001.

Cependant, cette diminution du nombre de journées-patient pour une MII a été plus lente que celle du nombre global de journées d'hospitalisation (voir *Tendances en matière d'hospitalisation*). Par conséquent, exprimé en pourcentage du nombre total de journées d'hospitalisation, le nombre de journées imputables à la maladie de Crohn ou à la colite ulcéreuse a augmenté, passant de 0,34 % à 0,46 %.

Au-delà du diagnostic primaire

Le nombre d'admissions à l'hôpital pour un diagnostic primaire de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse ne dépeint que partiellement l'impact qu'ont ces maladies sur les ressources hospitalières. Ainsi, en 2000-2001, la maladie de Crohn était le diagnostic primaire figurant dans le dossier de radiation de l'hôpital pour 8 305 hospitalisations, mais elle figurait comme diagnostic secondaire pour 4 207 hospitalisations et comme diagnostic tertiaire pour 1 964 hospitalisations. Le profil est le même pour la colite ulcéreuse : 3 949 hospitalisations ont été attribuées directement à cette maladie, mais elle était le diagnostic secondaire pour 1 494 hospitalisations supplémentaires, et le diagnostic tertiaire, pour 920.

Si l'on regroupe les hospitalisations pour lesquelles l'un des cinq premiers diagnostics inscrits dans le dossier du patient est la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse, en 2000-2001, le nombre total d'hospitalisations était de 23 152 et le taux d'hospitalisation, de 74,5 pour 100 000 habitants (tableau G en annexe). Ces hospitalisations représentent 206 095 journées d'hospitalisation, soit presque le double du total observé lorsque seul le diagnostic primaire est pris en compte (115 580).

Mot de la fin

En 2000-2001, moins d'un demi pour cent de l'ensemble des radiations de l'hôpital étaient imputables à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse. Cependant, les taux d'hospitalisation pour une MII observés au cours des deux dernières décennies sont demeurés assez stables, marquant ainsi un net contraste avec le taux global d'hospitalisation qui a diminué régulièrement dans l'ensemble du pays. Cette situation a par conséquent entraîné une hausse du pourcentage des hospitalisations que l'on attribue à une MII.

Dans une large mesure, la stabilité des taux d'hospitalisation pour une MII reflète la proportion élevée de réhospitalisations, environ le quart des patients étant hospitalisés au moins deux fois durant une même année. À une époque de compressions budgétaires et d'efforts en vue de traiter un nombre croissant d'affections de façon ambulatoire, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse semblent échapper à cette tendance. En effet, bien que de plus en plus de gens soient traités par l'entremise des services de consultations externes, un nombre appréciable de personnes doivent néanmoins être hospitalisées, ce qui pourrait témoigner de l'augmentation de la prévalence de ces maladies.

La durée moyenne de l'hospitalisation des personnes atteintes d'une MII a diminué depuis le début des années 1980, d'où le nombre moins élevé de journées-patient liées à cette affection. Même à cela, cette baisse n'a su tenir le rythme avec la diminution du nombre global de journées-patient. Par conséquent, en 2000-2001, le pourcentage de l'ensemble des journées d'hospitalisation attribuable à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse était, en fait, plus élevé qu'en 1983-1984.

Les variations interprovinciales du taux d'hospitalisation pour une MII, particulièrement la maladie de Crohn, pourraient tenir à plusieurs facteurs. Par exemple, le taux élevé observé dans la région de l'Atlantique (et, dans une moindre mesure, en Saskatchewan) reflète peut-être la proportion importante de la population vivant en région rurale. Ces deux maladies demandent des soins et une surveillance de longue durée prodigués par un spécialiste. Compte tenu des distances, il pourrait

être plus difficile de traiter les résidents des régions rurales au service de consultations externes, si bien qu'on a peut-être tendance à hospitaliser ceux qui sont contraints de se présenter plusieurs fois à la consultation pour obtenir des soins. La décision d'hospitaliser une personne souffrant d'une MII pourrait aussi refléter les méthodes diagnostiques, la façon d'exercer et l'expérience des médecins, ainsi que l'existence d'autres solutions, mais la Base de données sur la morbidité hospitalière et la Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne ne fournissent pas ce genre de renseignements. Les différences en ce qui concerne la prévalence et la gravité de la maladie pourraient aussi jouer un rôle, mais, de nouveau, ce genre d'information n'est pas disponible.

À une époque où les taux d'hospitalisation ont tendance à baisser, la stabilité des taux d'hospitalisation pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse donne à penser que la conduite du traitement de ces maladies pose un défi au système de santé et est éprouvante pour les malades. Contrairement à de nombreux autres patients, les personnes hospitalisées, parfois à plusieurs reprises, pour une MII sont souvent dans la vingtaine ou la trentaine, c'est-à-dire une période importante du point de vue familial et professionnel. ●

Remerciements

Les travaux du Dr Charles N. Bernstein sont financés en partie par une bourse de chercheur des Instituts de la recherche en santé du Canada et par la Bourse du scientifique spécialiste des MII de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin. Les auteurs remercient Kathy Nguyen et Sumaya Bahar de leur aide.

Références

1. A.G. Pallis, I.G. Vlachonikolis et I.A. Mouzas, « Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece », *Bio Med Central Gastroenterology*, 2(1), 2002, p. 1.
2. C.N. Bernstein, J.F. Blanchard, P. Rawsthorne *et al.*, « Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: A population-based study », *American Journal of Epidemiology*, 149, 1999, p. 916-924.
3. R. Berkow, M.H. Beers et A.J. Fletcher (publié sous la direction de), *The Merck Manual of Medical Information*, Whitehouse Station, New Jersey, Merck Research Laboratories, 1997, p. 528-532.
4. C. Younger-Lewis (publié sous la direction de), *Complete Home Medical Guide*, Association médicale canadienne, Toronto, Tournaine Editions, Inc., 2001, p. 658-660.
5. C.N. Bernstein et J.F. Blanchard, « Epidemiology of inflammatory bowel disease », publié sous la direction de R.D. Cohen, *Clinical Gastroenterology: Inflammatory Bowel Disease: Diagnosis and Therapeutics*, Totowa, New Jersey, Human Press, Inc., 2003, p. 17-32.
6. C.N. Bernstein, « Infliximab as first line therapy for Crohn's disease: Commentary », *Inflammatory Bowel Diseases*, 8(1), 2002, p. 63-65.
7. D.K. Podolsky, « Medical progress: Inflammatory bowel disease », *The New England Journal of Medicine*, 347(6), 2002, p. 417-429.
8. J. Hampe, J. Grebe, S. Nikolaus *et al.*, « Association of NOD2 (CARD15) genotype with clinical course of Crohn's disease: A cohort study », *Lancet*, 359(9318), 2002, p. 1661-1665.
9. S. Vermeire, G. Wild, K. Kocher *et al.*, « CARD15 Genetic variation in a Quebec population: Prevalence, genotype-phenotype relationship, and haplotype structure », *American Journal of Human Genetics*, 71(1), 2002, p. 74-83.
10. D.A. Watts et J. Satsangi, « The genetic jigsaw of inflammatory bowel disease », *Gut Online*, 50(Supplement 3), 2002, p. 31-36.
11. J. Hermon-Taylor et T. Bull, « Crohn's disease caused by Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis: A public health tragedy whose resolution is long overdue », *Journal of Medical Microbiology*, 51(1), 2002, p. 3-6.
12. C.N. Bernstein, G. Nayar, A. Hamel *et al.*, « A pursuit of animal-borne infections in the mucosa of subjects with inflammatory bowel disease and population-based controls », *Journal of Clinical Microbiology*, 41, 2003, p. 4986-4990.
13. C.N. Bernstein, J.F. Blanchard, P. Rawsthorne *et al.*, « A population-based case control study of seroprevalence of Mycobacterium paratuberculosis in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis », *Journal of Clinical Microbiology*, 2004 (en cours d'impression).
14. J.V. Weinstock, R.W. Summers, D.E. Elliott *et al.*, « The possible link between de-worming and the emergence of immunological disease », *Journal of Laboratory Clinical Medicine*, 139(6), 2001, p. 334-338.
15. P. McCormick et D. Manning, « Chronic inflammatory bowel disease and the 'over-clean' environment: rarity in the Irish 'traveler' community », *Irish Medical Journal*, 94(7), 2001, p. 203-204.
16. D. Laharie, S. Debeugny, M. Peeters *et al.*, « Inflammatory bowel disease in spouses and their offspring », *Gastroenterology Journal*, 120(4), 2001, p. 816-819.
17. A. Stallmach et O. Castens, « Role of infections in the manifestation or reactivation of inflammatory bowel diseases », *Inflammatory Bowel Disease: Journal of the Crohn's and Colitis Foundation of America*, 8(3), 2002, p. 213-218.
18. A. Ekblom, A.J. Wakefield, M. Zack *et al.*, « Perinatal measles infection and subsequent Crohn's disease », *Lancet*, 344(8921), 1994, p. 508-510.
19. S.A. Mitchell, M. Thyssen, T.R. Orchard *et al.*, « Cigarette smoking, appendectomy, and tonsillectomy as risk factors for the development of primary sclerosing cholangitis: a case control study », *Gut*, 51(4), 2002, p. 567-573.
20. A.D. Harries, A. Baird et J. Rhodes, « Non-smoking: a feature of ulcerative colitis », *British Medical Journal*, 284(6317), 1982, p. 706.
21. E. Lindberg, C. Tysk, K. Andersson *et al.*, « Smoking and inflammatory bowel disease: a case-control study », *Gut*, 29(3), 1988, p. 352-357.
22. M. Orholm, V. Binder, T.I.A. Sørensen *et al.*, « Concordance of inflammatory bowel disease among Danish twins: Results of a nationwide study », *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 35(10), 2000, p. 1075-1081.
23. T. Parrello, M. Pavia, I.F. Angelillo *et al.*, « Appendectomy is an independent protective factor for ulcerative colitis: results of a multicentre case control study », The Italian Group for the Study of Colon and Rectum (GISC), *Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 29(3), 1997, p. 208-211.
24. R.E. Andersonn, G. Olaison, C. Tysk *et al.*, « Appendectomy and protection against ulcerative colitis », *The New England Journal of Medicine*, 344(11), 2001, p. 808-814.
25. D. Lopez-Ramos, R. Gabiel, J. Cantero-Perona *et al.*, « Prevalence of appendectomy among ulcerative colitis patients and their relatives », *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 13(2), 2001, p. 1231-1233.
26. B. Dijkstra, P.F. Bagshaw et F.A. Frizelle, « Protective effect of appendectomy on the development of ulcerative colitis: Matched case-control study », *Diseases of the Colon and Rectum*, 42(3), 1999, p. 334-336.
27. Statistique Canada, *Dictionnaire des données de l'ALP* (document non publié), 2003.
28. Organisation mondiale de la Santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9^e révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.

Annexe

Tableau A

Nombre de radiations des hôpitaux et taux selon l'âge pour la maladie de Crohn, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Total	Groupe d'âge							
		0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et plus
Nombre de radiations									
1983-1984	6 403	45	952	2 147	1 439	713	477	373	257
1984-1985	6 741	38	913	2 365	1 531	694	559	353	288
1985-1986	7 313	35	964	2 532	1 705	870	512	358	337
1986-1987	7 607	35	1 023	2 554	1 830	885	577	390	313
1987-1988	7 948	41	1 096	2 602	1 873	960	599	433	344
1988-1989	7 977	42	1 020	2 551	1 913	1 023	595	472	361
1989-1990	8 135	31	962	2 592	2 057	1 146	586	448	313
1990-1991	8 489	44	1 024	2 704	2 007	1 168	692	475	375
1991-1992	8 763	32	980	2 774	2 219	1 277	639	451	391
1992-1993	8 731	36	930	2 691	2 262	1 328	630	487	367
1993-1994	8 562	35	915	2 606	2 233	1 305	622	484	362
1994-1995	8 621	53	864	2 630	2 200	1 379	661	454	380
1995-1996	8 720	46	967	2 514	2 309	1 397	663	447	377
1996-1997	8 711	34	914	2 400	2 345	1 428	742	475	373
1997-1998	8 838	55	1 017	2 391	2 347	1 416	739	454	419
1998-1999	8 714	28	1 031	2 176	2 282	1 448	861	479	409
1999-2000	8 383	47	975	2 096	2 208	1 398	795	443	421
2000-2001	8 305	48	992	2 030	2 132	1 371	896	421	415
Taux pour 100 000 habitants									
1983-1984	24,7	1,2	24,1	43,6	35,0	25,3	19,3	18,9	15,1
1984-1985	25,6	1,0	23,7	47,9	36,1	23,9	22,7	17,5	16,4
1985-1986	27,5	1,0	25,3	50,9	39,0	28,9	20,7	17,3	18,6
1986-1987	28,2	0,9	27,0	51,9	41,0	27,9	23,2	18,4	16,7
1987-1988	29,2	1,1	28,9	53,6	41,0	28,8	24,0	19,9	17,9
1988-1989	28,9	1,1	26,8	52,9	40,6	29,2	23,7	21,3	18,3
1989-1990	29,1	0,8	25,2	54,5	42,5	31,3	23,1	19,9	15,3
1990-1991	30,2	1,1	26,7	58,3	40,6	30,6	26,8	20,9	17,6
1991-1992	30,8	0,8	25,3	60,7	43,8	32,2	24,3	19,6	17,7
1992-1993	30,4	0,9	23,8	60,0	43,7	32,4	23,3	21,0	16,1
1993-1994	29,7	0,9	23,2	59,7	42,7	30,7	22,2	20,8	15,3
1994-1995	30,1	1,3	21,8	61,0	42,3	32,6	23,6	19,6	16,4
1995-1996	30,2	1,2	24,1	59,4	44,1	31,8	23,0	19,2	15,9
1996-1997	29,9	0,9	22,6	57,2	44,8	31,6	24,8	20,4	15,3
1997-1998	30,1	1,4	25,0	57,0	45,2	30,6	23,4	19,4	16,7
1998-1999	29,3	0,7	25,2	52,0	44,5	30,7	26,0	20,3	15,9
1999-2000	28,0	1,2	23,7	49,8	43,6	28,9	23,0	18,6	16,0
2000-2001	27,5	1,3	23,9	48,0	42,5	27,7	24,8	17,5	15,4

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Nota : Le taux pour l'ensemble de la population est corrigé selon l'âge.

Tableau B

Nombre de radiations des hôpitaux et taux selon l'âge pour la colite ulcéreuse, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Total	Groupe d'âge							
		0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et plus
Nombre de radiations									
1983-1984	3 102	40	346	757	657	326	336	295	345
1984-1985	3 347	46	338	839	681	427	319	343	354
1985-1986	3 501	40	371	924	747	413	363	320	323
1986-1987	3 689	38	341	975	827	482	338	333	355
1987-1988	3 600	37	319	973	787	429	340	332	383
1988-1989	3 687	55	358	880	841	495	316	341	401
1989-1990	3 749	46	344	955	866	523	304	328	383
1990-1991	4 011	56	412	964	941	547	309	379	403
1991-1992	3 969	48	362	961	935	545	334	330	454
1992-1993	3 856	45	356	921	903	529	324	329	449
1993-1994	3 856	52	326	846	948	575	371	341	397
1994-1995	3 863	44	351	804	970	579	362	318	435
1995-1996	3 832	30	346	798	884	650	340	365	419
1996-1997	3 727	25	336	764	872	641	386	320	383
1997-1998	3 712	35	368	720	850	641	372	338	388
1998-1999	3 850	42	393	695	830	657	470	347	416
1999-2000	3 925	38	391	764	876	694	398	304	460
2000-2001	3 949	44	396	713	766	764	511	310	445
Taux pour 100 000 habitants									
1983-1984	12,3	1,1	8,8	15,4	16,0	11,6	13,6	14,9	20,3
1984-1985	13,1	1,3	8,8	17,0	16,1	14,7	12,9	17,0	20,1
1985-1986	13,4	1,1	9,7	18,6	17,1	13,7	14,7	15,5	17,8
1986-1987	13,9	1,0	9,0	19,8	18,5	15,2	13,6	15,7	19,0
1987-1988	13,4	1,0	8,4	20,1	17,2	12,9	13,7	15,3	20,0
1988-1989	13,5	1,4	9,4	18,2	17,8	14,1	12,6	15,4	20,3
1989-1990	13,5	1,2	9,0	20,1	17,9	14,3	12,0	14,6	18,7
1990-1991	14,3	1,4	10,7	20,8	19,0	14,4	12,0	16,7	19,0
1991-1992	13,9	1,2	9,4	21,0	18,5	13,8	12,7	14,4	20,6
1992-1993	13,3	1,1	9,1	20,6	17,5	12,9	12,0	14,2	19,6
1993-1994	13,2	1,3	8,3	19,4	18,1	13,5	13,3	14,7	16,8
1994-1995	13,3	1,1	8,9	18,6	18,7	13,7	12,9	13,7	18,8
1995-1996	13,1	0,8	8,6	18,8	16,9	14,8	11,8	15,7	17,6
1996-1997	12,6	0,6	8,3	18,2	16,7	14,2	12,9	13,7	15,7
1997-1998	12,4	0,9	9,0	17,2	16,4	13,9	11,8	14,4	15,5
1998-1999	12,6	1,1	9,6	16,6	16,2	13,9	14,2	14,7	16,2
1999-2000	12,8	1,0	9,5	18,2	17,3	14,4	11,5	12,8	17,5
2000-2001	12,6	1,1	9,6	16,9	15,3	15,5	14,2	12,9	16,5

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Nota : Le taux pour l'ensemble de la population est corrigé selon l'âge.

Tableau C

Nombre de radiations des hôpitaux et taux corrigés selon l'âge pour la maladie de Crohn, Canada et provinces, 1983-1984 à 2000-2001

	Canada [†]	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.-B.
Nombre de radiations											
1983-1984	6 403	170	21	307	158	1 336	2 269	225	312	902	703
1984-1985	6 741	191	22	341	198	1 395	2 310	231	278	875	900
1985-1986	7 313	212	28	354	189	1 489	2 463	279	372	973	954
1986-1987	7 607	195	35	431	231	1 542	2 615	301	352	874	1 031
1987-1988	7 948	156	23	431	220	1 693	2 766	281	381	876	1 121
1988-1989	7 977	175	46	424	228	1 688	2 825	320	384	811	1 076
1989-1990	8 135	251	30	444	307	1 625	2 842	309	368	906	1 053
1990-1991	8 489	244	45	443	277	1 703	3 019	340	340	975	1 103
1991-1992	8 763	297	53	444	326	1 828	3 028	319	342	1 060	1 066
1992-1993	8 731	290	52	415	328	1 819	2 928	316	356	1 023	1 020
1993-1994	8 562	270	41	443	385	2 033	2 682	318	342	1 005	1 036
1994-1995	8 621	286	58	422	365	2 050	2 843	259	376	941	1 016
1995-1996	8 720	268	59	450	367	2 123	2 849	261	359	942	1 034
1996-1997	8 711	258	47	450	361	2 082	3 025	261	337	914	969
1997-1998	8 838	283	45	426	374	2 184	2 875	305	364	866	1 103
1998-1999	8 714	292	72	436	390	2 147	2 774	270	360	926	1 018
1999-2000	8 383	273	53	394	331	2 101	2 688	269	316	982	953
2000-2001	8 305	262	46	395	356	2 115	2 677	296	346	928	851
Taux corrigé selon l'âge pour 100 000 habitants											
1983-1984	24,7	31,7	18,3	37,5	23,6	21,3	26,4	22,9	34,1	39,0	25,6
1984-1985	25,6	35,4	18,8	40,8	29,1	21,9	26,2	23,0	29,7	37,4	32,3
1985-1986	27,5	38,9	23,4	41,6	27,3	22,9	27,1	27,1	39,3	40,7	33,5
1986-1987	28,2	35,4	29,1	50,0	33,0	23,2	27,9	28,9	36,8	36,5	35,5
1987-1988	29,2	27,9	18,8	49,4	31,0	25,2	28,7	26,7	39,7	36,3	37,5
1988-1989	28,9	30,8	37,0	47,7	31,6	24,5	28,1	30,1	40,1	32,8	34,6
1989-1990	29,1	43,6	24,0	49,2	41,8	23,1	27,5	28,9	38,9	35,5	32,5
1990-1991	30,2	41,7	35,6	48,4	37,0	23,9	28,7	31,4	35,8	37,4	33,0
1991-1992	30,8	49,6	41,2	47,6	42,7	25,1	28,0	29,0	35,6	39,5	30,5
1992-1993	30,4	48,2	40,3	44,2	42,8	24,8	26,9	28,5	36,8	37,9	28,9
1993-1994	29,7	43,9	31,1	46,6	49,7	27,4	24,3	28,4	34,9	36,4	28,2
1994-1995	30,1	47,9	43,5	44,5	48,8	27,6	25,5	23,1	38,4	33,8	26,6
1995-1996	30,2	44,8	43,3	46,8	46,9	28,2	25,0	22,9	36,0	32,9	26,1
1996-1997	29,9	43,3	33,7	46,1	45,4	27,1	25,9	22,6	33,2	31,1	23,5
1997-1998	30,1	47,6	31,7	43,1	46,5	28,2	24,1	26,0	35,1	28,5	26,0
1998-1999	29,3	49,0	49,9	43,3	47,8	27,1	22,7	22,7	34,1	29,4	23,7
1999-2000	28,0	45,8	36,1	38,5	40,1	26,2	21,5	22,3	29,6	30,3	21,6
2000-2001	27,5	43,4	30,7	38,0	42,5	25,9	20,8	24,1	32,0	27,8	18,9

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

† Territoires non compris.

Tableau D

Nombre de radiations des hôpitaux et taux corrigés selon l'âge pour la colite ulcéreuse, Canada et provinces, 1983-1984 à 2000-2001

	Canada [†]	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.-B.
Nombre de radiations											
1983-1984	3 102	99	9	125	99	579	1 238	119	180	291	363
1984-1985	3 347	89	13	149	101	612	1 333	111	176	353	410
1985-1986	3 501	89	18	158	113	655	1 364	110	175	368	451
1986-1987	3 689	118	16	177	104	758	1 399	112	151	362	492
1987-1988	3 600	89	24	170	108	735	1 298	128	170	366	512
1988-1989	3 687	84	19	181	132	736	1 341	152	170	364	508
1989-1990	3 749	114	17	183	140	789	1 351	120	124	404	507
1990-1991	4 011	108	22	229	153	785	1 468	137	154	404	551
1991-1992	3 969	112	27	204	126	879	1 400	140	149	400	532
1992-1993	3 856	101	27	193	128	871	1 336	132	179	368	521
1993-1994	3 856	104	17	182	172	843	1 359	139	141	326	570
1994-1995	3 863	119	25	166	153	873	1 388	134	134	318	550
1995-1996	3 832	106	20	185	151	862	1 443	108	138	319	496
1996-1997	3 727	97	16	159	170	846	1 332	141	193	284	483
1997-1998	3 712	102	14	113	165	792	1 366	153	154	322	528
1998-1999	3 850	116	10	142	167	868	1 446	128	132	295	537
1999-2000	3 925	126	17	129	138	869	1 497	142	144	325	533
2000-2001	3 949	100	18	142	162	829	1 453	135	176	354	574
Taux corrigé selon l'âge pour 100 000 habitants											
1983-1984	12,3	19,6	7,9	15,6	15,2	9,5	14,7	12,2	19,7	13,5	13,4
1984-1985	13,1	17,5	11,2	18,2	15,3	9,9	15,5	11,1	19,0	16,2	14,8
1985-1986	13,4	17,0	15,1	18,8	16,7	10,3	15,2	10,7	18,5	16,2	15,8
1986-1987	13,9	22,4	13,3	20,8	15,1	11,6	15,1	10,8	15,8	15,8	16,9
1987-1988	13,4	16,7	19,6	19,6	15,4	11,1	13,6	12,1	17,6	15,8	17,0
1988-1989	13,5	15,3	15,2	20,4	18,4	10,8	13,5	14,2	17,5	15,3	16,2
1989-1990	13,5	20,4	13,4	20,2	19,1	11,3	13,1	11,1	12,8	16,3	15,5
1990-1991	14,3	18,9	17,2	24,9	20,5	11,0	14,0	12,4	15,7	15,9	16,2
1991-1992	13,9	19,1	20,5	21,6	16,4	12,0	12,9	12,5	14,9	15,2	15,0
1992-1993	13,3	17,1	20,4	20,3	16,6	11,8	12,3	11,6	17,8	13,9	14,5
1993-1994	13,2	17,3	12,6	18,8	22,0	11,2	12,2	12,1	13,9	12,0	15,2
1994-1995	13,3	20,2	18,3	17,1	20,2	11,6	12,3	11,6	13,1	11,6	14,1
1995-1996	13,1	17,9	14,3	18,8	19,0	11,2	12,5	9,2	13,3	11,3	12,3
1996-1997	12,6	16,2	11,2	15,9	21,0	10,8	11,2	11,9	18,3	9,8	11,5
1997-1998	12,4	17,0	9,6	11,1	20,0	9,9	11,2	12,7	14,3	10,7	12,2
1998-1999	12,6	19,2	6,7	13,6	19,9	10,7	11,5	10,4	12,0	9,4	12,3
1999-2000	12,8	20,8	11,2	12,2	16,3	10,6	11,7	11,4	12,9	10,1	11,8
2000-2001	12,6	16,1	11,5	13,1	18,6	9,7	10,9	10,5	15,5	10,6	12,2

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

† Territoires non compris.

Tableau E

Nombre de journées d'hospitalisation et durée moyenne du séjour pour la maladie de Crohn, selon le groupe d'âge, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Groupe d'âge								
	Total	0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et plus
Nombre de jours									
1983-1984	92 567	436	12 454	28 048	19 088	10 282	8 207	7 047	7 005
1984-1985	95 489	344	10 748	31 489	19 832	10 311	9 518	5 803	7 444
1985-1986	104 961	381	11 681	31 427	23 215	11 443	8 047	9 653	9 114
1986-1987	101 366	266	11 395	30 468	23 782	11 144	8 338	7 513	8 460
1987-1988	102 567	266	12 552	30 096	24 143	12 604	8 611	7 095	7 200
1988-1989	100 589	419	10 330	30 352	23 572	13 016	7 918	7 789	7 193
1989-1990	99 372	255	10 129	28 723	23 641	14 100	7 957	6 764	7 803
1990-1991	96 015	204	10 644	27 484	21 284	12 514	8 861	7 781	7 243
1991-1992	102 928	229	9 248	29 448	24 435	13 928	8 257	6 186	11 197
1992-1993	100 503	240	8 960	28 713	23 608	13 715	8 020	6 149	11 099
1993-1994	91 611	290	7 874	24 578	22 838	14 788	8 573	6 753	5 919
1994-1995	88 577	424	7 179	24 786	21 345	14 291	8 414	6 213	5 926
1995-1996	82 768	359	8 266	21 389	21 521	12 934	6 811	5 429	6 061
1996-1997	85 196	331	7 547	20 048	20 468	13 399	6 989	5 848	10 569
1997-1998	79 896	512	8 523	19 688	19 407	12 636	7 625	5 182	6 325
1998-1999	82 054	261	8 223	17 550	20 070	13 692	9 257	5 307	7 696
1999-2000	73 600	419	8 347	16 673	18 713	11 582	7 581	4 881	5 406
2000-2001	75 709	284	7 675	15 635	16 949	11 678	9 349	4 919	9 222
Nombre moyen de jours									
1983-1984	14,5	9,7	13,1	13,1	13,3	14,4	17,2	18,9	27,3
1984-1985	14,2	9,1	11,8	13,3	13,0	14,9	17,0	16,4	25,9
1985-1986	14,4	10,9	12,1	12,4	13,6	13,2	15,7	27,0	27,0
1986-1987	13,3	7,6	11,1	11,9	13,0	12,6	14,5	19,3	27,0
1987-1988	12,9	6,5	11,5	11,6	12,9	13,1	14,4	16,4	20,9
1988-1989	12,6	10,0	10,1	11,9	12,3	12,7	13,3	16,5	19,9
1989-1990	12,2	8,2	10,5	11,1	11,5	12,3	13,6	15,1	24,9
1990-1991	11,3	4,6	10,4	10,2	10,6	10,7	12,8	16,4	19,3
1991-1992	11,8	7,2	9,4	10,6	11,0	10,9	12,9	13,7	28,6
1992-1993	11,8	8,0	9,4	10,7	11,0	11,0	12,9	14,0	29,1
1993-1994	10,7	8,3	8,6	9,4	10,2	11,3	13,8	14,0	16,4
1994-1995	10,3	8,0	8,3	9,4	9,7	10,4	12,7	13,7	15,6
1995-1996	9,5	7,8	8,5	8,5	9,4	9,3	10,3	12,2	16,1
1996-1997	9,8	9,7	8,3	8,4	8,7	9,4	9,4	12,4	28,3
1997-1998	9,0	9,1	8,4	8,2	8,3	8,9	10,3	11,5	15,1
1998-1999	9,4	9,3	8,0	8,1	8,8	9,5	10,7	11,1	18,7
1999-2000	8,8	8,9	8,6	8,0	8,5	8,3	9,6	11,0	12,9
2000-2001	9,1	5,8	7,7	7,7	8,0	8,5	10,5	11,7	22,2

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Tableau F

Nombre de journées d'hospitalisation et durée moyenne du séjour pour la colite ulcéreuse, selon le groupe d'âge, Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Total	Groupe d'âge							
		0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et plus
Nombre de jours									
1983-1984	44 888	393	4 367	10 550	8 201	4 447	4 650	5 115	7 165
1984-1985	46 585	667	3 981	10 553	8 813	5 894	4 516	5 307	6 854
1985-1986	48 786	347	4 006	11 307	9 730	5 432	5 709	5 351	6 904
1986-1987	52 000	336	3 859	12 149	10 254	6 571	4 792	5 289	8 750
1987-1988	51 537	382	3 450	12 241	10 191	6 674	5 295	5 557	7 747
1988-1989	49 638	528	3 576	9 948	10 285	6 457	4 118	5 728	8 998
1989-1990	47 287	485	3 862	10 624	10 044	6 634	4 047	4 276	7 315
1990-1991	48 971	455	4 128	11 091	10 296	6 998	4 224	5 465	6 314
1991-1992	50 578	419	3 662	11 060	10 809	6 378	4 961	4 514	8 775
1992-1993	49 072	386	3 460	10 537	10 474	6 222	4 834	4 542	8 617
1993-1994	48 379	494	3 448	9 175	10 849	6 922	4 321	4 843	8 328
1994-1995	47 066	543	2 973	8 035	9 955	6 693	4 234	8 328	6 308
1995-1996	40 930	239	3 097	7 772	8 790	6 790	3 729	4 351	6 163
1996-1997	40 354	254	2 952	7 117	8 453	7 260	4 568	3 822	5 930
1997-1998	39 142	352	3 346	6 481	8 064	6 280	4 004	4 215	6 400
1998-1999	42 686	463	3 611	6 505	7 743	6 492	5 298	4 388	8 186
1999-2000	41 125	299	3 633	6 858	8 412	7 201	4 207	3 971	6 546
2000-2001	39 871	508	3 605	6 054	6 744	7 136	5 122	3 888	6 817
Nombre moyen de jours									
1983-1984	14,5	9,8	12,6	13,9	12,5	13,6	13,8	17,3	20,8
1984-1985	13,9	14,5	11,8	12,6	12,9	13,8	14,2	15,5	19,4
1985-1986	13,9	8,7	10,8	12,2	13,0	13,2	15,7	16,7	21,4
1986-1987	14,1	8,8	11,3	12,5	12,4	13,6	14,2	15,9	24,7
1987-1988	14,3	10,3	10,8	12,6	13,0	15,6	15,6	16,7	20,2
1988-1989	13,5	9,6	10,0	11,3	12,2	13,0	13,0	16,8	22,4
1989-1990	12,6	10,5	11,2	11,1	11,6	12,7	13,3	13,0	19,1
1990-1991	12,2	8,1	10,0	11,5	10,9	12,8	13,7	14,4	15,7
1991-1992	12,7	8,7	10,1	11,5	11,6	11,7	14,9	13,7	19,3
1992-1993	12,8	8,6	9,8	11,5	11,6	11,8	15,0	13,8	19,2
1993-1994	12,6	9,5	10,5	10,8	11,4	12,1	11,7	14,2	20,9
1994-1995	12,2	11,5	8,5	10,0	10,3	11,6	11,7	26,2	14,5
1995-1996	10,7	8,0	9,0	9,7	10,0	10,4	11,0	11,9	14,7
1996-1997	10,8	9,8	8,8	9,3	9,7	11,3	11,8	11,9	15,5
1997-1998	10,5	10,0	9,1	9,0	9,5	9,8	10,8	12,5	16,4
1998-1999	11,1	11,0	9,2	9,4	9,3	9,9	11,3	12,7	19,7
1999-2000	10,5	7,7	9,3	9,0	9,6	10,4	10,6	13,1	14,2
2000-2001	10,1	11,8	9,1	8,5	8,8	9,4	10,0	12,5	15,3

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Tableau G

Nombre de radiations des hôpitaux et taux selon l'âge pour les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin[†], Canada, territoires non compris, 1983-1984 à 2000-2001

	Groupe d'âge								
	Total	0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et plus
Nombre de radiations									
1983-1984	14 388	102	1 576	4 199	3 240	1 646	1 391	1 156	1 078
1984-1985	15 330	105	1 518	4 654	3 425	1 775	1 418	1 210	1 225
1985-1986	16 595	105	1 677	4 951	3 753	2 046	1 516	1 271	1 276
1986-1987	17 368	105	1 719	5 006	4 084	2 174	1 570	1 390	1 320
1987-1988	17 966	101	1 776	5 188	4 146	2 331	1 579	1 414	1 431
1988-1989	18 805	133	1 833	5 155	4 431	2 534	1 616	1 526	1 577
1989-1990	19 701	105	1 720	5 248	4 799	2 850	1 576	1 778	1 625
1990-1991	21 211	136	1 902	5 592	4 983	3 037	1 864	1 922	1 775
1991-1992	21 645	112	1 756	5 627	5 316	3 263	1 891	1 740	1 940
1992-1993	21 592	108	1 722	5 502	5 239	3 247	1 918	1 795	2 061
1993-1994	22 408	124	1 662	5 402	5 514	3 558	2 109	1 921	2 118
1994-1995	23 017	156	1 665	5 367	5 677	3 682	2 218	1 959	2 293
1995-1996	23 418	131	1 759	5 156	5 632	3 899	2 303	2 008	2 530
1996-1997	22 313	101	1 687	4 872	5 612	3 742	2 255	1 859	2 185
1997-1998	22 595	132	1 829	4 807	5 513	3 844	2 329	1 867	2 274
1998-1999	22 878	109	1 854	4 474	5 547	3 881	2 726	1 950	2 337
1999-2000	22 942	117	1 893	4 559	5 517	3 937	2 708	1 825	2 386
2000-2001	23 152	121	1 923	4 352	5 235	4 103	2 961	1 903	2 554
Taux pour 100 000 habitants									
1983-1984	56,4	2,8	39,8	85,2	78,8	58,4	56,4	58,4	63,5
1984-1985	59,2	2,9	39,3	94,2	80,8	61,2	57,5	60,0	69,6
1985-1986	63,0	2,9	44,0	99,6	85,9	68,0	61,2	61,5	70,3
1986-1987	65,1	2,8	45,4	101,7	91,5	68,4	63,2	65,6	70,5
1987-1988	66,5	2,7	46,9	106,9	90,6	69,8	63,4	65,1	74,6
1988-1989	68,5	3,5	48,2	106,9	93,9	72,3	64,2	68,8	79,8
1989-1990	70,8	2,7	45,0	110,4	99,2	77,8	62,1	79,1	79,3
1990-1991	75,4	3,5	49,5	120,6	100,8	79,7	72,3	84,5	83,5
1991-1992	75,9	2,8	45,4	123,0	105,0	82,4	71,9	75,8	87,8
1992-1993	74,8	2,7	44,1	122,7	101,2	79,1	70,9	77,5	90,1
1993-1994	76,9	3,1	42,1	123,8	105,4	83,7	75,4	82,6	89,6
1994-1995	79,4	3,9	42,0	124,4	109,3	87,0	79,3	84,6	99,0
1995-1996	79,8	3,3	43,9	121,7	107,6	88,9	79,7	86,4	106,4
1996-1997	75,4	2,5	41,7	116,0	107,2	82,7	75,3	79,7	89,6
1997-1998	75,5	3,3	45,0	114,7	106,1	83,1	73,7	79,7	90,9
1998-1999	75,5	2,8	45,4	106,8	108,1	82,1	82,2	82,8	91,1
1999-2000	75,0	3,0	46,1	108,4	108,8	81,5	78,3	76,7	90,7
2000-2001	74,5	3,2	46,4	102,9	104,4	83,0	82,1	79,3	94,7

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, 1983-1984 à 2000-2001

Nota : Le taux pour l'ensemble de la population est corrigé selon l'âge.

† Fondé sur les enregistrements pour lesquels l'un des cinq premiers codes de diagnostic dans le dossier du patient est une MII.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey outlines. The top part shows a simplified face with rectangular eyes, a vertical line for a nose, and a horizontal line for a mouth. Below the face, there are thick, white, curved lines that resemble a network or a stylized 'e' shape. At the bottom, there is a gear-like shape with a white outline and a dark grey center.

Santé en bref

De courts articles descriptifs qui
présentent de l'information
récente tirée d'enquêtes sur la
santé ou de bases de données
administratives

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



UTILISATION DU CANNABIS ET D'AUTRES DROGUES ILLICITES

par Michael Tjepkema

En 2002, environ 3 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 12,2 %, ont dit avoir consommé du cannabis, c'est-à-dire de la marijuana ou du haschich, au moins une fois au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Cette estimation, fondée sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), représente une augmentation significative de la consommation autodéclarée de drogue au cours de la dernière décennie. En 1989, 6,5 % des Canadiens ont déclaré prendre du cannabis; en 1994, la proportion était passée à 7,4 %^{1,2}. Cet accroissement de la consommation de drogue n'est pas sans rappeler les résultats d'une autre étude récente, selon laquelle la consommation de cannabis a augmenté chez les élèves du secondaire de l'Ontario au cours de la même période³. En outre, cet accroissement pourrait en partie tenir à un changement d'attitude quant à la consommation de drogue.

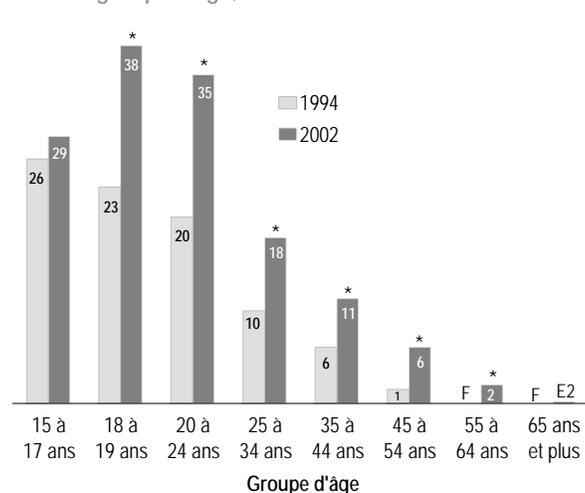
Autres drogues

L'ESCC fournit des données sur cinq autres drogues, à savoir la cocaïne ou le crack, l'ecstasy, le LSD et autres hallucinogènes, le speed ou les amphétamines, et l'héroïne. Dans l'ensemble, 2,4 % des Canadiens de 15 ans et plus ont utilisé au moins une de ces drogues au cours de l'année qui a précédé l'enquête, proportion en hausse par rapport à celle

de 1,6 % enregistrée en 1994. Environ 321 000 personnes (1,3 %) ont pris de la cocaïne ou du crack, ce qui en fait les substances les plus utilisées parmi le groupe des autres drogues.

Parmi les « utilisateurs » (personnes qui ont consommé une drogue illicite durant l'année qui a précédé l'enquête), 81,2 % n'ont utilisé que du cannabis. Une tranche de 16,0 % ont dit avoir consommé du cannabis et l'une des autres drogues, et les 2,9 % restants ont pris l'une des autres drogues, mais pas de cannabis.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a consommé du cannabis au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge, 1994 et 2002



Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002; Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, 1994
 * Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée pour 1994 ($p < 0,05$).
 E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.
 F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

Consommation plus forte chez les hommes et les adolescents

Une proportion plus élevée d'hommes (15,5 %) que de femmes (9,1 %) ont pris du cannabis l'année qui a précédé l'enquête. De même, plus d'hommes que de femmes ont consommé d'autres drogues illicites (tableau A). À une exception près (groupe des 15 à 17 ans), dans tous les groupes d'âge, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'utiliser du cannabis (tableau B).

Les jeunes sont ceux chez lesquels la consommation de cannabis est la plus fréquente. Environ 3 adolescents de 15 à 17 ans sur 10 (29 %) ont dit avoir pris de la marijuana ou du haschich au cours de l'année qui a précédé l'enquête. La prévalence de la consommation de cannabis passe

par un sommet de 38 % pour le groupe des 18 et 19 ans. Après 24 ans, le pourcentage d'utilisateurs commence à baisser, bien que leur nombre reste sensiblement important parmi les personnes de 25 à 34 ans et celles de 45 à 54 ans.

De 1994 à 2002, la consommation de cannabis a augmenté de façon significative dans tous les groupes d'âge sauf deux : 15 à 17 ans et 65 ans et plus.

Fréquence de la consommation

Chez les personnes qui ont utilisé du cannabis l'année qui a précédé l'enquête, la fréquence de la consommation varie. Près de la moitié d'entre elles (47 %) prenaient de la drogue moins d'une fois par mois. Une personne sur 10 consommait chaque semaine et une autre tranche de 10 %, tous les jours.

En pourcentage du nombre total de personnes de 15 ans et plus, 1,1 % des Canadiens consommaient du cannabis quotidiennement, 2,8 %,

Fréquence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente

	Total	Hommes	Femmes
	%		
Parmi les utilisateurs :			
Moins d'une fois par mois	47,3	41,3	57,5*
Une à trois fois par mois	18,0	18,2	17,6
Une fois par semaine	9,7	11,3	7,1*
Plus d'une fois par semaine	15,3	18,2	10,3*
Tous les jours	9,7	11,1	7,4*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002

* Valeur significativement différente de celle calculée pour les hommes ($p < 0,05$).

plus d'une fois par semaine, 3,9 %, au moins une fois par semaine et 6,0 %, au moins une fois par mois. En général, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'en consommer fréquemment.

Prévalence dans les provinces

Dans toutes les provinces, sauf le Manitoba, la prévalence de la consommation de cannabis était plus élevée en 2002 qu'en 1994. En 2002, le taux de consommation de cannabis était significativement supérieur à la moyenne nationale au Québec et en Colombie-Britannique (tableau B). Des taux inférieurs à la moyenne nationale étaient cependant associés aux résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan.

Consommation au cours de la vie

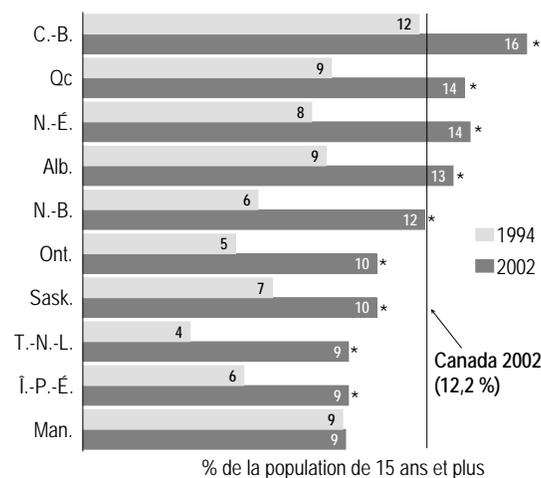
Bien que la plupart des Canadiens ne soient pas des consommateurs de drogues illicites, bon nombre d'entre eux en ont déjà fait l'essai. À cet égard, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir essayé une drogue illicite.

En 2002, plus de 10 millions de personnes ont déclaré avoir essayé le cannabis au moins une fois dans leur vie, ce qui représente 41,3 % de la population de 15 ans et plus. Si l'on exclut les personnes n'en ayant consommé qu'une seule fois, la proportion passe à 32,0 %.

La prévalence de la consommation d'autres drogues illicites au cours de la vie varie de 0,7 % pour l'héroïne à 8,4 % pour le LSD et autres hallucinogènes (tableau A). Si l'on regroupe les drogues illicites, à l'exception du cannabis, 13,7 % de la population, soit 3,4 millions de personnes, avaient essayé l'une de ces drogues.

En 2002, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie a atteint un sommet chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, puis a diminué progressivement chez les personnes de 25 à 54 ans,

Consommation de cannabis au cours de l'année précédente, selon la province, 1994 et 2002



Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002; Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, 1994
* Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée pour 1994 ($p < 0,05$).

pour ensuite connaître un recul marqué après cet âge. Le profil s'avère semblable en ce qui a trait aux autres drogues illicites (tableau B).

Le pourcentage de résidents ayant déjà utilisé du cannabis était supérieur à la moyenne nationale en Nouvelle-Écosse, en Alberta et en Colombie-Britannique. En ce qui concerne les autres drogues, le pourcentage était supérieur à la moyenne globale au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique.

Hausse des infractions criminelles liées au cannabis

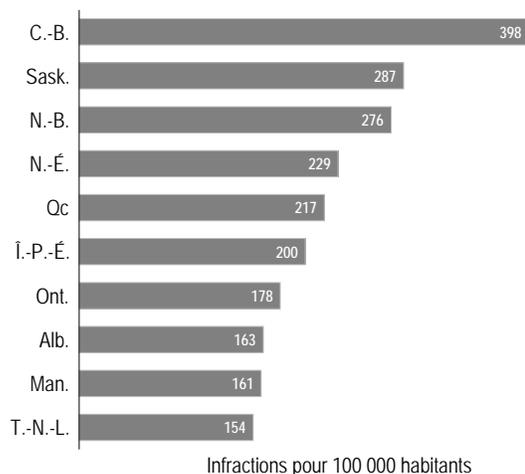
Le non-respect de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui régleme des drogues telles que le cannabis, la cocaïne et l'héroïne, ainsi que d'autres substances, comme l'ecstasy et le LSD, peut entraîner une inculpation et une condamnation pour infraction criminelle.

Questions

Les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ainsi que les participants à l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAAD) ont été invités à répondre à la question suivante : « Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana, du cannabis ou du haschich? » Dans l'affirmative, la question suivante leur a en outre été posée : « En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois? ». Les personnes qui ont dit avoir pris du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois ont été considérées comme des *utilisateurs* de cannabis. Des questions semblables ont été posées au sujet des autres drogues illicites.

Un certain sous-dénombrement des utilisateurs de drogue peut constituer ici l'une des limites des données. Bien que les participants à l'enquête aient été assurés que les renseignements fournis demeureraient confidentiels, certains d'entre eux pourraient avoir hésité à déclarer consommer de la drogue. En outre, la probabilité d'un sous-dénombrement pourrait ne pas être la même en 1994 qu'en 2002.

Infractions à la législation fédérale sur la drogue liées au cannabis, selon la province



Source des données : Statistique de la criminalité au Canada, 2002 (référence n° 4)

De 1991 à 2002, le taux d'infractions liées au cannabis a augmenté pour passer de 119 à 223 infractions pour 100 000 habitants. La plupart de ces infractions (72 %) ont trait à la possession de drogue. D'autres concernent le trafic, la production et l'importation de drogue.

En 2002, la Colombie-Britannique enregistrait le taux le plus élevé d'infractions liées au cannabis, et Terre-Neuve-et-Labrador, le taux le plus faible. Cependant, l'information sur les infractions liées à la drogue est fondée sur les dossiers des services de police et pourrait aussi bien refléter des efforts de mise en application de la loi que des différences quant aux activités liées à la drogue⁵.

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25, St. Clair Avenue E., Toronto, Ontario, M4T 1M4.

Sources des données

La consommation de cannabis et d'autres drogues illicites en 2002 est estimée au moyen de données provenant du cycle 1.2 de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)**, qui a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois⁶. L'ESCC couvre la population à domicile de 15 ans et plus des 10 provinces. Les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et les personnes vivant en établissement et les habitants de certaines régions éloignées, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes, ne font pas partie du champ de l'enquête. L'échantillon comprenait 36 984 personnes de 15 ans et plus et le taux de réponse a été de 77 %.

Pour les besoins du présent article, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap* de façon à tenir compte des effets du plan de sondage^{7,8}.

L'estimation de la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites en 1994 est fondée sur les données de l'**Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAAD)**. Cette enquête couvre la population des 10 provinces. Sont exclues du champ d'observation les personnes vivant à temps plein en établissement et les résidents des territoires. La collecte des données a débuté en septembre 1994 et s'est poursuivie pendant trois mois. L'échantillon comprenait 12 155 personnes de 15 ans et plus et le taux de réponse a été de 76 %. Pour les besoins du présent article, une valeur de 1,43 a été associée à l'effet de plan de sondage pour tenir compte partiellement du fait que l'enquête n'a pas été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire simple.

L'estimation des offenses criminelles est fondée sur les données du programme de **Déclaration uniforme de la criminalité (DUC)**. Le programme DUC comprend des données sur les événements portés à l'attention des services policiers. Seules sont dénombrées les infractions les plus graves commises dans le cadre de chaque événement criminel, ce qui donne lieu à une sous-estimation du nombre total d'événements associés à la drogue. Des renseignements supplémentaires sur le programme DUC figurent sur le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca).

Références

1. P. MacNeil et I. Webster, *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : analyse des résultats*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
2. Statistique Canada, « Usage des drogues illicites », *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, p. 184-187 (Statistique Canada, n° 82-570 au catalogue).
3. E.M. Adlaf et A. Paglia, *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2003: Detailed OSDUS Findings*, CAMH Research Document Series No. 13, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2003.
4. Statistique Canada, *Statistiques sur les Infractions criminelles au Canada, 2002* Ottawa, Statistique Canada, 2003 (Statistique Canada, n° 85-205XPF au catalogue).
5. N. Desjardins et T. Hotton, « Tendances des infractions relatives aux drogues et rôle de l'alcool et des drogues dans la perpétration d'infractions », *Juristat* 24(1), 2004, p. 1-24 (Statistique Canada, n° 85-002 au catalogue).
6. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, *Sample Design of the Canadian Mental Health Survey, 2001*, Proceedings of the Survey Methods Section, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001.
7. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
8. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

Tableau A

Consommation de drogues illicites, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Année précédente						Au cours de la vie					
	Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Cannabis ¹	3 049	12,2	1 896	15,5	1 153	9,1*	10 315	41,3	5 758	47,0	4 558	35,9*
Cannabis ¹	2 824	11,3	1 780	14,5	1 043	8,2*	7 993	32,0	4 595	37,5	3 399	26,8*
Cocaine/crack	321	1,3	235	1,9	86	0,7*	2 001	8,0	1 311	10,7	690	5,4*
Ecstasy	199	0,8	121	1,0	78	0,6*	732	2,9	455	3,7	277	2,2*
LSD, PCP (hallucinogènes)	145	0,6	98	0,8	48	0,4*	2 098	8,4	1 356	11,1	741	5,8*
Speed (amphétamines)	136	0,5	83	0,7	53 ^{E1}	0,4* ^{E1}	1 148	4,6	736	6,0	412	3,2*
Héroïne	10 ^{E2}	0,0 ^{E2}	7 ^{E2}	0,1 ^{E2}	F	F	185	0,7	131	1,1	54	0,4*
Toute drogue illicite sauf le cannabis	589	2,4	392	3,2	198	1,6*	3 410	13,7	2 118	17,3	1 291	10,2*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Inclut les personnes n'en ayant consommé qu'une seule fois.

‡ N'inclut pas les personnes n'en ayant consommé qu'une seule fois.

* Valeur significativement différente de celle calculée pour les hommes ($p < 0,05$)

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau B**Consommation de drogues illicites, selon l'âge, le sexe et la province, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris**

	Utilisateur de cannabis		Au cours de la vie			
			Cannabis [†]		Autre drogue illicite [‡]	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	3 049	12,2	7 993	32,0	3 410	13,7
Hommes	1 896	15,5	4 595	37,5	2 118	17,3
Femmes	1 153	9,1 *	3 399	26,8*	1 291	10,2*
Groupe d'âge						
15 à 17 ans	388	28,5	405	29,7	109	8,0
Hommes	200	28,4	210	29,8	57	8,1
Femmes	188	28,6	195	29,6	52	7,8
18 à 19 ans	327	38,2 §	416	48,5 §	156	18,2 §
Hommes	187	42,3	224	50,7	79	17,9
Femmes	140	33,8 *	192	46,2	77	18,4
20 à 24 ans	670	35,1	995	52,1	477	25,0 §
Hommes	398	41,4	552	57,4	282	29,3
Femmes	272	28,7 *	443	46,8*	195	20,6*
25 à 34 ans	717	17,7 §	1 813	44,8 §	889	22,0 §
Hommes	461	23,1	1 030	51,5	555	27,8
Femmes	256	12,5 *	784	38,3*	333	16,3*
35 à 44 ans	608	11,2 §	2 432	44,7	1 046	19,2 §
Hommes	420	15,3	1 404	51,0	654	23,8
Femmes	188	7,0 *	1 027	38,2*	393	14,6*
45 à 54 ans	266	6,0 §	1 491	33,6 §	596	13,4 §
Hommes	182	8,4	893	41,2	394	18,2
Femmes	85	3,7 *	598	26,3*	202	8,9*
55 à 64 ans	64	2,0 §	363	11,4 §	112	3,5 §
Hommes	42 ^{E1}	2,6 ^{E1}	234	14,6	81	5,1
Femmes	22 ^{E1}	1,4 ^{*E1}	129	8,2*	31	2,0*
65 ans et plus	9 ^{E2}	0,2 ^{§E2}	78	2,1 §	25 ^{E1}	0,7 ^{§E1}
Hommes	F	F	48	3,0	16 ^{E2}	1,0 ^{E2}
Femmes	F	F	30	1,4*	9 ^{E2}	0,4 ^{E2}
Province						
Terre-Neuve-et-Labrador	41	9,4 ^{††}	119	27,2 ^{††}	31	7,1 ^{††}
Île-du-Prince-Édouard	11	9,4 ^{††}	33	29,1	9	7,9 ^{††}
Nouvelle-Écosse	104	13,7	267	35,4 ^{††}	88	11,7 ^{††}
Nouveau-Brunswick	73	12,1	179	29,5	66	10,9 ^{††}
Québec	816	13,5 ^{††}	1 994	33,1	939	15,6 ^{††}
Ontario	1 004	10,4 ^{††}	2 746	28,5 ^{††}	1 011	10,5 ^{††}
Manitoba	80	9,3 ^{††}	251	29,0 ^{††}	101	11,7 ^{††}
Saskatchewan	79	10,4 ^{††}	220	29,1 ^{††}	83	11,0 ^{††}
Alberta	318	13,1	896	37,0 ^{††}	412	17,0 ^{††}
Colombie-Britannique	523	15,7 ^{††}	1 286	38,7 ^{††}	669	20,1 ^{††}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† N'inclut pas les personnes n'en ayant consommé qu'une seule fois.

‡ Inclut la cocaïne ou le crack, l'ecstasy, les hallucinogènes, les amphétamines, et l'héroïne.

* Valeur significativement différente de celle calculée pour les hommes ($p < 0,05$).§ Valeur significativement différente de celle calculée pour le groupe d'âge plus jeune adjacent ($p < 0,05$).†† Valeur significativement différente de l'estimation pour l'ensemble du Canada ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

par Pamela L. Ramage-Morin

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est une maladie neurologique dégénérative rare, toujours mortelle, qui frappe l'homme. Décrite pour la première fois durant les années 1920, la MCJ appartient à la classe des encéphalopathies spongiformes transmissibles, ou maladies à prions. Chez l'animal, où elles sont très répandues, les maladies à prions incluent la tremblante, ou scrapie, du mouton et de la chèvre et l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). Cette dernière, mieux connue sous le nom de « maladie de la vache folle », a été découverte en Angleterre en 1986, où son apparition a été attribuée à l'utilisation de farines obtenues à partir de carcasses de moutons infectés par la tremblante ou de bovins déjà infectés par l'ESB¹. La consommation de viande de bœuf infectée par l'ESB a été associée à la MCJ.

Variante de la MCJ

On distingue quatre formes de la MCJ². Celle qui est associée à la consommation de bœuf infecté par l'ESB, c'est-à-dire la forme *variante* de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ), est extrêmement rare. À l'échelle mondiale, la plupart des décès dus à la vMCJ sont survenus au Royaume-Uni, qui a été la plaque tournante de l'épidémie de « maladie de la vache folle ». À ce jour, 139 personnes ont été emportées par la vMCJ au Royaume-Uni. En outre, sept personnes soupçonnées d'être atteintes de la maladie sont encore en vie³. L'âge moyen au moment de la manifestation de la vMCJ est de 29 ans et l'évolution de la maladie, à compter de l'apparition des symptômes jusqu'au décès, peut durer jusqu'à 14 mois. Le seul décès dû à la vMCJ enregistré au Canada est celui d'un homme qui avait séjourné au Royaume-Uni durant l'épidémie⁴.

Le risque d'exposition à de la viande de bœuf infectée par l'ESB est beaucoup plus faible au Canada qu'au Royaume-Uni. En tout, trois cas d'ESB ont été observés au Canada, le premier chez

une vache importée d'Angleterre en 1987, le deuxième, déclaré le 20 mai 2003, chez une vache élevée en Alberta⁵. Le cas le plus récent a été découvert le 23 décembre 2003 chez une vache née en Alberta et acquise par un éleveur de l'État de Washington⁶.

Ces cas isolés se distinguent nettement de la situation observée au Royaume-Uni, où 36 680 cas confirmés d'ESB ont été déclarés en 1992, au point culminant de l'épidémie⁷. Bien que le Canada n'ait pas importé de bœuf du Royaume-Uni depuis plus de 30 ans, plusieurs mesures ont été mises en place pour réduire la possibilité de cas non décelés d'ESB parmi les troupeaux canadiens⁵, dont :

- l'importation de ruminants vivants, de viande et de produits carnés uniquement en provenance de pays considérés comme exempts de l'ESB;
- la décision, en 1990, de considérer l'ESB comme une maladie à déclaration obligatoire;
- la mise en œuvre, en 1992, d'un programme de surveillance qui a donné lieu à des tests de dépistage de la maladie sur environ 10 000 cerveaux de bovins;
- l'interdiction, depuis 1997, de nourrir les ruminants avec des farines contenant des protéines provenant d'autres ruminants (bovins, moutons, chèvres, bisons, wapitis, cerfs);
- la mise en place du Programme canadien d'identification du bétail pour pouvoir suivre les mouvements de tous les bovins et de tous les bisons de la naissance à l'abattage.

MCJ classique

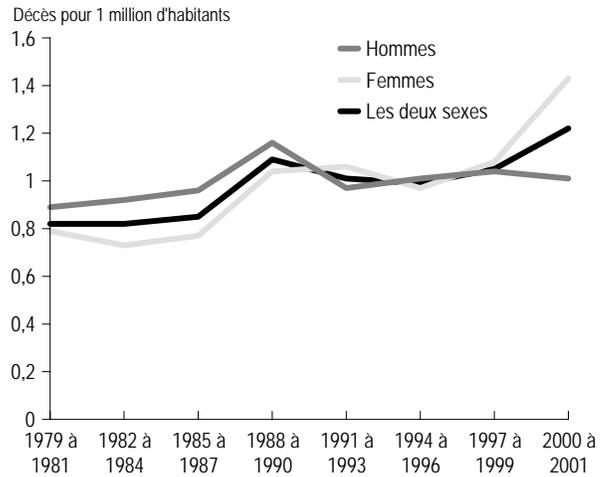
Les trois autres formes de la MCJ, c'est-à-dire les formes sporadique, familiale et iatrogène, sont appelées collectivement maladie de Creutzfeldt-Jakob *classique* (cMCJ). La MCJ sporadique, dont la cause est inconnue, représente

de 85 % à 90 % des cas. La forme familiale, ou héréditaire, s'observe dans 10 % à 15 % des cas, tandis que la forme iatrogène, qui résulte d'un examen ou d'un traitement médical, représente moins de 1 % des cas. La forme iatrogène a été associée à des greffes de cornée, à la contamination d'instruments neurochirurgicaux, à des greffes de dure-mère et à la prise d'hormone de croissance humaine d'origine hypophysaire (non synthétique)². La MCJ classique se manifeste à un âge nettement plus avancé que la forme variante, soit de 60 à 65 ans. L'évolution de la maladie, à partir du moment de l'exposition à l'agent infectieux jusqu'à la manifestation des symptômes, peut s'étendre sur une période allant de 1 à plus de 30 années. Une fois que les symptômes apparaissent, cependant, la mort survient rapidement, en moins de six mois dans la plupart des cas.

Mortalité

De 1979 à 2001, au Canada, 599 décès ont été attribués à la maladie de Creutzfeldt-Jakob, dont un seulement était lié à l'ESB. Cela correspond à un nombre annuel moyen de 26 décès; le nombre annuel de décès a, de fait, connu un creux de 14 en 1979 et un sommet de 44 en 2001. Plus de femmes

Taux de mortalité par la maladie de Creutzfeldt-Jakob normalisés selon l'âge, selon le sexe, Canada, 1979 à 2001

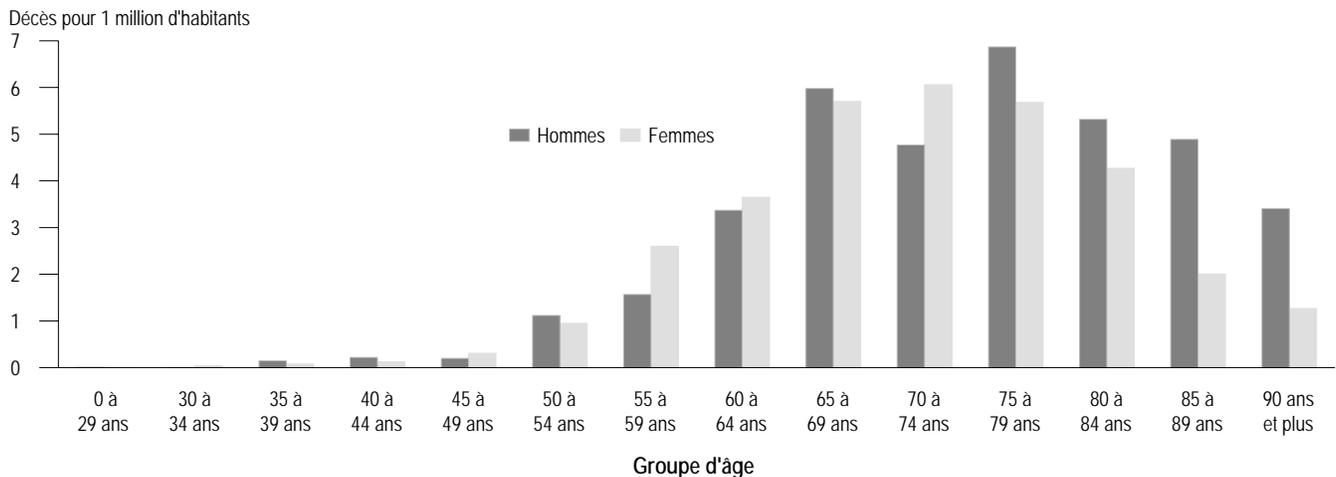


Source des données : Base de données sur la mortalité de la Statistique de l'état civil
 Nota : Taux normalisés selon l'âge en prenant pour référence la population canadienne de 1996, moyenne sur trois ans pour 1979 à 1999, moyenne sur deux ans pour 2000 et 2001.

que d'hommes ont été emportées par la MCJ, soit 329 contre 270.

Le taux de mortalité par la MCJ a augmenté légèrement de 1979 à 2001. Le taux de mortalité moyen sur trois ans normalisé selon l'âge est passé

Taux de mortalité par la maladie de Creutzfeldt-Jakob, selon l'âge et le sexe, Canada, 1979 à 2001



Source des données : Base de données sur la mortalité de la Statistique de l'état civil

de 0,89 à 1,01 décès pour 1 million chez les hommes et de 0,79 à 1,43 pour 1 million chez les femmes. Chez les hommes et les femmes confondus, le taux est passé de 0,82 à 1,22 décès pour 1 million d'habitants, résultat qui concorde avec les taux observés dans d'autres pays.

Le taux de mortalité par la MCJ augmente fortement avec l'âge, particulièrement après 50 ans. Chez les hommes, le taux le plus élevé a été observé chez les personnes de 75 à 79 ans et chez les femmes, chez celles de 70 à 74 ans.

De 1979 à 2001, parmi l'ensemble des provinces, la mortalité par la MCJ a varié d'un creux de 0,5 décès pour 1 million d'habitants à Terre-Neuve à un sommet de 1,3 en Nouvelle-Écosse.

Diagnostic et autopsie

La confirmation du diagnostic de la MCJ peut être difficile, parce que les symptômes cliniques sont semblables à ceux d'autres troubles neurologiques, comme la maladie d'Alzheimer. La scintigraphie cérébrale et la biopsie d'amygdale permettent d'établir un diagnostic probable, mais celui-ci ne peut être confirmé que par examen microscopique des tissus cérébraux après le décès du malade. On pourrait s'attendre à ce qu'une autopsie soit faite au Canada dans la majorité des cas de décès soupçonnés d'être dus à la MCJ, mais, de 1979 à 2001, il n'en a été ainsi que dans 45 % des cas. Néanmoins, ce taux est nettement plus élevé que les 16 % d'autopsies réalisées pour l'ensemble des décès.

Risque difficile à évaluer

La crainte et le battage médiatique que suscitent la maladie de Creutzfeldt-Jakob et la « maladie de la

Source des données

L'information sur les décès dus à la maladie de Creutzfeldt-Jakob provient de la **Base de données sur la mortalité de la Statistique de l'état civil**. Cette base de données est tenue à jour par Statistique Canada grâce aux renseignements tirés des certificats de décès que lui transmettent les provinces et les territoires. Dans la *Classification internationale des maladies* (CIM), la maladie de Creutzfeldt-Jakob est reprise sous le code 046.1 pour les décès survenus de 1979 à 1999 (CIM-9), et sous le code A81.0 pour les décès survenus en 2000 et en 2001 (CIM-10). Aucune sous-classification ne fait la distinction entre les formes classique et variante. Cependant, le système de surveillance mis en place par Santé Canada assure le suivi de tous les cas soupçonnés de MCJ qui lui sont adressés. Ces cas sont suivis jusqu'à ce qu'un rapport d'autopsie, ou une autre preuve, confirme le diagnostic et permette de faire la distinction entre les formes classique et variante.

vache folle », son analogue bovine, se sont intensifiés en 2003 après la découverte de deux vaches infectées par l'ESB en Amérique du Nord. La plupart des préoccupations sont d'ordre économique. En 2001, la D^{re} Gro Harlem Brundtland, directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, a déclaré que la question de l'ESB et de son lien à la MCJ représente une « urgence mondiale » qui coûtera vraisemblablement « plusieurs dizaines de milliards de dollars »⁸.

Si l'on s'en tient simplement au seul dénombrement des cas, les

craintes quant aux conséquences en matière de santé publique pourraient être injustifiées : de 1979 à 2001, les Canadiens étaient plus susceptibles de mourir d'une exposition à un froid extrême ou d'une chute d'une échelle que de la MCJ. Cependant, la menace que fait planer cette dernière est due au fait qu'on ne connaît pas le nombre de personnes infectées. Étant donné la longue période d'incubation entre le moment de l'infection et la manifestation des symptômes, il est difficile d'estimer le nombre de personnes qui courent le risque d'être atteintes de la vMCJ, car il n'existe aucun test permettant de dépister cette dernière avant l'apparition des symptômes.

Pamela L. Ramage-Morin (613-951-1760; Pamela.Ramage-Morin@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Références

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Infectious Diseases, Division of Viral and Rickettsial Diseases, Questions and Answers Regarding Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) and Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD), disponible à : http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cjd/bse_cjd_qa.htm, site consulté le 5 février 2004.
2. Santé Canada, Maladie de Creutzfeldt-Jakob classique, disponible à : <http://www.bc-sc.gc.ca/francais/maladies/mcj/bg5.html>, site consulté le 5 février 2004.
3. Department of Health, United Kingdom, Monthly Creutzfeldt-Jakob Disease Statistics, 2 février 2004, disponible à : <http://www.db.gov.uk/assetRoot/04/07/09/52/04070952.PDF>, site consulté le 27 février 2004.
4. Santé Canada, Premier cas canadien de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (variante de la MCJ), disponible à : <http://www.bc-sc.gc.ca/francais/maladies/mcj/index.html>, site consulté le 27 février 2004.
5. Agence canadienne d'inspection des aliments, Produits animaux, Division de la santé des animaux et de la production, Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), disponible à : <http://www.inspection.gc.ca/francais/anima/beasan/disemala/bseeb/bseebjfb.html>, site consulté le 5 février 2004.
6. Agence canadienne d'inspection des aliments, communiqué daté du 6 janvier 2004, Déclaration de l'honorable Robert Speller, ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire et ministre responsable de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, disponible à : <http://www.inspection.gc.ca/francais/corpafr/newcom/2004/20040106f.shtml>, site consulté le 5 février 2004.
7. M.B. Coulthart et N.R. Cashman, « Variant Creutzfeldt-Jakob disease: a summary of current scientific knowledge in relation to public health », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(1), 2001, p. 51-58.
8. G.H. Brundtland, Health Policies in the Global Economy, Policy Foundation of Norway Conference, Sanderstølen, Norvège, 10 février 2001, disponible à : http://www.who.int/director-general/speeches/2001/english/20010210_healthpolicinessanderstolen.en.html, site consulté le 5 février 2004.

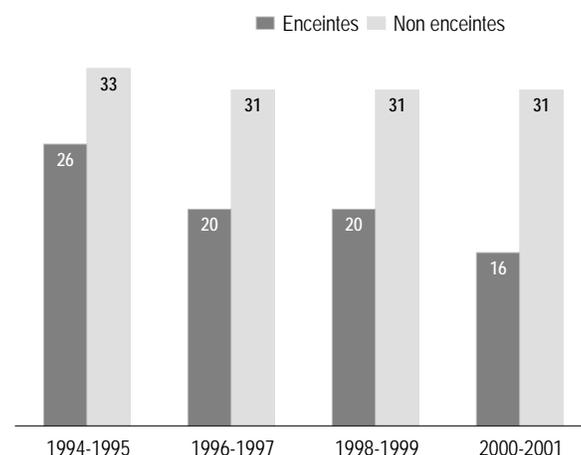
GROSSESSE ET USAGE DU TABAC

par Wayne J. Millar et Gerry Hill

Durant la deuxième moitié des années 1990, le taux global d'usage du tabac chez les femmes de 15 à 49 ans n'a que légèrement fléchi, pour passer de 33 % en 1994-1995 à 29 % en 2000-2001. Par contre, la proportion de femmes qui ont dit avoir fumé pendant qu'elles étaient enceintes a baissé fortement, passant de 26 % à 16 %. Cette diminution frappante observée chez les femmes enceintes pourrait refléter une sensibilisation plus grande aux effets indésirables de l'usage du tabac durant la grossesse^{1,2}. Cependant, le niveau d'exposition à la fumée du tabac est déterminé en tenant compte non seulement de l'usage personnel du tabac, mais aussi de l'exposition régulière à la fumée des autres.

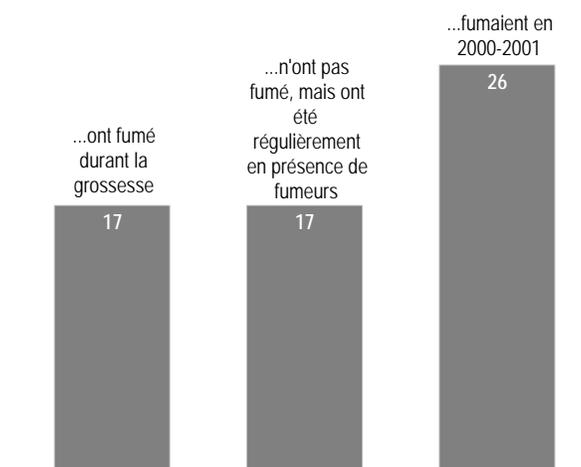
Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, environ 1,5 million de femmes de 15 à 54 ans ont mis un enfant au monde au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête. En tout, 17 % de ces femmes ont fumé durant leur grossesse. De plus, 17 % de celles qui n'ont pas fumé durant leur grossesse ont toutefois été

Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui fument, 1994-1995 à 2000-2001



Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Pourcentage de femmes de 15 à 54 ans qui ont eu un enfant au cours des cinq dernières années et qui...



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

régulièrement en présence d'autres fumeurs pendant cette période ou immédiatement après. En 2000-2001, environ le quart (26 %) des femmes ayant eu un enfant au cours des cinq années précédentes ont déclaré qu'elles fumaient.

Jeunes, faible revenu

Les femmes les plus susceptibles de fumer et d'être exposées à la fumée des autres avaient moins de 25 ans. Le tiers d'entre elles ont fumé pendant qu'elles étaient enceintes et 36 % de celles qui ne l'ont pas fait ont cependant été régulièrement en présence d'autres fumeurs. En outre, en 2000-2001, 49 % de ces jeunes femmes ont déclaré qu'elles fumaient. En revanche, les pourcentages correspondants observés chez les mères de 30 ans et plus sont nettement plus faibles. Ainsi, 13 % ont dit avoir fumé durant leur grossesse, et 13 % ont déclaré ne pas avoir fumé, mais avoir été en présence d'autres fumeurs. Finalement, la proportion de ces femmes ayant déclaré qu'elles fumaient en 2000-2001 est de 21 %.

Statut socioéconomique

L'usage du tabac et l'exposition à la fumée des autres pendant ou après la grossesse sont des situations plus courantes chez les femmes non mariées que chez les femmes mariées. Le statut socioéconomique joue aussi un rôle. Quelle que soit la mesure choisie, à savoir l'usage du tabac durant la grossesse, l'exposition régulière à la fumée des autres ou l'usage du tabac au moment de l'enquête, les taux sont à peu près trois fois plus élevés pour les femmes appartenant au groupe inférieur de revenu du ménage que pour celles appartenant au groupe supérieur. De même, les taux d'usage du tabac et d'exposition à la fumée des autres les plus élevés sont observés chez les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires et les plus faibles, chez celles titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire.

Taux provinciaux

La probabilité qu'une femme fume pendant et après la grossesse varie selon la province. Le taux d'usage du tabac durant la grossesse était significativement supérieur à la moyenne nationale à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Saskatchewan. En 2000-2001, la proportion de femmes qui fumaient était significativement supérieure à la moyenne à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et en

Exposition à la fumée du tabac chez les femmes de 15 à 54 ans qui ont eu un enfant au cours des cinq dernières années

	Ont fumé durant la grossesse %	N'ont pas fumé, mais ont été régulièrement en présence de fumeurs %	Fumaient en 2000-2001 %
Total	17	17	26
Groupe d'âge			
Moins de 25 ans	33*	36*	49*
25 à 29 ans	19*	19	29*
30 à 34 ans	13*	15	21*
35 ans et plus	14*	11*	21*
État matrimonial			
Mariée	14*	15*	22*
Non mariée	34*	30*	52*
Province			
Terre-Neuve-et-Labrador	26*	15	38*
Île-du-Prince-Édouard	28*	17	36*
Nouvelle-Écosse	17	18	26
Nouveau-Brunswick	23*	22	31
Québec	21*	19	29
Ontario	14*	16	24*
Manitoba	21	26	32
Saskatchewan	28*	22	38*
Alberta	19	19	27
Colombie-Britannique	14*	8*	23*
Revenu du ménage			
Inférieur	30*	32*	43*
Moyen-inférieur	21*	20*	29*
Moyen-supérieur	16*	13*	25
Supérieur	8*	11*	15*
Données manquantes	13*	22	24
Niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	38*	34*	48*
Diplôme d'études secondaires	22*	21*	33*
Études postsecondaires partielles	22*	27*	37*
Diplôme collégial/universitaire	10*	11*	17*
Données manquantes	F	F	F
Situation d'immigration			
Immigrante	2*	8*	8*
Non immigrante	22*	18*	32*
Données manquantes	F	F	F

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le total ($p < 0,05$).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Saskatchewan. En Ontario et en Colombie-Britannique, les taux d'usage du tabac pendant et après la grossesse étaient significativement inférieurs à la moyenne. En outre, en Colombie-Britannique, une proportion de femmes significativement inférieure à la moyenne ont été régulièrement en présence d'autres fumeurs durant leur grossesse.

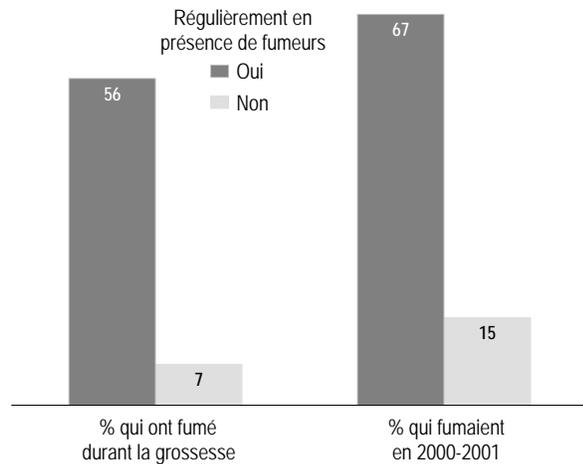
Mères canadiennes et immigrantes

La différence entre l'exposition à la fumée du tabac chez les mères immigrantes et chez les mères nées au Canada est frappante. À peine 2 % des immigrantes ont dit avoir fumé pendant qu'elles étaient enceintes, tandis que 8 % de celles qui n'avaient pas fumé ont dit avoir été exposées à la fumée des autres; en 2000-2001, 8 % de ces femmes fumaient. Les taux sont nettement plus élevés chez les femmes non immigrantes, parmi lesquelles 22 % avaient fumé pendant qu'elles étaient enceintes, 17 % n'avaient pas fumé mais avaient été exposées à la fumée des autres, et 32 % fumaient en 2000-2001.

Commencer et recommencer

Parmi tous les groupes de mères, le pourcentage déclaré d'usage du tabac est plus élevé après la naissance de l'enfant que durant la grossesse. Par exemple, même chez les femmes pour lesquelles le taux d'usage du tabac est le plus faible, c'est-à-dire les femmes plus âgées, mariées, instruites et ayant

Comportement à l'égard du tabac chez les femmes de 15 à 54 ans qui ont eu un enfant au cours des cinq dernières années



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

un revenu élevé, la proportion de fumeuses après la naissance de l'enfant est plus élevée que la proportion de fumeuses durant la grossesse. Ces femmes pourraient avoir décidé sciemment de ne pas fumer durant la grossesse à cause des effets néfastes éventuels pour le fœtus. La prévalence plus forte de l'usage du tabac après la grossesse donne à penser que les femmes sont peut-être moins bien renseignées sur les risques que pose la fumée de cigarette pour la santé des jeunes enfants³⁻¹⁰.

Influence des autres?

La probabilité qu'une femme fume pendant et après la grossesse est associée au fait d'être régulièrement en présence d'autres fumeurs. Plus de la moitié (56 %) des femmes qui étaient régulièrement en présence de fumeurs ont elles-mêmes fumé durant leur grossesse. Par contre, la proportion n'est que de 7 % chez les femmes non exposées à la présence de fumeurs. En outre, en 2000-2001, parmi les femmes qui ont eu un enfant au cours des cinq années précédentes, 67 % de celles qui avaient été exposées régulièrement à la fumée des autres étaient elles-mêmes des fumeuses, comparativement à 15 %

Questions

Pour déterminer la *situation d'usage du tabac*, les participants à l'enquête se sont vu demander s'ils fumaient des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais. Pour les besoins du présent article, les femmes qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion ont été qualifiées de « fumeuses au moment de l'enquête ».

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'*exposition à la fumée du tabac pendant et après la grossesse* a été déterminée au moyen des questions suivantes :

- Est-ce que quelqu'un a fumé régulièrement en votre présence durant ou après la grossesse (pendant environ six mois après celle-ci)?
- Avez-vous fumé durant votre dernière grossesse?

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, les femmes de 15 à 49 ans se sont vu demander si elles étaient enceintes. Celles qui ont déclaré l'être et qui fumaient au moment de l'enquête ont été classées dans la catégorie des femmes ayant fumé durant la grossesse.

de celles qui n'avaient pas été exposées à la présence de fumeurs.

Wayne J. Millar (613-951-1631; Wayne.Millar@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6; Gerry Hill fait de la recherche en épidémiologie, à Kingston, Ontario, K7M 3Z3.

Références

1. E. Dejin-Karlsson, B.S. Hanson, P.O. Ostergren *et al.*, « Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants? », *American Journal of Public Health*, 88(10), 1998, p. 1523-1527.
2. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (PHS 91-50212), Washington, Department of Health and Human Services, 1991.

3. D.M. Mannino, J.E. Moorman, B. Kingsley *et al.*, « Health effects related to environmental tobacco smoke exposure in children in the United States: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(1), 2001, p. 36-41.
4. P.J. Gergen, J.A. Fowler, K.R. Mauer *et al.*, « The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994 », *Pediatrics*, 101(2), 1998, p. 1-6.
5. J. Cunningham, D.W. Dockery et F.E. Speizer, « Maternal smoking during pregnancy as a predictor of lung function in children », *American Journal of Epidemiology*, 139(12), 1994, p. 1139-1152.
6. C. Dezateux, J. Stocks, A.M. Wade *et al.*, « Airway function at one year: association with premorbid airway function, wheezing, and maternal smoking », *Thorax (Londres)*, 56(9), 2002, p. 680-686.
7. W. Jedrychowski et E. Flak, « Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections », *Environmental Health Perspectives*, 105(3), 2002, p. 302-306.
8. Y.F. Li, F.D. Gilliland, K. Berhane *et al.*, « Effects of in utero and environmental tobacco smoke exposure on lung function in boys and girls with and without asthma », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162(6), 2000, p. 2097-2104.
9. J.R. DiFranza et R.A. Lew, « Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome », *Journal of Family Practice*, 40, 1995, p. 385-394.
10. A.M. Butz et B.J. Rosenstein, « Passive smoking among children with chronic respiratory disease », *Journal of Asthma*, 29(4), 1992, p. 265-272.
11. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
13. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
14. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Mayryland, août 1999.

Sources des données

Les données du présent article sont tirées du premier cycle de l'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)**. Cette enquête a été menée par Statistique Canada de septembre 2000 à octobre 2001¹¹. L'article porte sur les femmes de 15 à 54 ans qui ont eu un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête. L'article estime chez ces femmes la *prévalence de l'usage du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac au foyer durant la grossesse*. L'étude fournit en outre une estimation de *l'usage du tabac au moment de l'enquête*. L'ESCC couvre la population à domicile de 12 ans et plus au moment de l'enquête et n'inclut pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes ni de certaines régions éloignées. Au premier cycle, le taux de réponse global a été de 85 %; l'effectif total de l'échantillon était de 131 535. Le présent article est fondé sur les renseignements recueillis auprès de 7 614 femmes de 15 à 54 ans ayant eu un enfant au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, ce qui représente une population de 1,5 million de femmes.

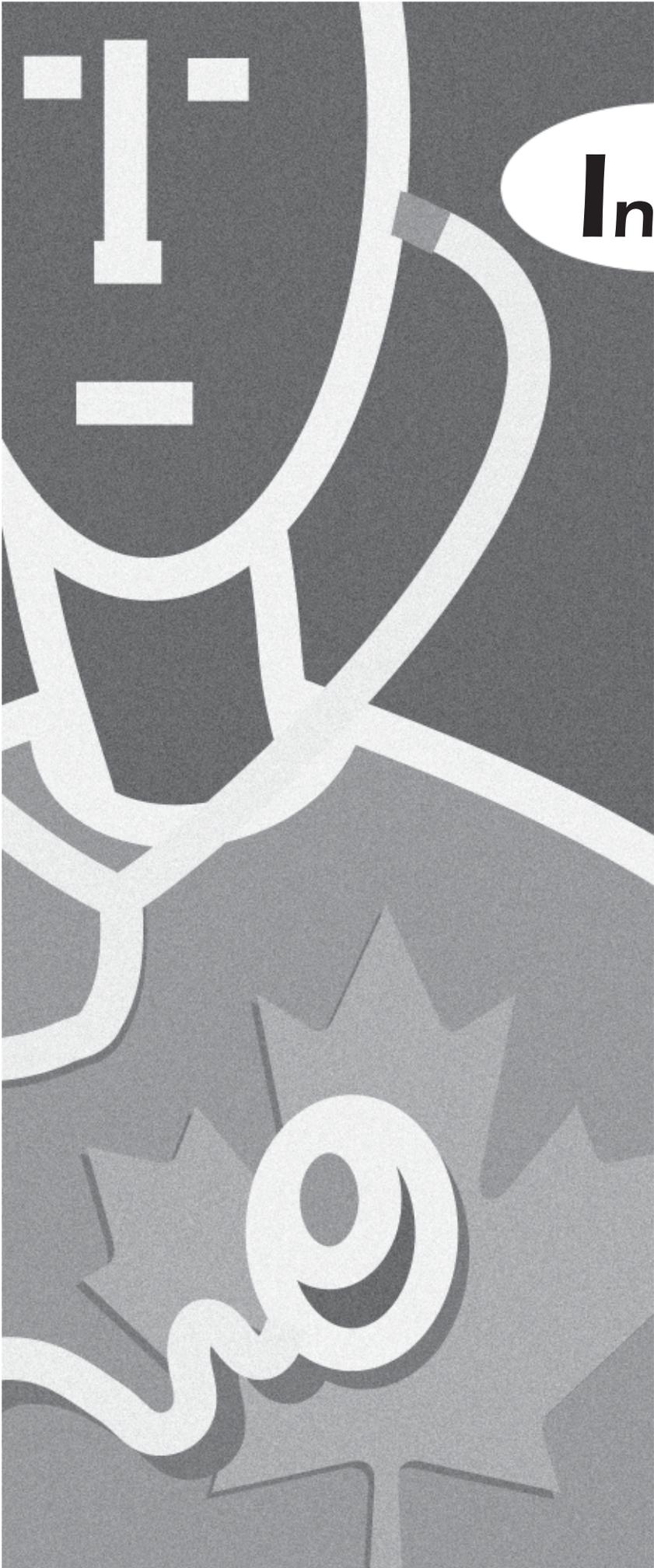
Les renseignements supplémentaires proviennent des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'**Enquête nationale sur la santé de la population**.

Tous les écarts ont été vérifiés pour confirmer leur signification statistique, c'est-à-dire pour s'assurer qu'ils n'étaient pas dus simplement au hasard. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap*. Dans tous les cas, le niveau de signification a été établi à 5 % ($p < 0,05$)¹²⁻¹⁴.

La prévalence de l'usage du tabac durant la grossesse pourrait être sous-estimée. Les données se rapportent à la dernière grossesse, qui pourrait avoir eu lieu jusqu'à cinq années avant l'enquête. Certaines femmes pourraient avoir eu de la difficulté à se rappeler leur comportement à l'égard de l'usage du tabac ou avoir hésité à admettre qu'elles avaient fumé durant la grossesse. La diminution apparente de la prévalence de l'usage du tabac observée chez les femmes enceintes depuis 1994-1995 reflète peut-être aussi une hésitation croissante à admettre avoir fumé durant la grossesse plutôt qu'un changement réel de comportement.

Les réponses aux questions sur la situation quant à l'usage du tabac en 2000-2001 ne sont pas strictement comparables. De plus, les femmes ayant donné naissance juste avant l'interview avaient eu moins de temps pour recommencer ou pour commencer à fumer que celles ayant eu leur enfant plusieurs années auparavant.

Aucun renseignement n'a été recueilli sur le type ni sur le nombre de cigarettes fumées ou sur le nombre d'autres membres du ménage qui fumaient, facteurs qui pourraient influencer sur le niveau d'exposition. Aucune donnée n'est également disponible sur le moment auquel les femmes ont recommencé ou commencé à fumer après avoir eu leur enfant. En outre, la question au sujet de l'exposition régulière à d'autres fumeurs a trait à la période de la grossesse ou aux six mois qui ont suivi la grossesse. Par conséquent, il se peut que l'exposition n'ait pas eu lieu durant la grossesse.

An abstract graphic design on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey geometric shapes. At the top left, there's a stylized figure with a rectangular face and a vertical line for a nose. Below it, there are curved lines and a large, stylized white letter 'e' with a shadow effect. The overall style is modern and minimalist.

Index par sujet

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet, volumes 11 à 15

A

Accessibilité aux services de santé

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.*, 13(3), 2002, p.17-24.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins de santé : besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13 (2), 2002, p. 27-40.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman *et al.*, 14(2), 2003, p. 37-51.

Accidents

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Alcool

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2002, p. 113-124.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Arthrite

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

Assurance-maladie

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman *et al.*, 14(2), 2003, p. 37-51.

Asthme

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

B

Blessures

Voir Accidents

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

C

Cancer

Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al.*, 12(2), 2001, p. 47-62.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

Causes de décès

Voir aussi Décès

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Le suicide chez les immigrants. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Chirurgie

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Collecte de données

Voir aussi Dossiers médicaux
Enquêtes sur la santé

Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie. Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.

Information sur la santé : déclaration par procuration. M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, C. Edward et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Comportement de l'enfant

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14 (supplément), 2003, p. 59-73.

Conducteurs

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Consommation de drogues

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites. M. Tjepkema, 15(4), 2004, p. 45-50.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Contraception

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Consultation externe

Voir Soins de santé

Couplage de dossiers médicaux

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.



Décès

Voir aussi Causes de décès

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Le suicide chez les immigrants. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2002, p. 51-79.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Démence

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépendance

Voir aussi Soutien social

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépistage de masse

Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Stress, psychologique

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

La santé des mères seules. C.E. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2002, p. 113-124.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Diabète sucré

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Dossiers médicaux

Voir Collecte de données
Enquêtes sur la santé

Douleur

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

E

Enfants

Voir aussi Jeunesse

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14 (supplément), 2003, p. 19-32.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14 (supplément), 2003, p. 59-73.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie. Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.

Information sur la santé : déclaration par procuration. M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, C. Edward et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Espérance de vie

Voir aussi Indicateurs de l'état de santé

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2002, p. 51-79.

Établissements de soins de santé

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2003, p. 29-41.

Viéillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

États-Unis

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Exercice

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14 (supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2000, p. 93-101.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

F

Familles monoparentales

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Fractures

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

G

Grossesse

Voir aussi Naissances

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

H

Hormonothérapie substitutive

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Hospitalisation

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé—tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Hystérectomie

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

I

Immigrants

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2002, p. 113-124.

Le suicide chez les immigrants. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Indicateurs de l'état de santé

Voir aussi Espérance de vie

Appartenance à la collectivité et santé. N. Ross, 13(3), 2002, p. 35-42.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé. M. Shields et S. Shooshtari, 13(1), 2001, p. 39-63.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Shultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2002, p. 51-79.

Indice de l'état de santé

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

J

Jeunesse

Voir aussi Enfants

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14 (supplément), 2003, p. 19-32.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Témoins de violence—l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14 (supplément), 2003, p. 59-73.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites. M. Tjepkema, 15(4), 2004, p. 45-50.

L

Limitations d'activités

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladie d'Alzheimer

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Shultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Maladies du système circulatoire

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

Médecins

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Ménopause

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Migraine

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Mortalité

Voir Décès

N

Naissances

Voir aussi Grossesse

Poids faible à la naissance

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. J. Che et J. Chen, 12(4), 2001, p. 11-24.

La santé : à prendre ou à laisser! dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

P

Peuples autochtones

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Poids

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14 (supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser! dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Poids faible à la naissance

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Arthrite

Asthme

Cancer

Dépression

Diabète sucré

Maladie d'Alzheimer

Maladies du système circulatoire

Migraine

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Shultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

R

Résidents du grand nord

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

Revenu

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2002, p. 51-79.

S

Santé fonctionnelle

Déterminants de l'autoévaluation de la santé. M. Shields et S. Shooshtari, 13(1), 2001, p. 39-63.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Shultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2002, p. 113-124.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Le suicide chez les immigrants. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Santé préventive

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Santé professionnelle

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Santé régionale

Voir aussi Soins de santé

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

Soins à domicile

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé

Hospitalisation

Médecins

Santé régionale

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sammartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.*, 13(3), 2002, p. 17-24.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earl, 12(1), 2000, p. 61-70.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2002, p. 81-97.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins de santé : besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13(2), 2002, p. 27-40.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Soins dentaires

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earl, 12(1), 2000, p. 61-70.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins non traditionnels

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2002, p. 113-124.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il ? H. Trotter, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Espérance de vie

Naissances

Taux de survie

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme – femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

Le suicide chez les immigrants. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2002, p. 51-79.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14 (supplément), 2003, p. 45-57.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Suicide

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

T

Taux de survie

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al.*, 12(2), 2001, p. 47-62.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

U

Usage de médicaments

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Usage du tabac

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14 (supplément), 2003, p. 33-44.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2002, p. 37-50.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14 (supplément), 2003, p. 7-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

La santé : à prendre ou à laisser! dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

V

Vieillesse

Voir aussi Aînés

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Violence familiale

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14 (supplément), 2003, p. 59-73.



Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division de la statistique de la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Division de la diffusion, Gestion de la circulation
 Statistique Canada
 120, avenue Parkdale
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
 Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
 Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Guide de la statistique sur la santé			
L'information sur la santé en direct de Statistique Canada			
<i>(Ce guide vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Disponible en format html et ne peut être téléchargé.)</i>			
	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Analytical Reports			
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	63 \$
· l'exemplaire			22 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	48 \$
· l'exemplaire			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2003	82-003-SIF 82-003-SPF	Internet Papier	Gratuit 22 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Avortements provoqués			
Statistiques sur les avortements provoqués	82-223-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistiques sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Statistiques sur la survie au cancer; Manuels du Registre canadien du cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	84-601-XIF	Internet	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population			
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	10 \$ 8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	35 \$ 26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profils de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 (Ces données sont disponibles sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)			
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
Renseignements historiques			
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) [†]
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Indicateurs de la santé			
Indicateurs de la santé, publication Internet	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82-402-XIF	Internet	Gratuit
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles			
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$
Tabagisme			
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0077XIF	Internet	Gratuit



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, ainsi que des données publiées tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé

Statistique Canada

Ottawa (Ontario)

K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746

Télécopieur : (613) 951-0792

Courriel : HD-DS@statcan.ca

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 Cycle 1.1 fichier de microdonnées à grande diffusion Fichiers de données transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.		82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$ Gratuit pour le secteur de la santé
Enquête nationale sur la santé de la population				
Cycle 4, 2000-2001				
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013		Le prix varie selon l'information demandée
Cycle 3, 1998-1999				
Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015		Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée
Cycle 2, 1996-1997				
Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015		Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée
Cycle 1, 1994-1995				
Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015		Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECCES)

Cette enquête a recueilli de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'utilisation des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord des territoires.

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Cette enquête fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services de soins de santé (services de premier contact 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) et services spécialisés. Ces données sont disponibles au niveau national.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cycle 1.1 : Cette enquête a été menée par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête a été menée par Statistique Canada en vue de produire des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Le deuxième cycle de l'ESCC a été mené par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions sociosanitaires réparties partout au Canada.

Pour plus de renseignements sur ces enquêtes, veuillez visiter notre site web
http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur divers aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements sur ces tableaux, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

Le programme des centres de données de recherche

Le programme des centres de données de recherche (CDR) s'inscrit dans une initiative de Statistique Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de consortiums d'universités visant à renforcer la capacité de recherche sociale du Canada et à soutenir le milieu de la recherche sur les politiques.

Les CDR permettent aux chercheurs d'accéder aux microdonnées d'enquêtes sur les ménages et sur la population. Les centres comptent des employés de Statistique Canada. Ils sont exploités en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique et sont administrés conformément à toutes les règles de confidentialité. Ils ne sont accessibles qu'aux chercheurs dont les propositions ont été approuvées et qui ont prêté serment en qualité de personnes réputées être employées de Statistique Canada.

On trouve des CDR à travers le pays. Ainsi, les chercheurs n'ont pas à se déplacer vers Ottawa pour avoir accès aux microdonnées de Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Gustave Goldmann au (613) 951-1472, Directeur du programme des centres de données de recherche.

Pour plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter notre site web
http://www.statcan.ca/francais/rdc/index_f.htm