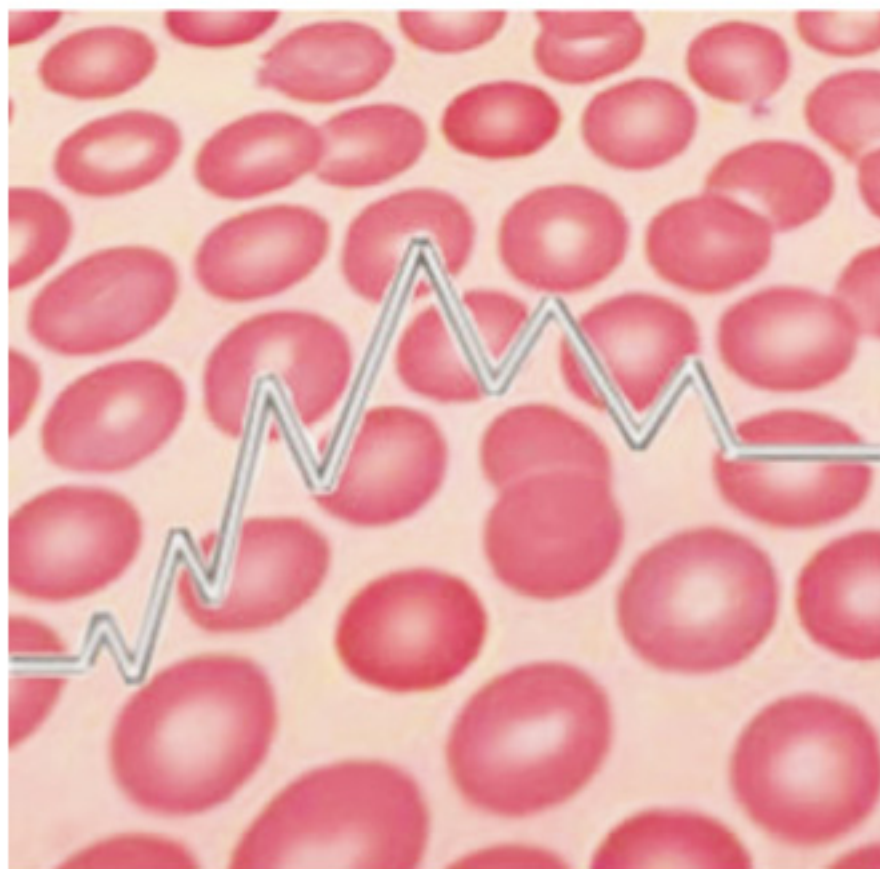


## Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hémotogène



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Ce rapport est disponible :

**Par courrier**

Section des statistiques et de l'évaluation  
des risques  
Division des infections acquises en milieu  
de soins de santé  
Centre de prévention et de contrôle des  
maladies infectieuses  
IA 0601E2, Immeuble #6  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario), Canada K1A 0L2

**Par Internet**

On peut avoir accès à la version électronique  
du rapport du SSCPDH à l'adresse suivante :  
[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/bbp-apdh/  
index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/bbp-apdh/index_f.html)

ou

Also available in English under the title:  
*Blood-borne Pathogens Routine Surveillance System Report*

**Citation suggérée** : Santé Canada, *Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hémotogène*. Santé Canada : Ottawa (Ontario), 2002 (N° de cat. H39-603/2002F).

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et  
Services gouvernementaux Canada, 2002  
N° de cat. H39-603/2002F  
ISBN 0-662-86805-6

# Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hémotogène

Section des statistiques et de l'évaluation des risques  
Division des infections acquises en milieu de soins de santé  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

*juillet 2002*

**Division des infections acquises en milieu de soins de santé**

Tél. : (613) 954-5205

Directeur associé – Antonio Giulivi, MD, FRCP

**Section des statistiques et de l'évaluation des risques**

Chef – Susie ElSaadany, Mmath.-Stat., PGD.Math

Épidémiologiste – Gregory Zaniewski, MHSc

Agente des communications – Natalie Hanna

Assistante de recherche – Grace Wan

Assistant de recherche – Byron Chu

Soutien – Rachel Ouellette

# Remerciements

Nous remercions spécialement les nombreux groupes et individus qui ont apporté une contribution précieuse au rapport du SSCPDH et l'ont examiné, en particulier les suivantes :

## **Statistique Canada**

---

### **Direction des statistiques sociales et des institutions Division des statistiques sur la santé**

Hélène Aylwin, Analyste de recherche  
Recherche sur l'hygiène du travail et l'environnement

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

---

### **Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

Robert Semenciw, chef  
Division de la surveillance des cas, Division du cancer

### **Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses Division des infections acquises en milieu de soins de santé**

Shimian Zou, chef  
Section des infections à diffusion hémotogène contractées dans la communauté  
Leslie Forrester, épidémiologiste  
Section des infections à diffusion hémotogène contractées dans la communauté  
Yuanli Shi, épidémiologiste/analyste de données  
Section des infections à diffusion hémotogène contractées dans la communauté  
Janet Egan, agente de surveillance  
Section des prions  
Florent Vachon, adjoint administratif

### **Division de la surveillance des maladies**

Mary-Jane Garnett, Gestion de l'information

### **Direction de la politique stratégique**

Ora Kendall, chef intérimaire  
Division de l'analyse quantitative et de la recherche  
Mark Vanderkloot, conseiller de système d'information géographique/agent technique de gestion de l'information  
Division de l'analyse quantitative et de la recherche

**Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus**  
**Membres des sites sentinelles**

**Capital Health, Edmonton (Alberta)**

Beverley Baptiste  
D<sup>r</sup> Gerry Predy

**Service de santé d'Ottawa, Ottawa (Ontario)**

Darlene Poliquin  
Lorette Madore

**Calgary Health Region, Calgary (Alberta)**

Donna Jones  
Kathleen Shorten  
Judy MacDonald

**Régie régionale de la santé de Winnipeg, Winnipeg (Manitoba)**

Beverley Graham

**Ministère de la Santé du Manitoba (Manitoba)**

D<sup>r</sup> Stephen Moses  
D<sup>r</sup> Lawrence Elliot

**Vancouver-Richmond Health Board, Vancouver (Colombie-Britannique)**

Jessica Ip-Chan  
D<sup>re</sup> Patricia Daly

**Service provincial d'épidémiologie, ministère de la Santé et du Mieux-être  
(Nouveau-Brunswick)**

Rosemary Boyle  
Ivan Brophy  
D<sup>r</sup> Christofer Balram

## Information pour les lecteurs du Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hémotogène

La Section des statistiques et de l'évaluation des risques de la Division des infections acquises en milieu de soins de santé est heureuse de présenter le premier *Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hémotogène* (SSCPDH). Le SSCPDH fait une description nationale et globale de certaines maladies transmissibles par le sang au Canada. Des données allant jusqu'à 1998-1999 ont été recueillies systématiquement et présentées dans ce rapport. Le document vise essentiellement à faire état des différences observées dans le temps et l'espace sur le plan des maladies transmissibles par le sang au cours de l'examen des données de surveillance systématique.

Selon les conclusions principales du rapport, le taux global d'hépatite A et B diminue avec le temps, tandis que le taux d'hépatite non A, non B/hépatite C augmente au Canada. Le taux d'hépatite virale est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les taux de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) sont demeurés relativement stables au fil du temps et sont conformes aux estimations globales concernant la MCJ. Aucun cas de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) n'a été déclaré au Canada. Grâce à une surveillance continue, le SSCPDH publiera des rapports annuels qui intégreront les nouvelles données disponibles ainsi que des rapports supplémentaires sur les maladies traitant des facteurs de risque et du fardeau de la maladie. Ces données permettront de mettre au point une base de connaissances susceptible d'aider les organes de réglementation à prendre des décisions et à élaborer des politiques.

Les lecteurs du rapport doivent noter que les données présentent certaines limites. Les provinces et les territoires ne fournissent pas tous autant de données sur la mortalité, la morbidité et les cas déclarés. Le Manitoba et le Québec, par exemple, fournissent moins de données tirées de fiches d'hôpitaux que les autres provinces. C'est la Colombie-Britannique qui a été la première à signaler, dès 1991, les cas d'hépatite C au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (autrefois le Laboratoire de lutte contre la maladie); le Manitoba n'a commencé à fournir des données qu'en 1999. Les données sur le virus lymphotrope T humain (HTLV) ne portent que sur les cas déclarés selon la définition de la CIM-9-MC, et seules quelques provinces en recueillent.

Il importe aussi de noter que le rapport n'aborde pas toutes les maladies transmissibles par le sang. On peut obtenir d'autres renseignements à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp>.

Nous vous invitons à nous transmettre vos questions, vos commentaires et vos suggestions au sujet du rapport du SSCPDH, et nous espérons que cette ressource canadienne en matière de recherche continuera d'évoluer constamment.

Veuillez agréer nos salutations distinguées.



Susie ElSaadany, Mmath.-Stat., PGD.Math  
Chef, Section des statistiques et de  
l'évaluation des risques  
Division des infections acquises en milieu de  
soins de santé  
Centre de prévention et de contrôle des  
maladies infectieuses



Antonio Giulivi, MD, FRCP  
Directeur associé, Division des infections  
acquises en milieu de soins de santé  
Centre de prévention et de contrôle des  
maladies infectieuses

# Table des matières

<b>Introduction.</b>	<b>1</b>
<b>Sources de données et méthodes</b>	<b>2</b>
Mortalité	2
Morbidité	2
Classification des maladies	2
Maladies à déclaration obligatoire	3
Surveillance améliorée de l'hépatite	4
Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob	4
Méthodes	4
Données démographiques	5
Le logiciel Orius	5
<b>Hépatite A – Cas déclarés.</b>	<b>6</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 1.1 Cas d'hépatite A déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, Canada, 1980-1999	7
Figure 1.1A Cas d'hépatite A déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge et le sexe, Canada, 1980-1999	8
Figure 1.1B Taux bruts d'hépatite A déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1980-1999	8
Figure 1.1C Taux bruts d'hépatite A déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1990-1999	9
Figure 1.1D Taux bruts d'hépatite A déclarés, par province/territoire, 1990-1999, hommes et femmes combinés	9
<b>Hépatite A – Morbidité</b>	<b>10</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 1.2 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par année, Canada, 1980-1998	10
Figure 1.2A Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998	11
Figure 1.2B Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998	11



Figure 1.2C	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	12
Figure 1.2D	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés . . .	12
<b>Hépatite A – Mortalité . . . . .</b>		<b>13</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 1.3	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés pour l'hépatite A, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	13
Figure 1.3A	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	14
Figure 1.3B	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	14
Figure 1.3C	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	15
<b>Hépatite B – Cas déclarés. . . . .</b>		<b>16</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 2.1	Cas d'hépatite B déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, Canada, 1980-1999* . . . . .	17
Figure 2.1A	Cas d'hépatite B déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge, par année et par sexe, Canada, 1980-1999 . . . . .	18
Figure 2.1B	Taux bruts d'hépatite B déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1980-1999 . . . . .	18
Figure 2.1C	Taux bruts d'hépatite B déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1990-1999 . . . . .	19
Figure 2.1D	Taux bruts d'hépatite B déclarés, par province/territoire, 1990-1999, hommes et femmes combinés . . . . .	19
<b>Hépatite B – Morbidité . . . . .</b>		<b>20</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 2.2	Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	20
Figure 2.2A	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	21
Figure 2.2B	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	21

Figure 2.2C	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	22
Figure 2.2D	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés . . . . .	22
<b>Hépatite B – Mortalité . . . . .</b>		<b>23</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 2.3	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	23
Figure 2.3A	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	24
Figure 2.3B	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	24
Figure 2.3C	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	25
Figure 2.3D	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés . . . . .	25
<b>Hépatite C – Cas déclarés. . . . .</b>		<b>26</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 3.1	Cas d'hépatite C déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, hommes et femmes et sexe non spécifié, Canada, 1991-1999 . . . . .	26
Figure 3.1A	Cas d'hépatite C déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge, par année et sexe, Canada, 1991-1999. . . . .	27
Figure 3.1B	Taux bruts d'hépatite C déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1991-1999 . . . . .	27
Figure 3.1C	Taux bruts d'hépatite C déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1991-1999 . . . . .	28
Figure 3.1D	Taux bruts d'hépatite C déclarés, par province/territoire, 1991-1999, hommes et femmes combinés . . . . .	28
<b>Hépatite non A, non B – Morbidité. . . . .</b>		<b>29</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 3.2	Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	29

Figure 3.2A	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	30
Figure 3.2B	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	30
Figure 3.2C	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	31
Figure 3.2D	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés. . . . .	31
<b>Hépatite non A, non B – Mortalité . . . . .</b>		<b>32</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 3.3	Décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	32
Figure 3.3A	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	33
Figure 3.3B	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	33
Figure 3.3C	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	34
Figure 3.3D	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés. . . . .	34
<b>Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Cas déclarés . . . . .</b>		<b>35</b>
<b>Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Morbidité . . . . .</b>		<b>36</b>
<i>Conclusions principales</i>		
Tableau 4.1	Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	36
Figure 4.1A	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	37
Figure 4.1B	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	37
Figure 4.1C	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	38
Figure 4.1D	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés . . . . .	38

<b>Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Mortalité . . . . .</b>	<b>39</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 4.2 Décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par année, Canada, 1980-1998 . . . . .	39
Figure 4.2A Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par sexe, Canada, 1980-1998 . . . . .	40
Figure 4.2B Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998 . . . . .	40
Figure 4.2C Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998 . . . . .	41
Figure 4.2D Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés . . . . .	41
<b>Infection à virus lymphotrope T humain (HTLV) – Morbidité . . . . .</b>	<b>42</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 5.1 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, par année, Canada, 1994-1999 . . . . .	42
Figure 5.1A Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1994-1999 . . . . .	43
Figure 5.1B Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, par groupe d'âge, Canada, 1994-1999 . . . . .	43
Figure 5.1C Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1994-1999 . . . . .	44
<b>Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus</b>	
Introduction . . . . .	45
Sites de surveillance sentinelles . . . . .	45
<b>Hépatite B – Données améliorées . . . . .</b>	<b>47</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 6.1 Cas et taux bruts d'hépatite B, par groupe d'âge, sexes combinés, Canada, 1999 et 2000 . . . . .	47
Figure 6.1A Cas et taux bruts d'hépatite B, par groupe d'âge et sexe, Canada, 1999 et 2000 . . . . .	48
Figure 6.1B Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite B, 1999 . .	48
Figure 6.1C Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite B, 2000 . .	49

<b>Hépatite C – Données améliorées</b> . . . . .	<b>50</b>
<i>Conclusions principales</i>	
Tableau 6.2 Cas et taux bruts d'hépatite C, par groupe d'âge, sexes combinés, Canada, 1999 et 2000 . . . . .	50
Figure 6.2A Cas et taux bruts d'hépatite C, par groupe d'âge et sexe, Canada, 1999 et 2000 . . . . .	51
Figure 6.2B Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite C, 1999 . .	51
Figure 6.2C Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite C, 2000 . .	52
<b>Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP).</b> . . . . .	<b>53</b>
<i>Conclusions principales – Cas déclarés</i>	
Tableau 7.1 Taux de VAMP dans les cas déclarés selon l'âge, taux de morbidité et mortalité pour les pathogènes à diffusion hémotogène . . . . .	53
Figure 7.1 Taux de VAMP pour les cas déclarés de certaines maladies, par sexe, Canada, 1990-1999 . . . . .	54
<i>Conclusions principales – Mortalité et morbidité chez les hommes</i>	
Tableau 7.2 Taux de VAMP chez les hommes, Canada, 1989-1998 . . . . .	55
Figure 7.2 Taux de VAMP pour la mortalité et la morbidité liées à certaines maladies, hommes, Canada, 1989-1998 . . . . .	56
<i>Conclusions principales – Mortalité et morbidité chez les femmes</i>	
Tableau 7.3 Taux de VAMP chez les femmes, Canada, 1989-1998 . . . . .	57
Figure 7.3 Taux de VAMP pour la mortalité et la morbidité liées à certaines maladies, femmes, Canada, 1989-1998 . . . . .	58
<b>Références.</b> . . . . .	<b>59</b>

# Introduction

Voici le premier rapport annuel (2001) du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hématogène (SSCPDH). Ce rapport, établi par la Section des statistiques et de l'évaluation des risques de la Division des infections acquises en milieu de soins de santé (DIAMSS), Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, résume les données de surveillance recueillies des diverses sources d'information sur les pathogènes à diffusion hématogène auxquels s'intéresse actuellement la DIAMSS. Cette division concentre ses activités de recherche et de surveillance sur les pathogènes transmissibles par le sang, lesquels comprennent les pathogènes transmissibles par les transfusions ou par le partage de seringues contaminées. La DIAMSS mène également des activités de surveillance à l'égard d'agents dont la transmissibilité par le sang n'est, à l'heure actuelle, que théorique (p. ex., l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob).

Le SSCPDH a pour but de cerner et d'évaluer le fardeau des maladies transmissibles par le sang à l'échelle nationale. Les données que renferme le présent rapport aideront les chercheurs à élaborer des politiques nationales et provinciales pour la prévention et la lutte contre les pathogènes à diffusion hématogène. Ce rapport vise également à favoriser et à stimuler la réalisation de nouvelles recherches sur les causes de ces maladies.

Ce premier rapport du SSCPDH fournit des données descriptives de nature épidémiologique et statistique sur les pathogènes à diffusion hématogène ciblés par le système, soit les suivants :

- ◆ virus de l'hépatite A
- ◆ virus de l'hépatite B
- ◆ virus de l'hépatite non A, non B
- ◆ virus de l'hépatite C (cas déclarés)
- ◆ agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- ◆ virus lymphotrope T humain I
- ◆ virus lymphotrope T humain II

L'information présentée dans ce rapport provient d'un certain nombre de sources de données sur la santé et de données de surveillance, notamment la Base de données nationale sur la mortalité, la Base de données canadienne sur la morbidité, le Registre national des maladies à déclaration obligatoire, le Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus et le Système de surveillance de la MCJ. Le lecteur trouvera à la page 2 d'autres renseignements sur les sources et les méthodes utilisées, y compris les limites inhérentes aux données recueillies. La Division des infections acquises en milieu de soins de santé a besoin de ces données de surveillance pour pouvoir analyser avec justesse et mieux comprendre les tendances qui se dessinent à l'échelle nationale, et pour cerner les populations à risque et déterminer les sources potentielles de transmission des pathogènes à diffusion hématogène.

Le SSCPDH vise à fournir et à diffuser annuellement de l'information sur les tendances relatives aux maladies transmissibles par le sang. Des rapports supplémentaires, portant sur des pathogènes précis, pourraient également être produits tout au long de l'année.

# Sources de données et méthodes

## Mortalité

La majorité des données sur les décès provient des certificats de décès. Ceux-ci sont remplis par un médecin et sont ensuite envoyés au registre de l'état civil de la province ou du territoire concerné. Les enregistrements sont compilés annuellement puis transmis à Statistique Canada qui s'occupe de leur présentation et de leur publication. Les enregistrements sont ensuite renvoyés aux provinces et territoires pour diffusion et analyse. Un code est attribué à chaque décès en fonction de la cause initiale et en se fondant sur la *Classification internationale des maladies* (CIM). Les données sur les causes de décès pour le Canada ont été tirées de la base de données nationale sur les statistiques en santé. La classification des causes de décès est fondée sur la Neuvième révision de la CIM, qui utilise des codes de maladies normalisés à quatre chiffres.

Les données sur les décès ont été classées par groupe d'âge (de 5 ans), sexe et cause de décès. Il s'agit là des trois regroupements les plus courants et les plus importants pour les analyses de la mortalité. Parmi ceux-ci, le sexe et l'âge au décès sont déclarés avec exactitude. La cause du décès est toujours inscrite; par contre, on ne trouve pas toujours la cause initiale précise ni l'information qui permettrait de bien la coder. Au Canada, l'information sur l'âge au décès et la cause du décès est considérée comme raisonnablement exacte.

## Morbidité

Les données sur les admissions hospitalières constituent la source d'information la plus importante sur la morbidité. Ces données nous informent sur toutes les admissions dans des hôpitaux publics au Canada et permettent de coder les diagnostics de sortie multiples. Toutes les admissions hospitalières sont codées en fonction du diagnostic initial ou principal. Les données sur les admissions hospitalières pour le Canada, de 1980 à 1998, sont tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

L'ICIS fournit aux hôpitaux une formule qui permet de recueillir des données à partir des dossiers des patients au moment de leur sortie de l'hôpital. Les données démographiques relatives au patient et l'information concernant le séjour à l'hôpital sont inscrites sur cette fiche. Toutefois, la déclaration des maladies n'est uniforme d'une province ou d'un territoire à l'autre. Bien que la base de données rende compte de toutes les sorties après hospitalisation pour soins actifs au Canada (pour les territoires et la majorité des provinces – situation en 1995-1996), le Manitoba et le Québec fournissent des données moins complètes. Les données sur les admissions hospitalières sont également limitées du fait qu'elles renferment des doublons.

## Classification des maladies

La CIM a pour objet principal de produire des ensembles de données sur la morbidité et les décès dus à des maladies qui soient uniformes, notamment par la classification et le codage des données sur la mortalité figurant sur les certificats de décès. Ce système permet d'établir des comparaisons à l'échelle nationale et internationale pour ce qui est de la collecte, du traitement, de la classification et de la présentation (ensembles de données) des statistiques sur la morbidité et la mortalité. Il sert également à classer les dossiers hospitaliers par maladie et est utile pour le stockage et l'extraction des données.

La CIM est révisée périodiquement pour tenir compte des changements survenus dans le domaine médical. On en est actuellement à la dixième révision de la CIM; la CIM-9 et la CIM-9-MC sont utilisées au Canada et à l'échelle mondiale depuis 1979.

### La CIM-9

La Neuvième révision de la CIM de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève (1977), est un système utilisé à l'échelle internationale qui comporte environ 12 000 nombres de quatre chiffres représentant des catégories dans lesquelles les maladies sont classées selon des critères établis. La CIM fournit une base commune pour la classification des maladies et des blessures qui simplifie le stockage, l'extraction et la compilation des données statistiques.

### La CIM-9-MC

La Classification internationale des maladies, 9<sup>e</sup> révision, Modifications cliniques (CIM-9-MC) est une version modifiée de la CIM-9 de l'OMS. Les changements ont été apportés pour que cet outil soit encore plus utile pour la classification des données sur la morbidité aux fins du classement des dossiers médicaux, pour l'examen des soins médicaux, pour l'élaboration de programmes de soins ambulatoires et d'autres soins médicaux, et pour l'établissement de statistiques de base sur la santé. Parmi les modifications apportées, mentionnons l'ajout d'un code pour le portage du virus de l'hépatite C. Il est à noter que la CIM-9-MC permet de tenir compte de toutes les admissions hospitalières pour l'infection à HTLV.

### CIM-10

Approuvée par l'OMS en 1990, la CIM-10 est prête à être mise en œuvre depuis 1993. Au Canada, on a commencé à utiliser la CIM-10-CA (version canadienne) en avril 1999; l'ICIS a alors demandé à toutes les provinces et aux territoires de mettre en œuvre les nouvelles normes énoncées dans la CIM-10-CA avant le 1<sup>er</sup> avril 2001. On voulait de cette manière remplacer la CIM-9 et la CIM-9-CM par la CIM-10 et harmoniser les statistiques canadiennes sur la mortalité avec les données recueillies à l'échelle internationale.

### Maladies à déclaration obligatoire

À l'heure actuelle, la déclaration des maladies dans le cadre d'un système national de surveillance fait l'objet d'un consensus de la part de toutes les provinces et des territoires. Un groupe de travail composé d'épidémiologistes provinciaux, de directeurs de laboratoires provinciaux et d'autres spécialistes travaille actuellement à définir un ensemble minimal de variables pour la déclaration cas par cas. Ces données de base sont la province, la maladie à déclarer, l'identificateur unique, l'âge, le sexe, la date de l'épisode et l'indicateur géographique. On a pu avoir accès à des déclarations concernant des maladies dues à des pathogènes à diffusion hématogène, faites entre 1979 et 1999, par l'entremise du Registre national des maladies à déclaration obligatoire de la Division de la surveillance des maladies du (anciennement) Bureau des maladies infectieuses du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada. Il importe de se rappeler que l'exhaustivité de la déclaration des maladies à déclaration obligatoire varie d'une province et d'un territoire à l'autre.



### Surveillance améliorée de l'hépatite

Le système de surveillance améliorée de l'hépatite consiste en une étude intensive des cas d'hépatite B et C aigus dans certaines régions sanitaires du Canada. Depuis octobre 1998, ce système de surveillance a permis de recueillir, pour l'ensemble du pays, des données représentatives sur l'incidence et les facteurs de risque liés à l'hépatite B et à l'hépatite C aiguës. Il sert également à détecter les pathogènes émergents et à réaliser des études mieux ciblées.

Pour plus d'information, veuillez consulter le site suivant :  
[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/bbp-apdh/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/bbp-apdh/index_f.html)

### Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob

Lancé en avril 1998, le système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob fournit des données démographiques et épidémiologiques sur la MCJ au Canada. Les patients soupçonnés d'être atteints de la MCJ sont inscrits dans ce programme, à condition toutefois qu'eux-mêmes ou des membres de leur famille aient donné leur consentement. L'information recueillie sert à établir des liens éventuels entre des niveaux d'exposition à la MCJ et l'apparition de la maladie. Pour plus d'information sur la surveillance de la MCJ au Canada, on peut se reporter au Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (SS-MCJ), Section des prions, Division des infections acquises en milieu de soins de santé, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Canada, dont l'adresse électronique est la suivante :

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/hcai-iass/cjd-mcj/cjdss\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/hcai-iass/cjd-mcj/cjdss_f.html)

### Méthodes

Le codage des maladies sur lesquelles porte le présent rapport a varié selon la source des données. Le code à quatre chiffres de la CIM-9 a été utilisé pour les données sur la mortalité et la morbidité, sauf dans le cas de la morbidité liée à l'infection par le HTLV I et II, pour laquelle c'est plutôt le code de la CIM-9-MC qui a été employé. Les données sur la morbidité et la mortalité sont entrées à l'échelon national.

Il est à noter qu'étant donné que l'hépatite C n'a été reconnue qu'à partir de 1989, la maladie a été classée sous le code à quatre chiffres d'hépatite virale précisée ou d'hépatite virale, sans précision, à partir de 1992. Pour les fins du présent rapport, les données sur la mortalité et la morbidité liées à l'hépatite C ont été classées sous la rubrique «hépatite non A, non B».

Les cas d'hépatite C figurant dans les *Cas déclarés* comprennent aussi bien les nouveaux cas que les cas existants.

Les données sur l'infection à virus lymphotrope T humain (HTLV) I et II ont été combinées dans le présent rapport.

Les cas de maladies déclarés aux fins de la surveillance nationale ont été codés selon les définitions de cas énoncées dans le Registre national des maladies à déclaration obligatoire. Les cas sont définis comme probables ou confirmés, cette dernière catégorie représentant la majorité des cas.

Un résumé de la classification des maladies selon la source des données est fourni dans le tableau ci-dessous.

Les taux de mortalité, de morbidité et de cas déclarés ont été normalisés à partir des données disponibles sur la population canadienne tirées du recensement de 1991. Tant les taux bruts que les taux normalisés selon l'âge ont été obtenus du Registre des maladies à déclaration obligatoire.

### Données démographiques

Les données sur la population du Canada, des provinces et des territoires sont établies par Statistique Canada après chaque recensement. Des estimations entre recensements pour la période de 1980 à 1995 et des estimations post-recensements pour la période de 1996 à 1999 ont été utilisées pour le calcul des taux. Statistique Canada a fourni des données démographiques classées par sexe et groupe d'âge (tranches de 5 ans) pour chaque année entre 1980 et 1998.

### Le logiciel *Orius*

*Orius* est un logiciel qui produit des statistiques sur la surveillance des maladies. Il peut fournir des statistiques descriptives de nature épidémiologique et des sorties graphiques aux fins de l'analyse des activités de surveillance et en réponse aux demandes des usagers. Les sources de données utilisées par le logiciel *Orius* comprennent les bases de données sur la mortalité, sur l'incidence du cancer et sur la morbidité hospitalière. Les statistiques produites par *Orius* sont les taux normalisés selon l'âge ou selon l'âge et le sexe et la variation annuelle moyenne en pourcentage.

### Résumé des classifications des maladies

Maladies à diffusion hémato-gène	Code de maladie pour la mortalité et la morbidité (CIM-9)	Cas déclarés*
Hépatite A	070,0-070,1	Définition de cas
Hépatite B	070,2-070,3	Définition de cas
Hépatite non A, non B	070,4-070,5, 070,6-070,9	—
Hépatite C	—	Définition de cas
MCJ	046,1	Définition de cas
HTLV I et II	079,51-079,52 <sup>†</sup>	—

\*Résumé annuel des maladies à déclaration obligatoire. RMTC 2000;26(S5)

<sup>†</sup>La CIM-9-MC a été utilisée pour coder les données sur l'infection à HTLV.

— non applicable.

## Hépatite A – Cas déclarés

### *Conclusions principales*

- Le nombre de cas d'hépatite A déclarés et les taux correspondants normalisés selon l'âge ont atteint un maximum en 1992. Le nombre de cas était alors de 2 632 et le taux, de 9,32/100 000. Le minimum a été observé en 1987, où le nombre de cas était de 661, et le taux, de 2,46/100 000.
- Selon le nombre de cas déclarés et les taux correspondants normalisés selon l'âge, l'hépatite A frappait plus les hommes que les femmes.
- Le nombre de cas et les taux ont atteint un maximum en 1996 et en 1984 (respectivement) chez les femmes et en 1992 chez les hommes.
- Les taux déclarés les plus élevés ont été observés dans le groupe des 0 à 14 ans et ont atteint un maximum en 1984.
- Des taux déclarés accrus ont été observés dans tous les groupes d'âge pour les années 1983-1985, 1990-1992 et 1995-1997.
- Les taux déclarés les plus élevés ont été observés dans les Territoires du Nord-Ouest.

### *Limite*

- Le Nunavut a commencé à fournir des données en 1999.

### *Source*

- Division de la surveillance des maladies, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Les données provisoires de 1999 ont été utilisées.

**Tableau 1.1 Cas d'hépatite A déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, Canada, 1980-1999\***

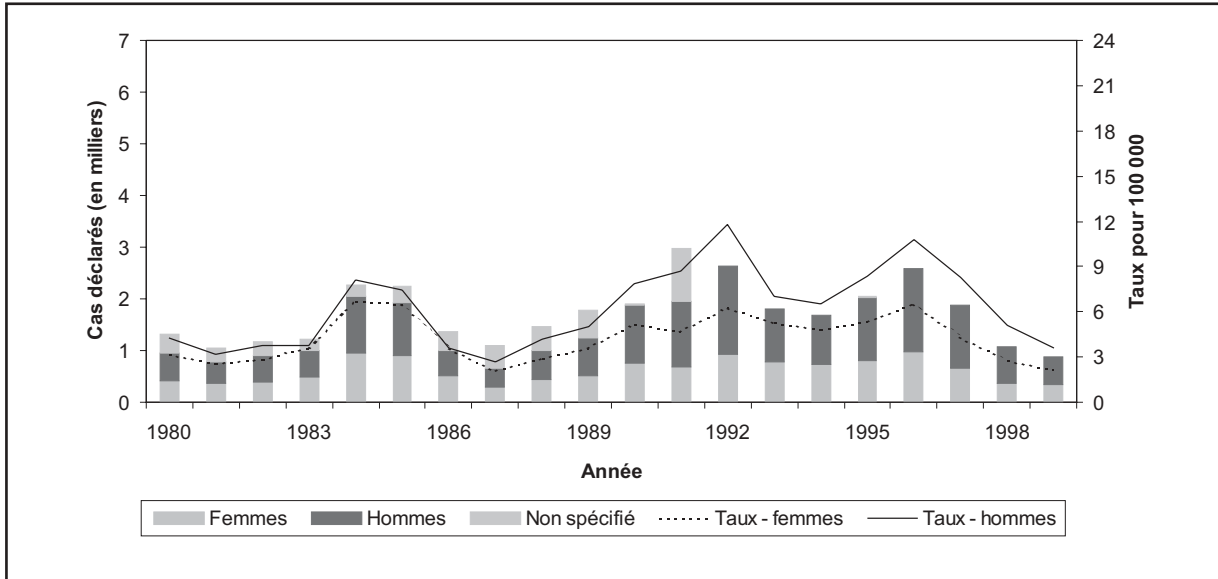
Année	Nbre de cas	Normalisés selon l'âge		Bruts†	
		Taux	IC à 95 %	Nbre de cas	Taux
1980	958	3,82	(3,57, 4,06)	1 377	5,62
1981	783	3,02	(2,80, 3,23)	1 115	4,49
1982	899	3,42	(3,20, 3,65)	1 222	4,87
1983	996	3,77	(3,53, 4,01)	1 279	5,07
1984	2 037	7,59	(7,26, 7,92)	2 403	9,43
1985	1 933	7,18	(6,86, 7,50)	2 454	9,50
1986	993	3,69	(3,46, 3,93)	1 430	5,51
1987	661	2,46	(2,27, 2,65)	1 130	4,29
1988	1 008	3,70	(3,47, 3,93)	1 533	5,75
1989	1 233	4,46	(4,21, 4,71)	1 854	6,83
1990	1 885	6,76	(6,45, 7,06)	1 939	7,00
1991	1 952	6,96	(6,65, 7,27)	3 020	10,84
1992	2 632	9,32	(8,97, 9,68)	2 689	9,52
1993	1 798	6,32	(6,03, 6,61)	1 825	6,39
1994	1 674	5,84	(5,56, 6,12)	1 712	5,90
1995	2 029	7,05	(6,74, 7,36)	2 062	7,07
1996	2 582	8,90	(8,55, 9,24)	2 605	8,79
1997	1 888	6,47	(6,18, 6,76)	1 904	6,39
1998	1 084	4,02	(3,77, 4,28)	1 090	3,60
1999	880	2,95	(2,75, 3,14)	886	2,92

\* Taux pour 100 000 habitants

† Les valeurs brutes et taux incluent le sexe non spécifié et les valeurs de groupes d'âge.

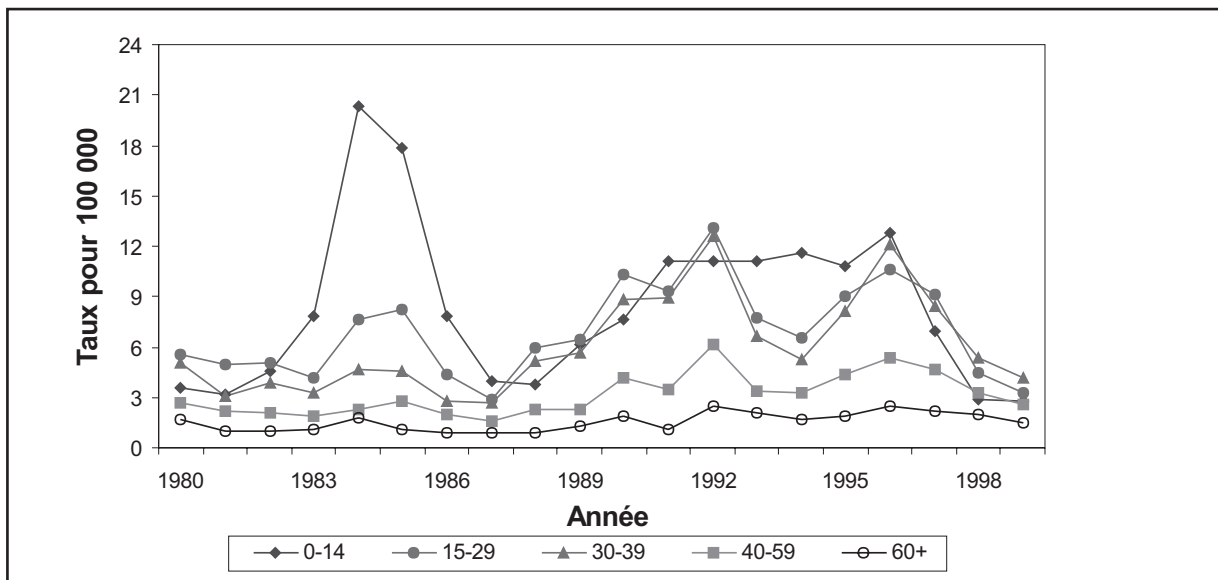
**Figure 1.1A**

*Cas d'hépatite A déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge et le sexe, Canada, 1980-1999*



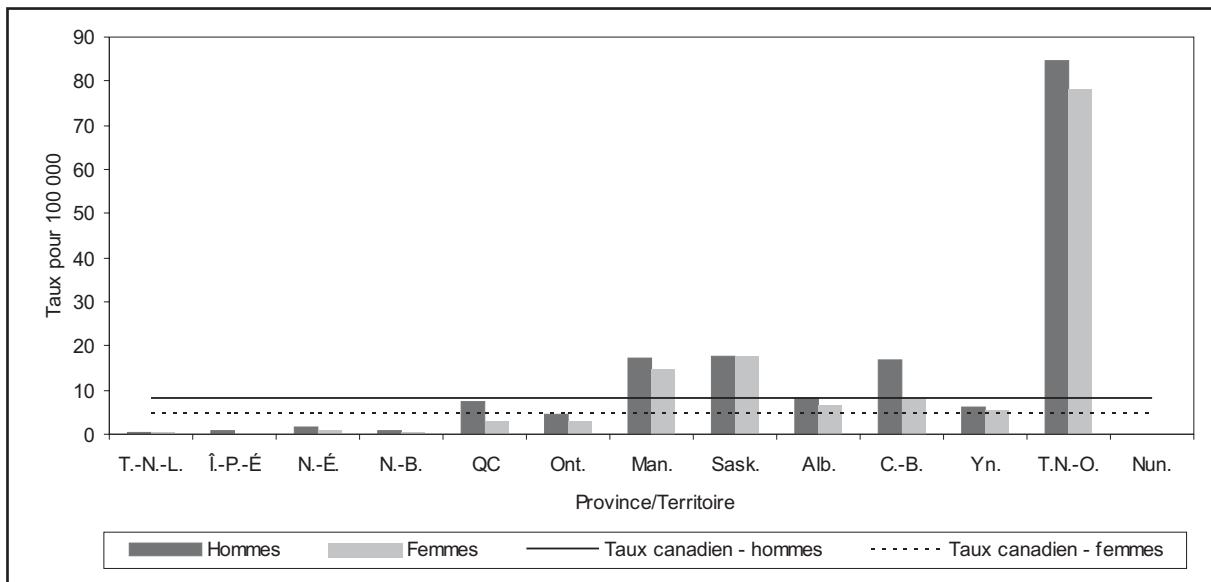
**Figure 1.1B**

*Taux bruts d'hépatite A déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1980-1999*



**Figure 1.1C**

*Taux bruts d'hépatite A déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1990-1999*



**Figure 1.1D**

*Taux bruts d'hépatite A déclarés, par province/territoire, 1990-1999, hommes et femmes combinés*



# Hépatite A – Morbidité

## Conclusions principales

- Le nombre d'admissions hospitalières et les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour l'hépatite A au Canada ont atteint un maximum en 1984 tant chez les hommes que chez les femmes; le nombre d'admissions s'établissait à 332 (taux de 2,51/100 000) chez les hommes et à 330 (taux de 2,53/100 000) chez les femmes.
- Comme le montre la figure 1.2B, les taux ont diminué de façon générale dans la plupart des groupes d'âge, sauf le groupe des 0 à 14 ans.
- À l'échelon provincial, les THNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes sauf en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, où l'inverse a été observé.
- C'est en Saskatchewan que les THNA les plus élevés ont été observés chez les hommes (3,78/100 000) et les femmes (3,95/100 000).
- C'est en Saskatchewan que les THNA les plus élevés de façon générale ont été observés; les plus faibles ont été enregistrés à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest.

## Source

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

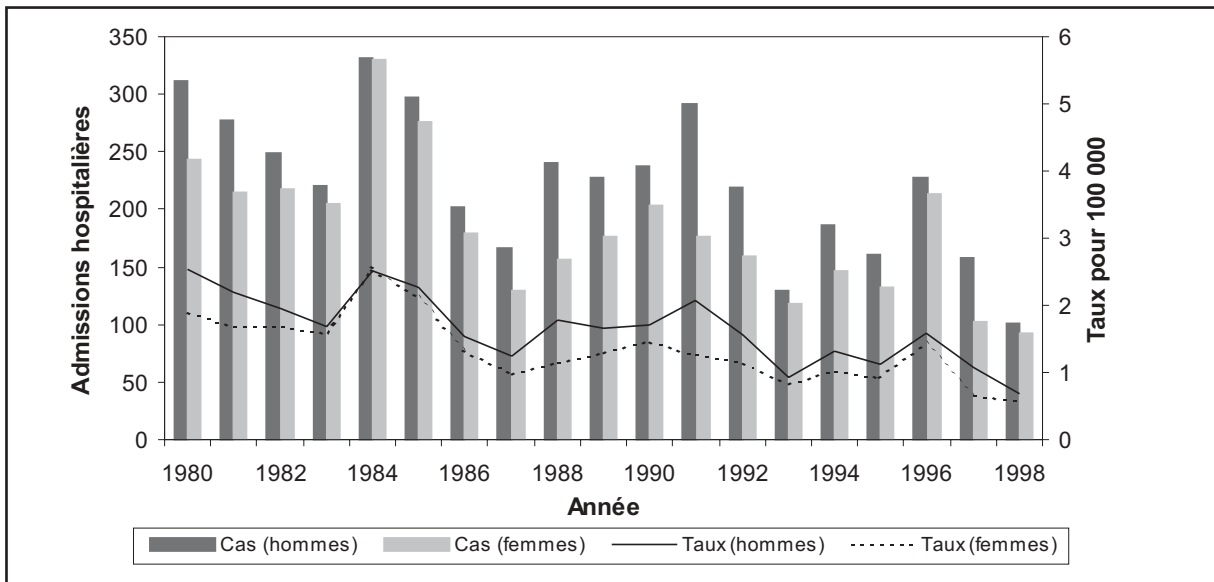
**Tableau 1.2 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par année, Canada, 1980-1998**

Année	Nbre d'admissions hospitalières	THNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	556	2,21	(2,03, 2,41)
1981	493	1,95	(1,78, 2,13)
1982	466	1,81	(1,65, 1,98)
1983	425	1,62	(1,47, 1,80)
1984	662	2,52	(2,33, 2,72)
1985	573	2,19	(2,02, 2,38)
1986	381	1,44	(1,30, 1,59)
1987	296	1,11	(0,99, 1,25)
1988	397	1,46	(1,32, 1,61)
1989	405	1,47	(1,34, 1,63)
1990	441	1,59	(1,44, 1,74)
1991	467	1,67	(1,52, 1,83)
1992	378	1,34	(1,21, 1,49)
1993	248	0,87	(0,76, 0,98)
1994	334	1,16	(1,04, 1,30)
1995	294	1,03	(0,91, 1,14)
1996	441	1,52	(1,38, 1,66)
1997	260	0,87	(0,76, 0,97)
1998	193	0,64	(0,55, 0,73)

\* Taux pour 100 000 habitants

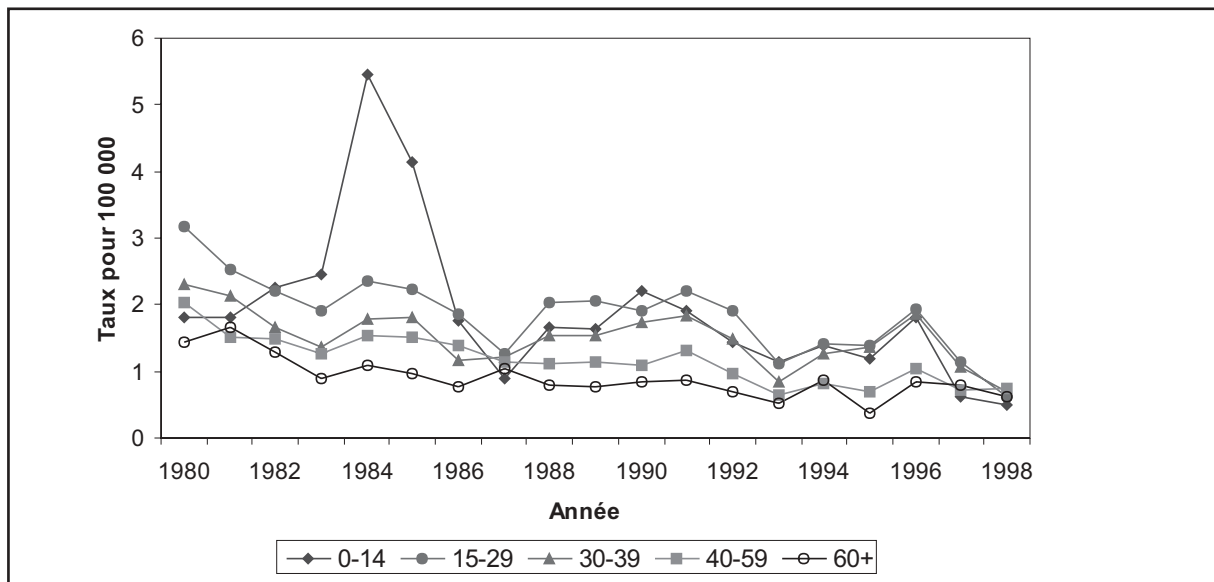
**Figure 1.2A**

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998



**Figure 1.2B**

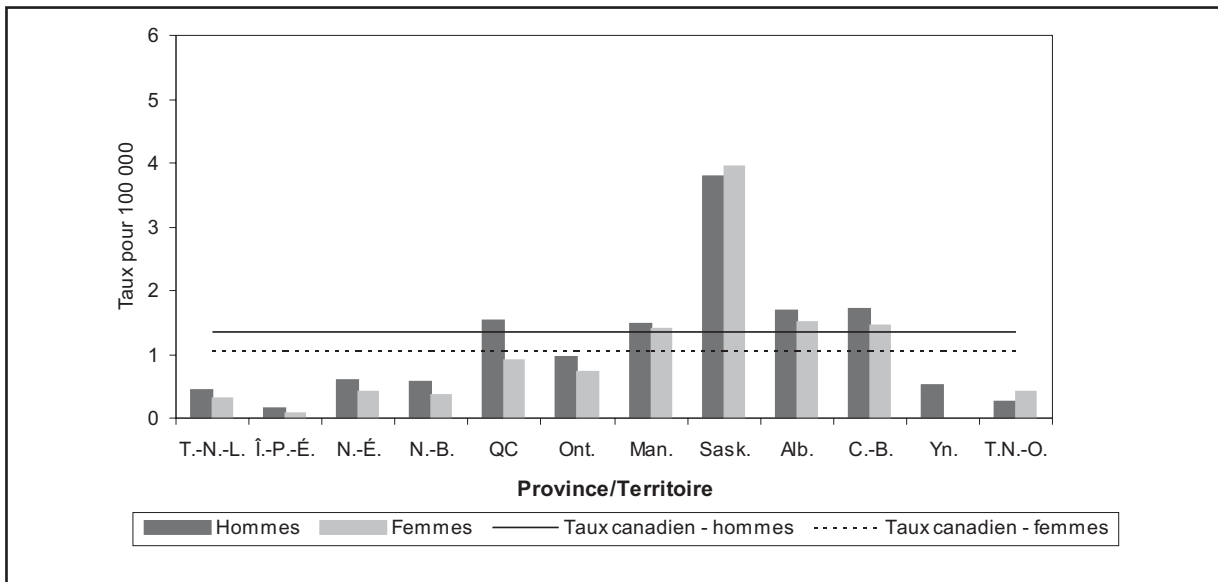
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998





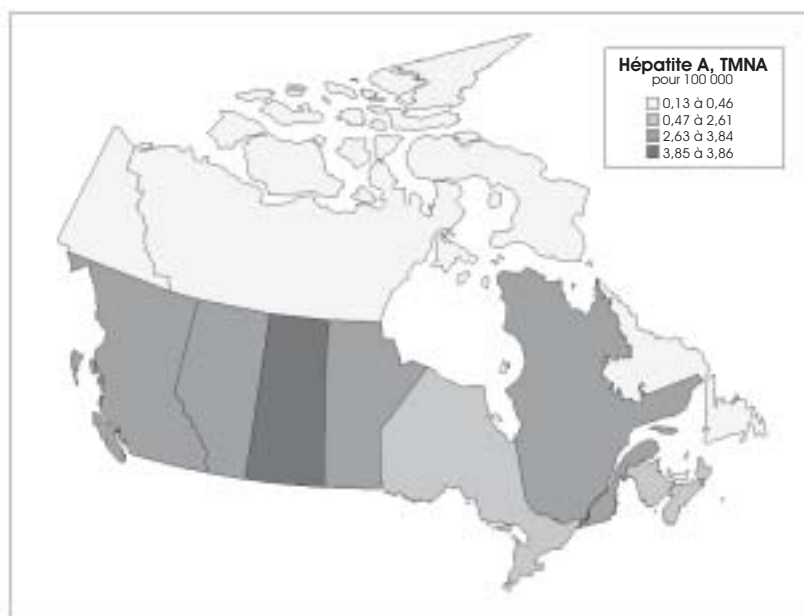
**Figure 1.2C**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 1.2D**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



# Hépatite A – Mortalité

## Conclusions principales

- Le nombre de décès et les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour l'hépatite A ont atteint un maximum (38 et 0,03/100 000 respectivement) pendant la période de 1980 à 1984.
- Le nombre de décès chez les hommes a atteint un sommet pendant la période de 1980 à 1984, et les TMNA étaient généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- C'est dans le groupe des 60 ans et plus que les TMNA étaient les plus élevés.
- Les TMNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans toutes les provinces/territoires qui ont déclaré des décès.
- Les TMNA du Canada étaient plus élevés chez les hommes (0,02/100 000) que chez les femmes (0,01/100 000).

## Source

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).

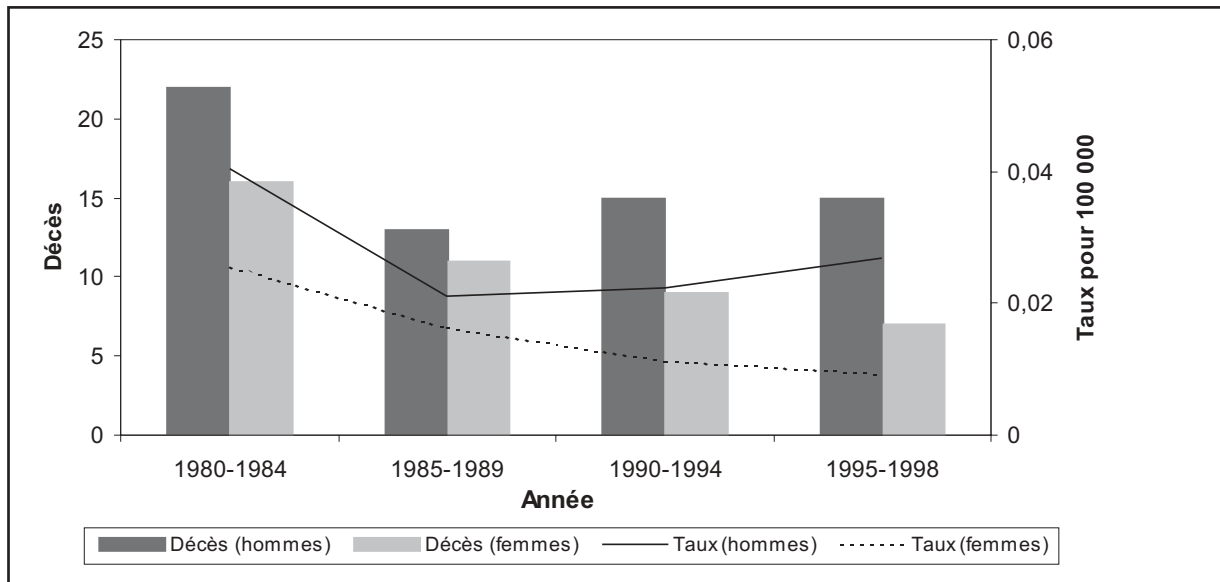
**Tableau 1.3 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés pour l'hépatite A, par année, Canada, 1980-1998**

Année	Nbre de décès	TMNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980-1984	38	0,03	(0,02, 0,05)
1985-1989	24	0,02	(0,01, 0,03)
1990-1994	24	0,02	(0,01, 0,03)
1995-1998	22	0,02	(0,01, 0,03)

\* Taux pour 100 000 habitants

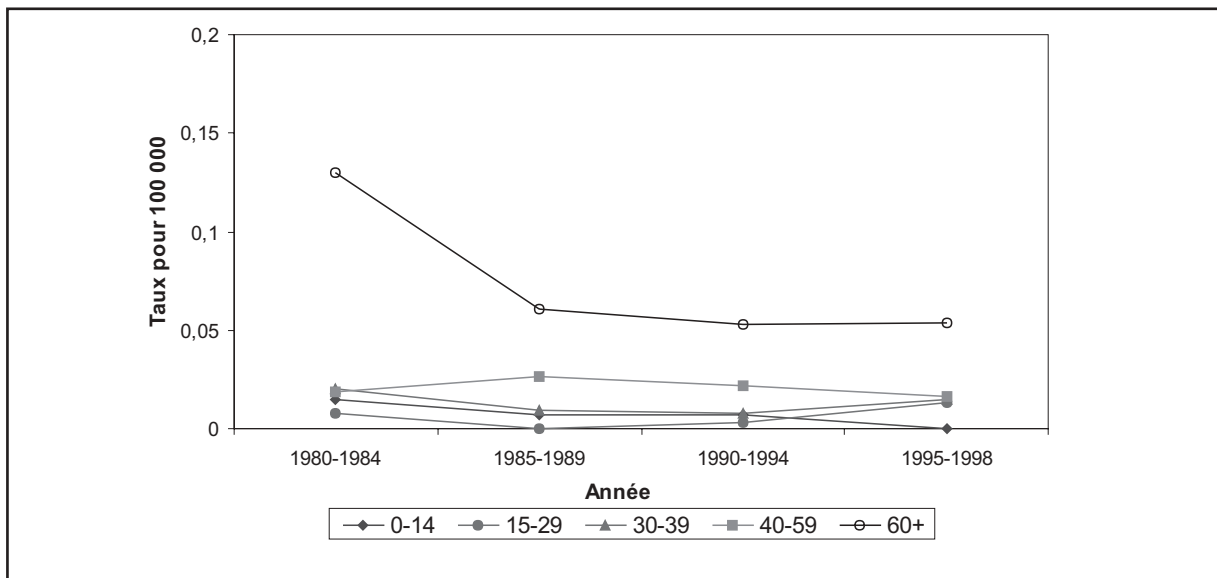
**Figure 1.3A**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par sexe, Canada, 1980-1998*



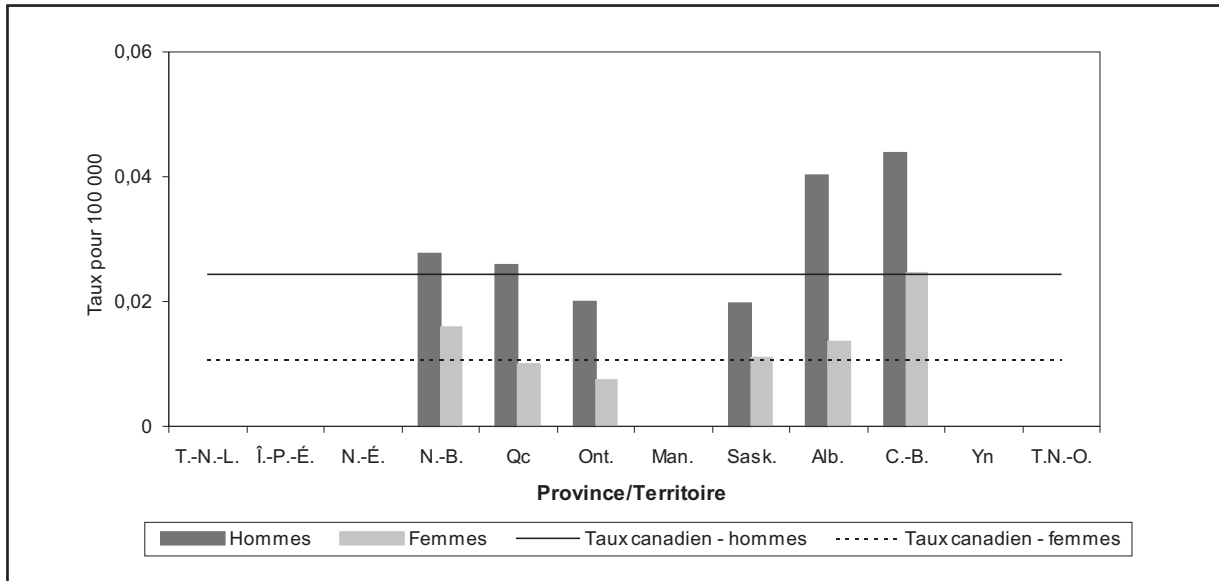
**Figure 1.3B**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



**Figure 1.3C**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite A, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



## Hépatite B – Cas déclarés

### *Conclusions principales*

- Le nombre de cas d'hépatite B et les taux correspondants normalisés selon l'âge ont connu une augmentation générale pendant la période de 1980 à 1995, et ont culminé en 1994.
- Le nombre de cas déclarés et les taux correspondants normalisés selon l'âge ont culminé pendant la période de 1988 à 1996.
- Le nombre de cas et les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes; ils ont culminé en 1990 chez les hommes et en 1994 chez les femmes.
- Les taux bruts déclarés les plus élevés ont été observés dans le groupe des 15 à 29 ans et dans celui des 30 à 39 ans, atteignant un maximum en 1990 et 1994 respectivement.
- Les taux bruts déclarés les plus élevés chez les hommes et les femmes ont été observés en Colombie-Britannique et les plus faibles, à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard.\*

### *Limites*

- Le Nunavut a commencé à fournir des données en 1999.
- Les modes de communication des données ont varié au fil du temps et selon la province et le territoire.

### *Source*

- Division de la surveillance des maladies, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Les données provisoires de 1999 ont été utilisées.

**Tableau 2.1 Cas d'hépatite B déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, Canada, 1980-1999\***

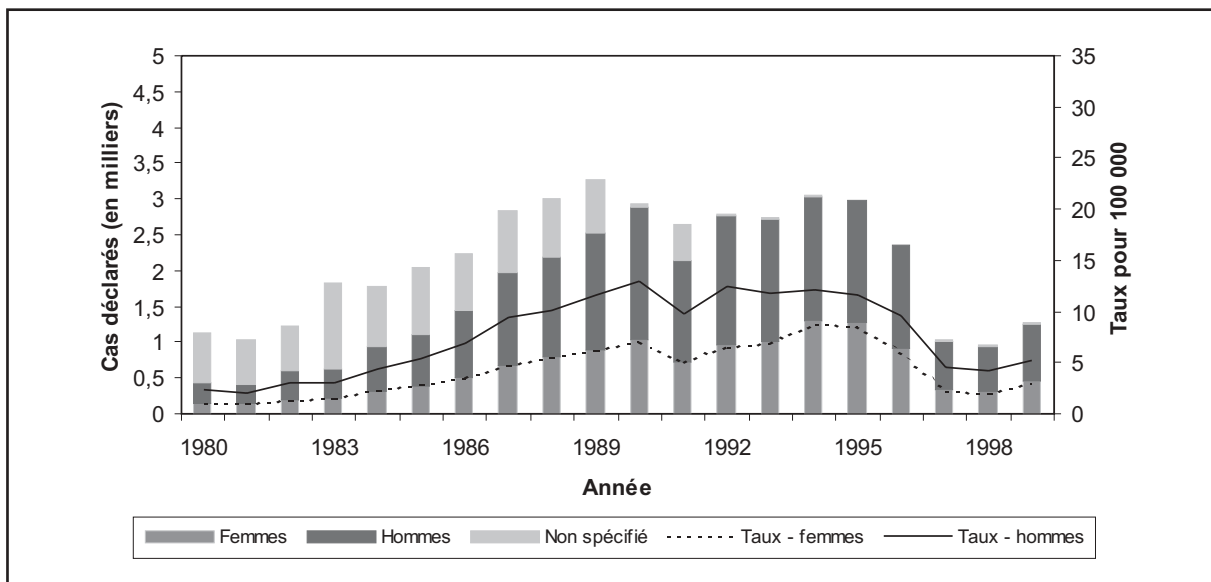
Année	Nbre de cas	Normalisés selon l'âge		Bruts†	
		Taux	IC à 95 %	Nbre de cas	Taux
1980	442	1,79	(1,62, 1,96)	1 164	4,77
1981	412	1,61	(1,45, 1,76)	1 065	4,31
1982	589	2,29	(2,11, 2,48)	1 301	5,18
1983	634	2,41	(2,22, 2,60)	1 856	7,32
1984	936	3,51	(3,28, 3,73)	1 808	7,06
1985	1 117	4,24	(3,99, 4,49)	2 130	8,28
1986	1 450	5,44	(5,15, 5,72)	2 299	8,85
1987	1 970	7,32	(7,00, 7,64)	2 916	11,10
1988	2 189	8,05	(7,72, 8,39)	3 066	11,44
1989	2 522	9,15	(8,79, 9,51)	3 378	12,44
1990	2 883	10,34	(9,96, 10,72)	3 001	10,83
1991	219	7,60	(7,27, 7,92)	2 683	9,57
1992	2 753	9,75	(9,38, 10,11)	2 814	9,92
1993	2 715	9,52	(9,16, 9,88)	2 762	9,62
1994	3 037	10,50	(10,13, 10,88)	3 079	10,65
1995	2 978	10,21	(9,84, 10,57)	3 005	10,28
1996	2 344	7,94	(7,62, 8,26)	2 361	7,96
1997	1 017	3,46	(3,25, 3,68)	1 043	3,50
1998	936	3,12	(2,92, 3,32)	970	3,21
1999	1 258	4,12	(3,89, 4,35)	1 273	4,18

\* Taux pour 100 000 habitants

† Les valeurs brutes et taux incluent le sexe non spécifié et les valeurs de groupes d'âge.

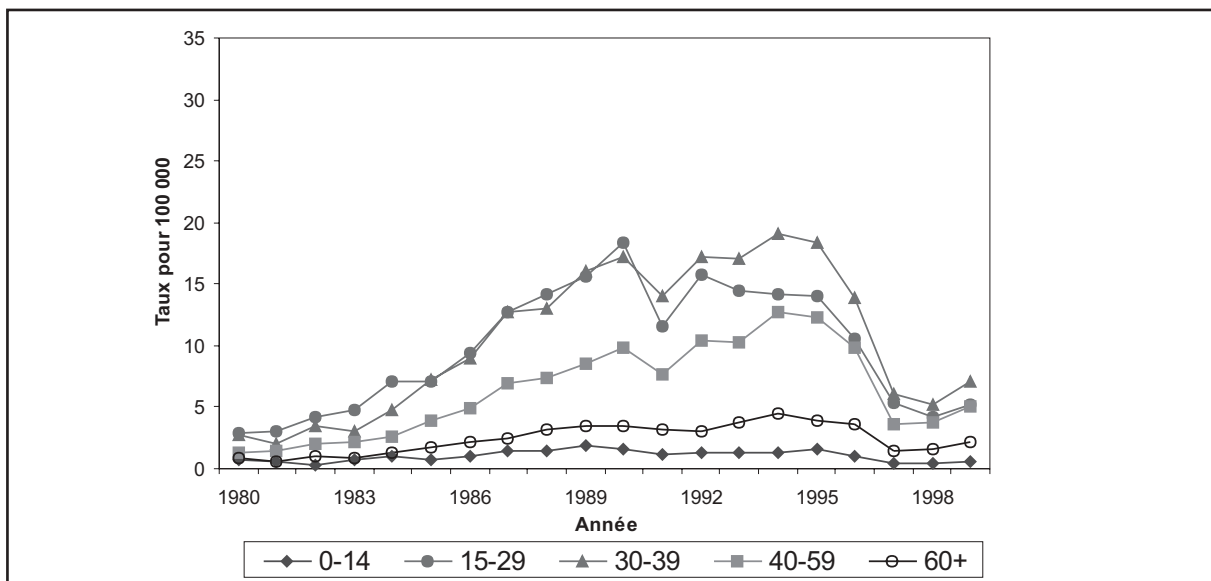
**Figure 2.1A**

*Cas d'hépatite B déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge, par année et par sexe, Canada, 1980-1999*



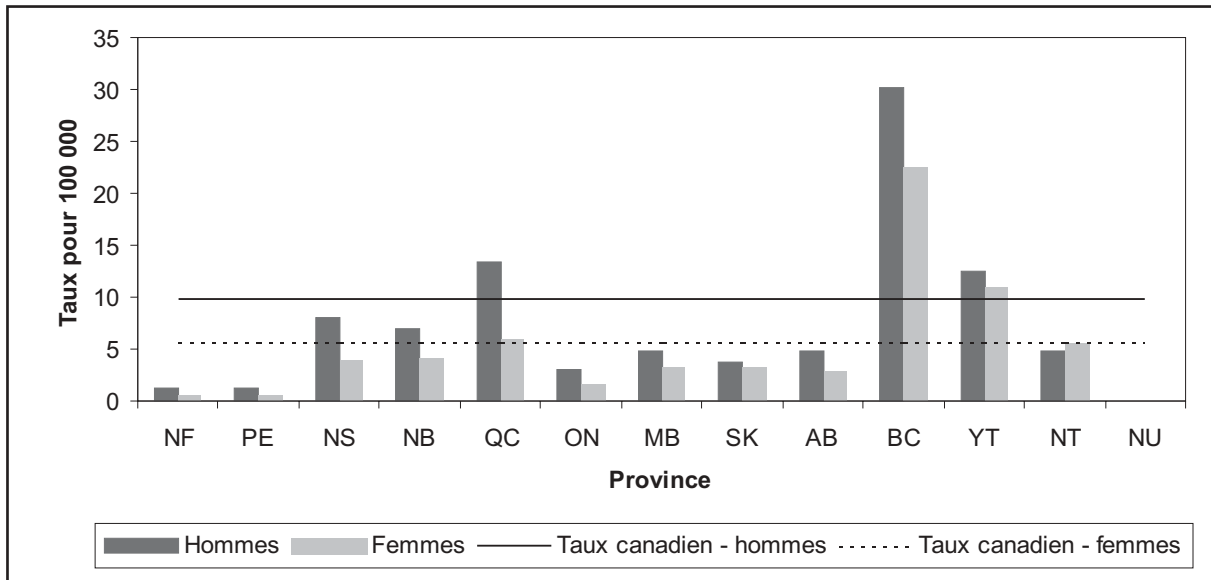
**Figure 2.1B**

*Taux bruts d'hépatite B déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1980-1999*



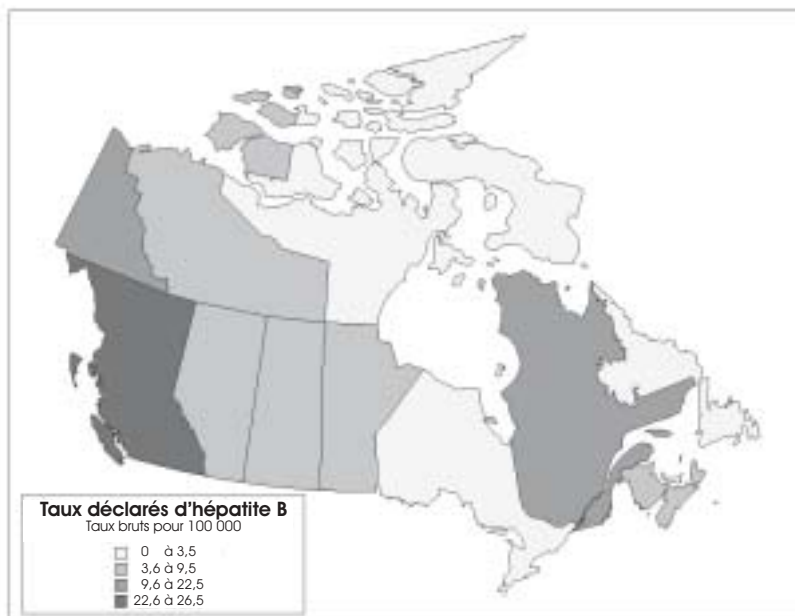
**Figure 2.1C**

*Taux bruts d'hépatite B déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1990-1999*



**Figure 2.1D**

*Taux bruts d'hépatite B déclarés, par province/territoire, 1990-1999, hommes et femmes combinés*





## Hépatite B – Morbidité

### Conclusions principales

- Les THNA pour les hommes ont atteint un maximum en 1985 (2,82/100 000, 384 admissions hospitalières) et chez les femmes, ils ont culminé en 1988 (1,76/100 000, 243 admissions).
- Au fil du temps, on a observé que le groupe des 30 à 39 ans affichait généralement les THNA plus élevés et que le groupe des 0 à 14 ans avait les THNA les plus faibles.
- On a noté une tendance à la baisse des taux à compter de 1989.
- Les THNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf en Saskatchewan et au Yukon.
- C'est au Québec que l'on a observé les THNA les plus élevés, soit 3,22/100 000 et 1,40/100 000 chez les hommes et les femmes respectivement.
- Plus de la moitié du pays affichait des taux supérieurs à 1,20/100 000, et le reste du pays avait des taux inférieurs à 1,19/100 000.

### Source

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

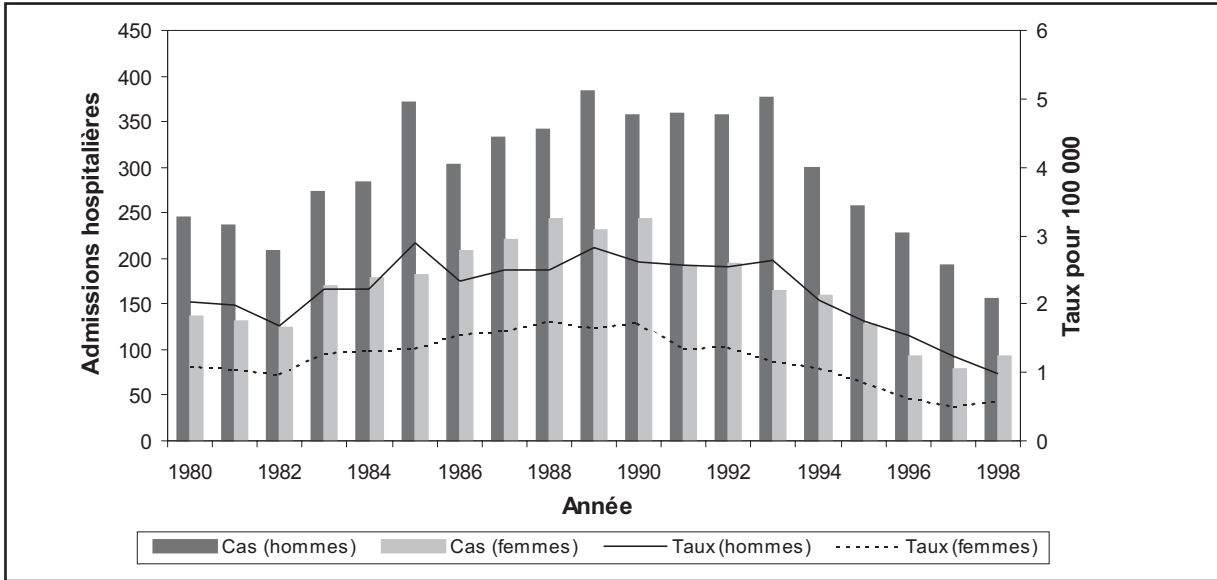
**Tableau 2.2 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par année, Canada, 1980-1998**

Année	N <sup>bre</sup> d'admissions hospitalières	THNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	382	1,55	(1,40, 1,72)
1981	369	1,51	(1,36, 1,68)
1982	333	1,33	(1,19, 1,48)
1983	444	1,75	(1,59, 1,92)
1984	462	1,78	(1,62, 1,95)
1985	554	2,12	(1,95, 2,30)
1986	511	1,93	(1,77, 2,11)
1987	553	2,06	(1,90, 2,24)
1988	584	2,14	(1,97, 2,32)
1989	615	2,23	(2,06, 2,42)
1990	601	2,17	(2,00, 2,35)
1991	550	1,96	(1,80, 2,13)
1992	553	1,96	(1,80, 2,13)
1993	541	1,89	(1,74, 2,06)
1994	459	1,56	(1,42, 1,71)
1995	386	1,31	(1,18, 1,44)
1996	321	1,08	(0,97, 1,20)
1997	271	0,87	(0,76, 0,97)
1998	249	0,79	(0,69, 0,89)

\* Taux pour 100 000 habitants

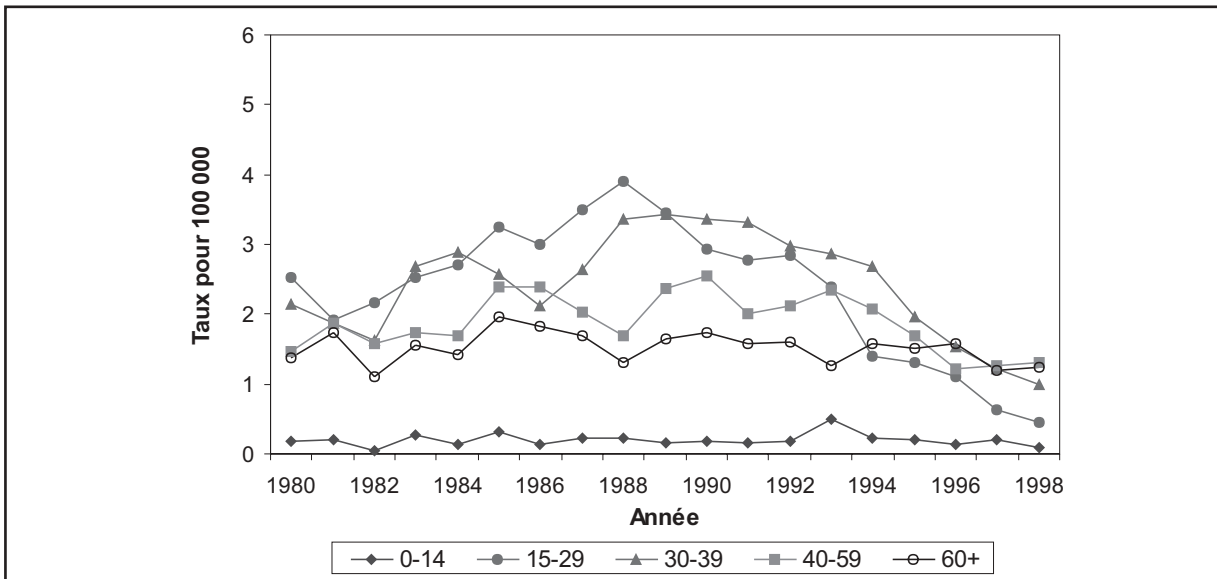
**Figure 2.2A**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998*



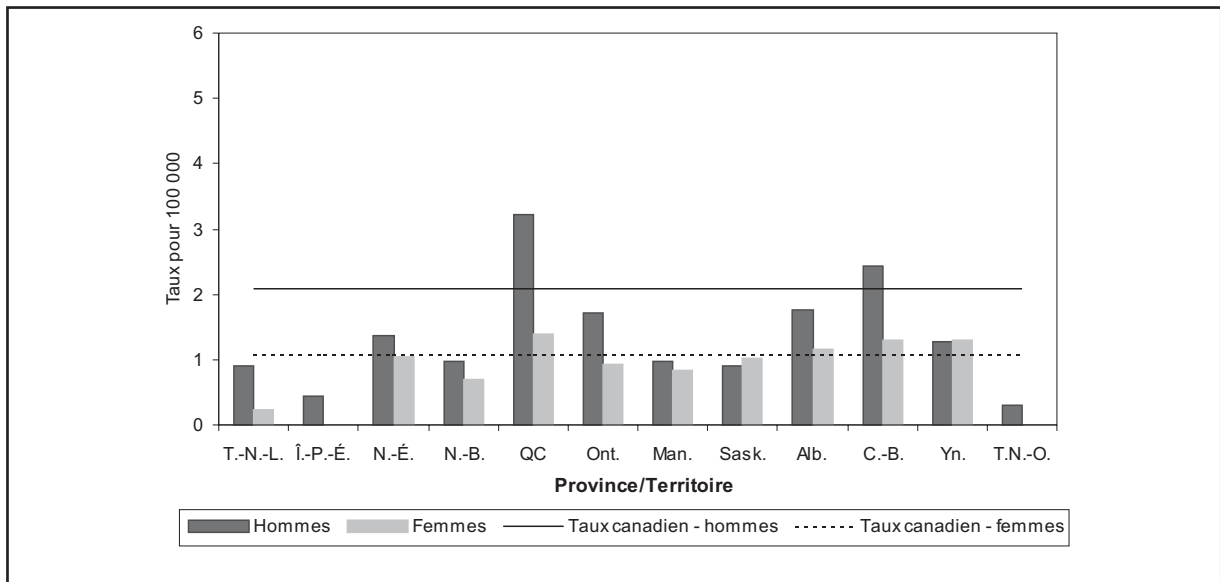
**Figure 2.2B**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



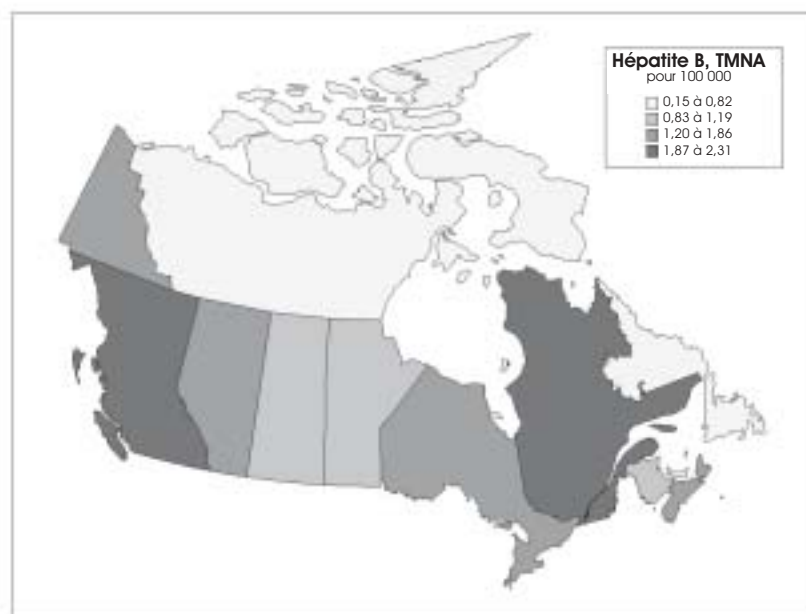
**Figure 2.2C**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 2.2D**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



# Hépatite B – Mortalité

## Conclusions principales

- Les TMNA pour l'hépatite B ont atteint un maximum (0,34/100 000) en 1995, et le nombre de décès a culminé (103) en 1995 et en 1998.
- Le nombre de décès et les TMNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes chaque année, sauf en 1987.
- Le nombre de décès et les TMNA sont généralement en hausse depuis 1980.
- C'est dans le groupe des 60 ans et plus que l'on a observé les TMNA les plus élevés.
- C'est en Colombie-Britannique que les TMNA étaient les plus élevés à la fois chez les femmes et chez les hommes.
- Les TMNA canadiens étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- La plupart des provinces et des territoires avaient des TMNA faibles, se situant entre 0,0 et 0,10/100 000 habitants; les TMNA les plus élevés ont été observés en Colombie-Britannique (0,31-0,41/100 000).

## Source

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).

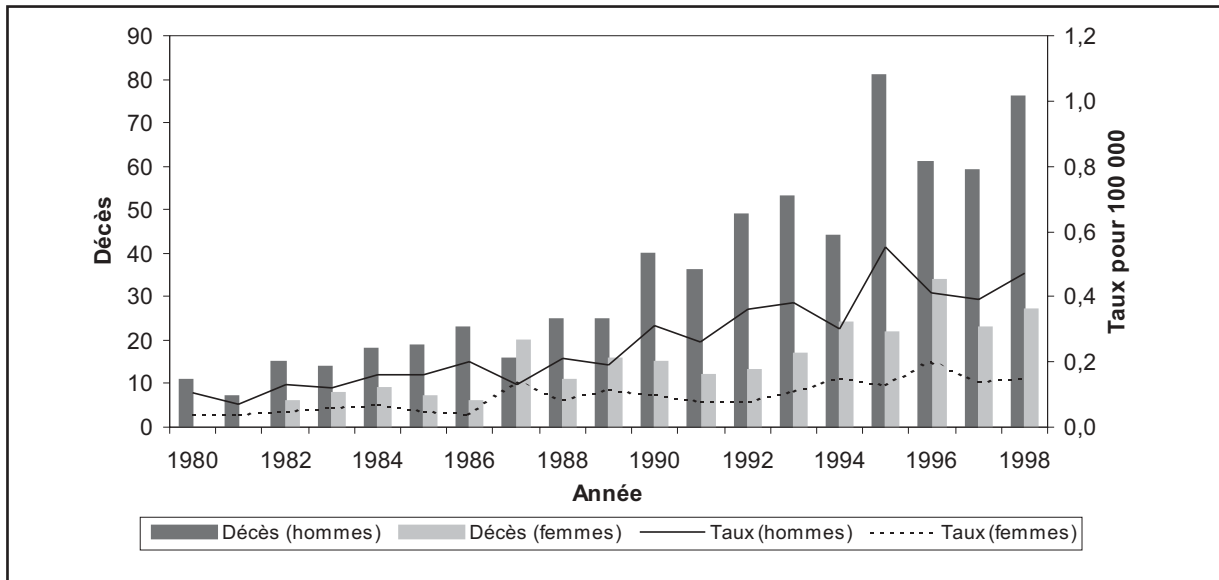
**Tableau 2.3 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par année, Canada, 1980-1998**

Année	Nbre de décès	TMNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	15	0,07	(0,04, 0,12)
1981	11	0,05	(0,03, 0,10)
1982	21	0,09	(0,06, 0,14)
1983	22	0,09	(0,06, 0,14)
1984	27	0,11	(0,08, 0,17)
1985	26	0,10	(0,07, 0,16)
1986	29	0,12	(0,08, 0,18)
1987	36	0,14	(0,10, 0,19)
1988	36	0,14	(0,11, 0,20)
1989	41	0,15	(0,11, 0,21)
1990	55	0,20	(0,16, 0,27)
1991	48	0,17	(0,13, 0,23)
1992	62	0,22	(0,17, 0,28)
1993	70	0,24	(0,20, 0,31)
1994	68	0,23	(0,18, 0,29)
1995	103	0,34	(0,28, 0,42)
1996	95	0,31	(0,25, 0,37)
1997	82	0,26	(0,21, 0,33)
1998	103	0,31	(0,25, 0,37)

\* Taux pour 100 000 habitants

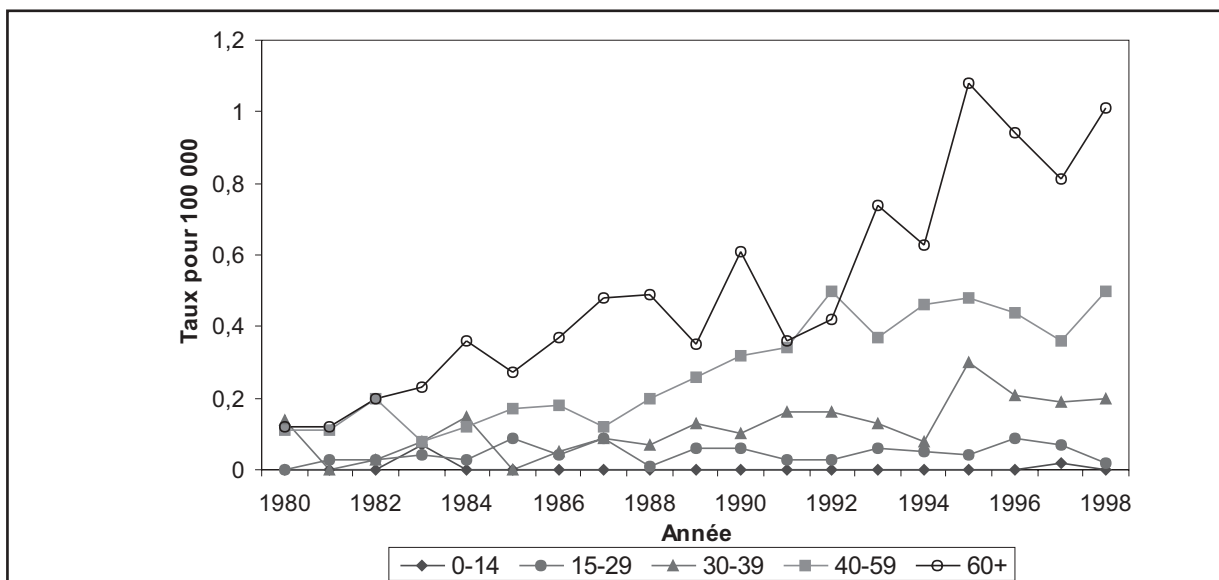
**Figure 2.3A**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par sexe, Canada, 1980-1998*



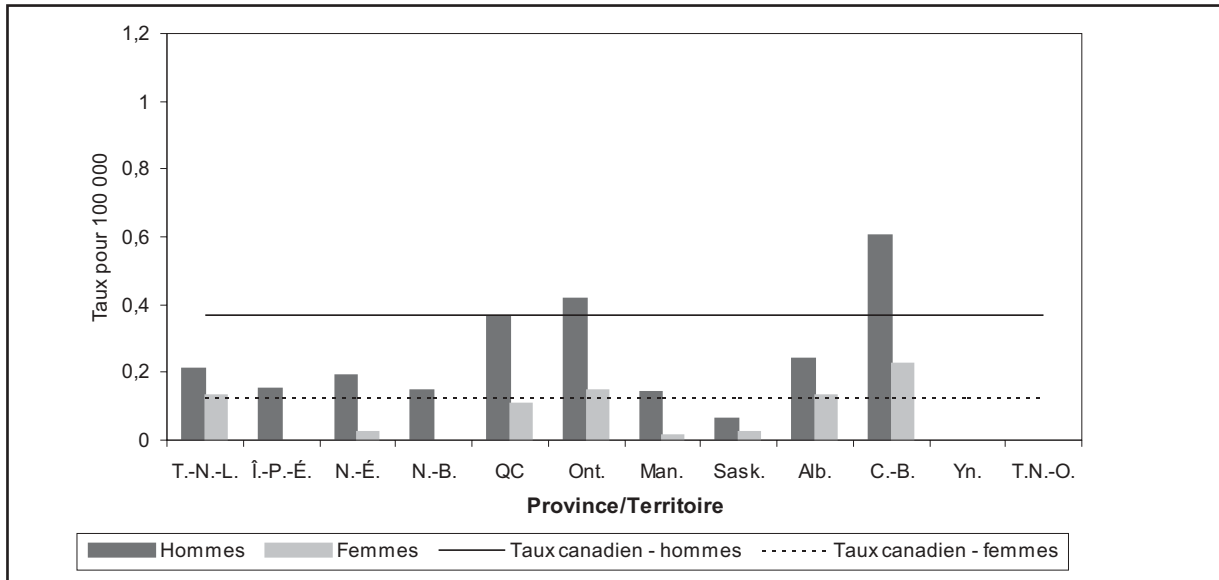
**Figure 2.3B**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



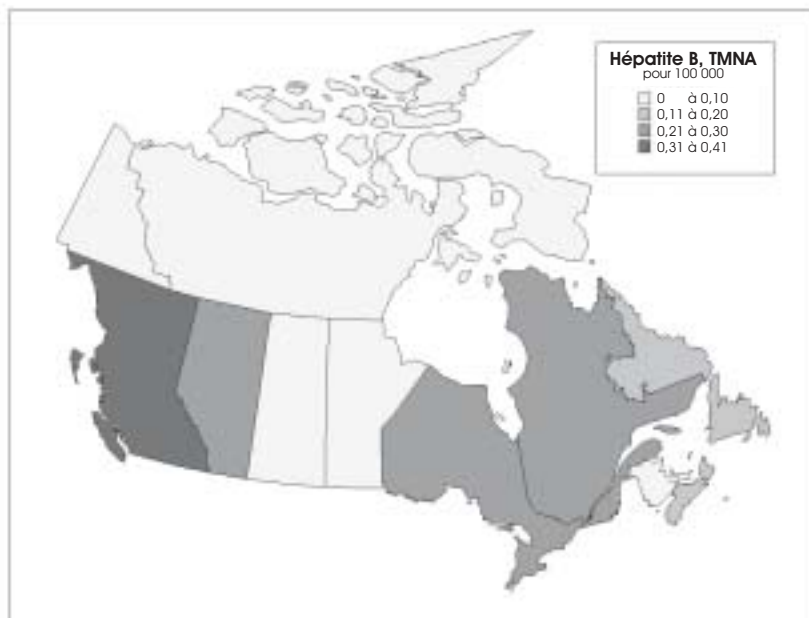
**Figure 2.3C**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 2.3D**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



## Hépatite C – Cas déclarés

### Conclusions principales

- Le nombre de cas d'hépatite C déclarés et les taux correspondants normalisés selon l'âge ont connu une augmentation pendant la période de 1991 à 1998.
- Le nombre de cas déclarés et les taux normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ils ont atteint un maximum en 1998.
- Les taux bruts déclarés les plus élevés ont été observés dans le groupe des 30 à 39 ans pendant la période de 1991 à 1999.
- On a observé une tendance à la hausse des taux bruts déclarés dans tous les groupes d'âge pendant la période de 1991 à 1998 et une augmentation particulièrement importante des taux entre 1994 et 1995.
- Les taux bruts déclarés les plus élevés chez les hommes et les femmes ont été observés respectivement au Yukon et en Colombie-Britannique et les plus faibles, à Terre-Neuve-et-Labrador.

### Limites

- Il n'y a pas de taux pour les données où le sexe n'était pas spécifié.
- Le Nunavut a commencé à fournir des données en 1999.
- Il faut tenir compte des facteurs suivants dans l'interprétation des tendances temporelles : une sensibilisation accrue, diverses notifications et autres programmes spéciaux et l'augmentation du nombre des provinces et des territoires qui déclarent la maladie.

### Source

- Division de la surveillance des maladies, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Les données provisoires de 1999 ont été utilisées.

**Tableau 3.1 Cas d'hépatite C déclarés et taux correspondants normalisés et taux bruts selon l'âge, par année, hommes et femmes et sexe non spécifié, Canada, 1991-1999\***

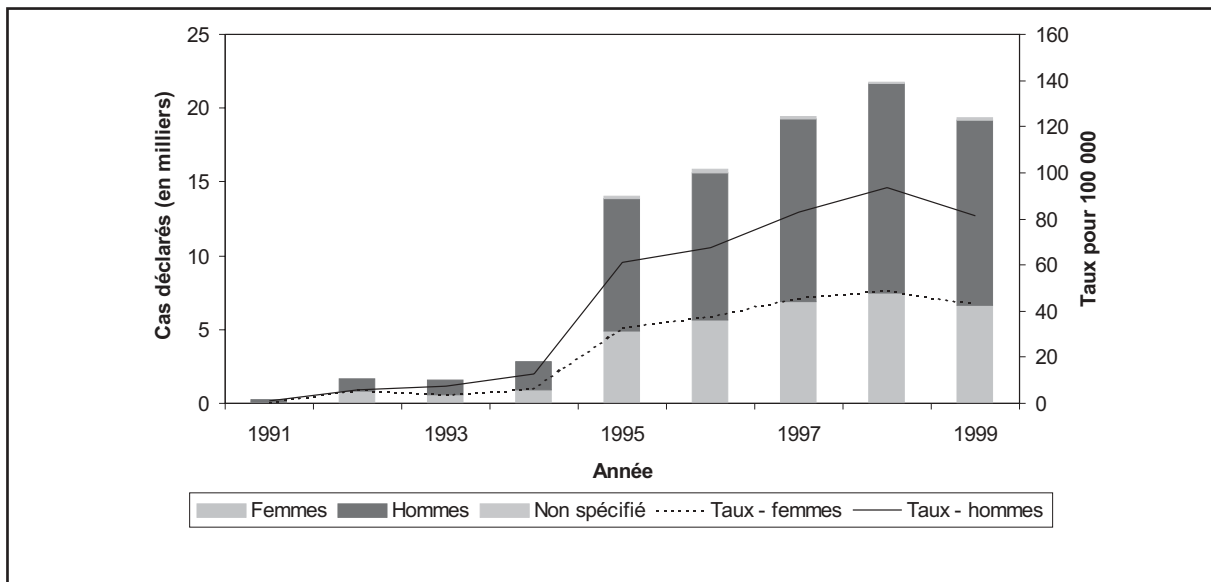
Année	Nbre de cas	Normalisés selon l'âge		Bruts†	
		Taux	IC à 95 %	Nbre de cas	Taux bruts
1991	210	0,75	(0,65, 0,85)	224	4,97
1992	1 294	4,56	(4,31, 4,80)	1 319	8,69
1993	1 606	5,59	(5,32, 5,86)	1 639	9,76
1994	2 798	9,60	(9,24, 9,96)	2 856	16,73
1995	13 855	46,78	(46,00, 47,56)	14 232	82,84
1996	15 652	52,04	(51,22, 52,86)	16 028	62,56
1997	19 298	63,07	(62,17, 63,96)	19 572	68,16
1998	21 686	69,95	(69,02, 70,89)	21 885	75,18
1999	19 163	60,88	(60,01, 61,75)	19 418	63,68

\* Taux pour 100 000 habitants

† Les valeurs brutes et taux incluent le sexe non spécifié et les valeurs de groupes d'âge.

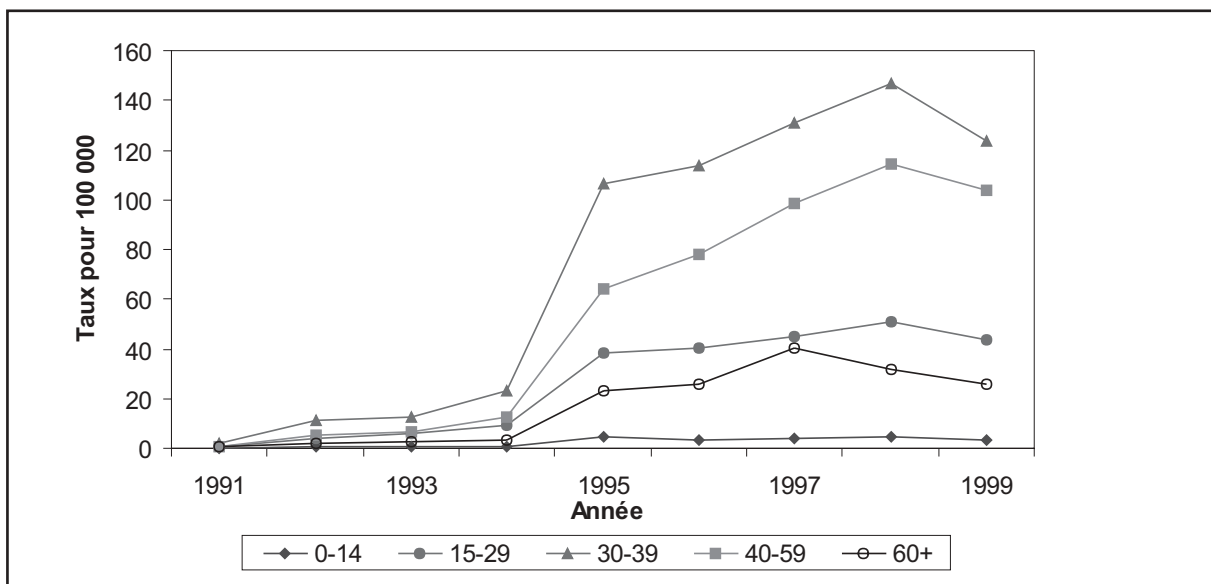
**Figure 3.1A**

*Cas d'hépatite C déclarés et taux correspondants normalisés selon l'âge, par année et sexe, Canada, 1991-1999*



**Figure 3.1B**

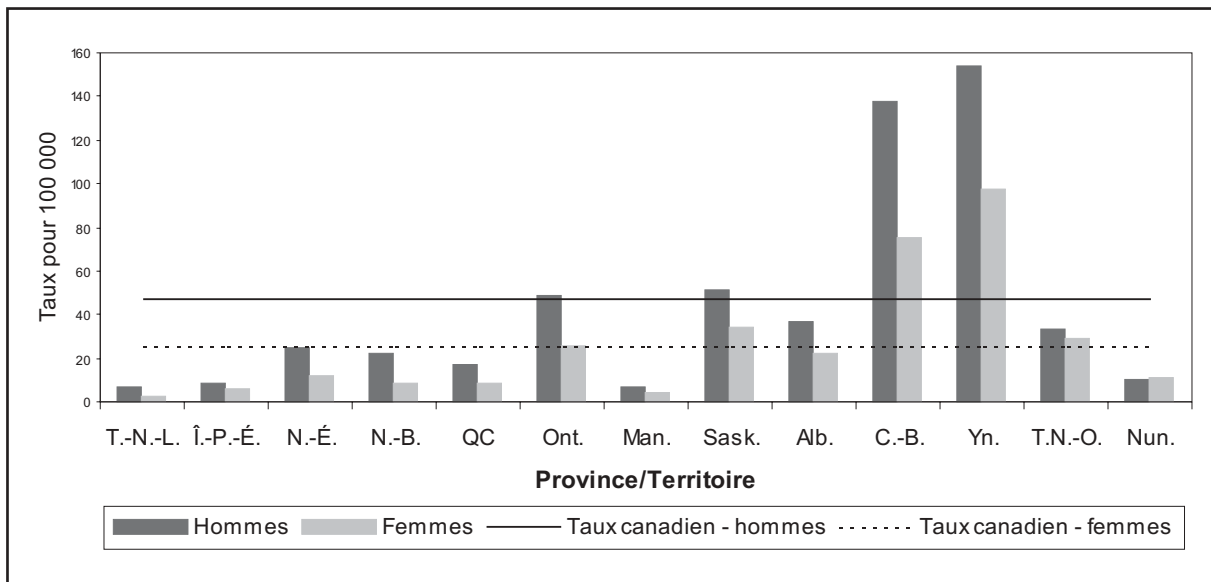
*Taux bruts d'hépatite C déclarés, par groupe d'âge, Canada, 1991-1999*





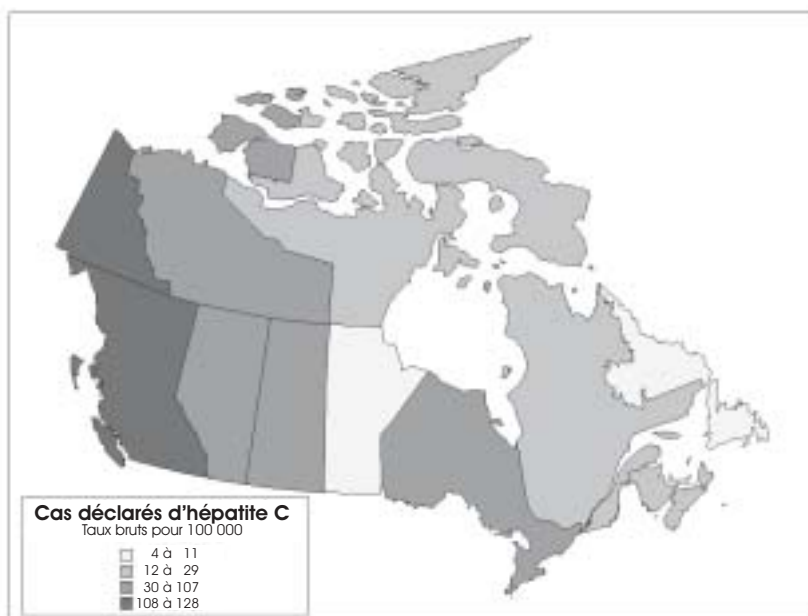
**Figure 3.1C**

*Taux bruts d'hépatite C déclarés, par province/territoire et sexe, Canada, 1991-1999*



**Figure 3.1D**

*Taux bruts d'hépatite C déclarés, par province/territoire, 1991-1999, hommes et femmes combinés*



# Hépatite non A, non B – Morbidité

## Conclusions principales

- De façon générale, le nombre d'admissions hospitalières était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, sauf en 1983 et de 1985 à 1988.
- Pour les hommes, le nombre le plus élevé d'admissions a été enregistré en 1993 (425) et pour les femmes, il a été observé en 1998 (322).
- On a noté une hausse du THNA dans le groupe des 40 à 59 ans; ce taux est passé de 1,56/100 000 en 1988 à 4,45/100 000 en 1998.
- Les THNA sont demeurés constants au fil des ans, à l'exception de quelques fluctuations dans le groupe des 30 à 39 ans et des 60 ans et plus; ces taux étaient à leur plus faible niveau chez les 0 à 14 ans.
- Les taux étaient plus élevés chez les hommes, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest. À l'exception du Yukon, où l'on n'a pas enregistré d'admissions hospitalières, le taux chez les hommes (0,66/100 000) des Territoires du Nord-Ouest était le plus faible du pays (pour les hommes).
- Le taux le plus élevé chez les hommes a été observé au Québec (3,35/100 000), et le taux le plus élevé chez les femmes a été enregistré dans les Territoires du Nord-Ouest (3,36/100 000).
- Les THNA étaient relativement élevés presque partout au pays (plus de 1,53/100 000), sauf à Terre-Neuve et au Yukon.

## Source

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

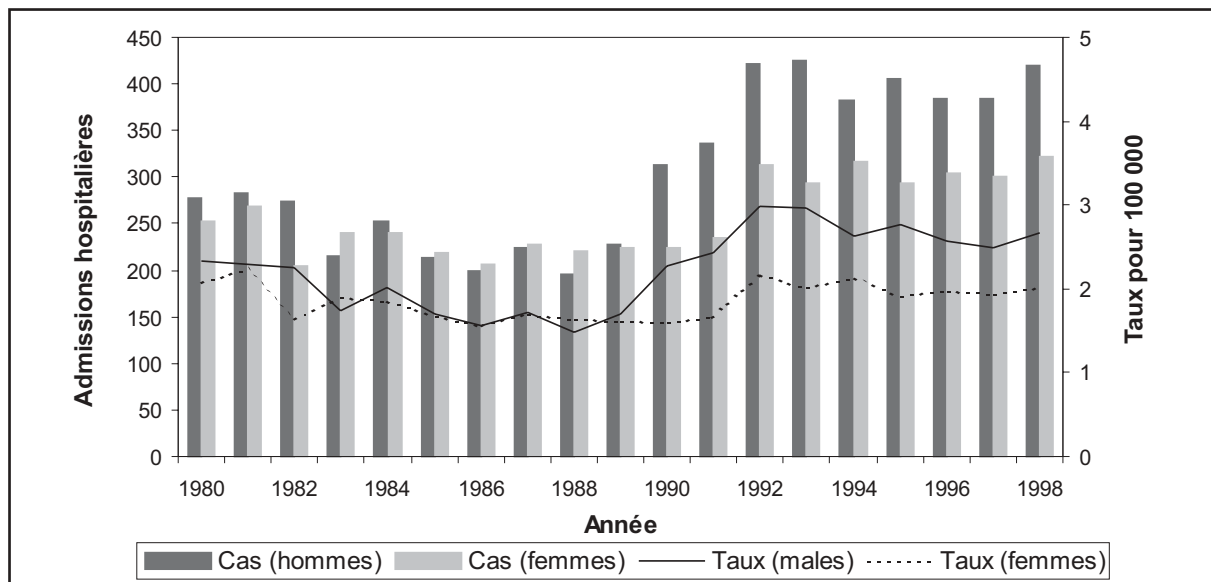
**Tableau 3.2 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par année, Canada, 1980-1998**

Année	N <sup>bre</sup> d'admissions hospitalières	THNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	530	2,20	(2,02, 2,40)
1981	550	2,26	(2,07, 2,46)
1982	479	1,92	(1,75, 2,10)
1983	456	1,83	(1,67, 2,01)
1984	493	1,94	(1,78, 2,12)
1985	431	1,71	(1,56, 1,88)
1986	405	1,55	(1,41, 1,72)
1987	451	1,71	(1,56, 1,88)
1988	415	1,55	(1,41, 1,71)
1989	452	1,65	(1,50, 1,81)
1990	538	1,94	(1,78, 2,11)
1991	571	2,04	(1,88, 2,22)
1992	734	2,58	(2,40, 2,77)
1993	719	2,48	(2,31, 2,67)
1994	698	2,38	(2,23, 2,56)
1995	700	2,35	(2,18, 2,54)
1996	689	2,28	(2,11, 2,46)
1997	685	2,20	(2,03, 2,37)
1998	741	2,33	(2,16, 2,50)

\* Taux pour 100 000 habitants

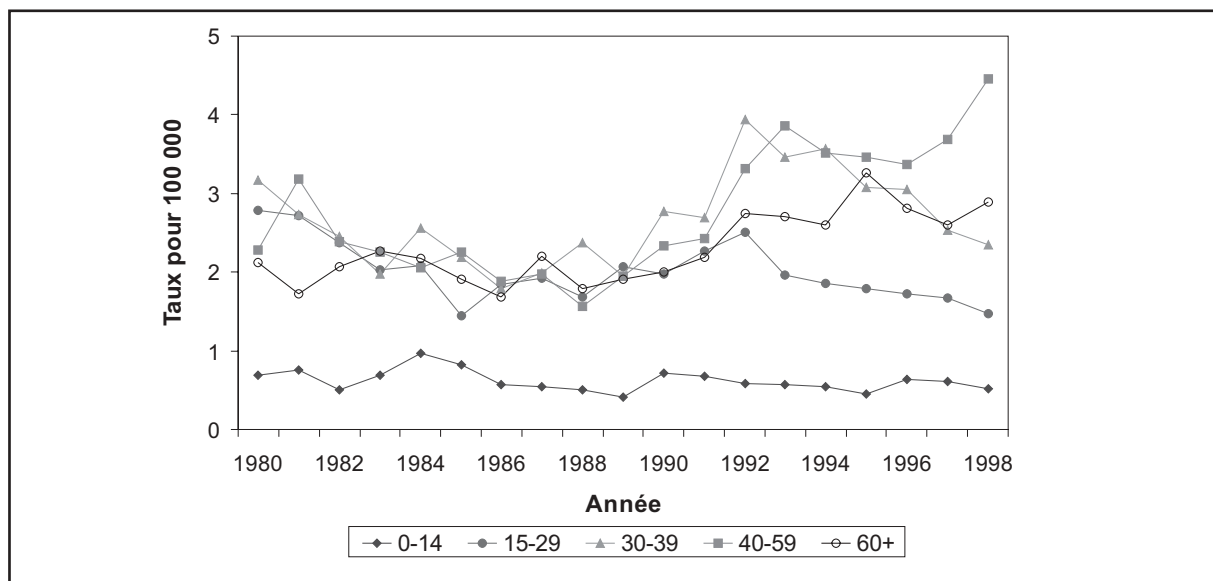
**Figure 3.2A**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998*



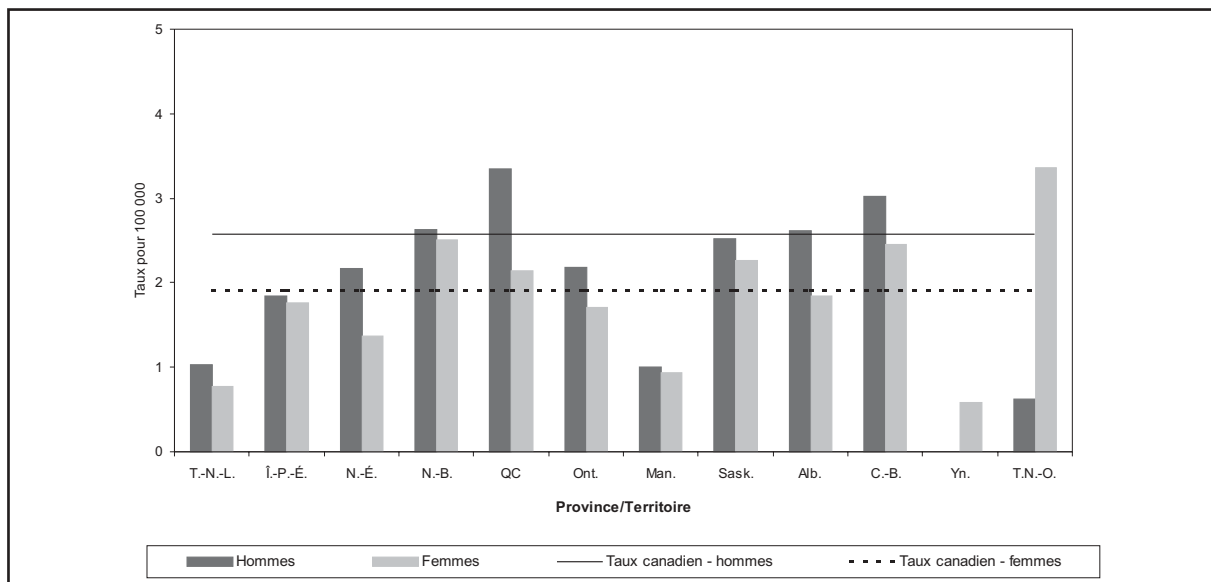
**Figure 3.2B**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



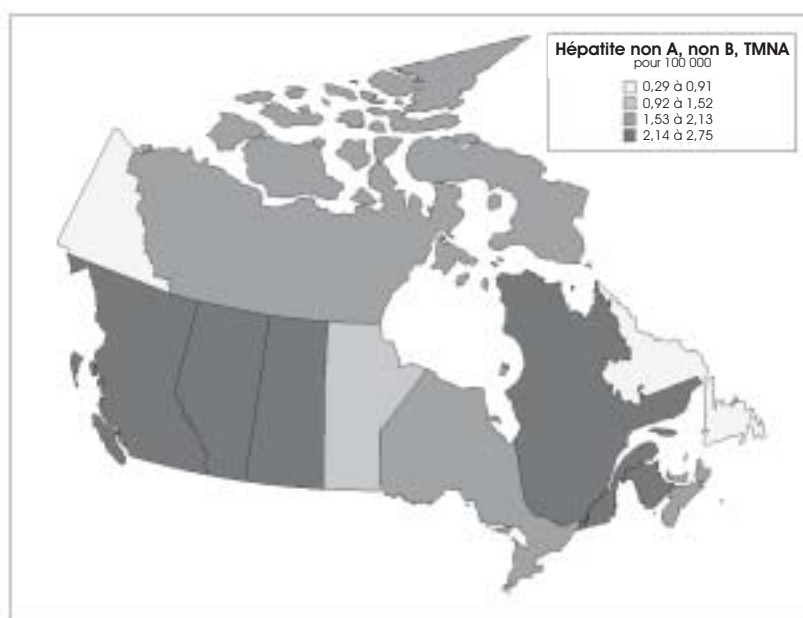
**Figure 3.2C**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 3.2D**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



## Hépatite non A, non B – Mortalité

### Conclusions principales

- Le nombre de décès et les TMNA pour l'hépatite non A, non B n'ont cessé d'augmenter depuis 1994.
- Depuis 1989, le nombre de décès chez les hommes a toujours dépassé celui des femmes; les deux ont culminé en 1998.
- Les TMNA étaient généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- C'est dans le groupe des 60 ans et plus que les TMNA étaient les plus élevés; on a observé une nette tendance à la hausse à partir de 1994 pour les 60 ans et plus et les 40 à 59 ans.
- Les TMNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans toutes les provinces, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les TMNA étaient à leur plus haut niveau chez les hommes du Yukon.
- Pour l'ensemble du Canada, les TMNA étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- Les taux étaient en général inférieurs à 0,24/100 000 dans l'ensemble du Canada; les taux les plus élevés ont été observés en Colombie-Britannique et au Yukon.

### Source

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).

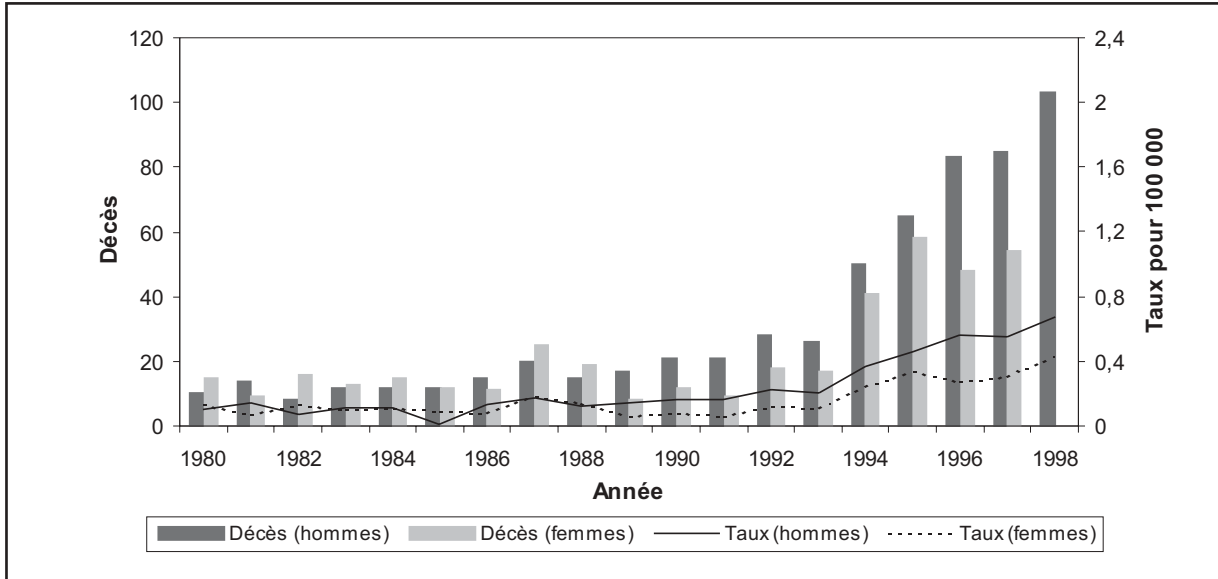
**Tableau 3.3 Décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par année, Canada, 1980-1998**

Année	N <sup>bre</sup> de décès	TMNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	25	0,12	(0,09, 0,18)
1981	23	0,10	(0,06, 0,15)
1982	24	0,10	(0,07, 0,15)
1983	25	0,10	(0,06, 0,15)
1984	27	0,11	(0,07, 0,16)
1985	24	0,10	(0,07, 0,15)
1986	26	0,11	(0,08, 0,16)
1987	45	0,17	(0,12, 0,23)
1988	34	0,13	(0,09, 0,18)
1989	25	0,09	(0,06, 0,14)
1990	33	0,12	(0,09, 0,17)
1991	30	0,11	(0,08, 0,16)
1992	46	0,16	(0,11, 0,21)
1993	43	0,15	(0,11, 0,20)
1994	91	0,31	(0,25, 0,38)
1995	123	0,40	(0,34, 0,48)
1996	131	0,42	(0,36, 0,50)
1997	139	0,43	(0,36, 0,51)
1998	181	0,55	(0,47, 0,63)

\* Taux pour 100 000 habitants

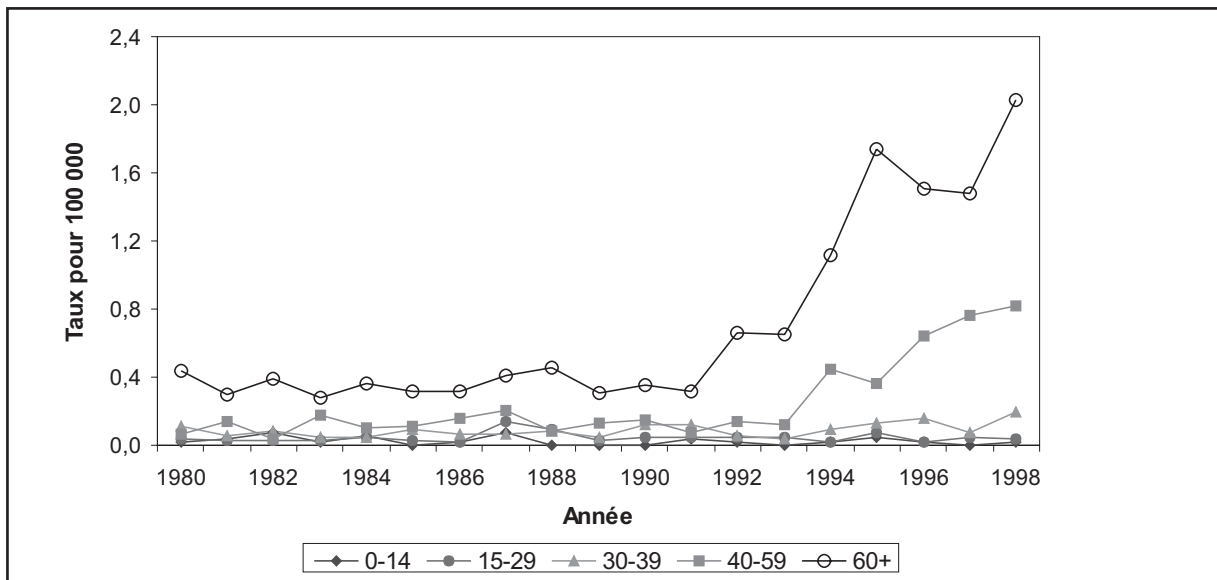
**Figure 3.3A**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par sexe, Canada, 1980-1998*



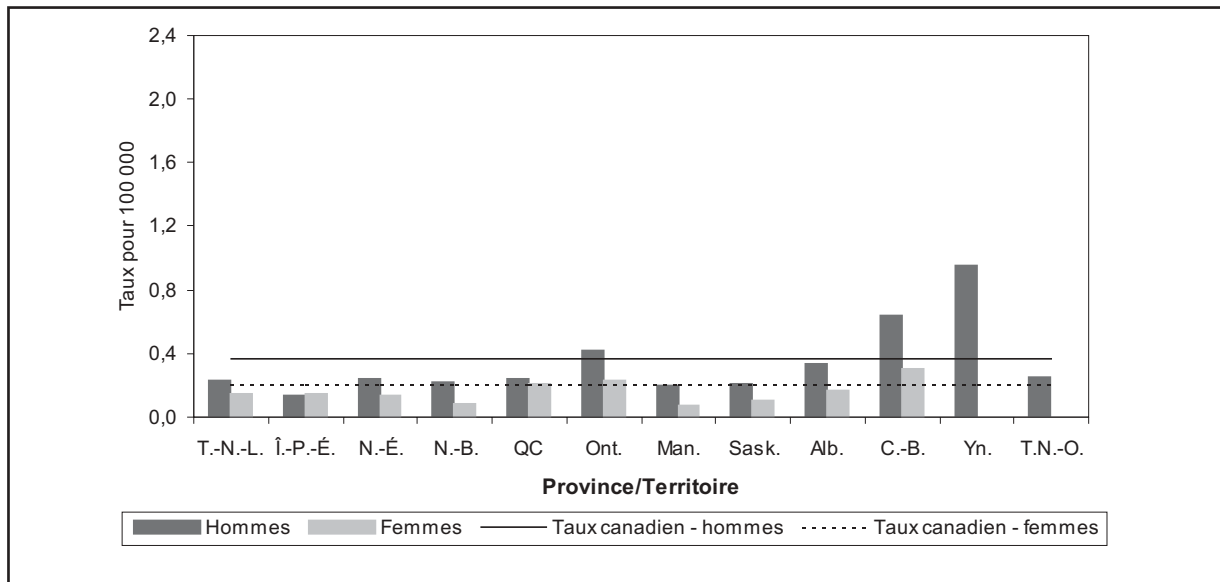
**Figure 3.3B**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



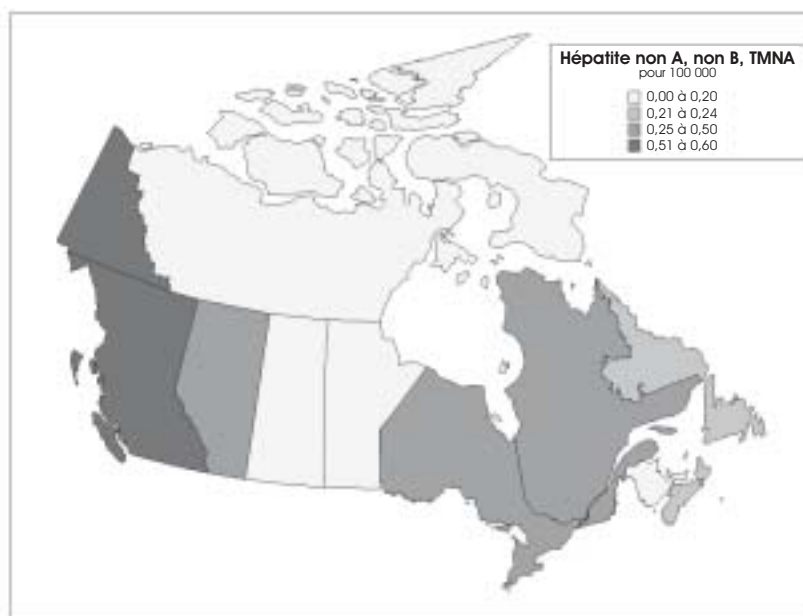
**Figure 3.3C**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 3.3D**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'hépatite non A, non B, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



# Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Cas déclarés

**\* *NOTA***

- En 2000, la maladie de Creutzfeldt-Jakob est devenue une maladie à déclaration obligatoire au Canada. Veuillez accéder le système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob pour les dernières mises à jour au :

[http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hcai-iass/cjd-mcj/cjdss\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hcai-iass/cjd-mcj/cjdss_f.html)



# Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Morbidité

## Conclusions principales

- Pour les hommes, le nombre d'admissions hospitalières a atteint un sommet en 1997, année où il se chiffrait à 29. Pour les femmes, c'est en 1984 et en 1998 que ce nombre a été le plus élevé.
- Le nombre d'admissions hospitalières était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, à l'exclusion des années 1983, 1993, 1996 et 1997.
- Le groupe des 60 ans et plus affichait les THNA les plus élevés pendant la période étudiée.
- On observe peu de fluctuations dans les taux d'hospitalisation, pour tous les groupes d'âge, à l'exception du groupe des 60 ans et plus, pendant les périodes allant de 1982 à 1987 et de 1994 à 1997.
- Les hommes affichaient des taux plus élevés que les femmes, sauf en Nouvelle-Écosse, au Québec et au Manitoba.
- On observe un pic dans les taux pour les deux sexes en Saskatchewan (0,27/100 000 et 0,25/100 000), où ils sont près de deux fois supérieurs au taux de l'ensemble du Canada (0,12/100 000 and 0,13/100 000).
- Les THNA pour les provinces et les territoires se situaient en général entre 0,11 et 0,24/100 000; le THNA le plus élevé a été enregistré en Saskatchewan.

## Source

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

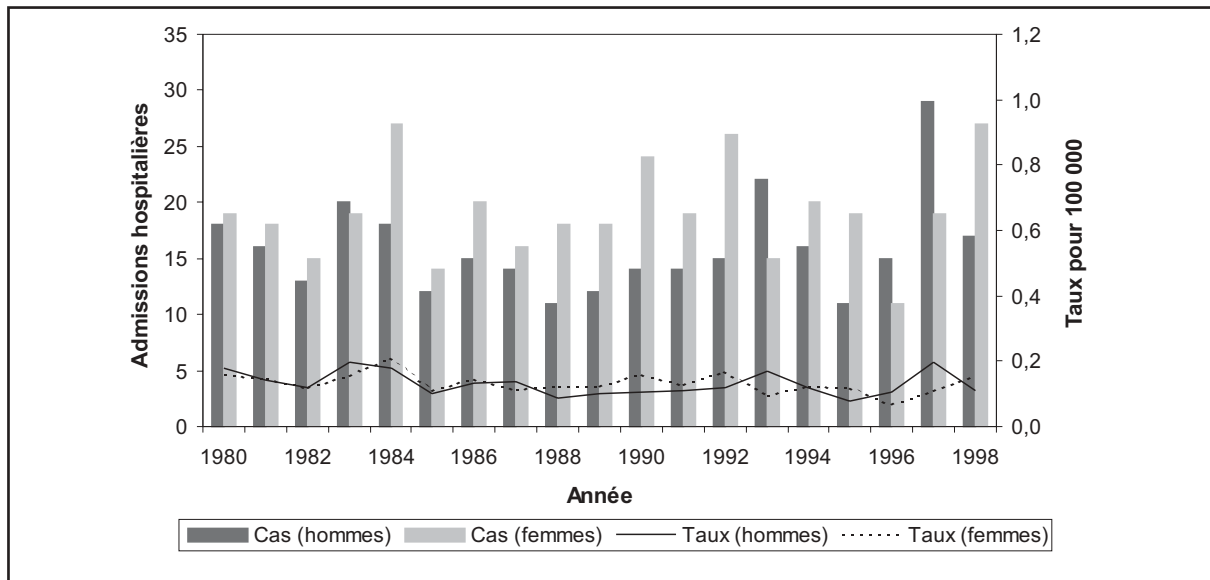
**Tableau 4.1 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par année, Canada, 1980-1998**

Année	N <sup>bre</sup> d'admissions hospitalières	THNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	37	0,17	(0,11, 0,22)
1981	34	0,15	(0,10, 0,20)
1982	28	0,12	(0,08, 0,17)
1983	39	0,17	(0,12, 0,22)
1984	45	0,19	(0,13, 0,24)
1985	26	0,11	(0,07, 0,15)
1986	35	0,14	(0,09, 0,19)
1987	30	0,12	(0,08, 0,16)
1988	29	0,11	(0,07, 0,15)
1989	30	0,11	(0,07, 0,15)
1990	38	0,14	(0,09, 0,18)
1991	33	0,12	(0,08, 0,16)
1992	41	0,14	(0,09, 0,18)
1993	37	0,13	(0,09, 0,17)
1994	36	0,12	(0,08, 0,16)
1995	30	0,10	(0,06, 0,14)
1996	26	0,09	(0,05, 0,12)
1997	48	0,15	(0,11, 0,19)
1998	44	0,13	(0,09, 0,17)

\*Taux pour 100 000 habitants

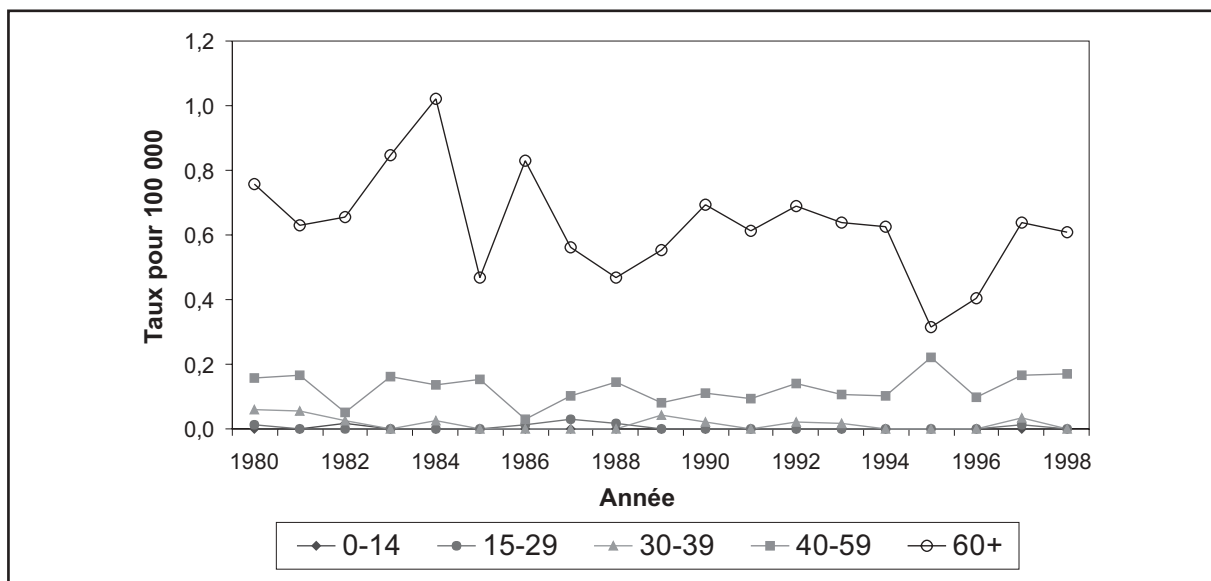
**Figure 4.1A**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1980-1998*



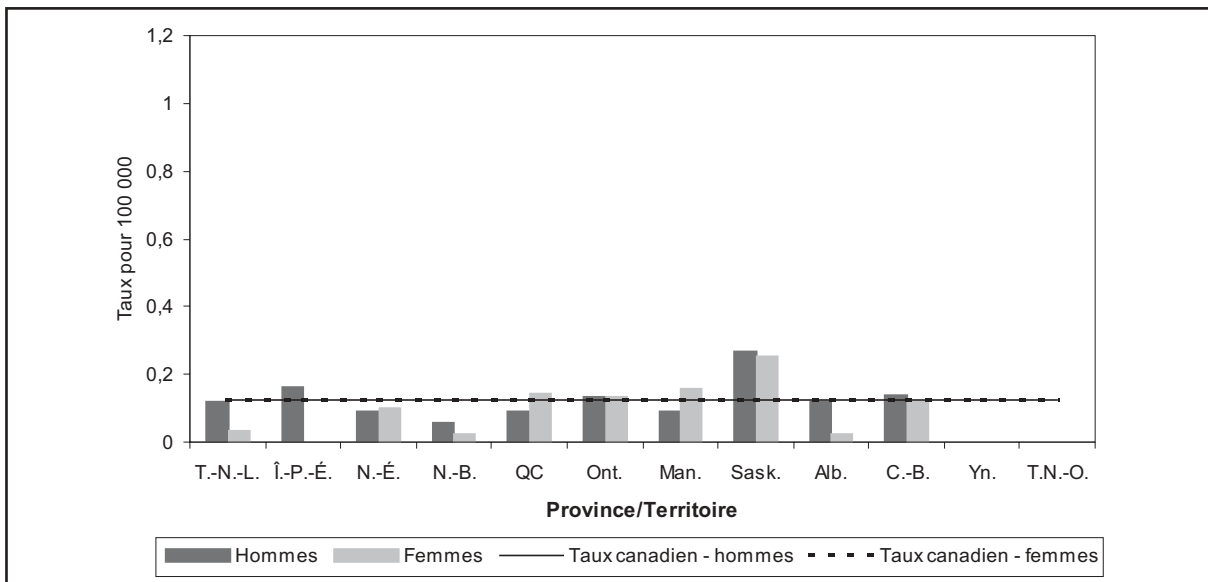
**Figure 4.1B**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



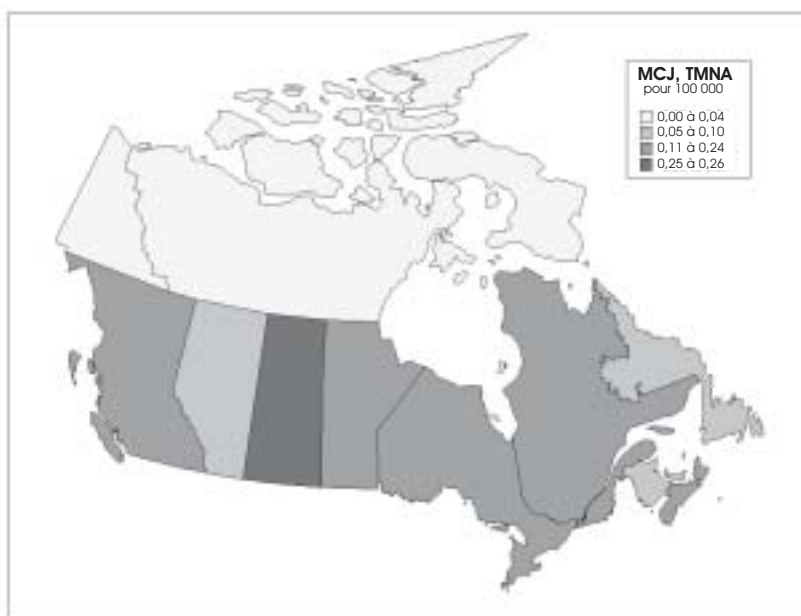
**Figure 4.1C**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 4.1D**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



# Maladie de Creutzfeldt-Jakob – Mortalité

## Conclusions principales

- Les TMNA les plus élevés pour la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) (0,12/100 000) ont été observés en 1992 et 1997, tandis que les taux les plus faibles (0,07/100 000) ont été enregistrés en 1981, 1982, 1984, 1985 et 1991.
- Les TMNA étaient de loin les plus élevés dans le groupe des 60 ans et plus.
- Les TMNA par groupe d'âge sont demeurés constants.
- Le nombre de décès était généralement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- Les TMNA ont atteint un sommet chez les femmes en 1989, 1992, 1993 et 1997.
- Chez les hommes, les TMNA ont culminé en 1983 et en 1990 et ont été à leur plus bas niveau en 1998.
- Les taux pour le Canada se situaient en général entre 0,09 et 0,12 pour 100 000 habitants. Les TMNA les plus élevés ont été enregistrés en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan, et les taux les plus faibles, dans les territoires et au Nouveau-Brunswick.

## Source

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.

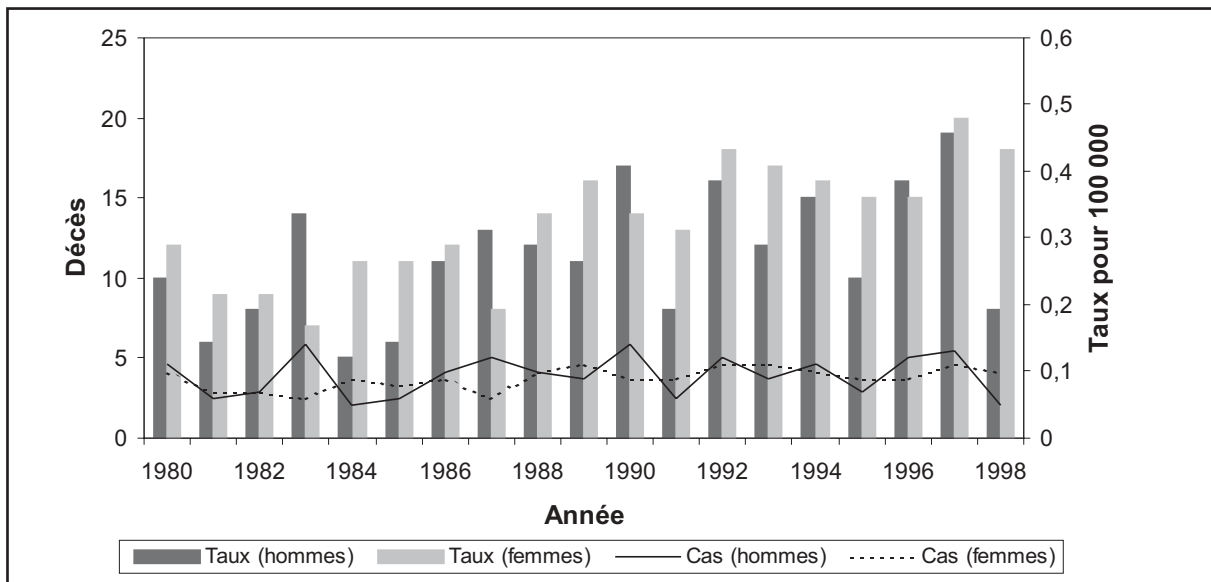
**Tableau 4.2 Décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par année, Canada, 1980-1998**

Année	N <sup>bre</sup> de décès	TMNA*	Intervalle de confiance à 95 %
1980	22	0,10	(0,06, 0,15)
1981	15	0,07	(0,03, 0,10)
1982	17	0,07	(0,04, 0,11)
1983	21	0,09	(0,05, 0,13)
1984	16	0,07	(0,04, 0,10)
1985	17	0,07	(0,04, 0,11)
1986	23	0,09	(0,05, 0,13)
1987	21	0,08	(0,05, 0,12)
1988	26	0,10	(0,06, 0,14)
1989	27	0,10	(0,06, 0,14)
1990	31	0,11	(0,07, 0,15)
1991	21	0,07	(0,04, 0,11)
1992	34	0,12	(0,08, 0,16)
1993	29	0,10	(0,06, 0,13)
1994	31	0,10	(0,07, 0,14)
1995	25	0,08	(0,05, 0,12)
1996	31	0,10	(0,07, 0,14)
1997	39	0,12	(0,08, 0,16)
1998	26	0,08	(0,05, 0,11)

\*Taux pour 100 000 habitants

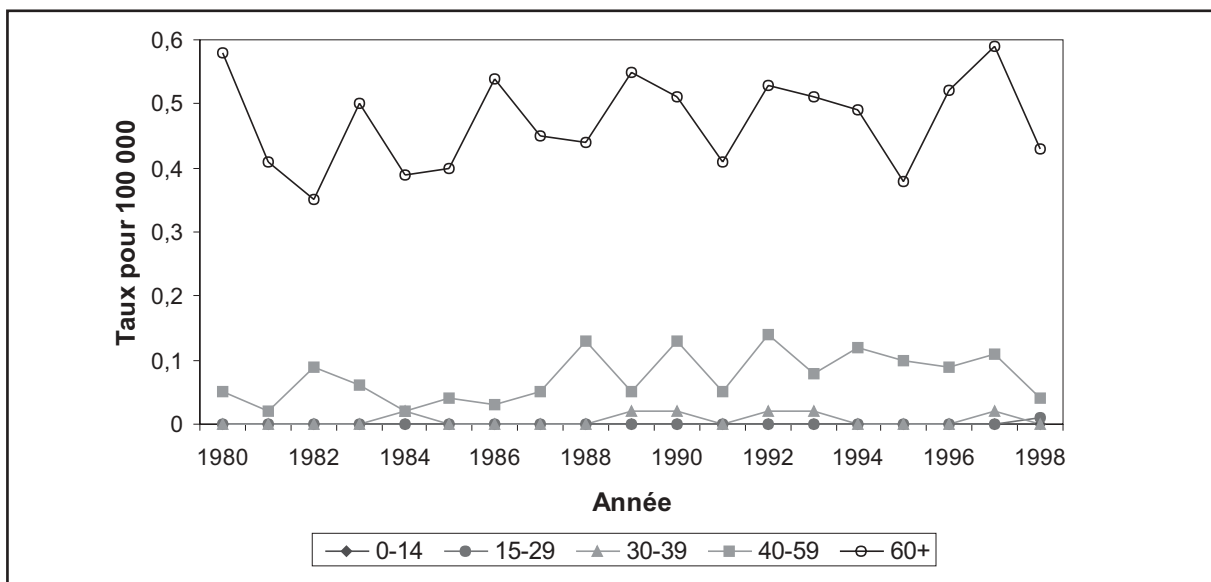
**Figure 4.2A**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par sexe, Canada, 1980-1998*



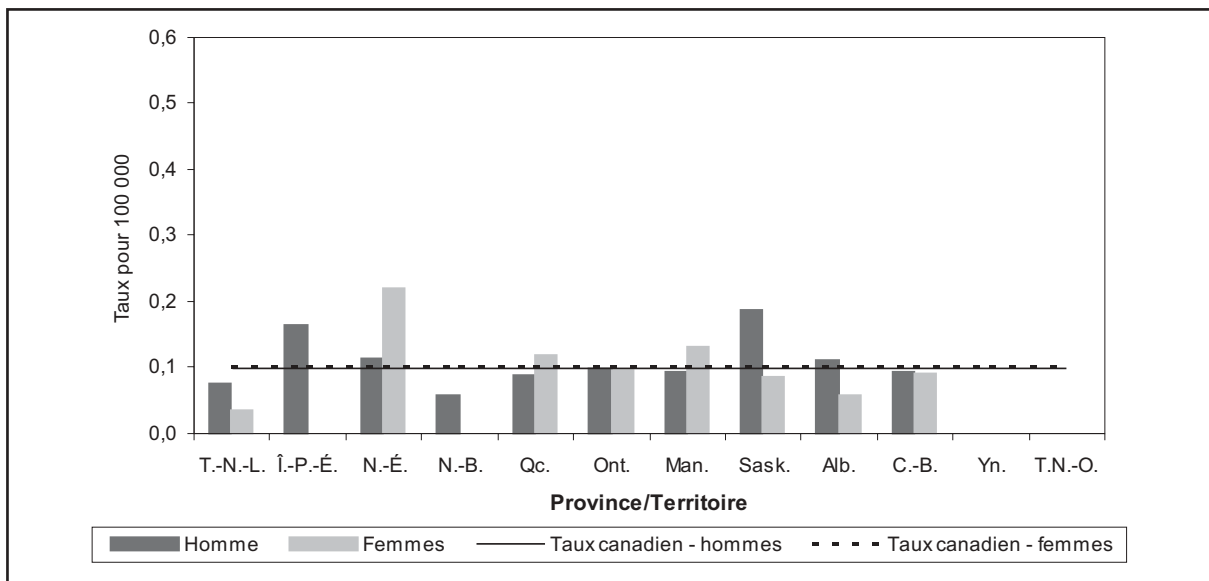
**Figure 4.2B**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par groupe d'âge, Canada, 1980-1998*



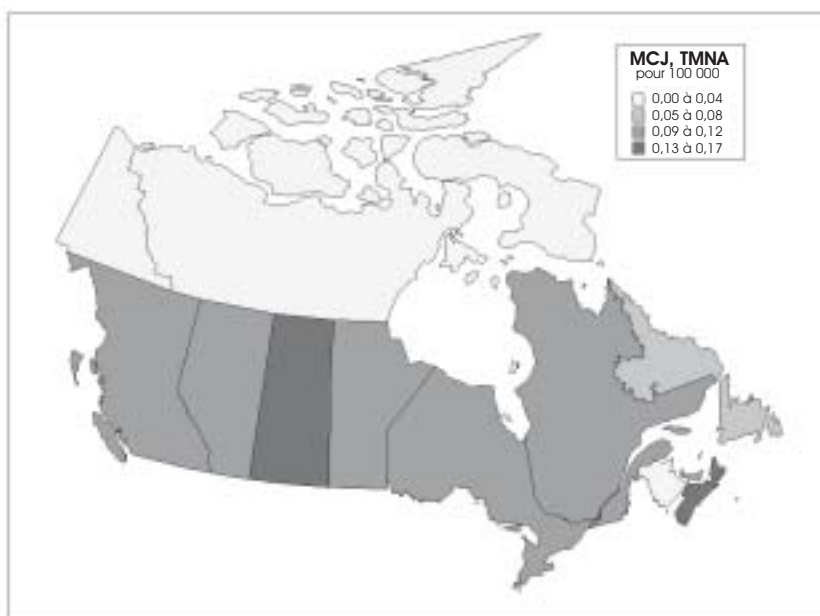
**Figure 4.2C**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire et sexe, Canada, 1989-1998*



**Figure 4.2D**

*Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la MCJ, par province/territoire, 1989-1998, hommes et femmes combinés*



## Infection à virus lymphotrope T humain (HTLV) – Morbidité

### Conclusions principales

- Le nombre d'admissions hospitalières et les THNA ont baissé entre 1994 et 1996, puis ont commencé à remonter à partir de 1997 et jusqu'en 1999.
- Le nombre d'admissions hospitalières et les THNA pour les femmes sont demeurés relativement constants pendant la période allant de 1994 à 1999.
- L'augmentation notée dans le nombre de cas chez les hommes en 1999 peut être attribuée au groupe des 40 à 59 ans.
- Le taux d'hospitalisation brut pour l'infection à HTLV était plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les provinces/territoires visés.
- Pour les hommes, les taux les plus élevés ont été observés en Alberta et les taux les plus faibles, en Saskatchewan. Pour les femmes, les taux les plus élevés ont été enregistrés en Colombie-Britannique et les taux les plus faibles, en Nouvelle-Écosse.

### Sources

- Base de données canadienne sur la morbidité – Modifications cliniques, Institut canadien d'information sur la santé.
- L'Alberta, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon présentent 100 % de leurs données sur les diagnostics en se fondant sur la CIM-9-MC.
- La Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard présentent leurs données sur les diagnostics en se fondant autant sur la CIM-9-MC que sur la CIM-9.

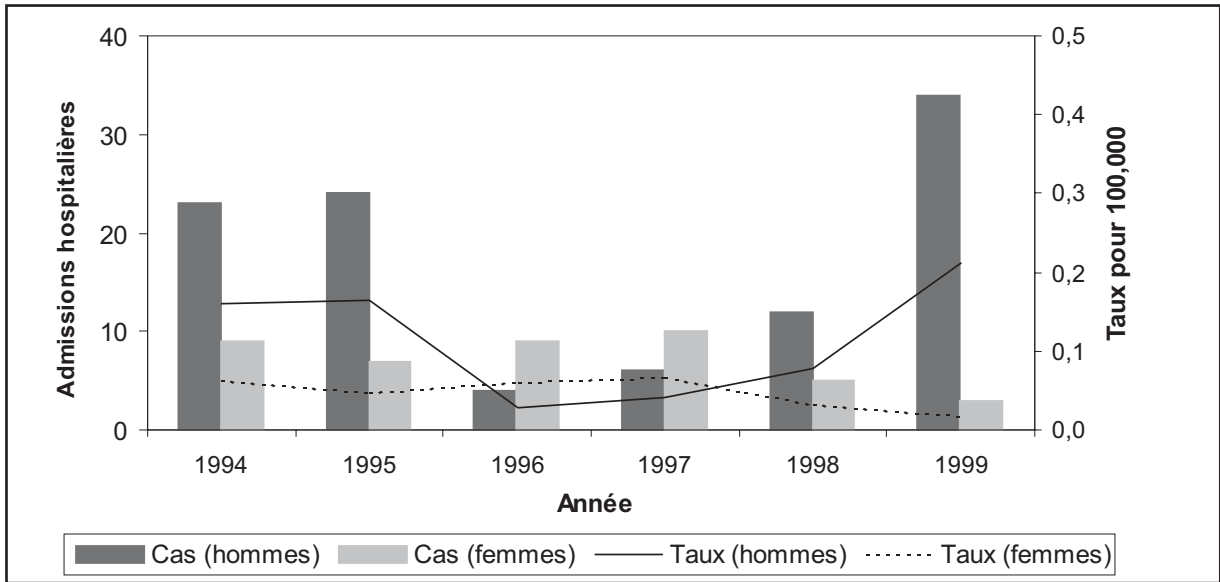
**Tableau 5.1 Nombre d'admissions hospitalières et taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, par année, Canada, 1994-1999\***

Année	Nbre d'admissions hospitalières	THNA*	IC à 95%
1994	32	0,11	(0,07, 0,15)
1995	31	0,10	(0,07, 0,14)
1996	13	0,04	(0,02, 0,07)
1997	16	0,05	(0,03, 0,08)
1998	17	0,05	(0,03, 0,08)
1999	37	0,10	(0,07, 0,13)

\* Taux pour 100 000 habitants

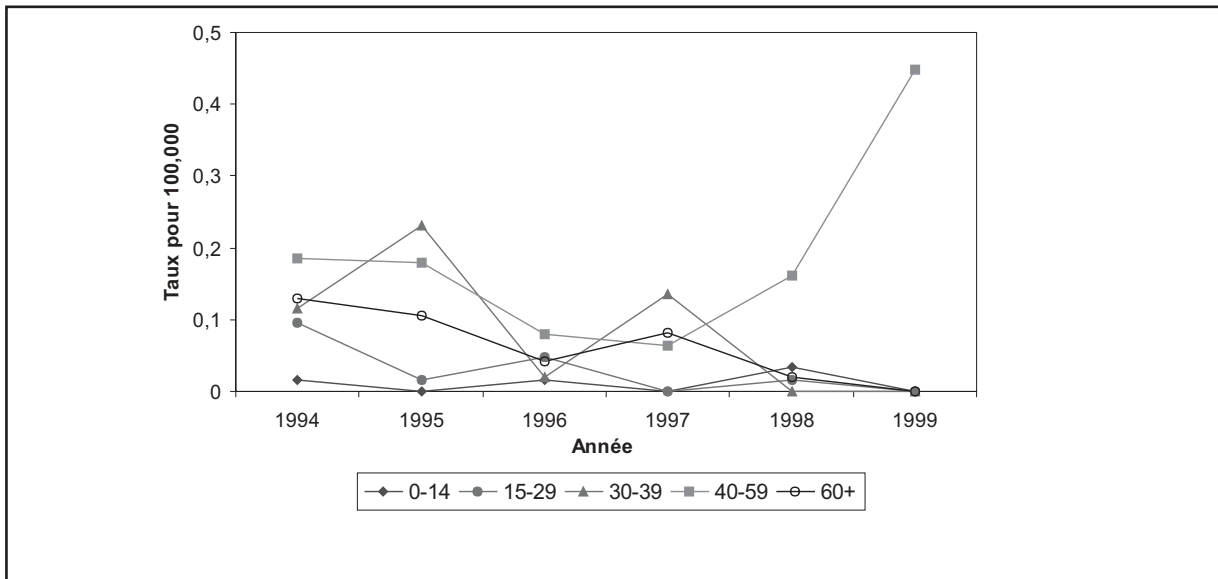
**Figure 5.1A**

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1994-1999



**Figure 5.1B**

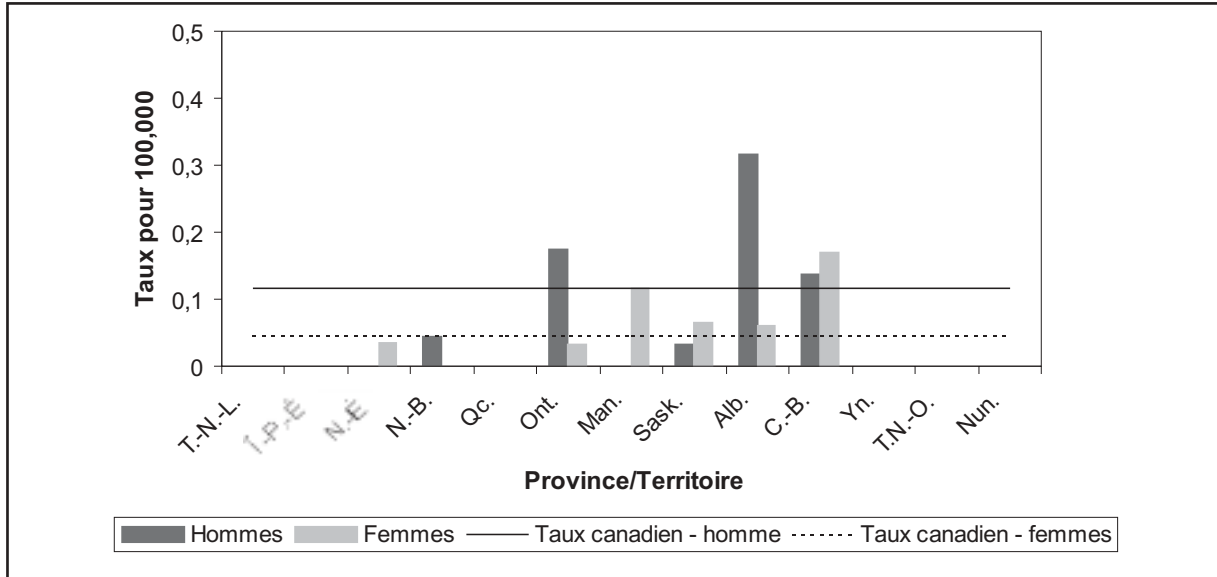
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, par groupe d'âge, Canada, 1994-1999





**Figure 5.1C**

*Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour l'infection à HTLV, selon le nombre d'admissions hospitalières et le sexe, Canada, 1994-1999*



# Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus

## Introduction

Au Canada, l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC) sont, depuis 1969 et 1999 respectivement, des maladies à déclaration obligatoire qui sont surveillées par l'entremise du Registre national des maladies à déclaration obligatoire. Une fois les ministères de la Santé des provinces et des territoires avisés des cas d'infection décelés, ils soumettent ces données à Santé Canada. Ces activités de surveillance systématique fournissent des données essentielles sur l'hépatite B et l'hépatite C, mais elles ne permettent pas aux responsables de la santé publique de prendre des décisions fondées sur des preuves.

Pour pallier ces lacunes, on a mis sur pied, en 1998, un système sentinelle amélioré pour la surveillance de l'hépatite B et de l'hépatite C aiguës. À ce jour, on compte six sites sentinelles qui, ensemble, englobent environ 15 % de la population canadienne.

Dans chaque site participant, on utilise des définitions de cas normalisées et un protocole opérationnel. Chaque cas d'hépatite B ou C décelé fait l'objet d'une enquête visant à obtenir des données cliniques et épidémiologiques qui permettent de confirmer les cas aigus ou nouveaux. En outre, des informations sur les facteurs de risque sont recueillies auprès des sujets consentants, lors d'une entrevue téléphonique. Les données du système amélioré servent à établir des estimations de l'incidence, à l'échelle nationale, ainsi qu'à surveiller les tendances dans la transmission de ces maladies au fil des années.

Région sanitaire	Date de mise en vigueur
Edmonton	1 <sup>er</sup> octobre 1998
Ottawa	1 <sup>er</sup> octobre 1998
Calgary	1 <sup>er</sup> janvier 1999
Winnipeg	1 <sup>er</sup> janvier 1999
Vancouver-Richmond	1 <sup>er</sup> avril 2000
Nouveau-Brunswick	1 <sup>er</sup> août 2000

## Sites de surveillance sentinelles

À la lumière des données tirées du système de surveillance améliorée, on évalue à environ 700 et 1 000, respectivement, le nombre annuel de cas cliniques aigus d'infection à VHB et à VHC. En se fondant sur ces nombres, on estime qu'il y a environ 1 400 et 4 500 nouveaux cas d'infection à VHB et à VHC par année, si l'on présume que 50 % des cas d'infection à VHB et entre 75 % et 80 % des cas d'infection à VHC sont asymptomatiques.

Grâce au système de surveillance sentinelle améliorée, on peut obtenir de précieuses données sur l'incidence et sur les facteurs de risque, données qui guideront les initiatives de prévention et de lutte contre ces deux maladies. Toutefois, il se pourrait que les données ainsi recueillies ne puissent pas être généralisées à l'ensemble de la population canadienne ni à des sous-groupes particuliers. Il existe également des différences d'une province à l'autre dans les tests de dépistage; de plus, des biais liés à la classification (cas aigus contre cas chroniques), des biais de mémoire (exposition à des facteurs de risque) et des biais liés à l'intervieweur peuvent se glisser.

***Définition de cas clinique :***

Maladie aiguë avec apparition de symptômes discrets (nausées, malaises, fatigue, urines foncées, perte d'appétit) et ictère ou élévation du taux d'aminotransférases.

***Critères biologiques pour le VHB :***

- ◆ taux sérique d'aminotransférases > 2,5 LSN\* et
- ◆ positif pour l'AgHBs ou les IgM anti-HBc (si test effectué) et
- ◆ négatif pour les IgM anti-VHA (si test effectué)
- ◆ séroconversion

***Critères biologiques pour le VHC :***

- ◆ taux sérique d'aminotransférases > 2,5 LSN\* **et**
- ◆ négatif pour les IgM anti-VHA (si test effectué) **et**
- ◆ négatif pour l'AgHBs ou les IgM anti-HBc (si test effectué) **et**
- ◆ positif pour l'anti-VHC (confirmé par un test complémentaire) ou séroconversion (qui sous-entend un résultat négatif à un test, suivi d'un résultat positif à un autre test dans les 12 mois suivant le premier)

\* Limite supérieure de la normale

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec Leslie Forrester, coordinatrice du Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C à Santé Canada, à l'adresse suivante : [leslie\\_forrester@hc-sc.gc.ca](mailto:leslie_forrester@hc-sc.gc.ca)

# Hépatite B – Données améliorées

## Conclusions principales

- C'est dans le groupe des 30 à 39 ans que l'on a observé le nombre de cas et les taux bruts d'hépatite B les plus élevés à la fois en 1999 et en 2000.
- C'est dans le groupe des 0 à 14 ans que l'on a observé le nombre de cas et les taux bruts les plus bas à la fois en 1999 et en 2000.
- En 1999, 34 % des nouveaux cas n'étaient liés à aucun facteur de risque connu.
- En 1999, 2 % des nouveaux cas étaient attribuables à chacun des facteurs suivants, soit la prise de drogues par voie nasale et les relations sexuelles entre hommes.
- En 2000, le plus fort pourcentage des nouveaux cas (24 %) était attribuable aux relations sexuelles entre hommes et le plus faible pourcentage (2 %), aux transfusions sanguines (reçues avant 1992).

## Source

- Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus au Canada, Division des infections acquises en milieu de soins de santé, Santé Canada

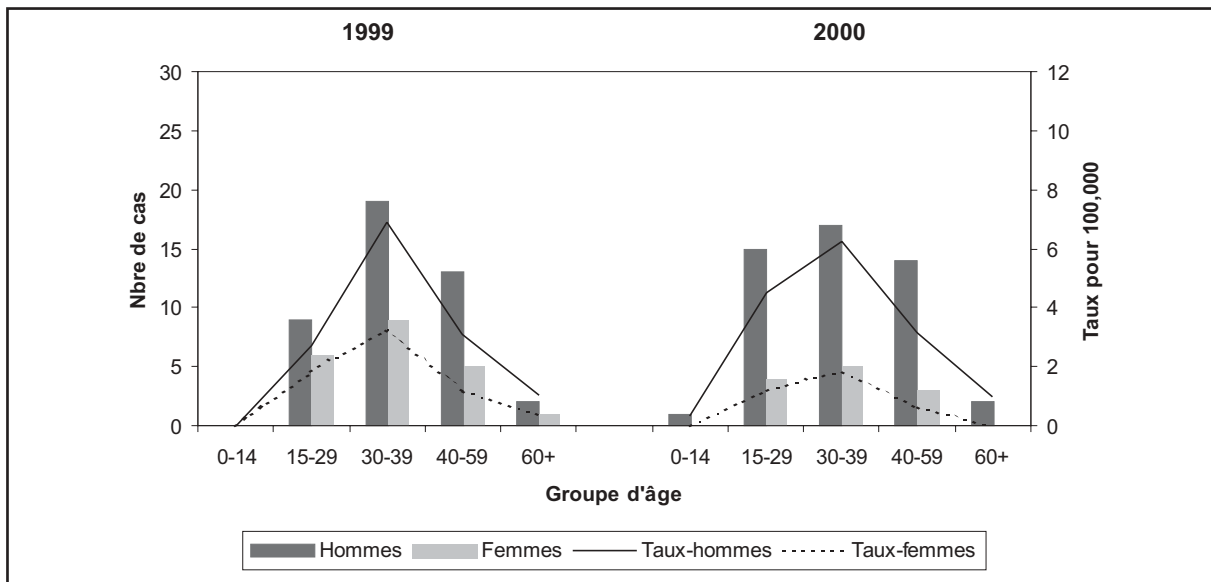
**Tableau 6.1 Cas et taux bruts d'hépatite B, par groupe d'âge, sexes combinés, Canada, 1999 et 2000\***

Groupe d'âge	1999		2000	
	Nbre de cas	Taux	Nbre de cas	Taux
0-14	0	0,00	1	0,16
15-29	15	2,30	19	2,86
30-39	28	5,06	22	4,04
40-59	18	2,14	17	1,91
60+	3	0,66	2	0,43

\* Taux pour 100 000 habitants

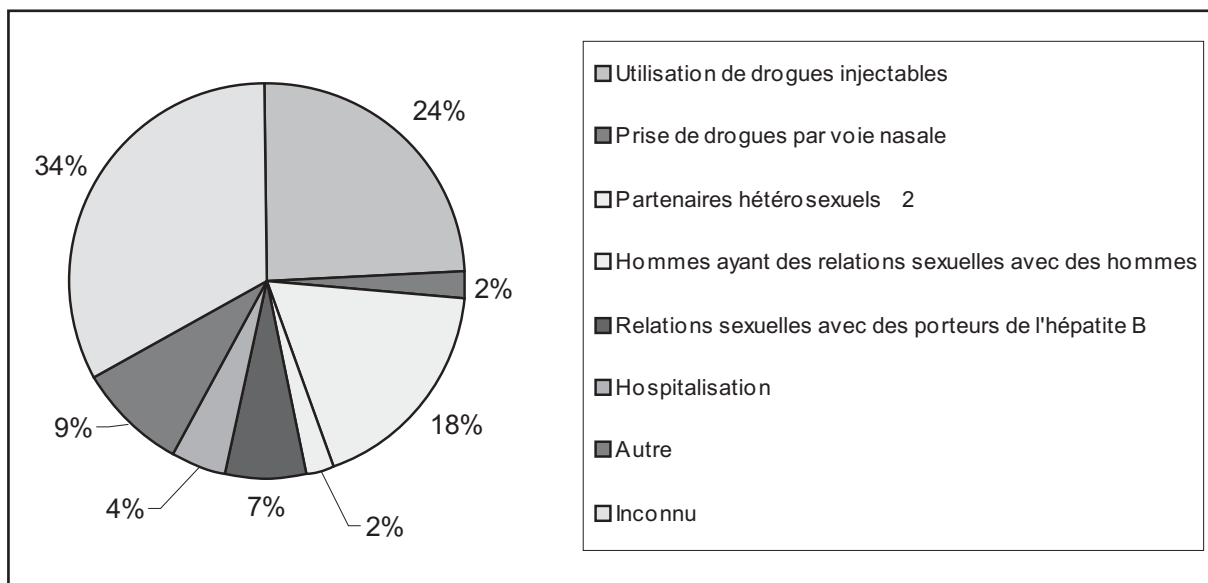
**Figure 6.1A**

*Cas et taux bruts d'hépatite B, par groupe d'âge et sexe, Canada, 1999 et 2000*



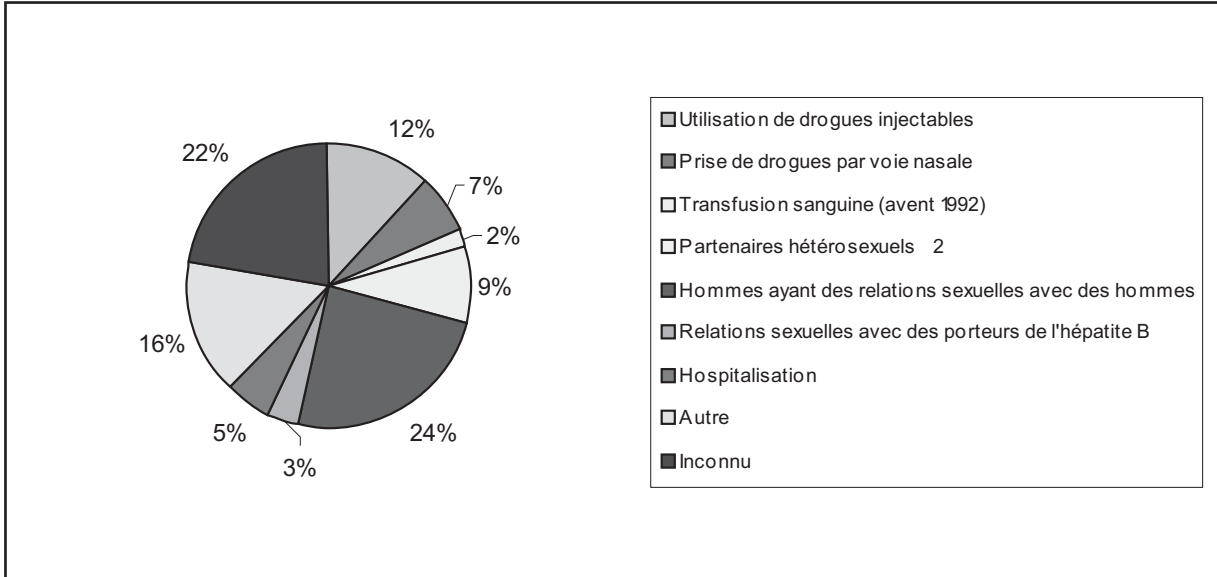
**Figure 6.1B**

*Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite B, 1999*



**Figure 6.1C**

*Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite B, 2000*



## Hépatite C – Données améliorées

### Conclusions principales

- C'est dans le groupe des 30 à 39 ans que l'on a observé le nombre de cas et les taux bruts d'hépatite C les plus élevés à la fois en 1999 et en 2000.
- C'est dans le groupe des 0 à 14 ans et des 60 ans et plus que l'on a observé le nombre de cas et les taux bruts les plus bas à la fois en 1999 et en 2000.
- En 1999 et en 2000, le nombre de cas maximal chez les femmes a été observé dans le groupe des 15 à 29 ans, tandis que chez les hommes, il a été enregistré dans le groupe des 30 à 39 ans.
- La majorité des nouveaux cas étaient attribuables à l'utilisation de drogues injectables à la fois en 1999 (53 %) et en 2000 (67 %).
- Le facteur de risque le plus faible pour l'hépatite C en 1999 a été les transfusions sanguines (avant 1992); il correspondait à 1 % de l'ensemble des facteurs de risque.
- Le plus faible pourcentage de nouveaux cas en 2000 était attribuable aux transfusions sanguines et au tatouage; il s'établissait à 2 % pour chaque catégorie.

### Source

- Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus au Canada, Division des infections acquises en milieu de soins de santé, Santé Canada.

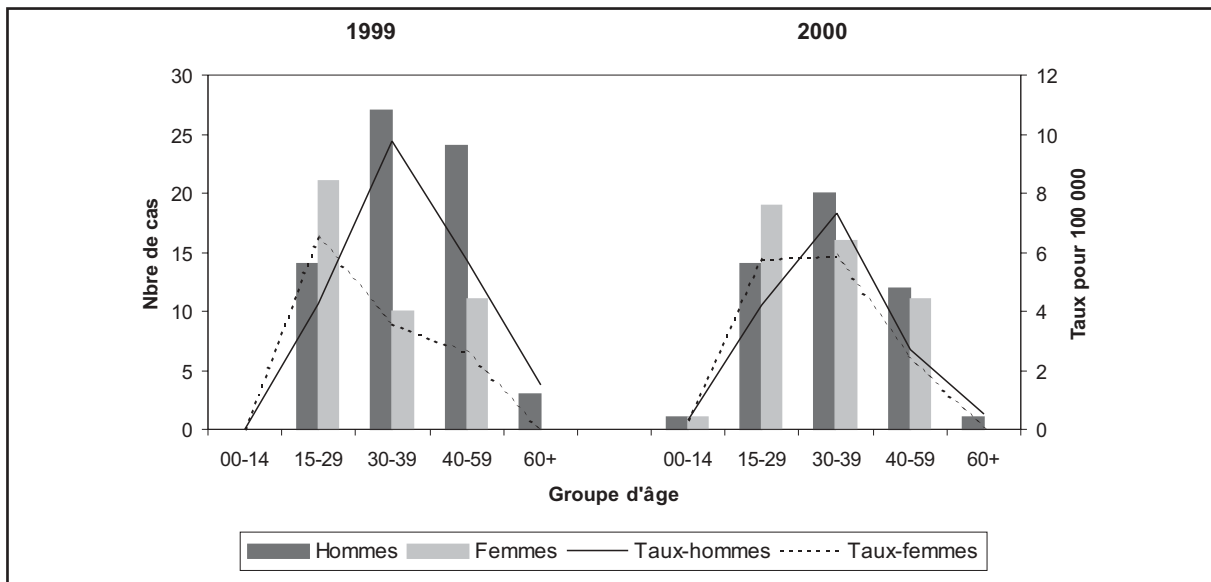
**Tableau 6.2 Cas et taux bruts d'hépatite C, par groupe d'âge, sexes combinés, Canada, 1999 et 2000\***

Groupe d'âge	1999		2000	
	Nbre de cas	Taux	Nbre de cas	Taux
0-14	0	0,00	2	0,32
15-29	35	5,37	33	4,97
30-39	37	6,69	36	6,61
40-59	35	4,16	23	2,58
60+	3	0,66	1	0,22

\* Taux pour 100 000 habitants

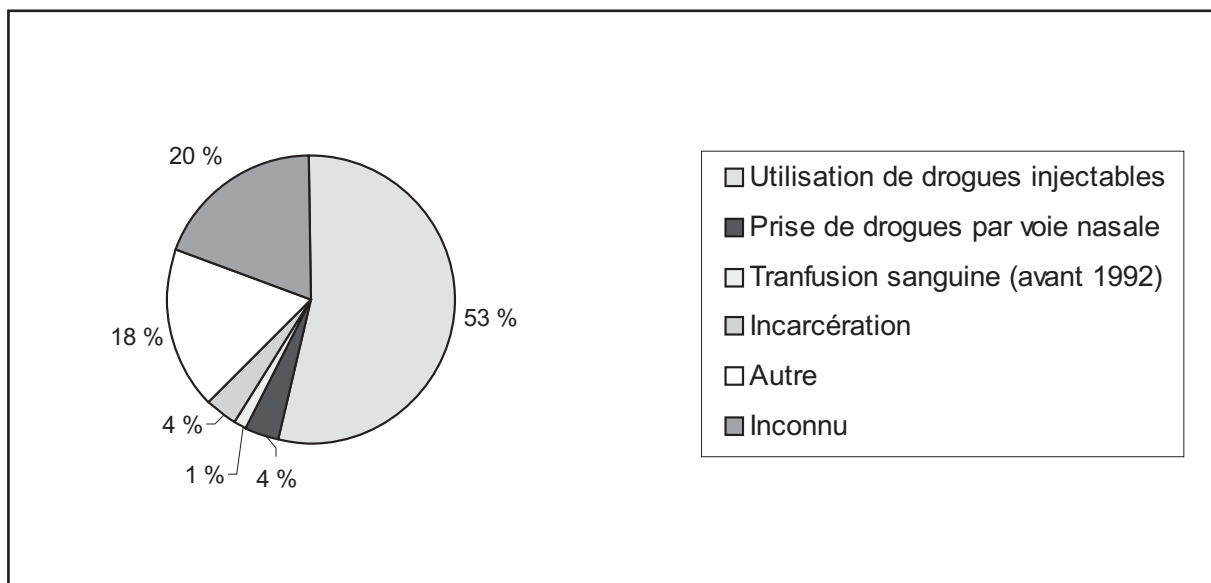
**Figure 6.2A**

*Cas et taux bruts d'hépatite C, par groupe d'âge et sexe, Canada, 1999 et 2000*



**Figure 6.2B**

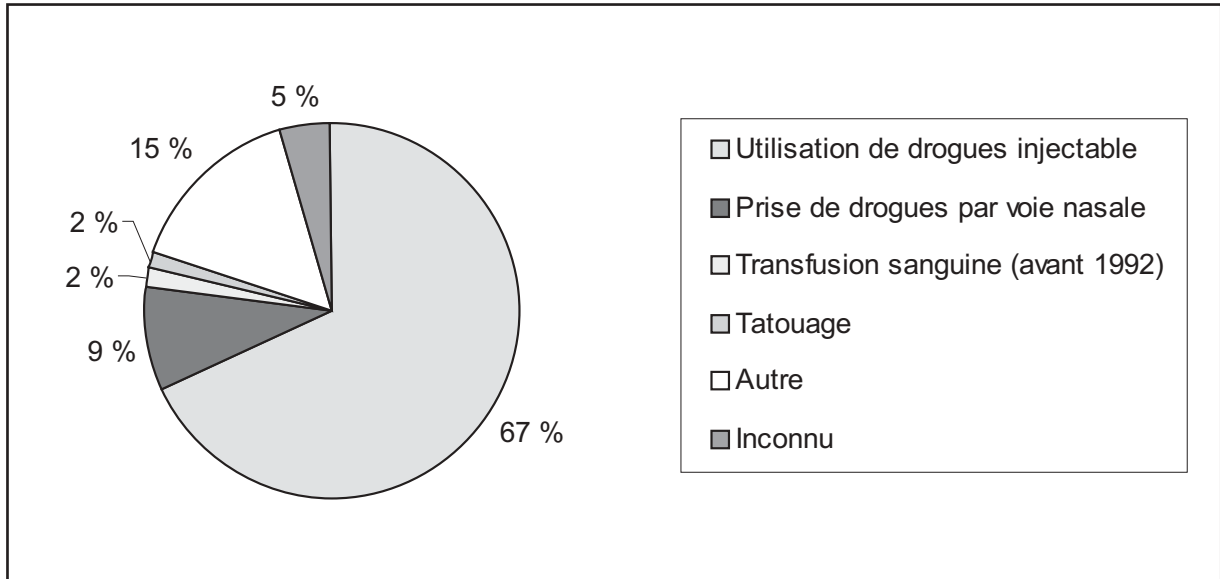
*Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite C, 1999*





**Figure 6.2C**

*Facteurs de risque mutuellement exclusifs pour l'hépatite C, 2000*



## Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

### Conclusions principales concernant les cas déclarés

- Tant chez les hommes que chez les femmes, la VAMP a révélé une diminution dans le nombre de cas d'hépatite A et d'hépatite B déclarés.
- La VAMP la plus forte pour les deux sexes correspond à la hausse observée dans le cas de l'hépatite C.

### Sources

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).
- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
- Division de la surveillance, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

**Tableau 7.1 Taux de VAMP dans les cas déclarés selon l'âge, taux de morbidité et mortalité pour les pathogènes à diffusion hématogène**

	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite C	Hépatite non A, non B	HTLV	MCJ
<b>Cas déclarés</b>						
Homme	-6,45	-11,40	72,29***	—	—	—
Femmes	-7,35	-11,31*	66,36**	—	—	—
<b>Morbidité</b>						
Homme	-7,69*	-10,64**	—	2,95	-1,22	2,1
Femmes	-7,21*	-13,14*	—	2,28	-17,81	-2,8
<b>Mortalité</b>						
Homme	-4,38	8,27**	—	21,32**	—	-2,25
Femmes	1,36	7,06*	—	26,77**	—	0,03

— Non applicable

\* Significatif à  $p=0,05$

\*\* Significatif à  $p=0,01$

\*\*\* Significatif à  $p=0,001$

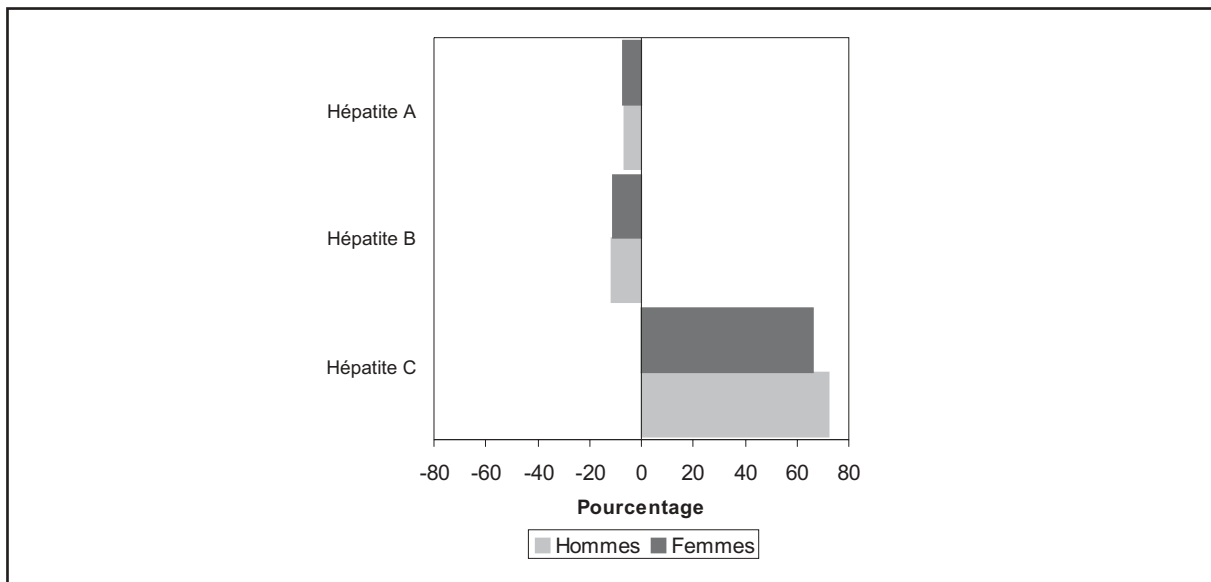
Taux de cas déclarés, 1990-1999

Taux de mortalité et morbidité, 1989-1998

Taux de mortalité et morbidité, données de HTLV, 1994-1999

**Figure 7.1**

*Taux de VAMP pour les cas déclarés de certaines maladies, par sexe, Canada, 1990-1999\**



*\*Taux de VAMP pour l'hépatite C est pour la période de 1991-1999.*

**Conclusions principales concernant la mortalité et la morbidité : hommes**

- La VAMP la plus forte pour les taux de mortalité a été observée pour l'hépatite non A, non B (augmentation de 21,32 %) et l'hépatite B (augmentation de 8,27 %).
- La VAMP des taux de morbidité révèle une augmentation des cas d'hépatite non A, non B et de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.
- La VAMP la plus forte pour les taux de morbidité concernait l'hépatite B (-10,64 %).
- Pour l'hépatite A, la VAMP révèle une diminution aussi bien de la mortalité que de la morbidité.

**Sources**

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).
- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
- Division de la surveillance, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

**Tableau 7.2 Taux de VAMP chez les hommes, Canada, 1989-1998**

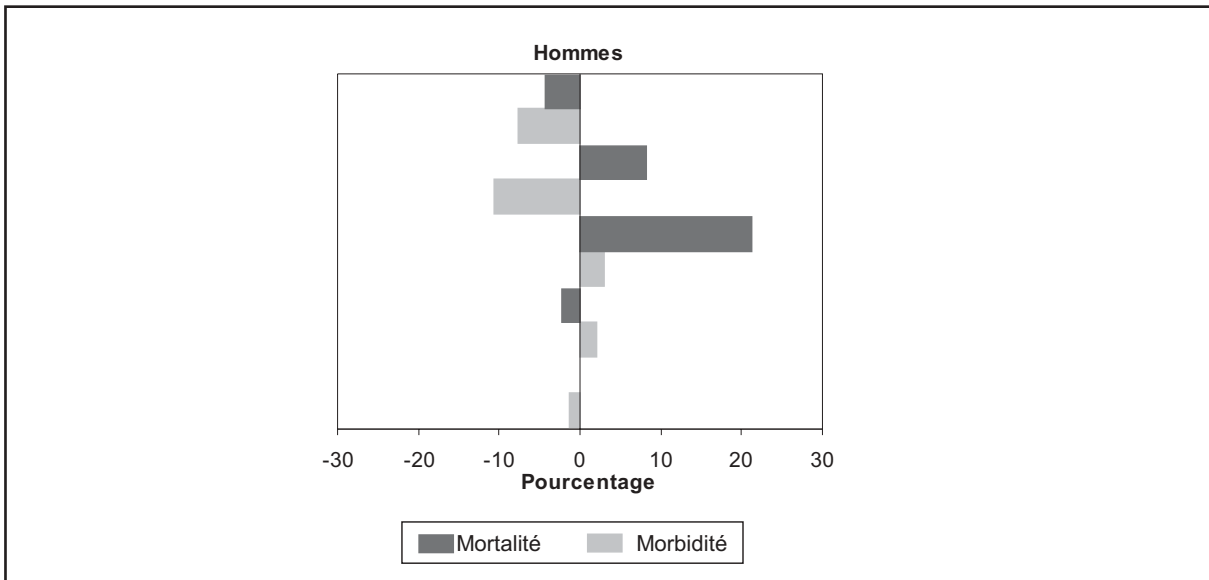
	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite non A, non B	MCJ	HTLV
Mortalité	-4,38	8,27**	21,32**	-2,25	—
Morbidité	-7,69*	-10,64**	2,95	2,10	-1,22

\*  $P < 0,05$

\*\*  $P < 0,01$

**Figure 7.2**

*Taux de VAMP pour la mortalité et la morbidité liées à certaines maladies, hommes, Canada, 1989-1998\**



*\*La VAMP pour le HTLV porte sur la période de 1994 à 1999, et est établie d'après la CIM-9-MC.*

**Conclusions principales concernant la mortalité et la morbidité : femmes**

- La VAMP des taux de mortalité révèle une hausse de l'hépatite A, de l'hépatite B, de l'hépatite non A, non B et de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. La variation la plus forte était associée à l'hépatite non A, non B (augmentation de 26,77 %) et la plus faible, à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (augmentation de 0,03 %).
- La VAMP la plus forte pour les taux de mortalité a été observée dans le cas de l'hépatite B (-13,14 %); on a également noté des baisses pour l'hépatite A, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et l'infection à HTLV.
- Ce n'est que dans le cas de l'hépatite non A, non B que la VAMP a révélé une augmentation aussi bien de la mortalité que de la morbidité.

**Sources**

- Base de données nationale sur la mortalité (Statistique Canada).
- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé.
- Division de la surveillance, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

**Tableau 7.3 Taux de VAMP chez les femmes, Canada, 1989-1998\***

	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite non A, non B	MCJ	HTLV
Mortalité	1,36	7,06*	26,77**	0,03	—
Morbidité	-7,21*	-13,14**	2,28	-2,80	-17,81

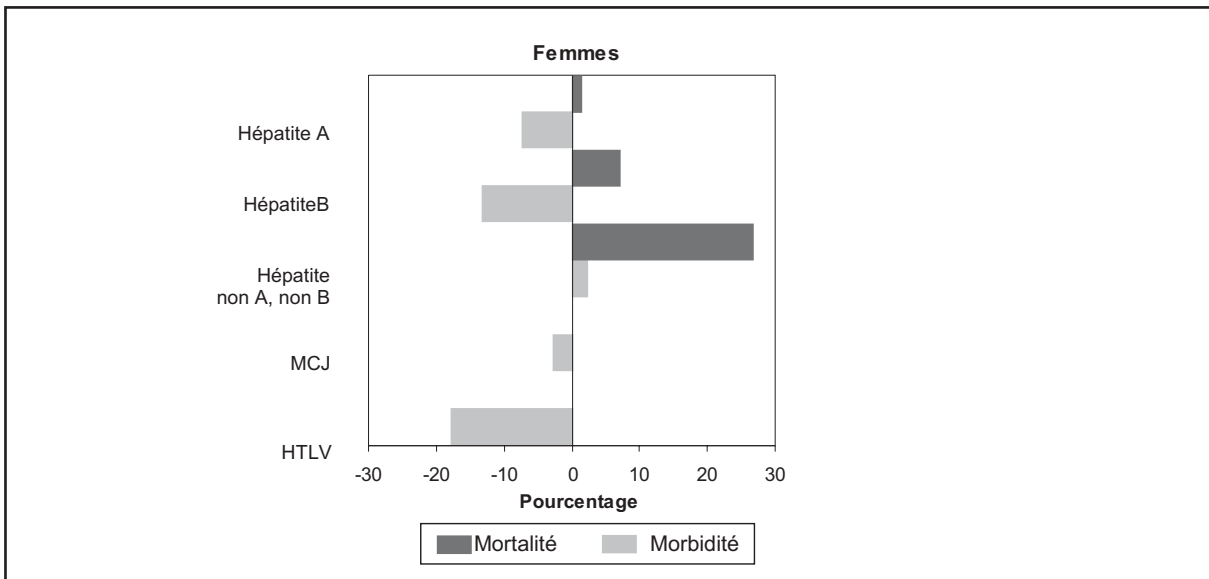
\*  $P < 0,005$

\*\*  $P < 0,001$

\*\*\*  $P < 0,000$

**Figure 7.3**

*Taux de VAMP pour la mortalité et la morbidité liées à certaines maladies, femmes, Canada, 1989-1998\**



*\*La VAMP pour l'hépatite C porte sur la période de 1994 à 1999, et est établie d'après la CIM-9-MC.*

## Références

Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles*. Ottawa : Division de la démographie, Statistique Canada, 2000. N° de catalogue 91-213—XPB.

On L, Semenciw RM, Mao Y. *Logiciel Orius : calcul des taux et des indicateurs épidémiologiques, et préparation de la sortie graphique*. *Chron Dis Can* 2000;21(3):134-36.