

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997

Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les tendances nationales et provinciales en matière d'hystérectomie de 1981-1982 à 1996-1997 chez les femmes de 35 ans et plus.

Sources des données

Les données proviennent du Fichier de données sur la morbidité hospitalière tenu à jour par Statistique Canada de 1981-1982 à 1994-1995 et de l'Institut canadien d'information sur la santé pour 1995-1996 et 1996-1997. Les données supplémentaires sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999.

Techniques d'analyse

L'analyse descriptive présente les taux d'hospitalisation liée à une hystérectomie, la proportion d'hystérectomies pratiquées par voie vaginale et la durée moyenne de l'hospitalisation. Une liste hiérarchique d'indications a servi à établir la cause principale de l'hystérectomie. Le calcul des intervalles de confiance a permis de déterminer les variations significatives au fil du temps, ainsi que d'une province à l'autre et à l'échelle nationale.

Principaux résultats

De 1981-1982 à 1996-1997, le taux d'hystérectomies a diminué, la proportion d'interventions pratiquées par voie vaginale a augmenté et la durée moyenne de l'hospitalisation liée à une hystérectomie a diminué. Dans l'ensemble, ces tendances s'observent pour chaque province, même si les taux, les types d'intervention et la durée moyenne de l'hospitalisation varient considérablement selon la province.

Mots-clés

Dossiers de radiation des hôpitaux, durée de l'hospitalisation, santé de la femme, taux d'interventions chirurgicales, utilisation des services hospitaliers

Auteur

Wayne J. Millar (613-951-1631; millway@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Depuis le début des années 1980, le Canada a connu une forte baisse du taux d'hystérectomies pour 100 000 femmes de 35 ans et plus, sans doute en partie grâce à de nouvelles méthodes de traitement des affections gynécologiques¹⁻⁵. Qui plus est, la volonté des femmes de se voir offrir des moyens thérapeutiques moins énergiques a peut-être favorisé un dépistage plus minutieux et le traitement ambulatoire de problèmes qui, à une époque, auraient abouti à l'hystérectomie⁶⁻⁷.

Le taux d'hystérectomies a diminué dans toutes les provinces, mais d'importants écarts interprovinciaux persistent. Cette variation du taux d'hystérectomies selon la région n'est guère unique au Canada; on l'observe aussi aux États-Unis⁸⁻¹³, en Grande-Bretagne¹⁴ et en Australie¹⁵. Toutefois, les différences de structure par âge de la population ou d'incidence ou de risque de maladie utérine ne peuvent à elles seules expliquer ces variations géographiques^{12,16}. D'autres facteurs joueraient vraisemblablement un rôle, puisque l'hystérectomie est, de façon prépondérante, une intervention non urgente.

Méthodologie

Sources des données

Les données hospitalières proviennent du Fichier de données sur la morbidité hospitalière tenu à jour par Statistique Canada de 1981-1982 à 1994-1995, et de l'Institut canadien d'information sur la santé pour 1995-1996 et 1996-1997. Ces données sont extraites du formulaire d'admission/radiation rempli par chaque hôpital à la fin de l'hospitalisation d'un malade, au moment où celui-ci est radié des registres parce qu'il sort de l'hôpital ou qu'il est décédé. Le fichier contient des données sur toutes les hospitalisations pour lesquelles les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés ont produit un formulaire de radiation durant la période observée.

Conformément à la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA)*, on considère comme une hystérectomie tout cas pour lequel figurent dans le dossier (à titre de diagnostic primaire ou secondaire lors de l'admission) les codes 80.2 et 80.3 pour l'hystérectomie par voie abdominale, 80.4 pour l'hystérectomie totale ou subtotale par voie vaginale et 80.5 à 80.7 pour l'hystérectomie radicale¹⁷. Ces codes correspondent aux codes 68.3 à 68.4 pour l'hystérectomie par voie abdominale, 68.5 pour l'hystérectomie par voie vaginale et 68.6 à 68.8 pour l'hystérectomie radicale de la modification clinique de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9-MC)*¹⁸.

Les données supplémentaires sur la fréquence de l'hystérectomie sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999¹⁹.

Les estimations provinciales de la population de femmes adultes ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Comme l'hystérectomie est assez peu fréquente à un jeune âge, l'analyse porte uniquement sur les femmes de 35 ans et plus.

L'analyse descriptive fournit des taux et des pourcentages. Les taux d'hospitalisation ont été calculés d'après les registres des hôpitaux en divisant le nombre de radiations de femmes de 35 ans et plus ayant subi une hystérectomie par l'estimation démographique pour ce groupe d'âge, puis en multipliant le résultat par 100 000. La méthode directe a en outre servi au calcul des taux comparatifs en se fondant sur la structure par âge de la population de femmes de 35 ans et plus observée en 1996. Enfin, la durée moyenne de l'hospitalisation a été déterminée en divisant le nombre total de jours que les femmes admises pour une hystérectomie ont passé à l'hôpital par le nombre de radiations.

Le calcul des intervalles de confiance a permis d'évaluer la variation des taux entre 1981-1982 et 1996-1997 pour chaque province; un test bilatéral a servi à déterminer si les écarts entre taux comparatifs étaient statistiquement significatifs²⁰. Chaque taux provincial a été comparé au taux national pour 1981-1982 et pour 1996-1997. Un test bilatéral a aussi servi à déterminer si les écarts moyens de durée de l'hospitalisation entre 1981-1982 et 1996-1997, ainsi qu'entre la valeur observée pour chaque province et celle observée à l'échelle nationale, étaient significatifs.

Une liste hiérarchique établie par Hall et Cohen²¹ a permis de cerner les indications de l'hystérectomie conformément aux codes de diagnostic de la CIM-9-MC. Ces indications ont ensuite été

regroupées en six catégories : cancer, fibrome, endométriose, prolapsus de l'utérus, hémorragie et douleurs menstruelles, et autre. Une règle hiérarchique a en outre servi à déterminer l'indication principale de l'hystérectomie lorsque le dossier d'une malade en comportait plus d'une. Tous les cas où le code de diagnostic était celui d'une tumeur maligne ou pré-maligne ont été classés dans la catégorie « cancer ». Pour les autres enregistrements, si l'un des codes correspondait à « fibrome », cette indication est celle que l'on a attribuée, suivie par « endométriose », « prolapsus » et « hémorragie et douleurs menstruelles ». Les cas pour lesquels ne figurait aucune de ces cinq indications ont été classés dans la catégorie « autre ».

Limites

Les taux d'hystérectomies sont calculés en se fondant sur la population féminine totale de 35 ans et plus. Les données n'ont pas permis d'exclure les femmes qui avaient déjà subi l'intervention. L'effet de l'inclusion de ces femmes dans le calcul du taux est probablement le plus prononcé pour les provinces où le taux était relativement élevé par le passé²². Si les chiffres avaient été corrigés pour tenir compte des femmes qui ne pouvaient plus subir l'opération, les taux d'hystérectomie seraient plus élevés que ceux présentés ici.

Les chiffres se rapportent uniquement aux femmes qui résidaient dans la province où a eu lieu l'hystérectomie. Les bases de données provinciales ne contiennent pas toutes des renseignements sur les résidentes qui obtiennent des services hospitaliers à l'extérieur de la province. Par conséquent, l'importance des hospitalisations hors province liées à une hystérectomie demeure impossible à évaluer.

Durant un séjour particulier à l'hôpital, une malade peut faire l'objet de plus d'un diagnostic ou subir plus d'une intervention chirurgicale. La présente analyse porte sur les hystérectomies enregistrées à titre de diagnostic principal ou secondaire d'admission. Puisque l'hystérectomie est une intervention majeure, peu de cas échappent vraisemblablement à l'analyse en relevant dans les enregistrements la première ou la deuxième intervention chirurgicale.

Les dossiers d'hospitalisation ont pour référence l'année financière, tandis que les estimations démographiques utilisées pour calculer les taux correspondent à un point particulier de l'année civile. Puisque la taille de la population varie fort peu durant une seule année, tout effet est vraisemblablement minime et ne devrait pas compromettre la validité des résultats.

Le Fichier de données sur la morbidité hospitalière établi pour 1981-1982 représente 95 % des hôpitaux en exploitation, qui comptaient plus de 99 % des lits approuvés au Canada cette année-là²³. Au milieu des années 1990, le taux de réponse à l'Enquête annuelle sur les établissements de santé : Hôpitaux était légèrement inférieur, soit plus de 80 % des hôpitaux en exploitation, qui représentaient 90 % des lits²⁴.

La présente analyse ne couvre pas la totalité de la population canadienne : les données hospitalières concernant les territoires du Nord n'étaient pas disponibles pour la série chronologique complète. Le faible nombre d'hystérectomies pratiquées dans ces régions ne devrait cependant pas, en principe, influencer considérablement les résultats.

Le taux d'interventions chirurgicales a tendance à varier si les indications d'une opération particulière sont discrétionnaires²¹. Il en va de même de l'hystérectomie qui, selon les estimations, n'est pas une opération urgente dans 90 % des cas⁸. Contrairement à beaucoup d'autres interventions chirurgicales, la liste des indications de l'hystérectomie est variée. Les états malins et prémalins ne sont à l'origine que d'une faible proportion des hystérectomies. Une telle intervention est avant tout pratiquée pour soulager les symptômes causés par des états bénins, comme le fibrome utérin, la ménométrorragie fonctionnelle, l'endométriose, la douleur chronique et le prolapsus génital^{7,8,12,25-29}.

Les indications appropriées de l'hystérectomie demeurent l'objet de controverses, même chez les professionnels de la santé^{8,29}. De surcroît, le diagnostic de certains états traités couramment par hystérectomie est très difficile à poser⁶. Les patientes, les responsables de l'élaboration des politiques, voire les médecins, remettent en cause depuis longtemps la nécessité de certaines hystérectomies²⁷.

Le présent article décrit les tendances tant nationales que provinciales en matière d'hystérectomie. Il s'appuie sur les données de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé concernant l'hystérectomie chez les femmes de 35 ans et plus pour la période de 16 ans s'étalant de 1981-1982 à 1996-1997 (voir *Méthodologie*). L'analyse n'est ici que descriptive et ne vise aucunement à préciser quel taux d'hystérectomies, quelle durée de l'hospitalisation ni quel type d'intervention chirurgicale est approprié.

Intervention courante

L'hystérectomie est l'une des interventions pratiquées le plus couramment chez les femmes d'âge mûr et chez les femmes âgées (voir *Types d'hystérectomie*). Toutefois, même si elle ne pose qu'un faible risque de mortalité^{30,31}, l'hystérectomie reste une intervention majeure qui demande des semaines, voire des mois, de convalescence^{10,27,28}.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, plus du cinquième des

Types d'hystérectomie

L'hystérectomie peut comporter l'ablation du corps et du col de l'utérus (hystérectomie totale) ou l'ablation du corps de l'utérus uniquement (hystérectomie subtotalaire). Elle peut être pratiquée par voie abdominale ou vaginale. La méthode dépend du chirurgien, de l'indication de l'intervention, de la nature de la maladie et des caractéristiques de la patiente. Les options sont les suivantes : hystérectomie par voie vaginale, hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie et hystérectomie par voie abdominale (subtotalaire, totale ou radicale). Les taux de morbidité et de complications postopératoires sont plus faibles dans le cas de l'intervention par voie vaginale.

L'opération par voie abdominale peut être indiquée si une intervention exploratrice est nécessaire (par exemple, en cas de cancer confirmé ou soupçonné). L'intervention par voie abdominale pourrait aussi être préférable en cas d'hypertrophie de l'utérus qui rend l'ablation par voie vaginale difficile (situation fréquente s'il y a un fibrome), si la mobilité de l'utérus est limitée à cause d'adhérences due à une intervention chirurgicale antérieure ou s'il faut procéder à l'ablation des ovaires³.

femmes de 35 ans et plus — soit environ 22 % ou 1,8 million — ont subi une hystérectomie. La proportion passe de 7 % pour le groupe des 35 à 44 ans à 37 % pour celui des 65 à 74 ans, puis à 30 % pour le groupe des 75 ans et plus.

En 1996-1997, l'hystérectomie par voie abdominale était l'intervention chirurgicale la plus fréquente chez les femmes de 35 ans et plus et l'hystérectomie par voie vaginale venait en quatrième position. Dans l'ensemble, cette année-là, les hystérectomies représentaient 8 % environ des opérations pratiquées chez les femmes de ce groupe d'âge.

Taux à la baisse

En 1996-1997, un total de 48 572 femmes de 35 ans et plus ont subi une hystérectomie. Depuis 1981-1982, le total annuel est demeuré assez stable, n'étant jamais inférieur à 46 600 ni supérieur à 51 600 (tableau A en annexe). Parallèlement, le nombre de femmes appartenant à ce groupe d'âge a augmenté

Lignes directrices concernant l'hystérectomie

En avril 1996, le Comité de gynécologie de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié des *Directives cliniques sur l'hystérectomie*³². L'hystérectomie peut être envisagée pour traiter certaines maladies bénignes, les affections susceptibles d'évoluer vers un état malin, le cancer, les affections aiguës et pour une variété d'autres indications moins courantes.

- La catégorie des **maladies bénignes** comprend le fibrome, l'endométriase, la masse annexielle, le prolapsus, la ménométrorragie et la douleur pelvienne chronique.

Les indications de l'hystérectomie sont peu nombreuses chez une malade atteinte d'un fibrome mais ne présentant aucun symptôme. En revanche, l'intervention est indiquée si le fibrome croît rapidement ou après la ménopause, quand il risque de devenir cancéreux. On peut préserver la fécondité en pratiquant une myomectomie (ablation chirurgicale du fibrome). Cependant, le taux de récurrence est de 15 %, et 10 % des femmes chez lesquelles une myomectomie a été pratiquée doivent subir une hystérectomie dans les 10 ans. L'hystérocopie est une autre possibilité, mais une nouvelle intervention est nécessaire dans 10 % à 20 % des cas.

L'endométriase, c'est-à-dire la croissance de tissu ressemblant à l'endomètre en-dehors de la cavité endométriale, est un problème chronique. Le traitement médicamenteux a souvent des effets secondaires métaboliques et symptomatiques et ne permet de contrôler les symptômes que de façon limitée en cas d'adhérences ou de lésions des organes pelviens. Une intervention chirurgicale conservatrice peu être envisagée, mais son effet à long terme est limité et le taux de récurrence cumulatif est de 13 % à trois ans et de 40 % à cinq ans. Néanmoins, pratiquer l'hystérectomie est une décision importante qui devrait s'appuyer sur l'existence de symptômes graves, l'échec d'autres méthodes thérapeutiques et le désir de concevoir un enfant.

Les *Directives* recommandent de n'envisager l'hystérectomie pour une *masse annexielle bénigne* que s'il existe une autre indication de l'intervention chirurgicale.

Si la malade ne formule aucune autre plainte, un *prolapsus* génital léger à moyen ne devrait être corrigé que fort rarement. Cependant, en cas de prolapsus prononcé de l'utérus, seules l'hystérectomie et la reconstruction du vagin donnent de bons résultats.

La *ménométrorragie* est essentiellement un diagnostic d'exclusion. Autrement dit, l'utérus est anatomiquement normal et aucune tumeur, blessure ou autre affection n'explique le saignement. Les *Directives* recommandent d'envisager une pharmacothérapie avant de procéder au traitement chirurgical. Selon la gravité des saignements, l'âge de la malade, les convictions culturelles et le désir de concevoir un enfant, l'hystérectomie peut être envisagée.

Une proportion assez faible d'hystérectomies sont pratiquées pour soulager la *douleur pelvienne chronique*. La cause sous-jacente de la douleur devrait être recherchée minutieusement avant d'envisager l'hystérectomie. En cas de maladie chez une femme qui ne désire plus avoir d'enfant, l'hystérectomie peut être justifiée.

- Les **affections susceptibles d'évoluer vers un état malin** incluent l'hyperplasie endométriale, la néoplasie malpighienne intraépithéliale du col de l'utérus et l'adénocarcinome *in situ*.

Habituellement, on diagnostique l'*hyperplasie endométriale* parce que la malade se plaint de saignements utérins anormaux. La plupart des malades chez lesquelles on ne décèle pas de cellules malignes (atypie) peuvent recevoir un traitement médicamenteux, mais il peut être nécessaire de pratiquer l'hystérectomie si l'hyperplasie persiste. Chez les malades présentant une atypie, on peut recourir à la pharmacothérapie ou à l'hystérectomie; cependant, environ le quart des cas traités par médicaments évoluent vers une forme cancéreuse sur une période de quatre ans en moyenne.

La *néoplasie malpighienne intraépithéliale du col de l'utérus* n'est une indication d'hystérectomie que si d'autres affections gynécologiques justifiant l'opération se manifestent aussi.

Dans le cas de l'*adénocarcinome in situ*, les *Directives* recommandent une conisation cylindrique. Quand les bords du prélèvement biopsique sont sains, il n'est pas nécessaire de procéder à l'hystérectomie si la femme souhaite demeurer féconde.

- Diverses formes de **cancer** sont traitées par hystérectomie, notamment le *cancer de l'endomètre* et les *sarcomes de l'utérus*. Le *cancer du col de l'utérus* peut être traité par chirurgie ou par radiothérapie, puisque les taux de guérison sont comparables. Le traitement du *cancer de l'ovaire* peut inclure l'hystérectomie, bien qu'aucune donnée n'indique que cette intervention améliore le pronostic généralement sombre. Dans ce cas, on pratique l'hystérectomie pour s'assurer que l'utérus ne masque pas la maladie. L'hystérectomie est indiquée en cas de *cancer de la trompe de Fallope* pour s'assurer que l'ablation de la trompe soit complète et que le suivi soit précis.

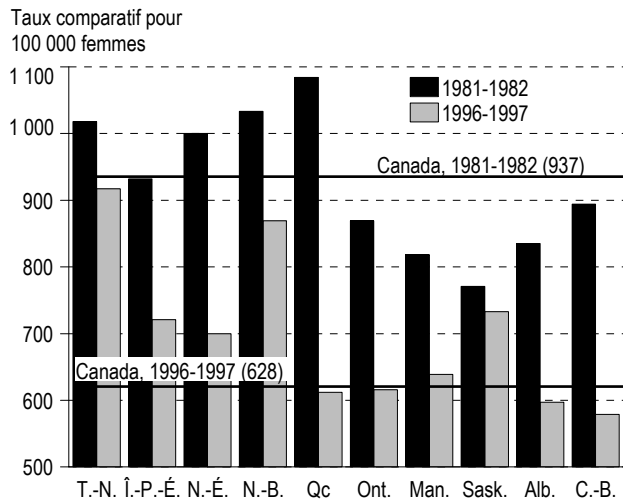
- Plusieurs **affections aiguës** peuvent nécessiter une hystérectomie.

L'hystérectomie peut être pratiquée d'urgence au moment de l'accouchement si une *hémorragie* met la vie de la femme en danger, bien que le traitement classique consiste à recourir à des mesures conservatrices pour contrôler l'hémorragie obstétrique.

Par le passé, tous les *abcès salpingo-ovariens* étaient traités par hystérectomie, mais, grâce à la mise au point d'antibiotiques à large spectre, on distingue aujourd'hui trois grandes indications de l'intervention chirurgicale : la rupture intra-abdominale de l'abcès salpingo-ovarien, l'existence soupçonnée d'une autre urgence chirurgicale, comme une appendicite, et la non-réaction au traitement antibiotique dans les 48 à 72 heures. Le traitement chirurgical d'un abcès non rompu est moins bien établi, quoiqu'une hystérectomie puisse être indiquée.

- Plusieurs **autres indications** peuvent inciter à pratiquer l'hystérectomie. Par exemple, en consultation avec un oncologue, une malade ayant des *antécédents familiaux* de diverses formes de cancer de l'appareil reproducteur pourrait choisir de subir l'intervention.

Graphique 1
Taux comparatifs d'hystérectomies, femmes de 35 ans et plus,
Canada et provinces, 1981-1982 et 1996-1997



Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982; Institut canadien d'information sur la santé, 1996-1997

Nota : Les données correspondent aux codes 80.2 à 80.7 de la CCA et ont été corrigées pour tenir compte de la structure par âge de la population féminine de 35 ans et plus en 1996.

régulièrement, si bien que le taux d'hystérectomies est passé de 937 à 628 pour 100 000 femmes de 35 ans et plus. Cette baisse serait moins prononcée si le taux ne tenait compte que du nombre courant réel de femmes « à risque », c'est-à-dire celles dont l'utérus est encore intact²².

Dans chaque province aussi, la stabilité du nombre annuel d'hystérectomies et l'augmentation du nombre de femmes adultes signifient que le taux a baissé (graphique 1). Le Québec, qui enregistrait le taux le plus élevé en 1981-1982, a connu le recul le plus marqué. En outre, cette province est la seule où un moins grand nombre d'hystérectomies ont été pratiquées en 1996-1997 qu'en 1981-1982. Le taux a également baissé fortement en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. En revanche, il n'a diminué que légèrement en Saskatchewan.

En 1996-1997, le taux comparatif d'hystérectomies variait d'un creux de 579 interventions pour 100 000 femmes de 35 ans et plus en Colombie-Britannique à un sommet de 917 à Terre-Neuve.

Indications

Le degré de consensus des experts en ce qui concerne l'hystérectomie dépend de l'affection à traiter^{21,33}. Certains troubles gynécologiques qui, auparavant, auraient été traités par hystérectomie répondent à l'hormonothérapie et se prêtent donc à la pharmacothérapie ou à une chirurgie moins radicale^{1-5,8}. Pour sa part, le cancer de l'utérus commande de façon quasi unanime l'hystérectomie, mais pas le cancer du col de l'utérus. En ce qui concerne les fibromes, la décision dépend de la taille de la tumeur, de sa vitesse de croissance et des symptômes qu'éprouve la malade. Dans le cas d'un prolapsus avancé de l'utérus, aucune autre intervention chirurgicale ne peut remplacer l'hystérectomie. L'endométriose présente pour sa part des symptômes très variés qui rendent le diagnostic difficile, sans compter que les modalités de traitement sont nombreuses. En cas d'hémorragie menstruelle (ménorragie), la manifestation d'une anémie est la seule mesure objective de la gravité.

De 1981-1982 à 1996-1997, la proportion d'hystérectomies dont les indications sont catégoriques a augmenté, tandis que celle des hystérectomies dont les indications sont plus discrétionnaires a diminué. Dans chaque province (sauf à l'Île-du-Prince-Édouard en 1981-1982), le fibrome était la cause principale de l'intervention aussi bien en 1981-1982 qu'en 1996-1997, quoique la proportion ait été plus élevée dans le second cas (tableau 1). Par contre, durant cette période, la proportion d'hystérectomies pratiquées pour d'« autres » raisons a diminué dans chaque province.

En 1996-1997, la proportion d'hystérectomies pratiquées pour traiter un fibrome variait de 29 % au Nouveau-Brunswick à 41 % au Québec. Cette année-là, l'hémorragie et les douleurs menstruelles représentaient la principale indication de 13 % des hystérectomies en Colombie-Britannique, mais de 31 % au Nouveau-Brunswick. La proportion d'hystérectomies pratiquées pour traiter le cancer variait, quant à elle, de 6 % à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick à 13 % au Manitoba.

Les lignes directrices que La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada³² a publiées

Tableau 1

Répartition en pourcentage, indications principales de l'hystérectomie, Canada et provinces, 1981-1982 et 1996-1997

	Nombre d'hystérectomies	Total	Répartition en pourcentage					
			Fibrome	Hémorragie et douleurs menstruelles	Prolapsus de l'utérus	Endo- métriose	Cancer	Autre [†]
Canada								
1981-1982	46 614	100,0	33,6	16,8	13,6	13,2	9,6	13,3
1996-1997	48 572	100,0	39,4 [‡]	16,1 [‡]	13,7	11,7 [‡]	10,2 [‡]	8,8 [‡]
Terre-Neuve								
1981-1982	974	100,0	24,3 [§]	15,3	17,9 [§]	17,3 [§]	7,5 [§]	17,8 [§]
1996-1997	1 310	100,0	33,6 ^{‡§}	16,1	17,3 [§]	13,1 [‡]	7,9 [§]	12,1 ^{‡§}
Île-du-Prince-Édouard								
1981-1982	208	100,0	22,1 [§]	32,2 [§]	9,6 [§]	11,1	8,2	16,8
1996-1997	246	100,0	30,1 [§]	22,8 ^{‡§}	13,0	17,9 ^{‡§}	5,7 [§]	10,6
Nouvelle-Écosse								
1981-1982	1 638	100,0	32,5	23,7 [§]	11,7 [§]	11,0 [§]	8,3	12,8
1996-1997	1 720	100,0	35,2 [§]	21,9 [§]	10,6 [§]	13,8 ^{‡§}	9,9	8,6 [‡]
Nouveau-Brunswick								
1981-1982	1 337	100,0	23,6 [§]	23,4 [§]	14,0	14,8	7,3 [§]	17,0 [§]
1996-1997	1 704	100,0	29,3 ^{‡§}	30,7 ^{‡§}	12,6	13,3	6,3 [§]	7,9 [‡]
Québec								
1981-1982	14 819	100,0	36,7 [§]	14,9 [§]	12,4 [§]	14,7 [§]	6,6 [§]	14,6 [§]
1996-1997	12 147	100,0	40,9 ^{‡§}	16,2 [‡]	14,2 [‡]	11,3 [‡]	9,4 ^{‡§}	8,1 ^{‡§}
Ontario								
1981-1982	16 060	100,0	32,2 [§]	18,7 [§]	14,6 [§]	11,7 [§]	10,8 [§]	12,0 [§]
1996-1997	17 849	100,0	39,9 [‡]	14,9 ^{‡§}	14,4 [§]	10,8 ^{‡§}	11,0 [§]	9,0 [‡]
Manitoba								
1981-1982	1 713	100,0	35,7	13,5 [§]	15,1	9,7 [§]	15,5 [§]	10,6 [§]
1996-1997	1 809	100,0	38,5	13,9 [§]	15,7 [§]	10,2 [§]	12,5 ^{‡§}	9,2
Saskatchewan								
1981-1982	1 414	100,0	31,5	13,8 [§]	18,5 [§]	10,1 [§]	11,5 [§]	14,5
1996-1997	1 791	100,0	39,7 [‡]	13,9 [§]	13,9 [‡]	12,6 [‡]	10,6	9,5 [‡]
Alberta								
1981-1982	3 332	100,0	33,0	23,2 [§]	11,0 [§]	11,7 [§]	9,4	11,7 [§]
1996-1997	4 071	100,0	39,6 [‡]	18,7 ^{‡§}	9,8 [§]	13,0 [§]	9,5	9,4 [‡]
Colombie-Britannique								
1981-1982	5 119	100,0	34,2	9,4 [§]	13,8	15,4 [§]	13,4 [§]	13,7
1996-1997	5 925	100,0	40,7 ^{‡§}	12,8 ^{‡§}	13,6	13,2 ^{‡§}	11,2 ^{‡§}	8,5 [‡]

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982; Institut canadien d'information sur la santé, 1996-1997

Nota : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %. Les données correspondent aux codes 80.2 à 80.7 de la CCA.

[†] Par exemple, troubles ménopausiques, maladie ovarienne, conduite de la contraception.

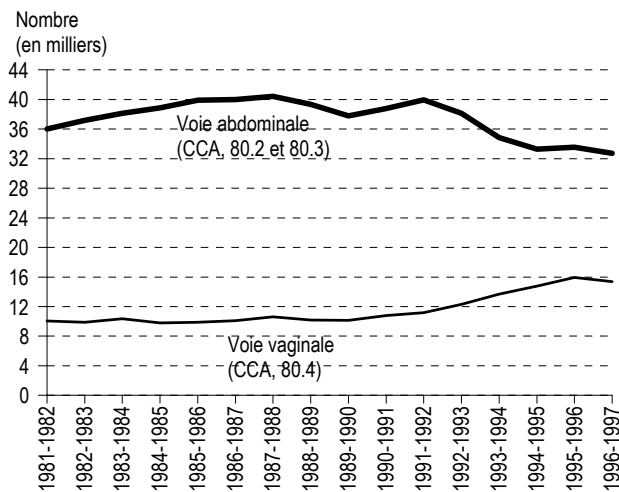
[‡] Valeur significativement différente de celle observée en 1981-1982 ($p \leq 0,05$).

[§] Valeur significativement différente de la valeur nationale pour l'année pertinente ($p \leq 0,05$).

en 1996 permettront sans doute de palier partiellement le manque de consensus quant aux indications de l'hystérectomie, donc de réduire les écarts entre régions (voir *Lignes directrices concernant l'hystérectomie*). Néanmoins, certains chercheurs doutent de la valeur de ce genre de déclaration de principes³⁴. La diminution du taux d'hystérectomies observée au Québec a eu lieu « en l'absence de toute recommandation explicite formulée par le corps médical »³⁵. En revanche, durant les années 1970

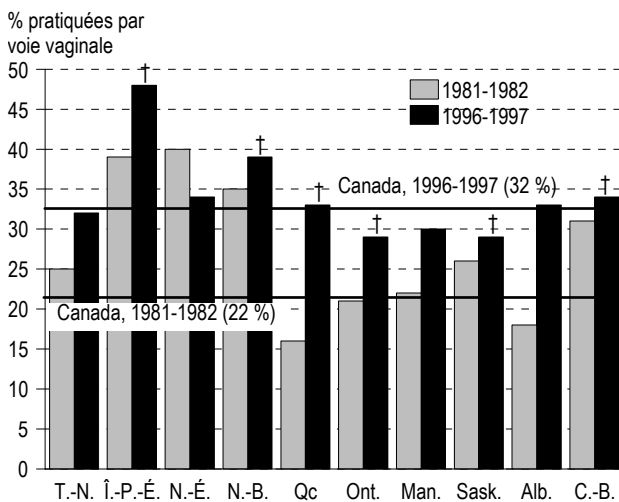
en Saskatchewan, les inquiétudes suscitées par le taux croissant d'hystérectomies ont mené à la formation d'un comité qui a défini les critères de recours à l'intervention³⁶. De 1970 à 1974, le nombre d'hystérectomies pratiquées dans cette province a diminué presque d'un tiers. Pourtant, comme l'illustre la présente analyse, du début des années 1980 au milieu des années 1990, la Saskatchewan a été la province où le taux d'hystérectomies a varié le moins.

Graphique 2
Radiations des registres hospitaliers, selon le type d'hystérectomie, femmes de 35 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1981-1982 à 1996-1997



Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997

Graphique 3
Proportion d'hystérectomies pratiquées par voie vaginale, femmes de 35 ans et plus, Canada et provinces, 1981-1982 et 1996-1997



Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982; Institut canadien d'information sur la santé, 1996-1997

Nota : Les données correspondent au code 80.4 de la CCA. La proportion d'hystérectomies pratiquées par voie vaginale en 1996-1997 diffère significativement de celle observée pour 1981-1982 pour toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan.

† Valeur significativement différente de la valeur nationale pour 1996-1997 ($p \leq 0,05$).

Fréquence croissante des interventions par voie vaginale

Choisir de procéder par voie abdominale ou vaginale reste l'un des éléments importants de l'hystérectomie. À cet égard, la méthode par voie vaginale est généralement associée à moins d'inconfort et de risque d'infection, à un taux plus faible de complications, à une hospitalisation plus courte, à la reprise plus rapide des activités habituelles et à un coût plus faible^{28,37-39}. De 1981-1982 à 1996-1997, la majorité des hystérectomies ont été pratiquées par voie abdominale, mais le nombre et la proportion d'interventions par voie vaginale ont progressé (graphique 2, tableau B en annexe).

Sauf en Nouvelle-Écosse, la proportion d'hystérectomies par voie vaginale a augmenté dans chaque province. En 1996-1997, l'hystérectomie par voie vaginale représentait presque la moitié du total à l'Île-du-Prince-Édouard et 4 hystérectomies sur 10 au Nouveau-Brunswick. Cependant, le Québec et l'Alberta obtiennent les augmentations les plus fortes (graphique 3). En 1981-1982, à peine 16 % et 18 %, respectivement, des hystérectomies ont été pratiquées par voie vaginale dans ces provinces, mais, en 1996-1997, la proportion était passée à 33 %. L'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan présentaient en 1996-1997 les plus faibles taux d'hystérectomies par voie vaginale (29 % ou 30 %). Néanmoins, pour l'Ontario et le Manitoba, ce chiffre représente un mouvement à la hausse par rapport aux 20 % environ observés au début de la période de référence. Par contre, en Saskatchewan, la variation est assez faible : de 26 % à 29 %. En Nouvelle-Écosse, la proportion a effectivement diminué, passant de 40 % à 34 %.

Hospitalisation plus courte

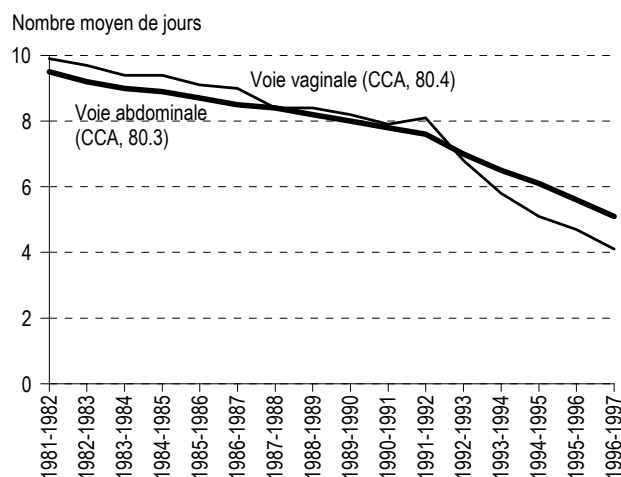
Au cours des 20 dernières années, le nombre moyen de jours d'hospitalisation, toutes catégories d'hospitalisation confondues, a diminué⁴⁰. À l'instar d'autres pays, la durée moyenne de l'hospitalisation pour une hystérectomie au Canada est passée de 9,7 jours en 1981-1982 à 4,8 jours en 1996-1997^{41,42} (tableau 2, tableau C en annexe). La moyenne a également baissé dans chaque province. En

1996-1997, on observait la durée moyenne de l'hospitalisation la plus courte (3,8 jours) en Alberta et la plus longue au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard (5,8 et 5,7 jours, respectivement).

Le raccourcissement de la durée moyenne de l'hospitalisation tient en partie à la proportion croissante d'hystérectomies pratiquées par voie vaginale. Jusqu'au début des années 1990, l'hystérectomie par voie vaginale demandait une hospitalisation plus longue que l'intervention par voie abdominale (graphique 4). Cependant, en 1996-1997, le séjour moyen à l'hôpital était de 4,1 jours pour une hystérectomie par voie vaginale et de 5,1 jours pour l'opération par voie abdominale (tableau D en annexe).

La durée moyenne de l'hospitalisation a diminué dans chaque province aussi bien pour l'hystérectomie par voie abdominale que par voie vaginale. Néanmoins, des écarts interprovinciaux persistent. En 1996-1997, l'hystérectomie par voie abdominale nécessitait une hospitalisation d'une durée moyenne de 4,1 jours en Alberta comparativement à au moins 6 jours au Québec

Graphique 4
Durée moyenne de l'hospitalisation, selon le type d'hystérectomie, femmes de 35 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1981-1982 à 1996-1997



Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997

et à l'Île-du-Prince-Édouard. De même, l'hystérectomie par voie vaginale entraînait une hospitalisation d'une durée moyenne de 3,0 jours en Alberta, mais de 5,2 jours au Québec.

Diminution du nombre total de jours d'hospitalisation

La baisse des taux d'interventions et le raccourcissement des hospitalisations ont pour effet conjugué de réduire considérablement le nombre de jours d'hospitalisation liée à une hystérectomie. En 1981-1982, les hystérectomies ont nécessité en tout 450 500 jours d'hospitalisation; en 1996-1997, le nombre avait baissé pour s'établir à 234 100. Cette tendance à la baisse touche chaque province de façon plus au moins importante (tableau C en annexe). En Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, le fléchissement est d'environ 50 %, tandis qu'il n'est que de 23 % à l'Île-du-Prince-Édouard et de 29 % à Terre-Neuve.

Différences notables

Les écarts provinciaux quant aux tendances en matière d'hystérectomie sont saisissants. Par exemple, l'Alberta se caractérise par une forte baisse des taux, une hausse prononcée de la proportion d'interventions pratiquées par voie vaginale et, en 1996-1997, la durée moyenne de l'hospitalisation y était la plus courte. Le Québec connaît aussi une forte baisse des taux d'hystérectomies et une hausse notable de la proportion d'interventions par voie vaginale, bien que la durée moyenne de l'hospitalisation y soit la plus longue.

La diminution du taux d'hystérectomies (et, effectivement, du nombre d'hystérectomies) au Québec pourrait être un effet à long terme du taux élevé observé par le passé, d'où le grand nombre de femmes qui ne sont plus susceptibles de devoir subir l'intervention. Autrement dit, si l'on pouvait exclure ces femmes du calcul, le taux enregistré pour le Québec en 1996-1997 serait sans doute beaucoup plus élevé²².

Contrairement à la tendance observée ailleurs, la proportion d'hystérectomies pratiquées par voie vaginale en Nouvelle-Écosse a diminué. En fait, cette province est la seule où l'on a enregistré un

Tableau 2
Durée moyenne de l'hospitalisation, selon le type d'hystérectomie, Canada et provinces, 1981-1982 et 1996-1997

	Total (CCA, 80.2 à 80.7)			Voie abdominale (CCA, 80.2 et 80.3)			Voie vaginale (CCA, 80.4)		
	1981-1982	1996-1997	Diminution	1981-1982	1996-1997	Diminution	1981-1982	1996-1997	Diminution
	Nombre moyen de jours			Nombre moyen de jours			Nombre moyen de jours		
Canada	9,7	4,8	4,9	9,5	5,1	4,4	9,9	4,1	5,8
Terre-Neuve	9,7	5,1 [†]	4,6	9,3	5,3	4,0	10,3	4,4 [†]	5,9
Île-du-Prince-Édouard	8,8 [†]	5,7 [†]	3,1	8,6 [†]	6,5 [†]	2,1	8,3 [†]	4,8 [†]	3,5
Nouvelle-Écosse	9,9	4,6 [†]	5,3	10,5 [†]	5,0	5,5	8,7 [†]	3,6 [†]	5,1
Nouveau-Brunswick	9,7	4,7	5,0	9,6	5,2	4,4	9,8	4,0	5,8
Québec	9,8	5,8 [†]	4,0	9,6	6,0 [†]	3,6	10,7 [†]	5,2 [†]	5,5
Ontario	9,9 [†]	4,5 [†]	5,4	9,7	4,7 [†]	5,0	10,1	3,8 [†]	6,3
Manitoba	10,1 [†]	4,9	5,2	10,0 [†]	5,1	4,9	10,3	4,3	6,0
Saskatchewan	10,3 [†]	5,1	5,2	10,1 [†]	5,2 [†]	4,9	10,9 [†]	4,3	6,6
Alberta	9,3 [†]	3,8 [†]	5,5	9,0 [†]	4,1 [†]	4,9	10,2	3,0 [†]	7,2
Colombie-Britannique	8,3 [†]	4,4 [†]	3,9	8,3 [†]	4,7	3,6	8,4 [†]	3,7 [†]	4,7

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982; Institut canadien d'information sur la santé, 1996-1997
† Valeur significativement différente de la valeur nationale pour l'année pertinente ($p \leq 0,05$).

moins grand nombre d'interventions de ce type en 1996-1997 qu'en 1981-1982.

En Saskatchewan, le taux d'hystérectomies est demeuré assez stable et seule une légère augmentation de la proportion d'interventions pratiquées par voie vaginale a été observée.

Mot de la fin

L'effet combiné de plusieurs facteurs explique peut être les écarts importants entre les provinces au chapitre du taux d'hystérectomies, de la proportion d'interventions pratiquées par voie vaginale et de la durée moyenne de l'hospitalisation. Les auteurs qui se sont intéressés à la question classent les causes de ces différences en trois grands groupes : les facteurs liés aux médecins, la nature du système de santé et les caractéristiques des patientes.

L'incertitude des médecins quant aux indications appropriées peut être à l'origine des différences dans les taux d'hystérectomies et les types d'intervention chirurgicale^{27,29}. Par conséquent, l'importance de la variation observée pour toute intervention

chirurgicale donne vraisemblablement une idée de la discrétion qu'a le médecin de décider ou non d'y recourir. Selon une étude réalisée en 1994, les écarts interrégionaux du taux d'hystérectomies sont importants en Ontario pour les indications les plus discrétionnaires, et moins prononcés dans les cas où le diagnostic et les options thérapeutiques sont bien précisés (notamment, le cancer et le fibrome)²¹. La décision de recourir à l'hystérectomie pourrait refléter la manière de poser le diagnostic et d'exercer des médecins, leur expérience et leurs convictions quant à l'efficacité de l'opération¹⁰. À leur tour, ces facteurs peuvent dépendre du caractère récent de la formation du médecin, puisque le taux d'hystérectomies est plus faible chez les médecins diplômés récemment⁸, qui sont peut être mieux au courant des autres méthodes de traitement.

Cette étude ontarienne montre aussi que le taux d'hystérectomies a tendance à être plus faible dans les régions dotées d'hôpitaux universitaires, particulièrement dans les cas où la décision d'opérer est discrétionnaire, mais plus élevé si l'indication est

catégorique. Les hôpitaux universitaires sont généralement à l'avant-garde des connaissances médicales et ont accès à des options chirurgicales, des technologies et des méthodes thérapeutiques nouvelles qui ne sont pas encore très répandues²¹. À mesure que ces méthodes thérapeutiques de rechange deviennent plus courantes, leur utilisation a tendance à s'étendre au-delà des limites d'un établissement particulier. Donc, l'existence d'un hôpital universitaire dans une région donnée peut influencer non seulement les attitudes des médecins associés à cet hôpital, mais aussi celles des médecins de toute la région.

Un taux d'hystérectomies plus élevé a en outre été observé dans les régions peu urbanisées des États-Unis^{8,10,12,29,43}, de la Grande-Bretagne^{6,12} et de l'Australie¹⁵. Certaines variations régionales du taux d'hystérectomies observées au Canada dépendent peut-être du fait que les patientes vivent ou non dans une zone urbaine. Compte tenu des distances, les femmes qui vivent en région rurale pourraient avoir plus de difficulté à suivre un traitement de rechange prodigué par le service des consultations externes^{15,16}. Dans les cas limites, le personnel médical et la malade elle-même (afin d'éviter de devoir se déplacer régulièrement pour être suivie par le spécialiste) pourraient opter pour l'hystérectomie. Cette situation expliquerait, dans une certaine mesure, les taux assez élevés observés dans les provinces de l'Atlantique et en Saskatchewan, où un grand nombre d'habitants vivent loin des centres urbains.

Les caractéristiques de la patiente peuvent, elles aussi, influencer la décision de procéder à l'hystérectomie. L'association inverse entre le niveau de scolarité et le fait de subir l'intervention a d'ailleurs maintes fois été démontrée^{12,15,16,44,45}. D'aucuns pensent qu'on propose plus souvent un traitement médical ou une intervention chirurgicale moins radicale aux femmes dont le niveau de scolarité est élevé, ou que ces dernières choisissent plus fréquemment ces options thérapeutiques⁴⁴. Qui plus est, parce qu'elles sont peut-être plus aptes à communiquer avec les médecins⁴⁶, ces femmes discutent vraisemblablement de leurs symptômes de façon plus approfondie et sont mieux rassurées,

donc moins portées à choisir l'intervention chirurgicale⁴⁴. Par conséquent, la hausse du niveau de scolarité des femmes d'âge mûr observée ces 20 dernières années⁴⁷ pourrait avoir contribué à la baisse du taux d'hystérectomies.

La qualité de vie reste cependant la considération qui, souvent, pèse le plus sur la décision d'une patiente^{10,20}. L'hystérectomie demeure dans certains cas la solution de choix⁵. En outre, pour une large gamme d'affections, les femmes qui ont subi l'hystérectomie font part d'une amélioration prononcée de la qualité de leur vie et se disent fort satisfaites²⁹.

Le chemin qui mène à l'hystérectomie est complexe. Un certain nombre d'autres traitements précèdent parfois la décision de procéder à l'intervention. En outre, un faible taux d'hystérectomies ne signifie pas inévitablement que les normes de pratique sont meilleures^{6,11}. Malgré la tendance récente à traiter les affections gynécologiques sans recourir à l'hystérectomie, on ne peut dire qu'un taux élevé est synonyme d'hystérectomies inutiles. ●

Références

1. L.A. Bernhard, « Laser endometrial ablation: An alternative to hysterectomy », *Health Care for Women International*, 15(2), 1994, p. 123-133.
2. E.J. Thomas, « Combining medical and surgical treatment for endometriosis: the best of both worlds? », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99 (Supplément n° 7), 1992, p. 5-8.
3. A.M. Weber et M.G. Munro, « Endometrial ablation versus hysterectomy: Stop-DUB », *Medscape Women's Health*, 3(3), 1998.
4. F. Yusuf et S. Siedlecky, « Hysterectomy and endometrial ablation in New South Wales, 1981 to 1994-1995 », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 1997, p. 210-216.
5. A.R. Scialli, « Alternatives to hysterectomy for benign conditions », *International Journal of Fertility*, 3(3), 1998, p. 186-191.
6. A. Coulter, K. McPherson et M. Vessey, « Do British women undergo too many or too few hysterectomies? », *Social Science and Medicine*, 27(9), 1988, p. 987-994.

7. K.D. LaGuardia, « Hospitalization for abnormal uterine bleeding: What does this tell us about changing practices? », *Journal of Women's Health*, 6(1), 1997, p. 7-9.
8. M.G. Kramer et R.C. Reiter, « Hysterectomy: Indications, alternatives and predictors », *American Family Physician*, 5(3), 1997, p. 827-834.
9. L.A. Lepine, S.D. Hillis, P.A. Marchbanks *et al.*, « Hysterectomy surveillance—United States, 1980-1993 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46 (SS-4), 1997, p. 1-15.
10. S.E. Geller, L.R. Burns et D.J. Brailer, « The impact of nonclinical factors on practice variations: The case of hysterectomies », *Health Services Research*, 30(6), 1996, p. 729-750.
11. R.C. Dicker, M.J. Scally, J.R. Greenspan *et al.*, « Hysterectomy among women of reproductive age: Trends in the United States, 1970-1978 », *Journal of the American Medical Association*, 248(3), 1982, p. 323-327.
12. T.D. Koepsell, N.S. Weiss, D.J. Thompson *et al.*, « Prevalence of prior hysterectomy in the Seattle-Tacoma area », *American Journal of Public Health*, 70(1), 1980, p. 40-47.
13. K. McPherson, P.M. Strong, A. Epstein *et al.*, « Regional variations in the use of common surgical procedures: Within and between England and Wales, Canada and the United States of America », *Social Science and Medicine*, 15A, 1981, p. 273-288.
14. 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 Gynecology*, 99, 1992, p. 402-407.
15. G. Santow et M. Bracher, « Correlates of hysterectomy in Australia », *Social Science and Medicine*, 34(8), 1992, p. 929-942.
16. M.J. Schofield, D.J. Hennrikus, S. Redman *et al.*, « Prevalence and characteristics of women who have had a hysterectomy in a community survey », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(2), 1991, p. 153-158.
17. Statistique Canada, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* (n° 82-562F au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
18. US National Center for Health Statistics, *The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification, Volume 3, Procedures*, Ann Arbor, Michigan: Commission on Professional and Hospital Activities, 1978.
19. Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, Annexe – Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 125-126 (n° 82-003 au catalogue).
20. P. Armitage et G. Berry, *Statistical Methods in Medical Research, Second Edition*, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1987.
21. R.E. Hall et M.M. Cohen, « Variations in hysterectomy rates in Ontario: Does the indication matter? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 151(12), 1994, p. 1713-1719.
22. J.A. Snider et J. Beauvais, « Pap smear utilization in Canada: Estimates after adjusting the eligible population for hysterectomy status », *Chronic Diseases in Canada*, 19(1), 1998, p. 19-24.
23. Statistique Canada, *Statistique annuelle des hôpitaux, 1981-1982* (n° 83-232 au catalogue), Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1984.
24. Statistique Canada, *La statistique hospitalière : rapport annuel préliminaire, 1994-1995* (n° 83-241-XPB au catalogue), Ottawa, ministère de l'Industrie, 1996.
25. E.N. Meilahn, K.A. Matthews, G. Egeland *et al.*, « Characteristics of women with hysterectomy », *Maturitas*, 11, 1989, p. 319-329.
26. K.H. Kjerulff, B.A. Erickson et P.W. Langenberg, « Chronic gynecological conditions reported by US women: Findings from the National Health Interview Survey, 1984 to 1992 », *American Journal of Public Health*, 86(2), 1996, p. 195-199.
27. K.J. Carlson, B.A. Miller et F.J. Fowler, « The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy », *Obstetrics and Gynecology*, 83(4), 1994, p. 556-565.
28. 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.
29. K.J. Carlson, D.H. Nichols et I. Schiff, « Indications for hysterectomy », *The New England Journal of Medicine*, 328(12), 1993, p. 856-860.
30. M.J. Schofield, A. Bennett, S. Redman *et al.*, « Self-reported long-term outcomes of hysterectomy », *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 98, 1991, p. 1129-1136.
31. M.M. Ryan, « Hysterectomy: social and psychosexual aspects », *Ballière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 11(1), 1997, p. 23-36.
32. Comité de gynécologie de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Directives cliniques sur l'hystérectomie*, Ottawa, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1996.
33. E. Vayda, J.F. Gentlemen, M.N. Walsh *et al.*, « Hysterectomy rates by diagnosis: Variation among Canadian Census Divisions », *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 1996, 18(4), p. 12-18.
34. J. Lomas, G. Anderson, K. Domnick-Pierre *et al.*, « Do practice guidelines guide practice? *The New England Journal of Medicine*, 321(19), 1989, p. 1306-1311.
35. P. Allard et L. Rochette, « The descriptive epidemiology of hysterectomy, province of Québec, 1981-1988 », *Annals of Epidemiology*, 1(6), 1991, p. 541-549.
36. F.J. Dyck, F.A. Murphy, J.K. Murphy *et al.*, « Effect of surveillance on the number of hysterectomies in the province of Saskatchewan », *The New England Journal of Medicine*, 296(21), 1977, p. 1326-1328.
37. R.L. (Jr) Summit, T.G. Stovall, J.F. Steege *et al.*, « A multicenter randomized comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates », *Obstetrics and Gynecology*, 92(3), 1998, p. 321-326.
38. S.B. Ransom, S.G. McNeeley, C. White *et al.*, « A cost analysis of endometrial ablation, abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy, and laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy in the treatment of primary menorrhagia », *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 4(1), 1996, p. 29-32.

39. 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.
40. P. Tully et E. Saint-Pierre, « La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
41. P.A. van Keep, D. Wildemeersch et P. Lehert, « Hysterectomy in six European countries », *Maturitas*, 5, 1983, p. 69-75.
42. E.S. Sills, J. Saini, C.A. Steiner *et al.*, « Abdominal hysterectomy practice patterns in the United States », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63, 1998, p. 277-283.
43. D. Kritz-Silverstein, D.L. Wingard, E. Barrett-Connor *et al.*, « Hysterectomy, oophorectomy and depression in older women », *Journal of Women's Health*, 3(4), 1994, p. 255-263.
44. D. Kuh et S. Stirling, « Socioeconomic variation in admission for diseases of female genital system and breast in a national cohort aged 15-43 », *British Medical Journal*, 311, 1995, p. 840-843.
45. D. Dharmalingam, I. Pool et J. Dickson, « Biosocial determinants of hysterectomy in New Zealand », *American Journal of Public Health*, 90(9), 2000, p. 1455-1458.
46. S. Wilcox, L.M. Koonin, R. Pokras *et al.*, « Hysterectomy in the United States, 1988-1990 », *Obstetrics and Gynecology*, 83(4), 1994, p. 549-555.
47. J. Chen et W.J. Millar, « Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Radiations des registres hospitaliers après une hystérectomie et taux comparatifs, femmes de 35 ans et plus, Canada et provinces, 1981-1982 à 1996-1997

	Canada	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Nombre de radiations											
1981-1982	46 614	974	208	1 638	1 337	14 819	16 060	1 713	1 414	3 332	5 119
1982-1983	47 631	1 099	247	1 729	1 329	14 750	16 333	1 647	1 526	3 935	5 036
1983-1984	49 089	1 198	291	1 729	1 405	15 206	16 546	1 745	1 512	4 015	5 442
1984-1985	49 083	1 150	221	1 780	1 474	14 654	16 705	1 947	1 574	4 195	5 383
1985-1986	50 205	1 180	232	1 823	1 463	14 631	17 270	1 896	1 576	4 364	5 770
1986-1987	50 557	1 342	254	1 866	1 554	14 031	17 557	1 919	1 685	4 613	5 736
1987-1988	51 553	1 466	247	1 911	1 617	13 748	18 551	1 957	1 723	4 256	6 077
1988-1989	50 082	1 311	219	1 952	1 627	13 019	18 253	1 817	1 788	4 414	5 682
1989-1990	48 352	1 212	217	1 965	1 600	12 461	17 717	1 898	1 765	4 164	5 353
1990-1991	50 067	1 183	208	1 873	1 592	12 946	18 793	1 701	1 459	4 235	6 077
1991-1992	51 600	1 262	188	2 015	1 633	13 066	19 137	1 990	1 750	4 461	6 098
1992-1993	50 921	1 225	203	1 977	1 660	12 992	18 806	1 854	1 808	4 564	5 832
1993-1994	48 999	1 208	273	1 939	1 654	12 788	17 646	1 788	1 610	4 372	5 721
1994-1995	48 560	1 097	273	1 890	1 688	13 024	17 545	1 696	1 574	4 181	5 592
1995-1996	49 939	1 107	249	1 862	1 672	13 186	18 064	1 829	1 690	4 234	6 046
1996-1997	48 572	1 310	246	1 720	1 704	12 147	17 849	1 809	1 791	4 071	5 925
Taux comparatif pour 100 000 femmes											
1981-1982	937	1 018	932	1 000	1 033	1 084 [†]	869 [†]	818	771 [†]	835 [†]	894
1982-1983	927	1 115	1 042	1 017	987	1 050	857	775	820	933	848
1983-1984	927	1 168	1 208	981	1 009	1 057	842	801	795	918	884
1984-1985	903	1 087	867	982	1 025	995	827	883	820	934	842
1985-1986	900	1 078	901	985	992	970	834	845	800	945	879
1986-1987	883	1 193	958	986	1 028	908	827	836	851	967	848
1987-1988	873	1 265	912	981	1 034	866	844	827	849	870	867
1988-1989	824	1 107	793	978	1 012	800	803	758	870	875	780
1989-1990	767	993	751	955	966	742	751	774	840	793	702
1990-1991	769	944	700	885	928	748	771	680	665	775	762
1991-1992	769	973	622	921	925	736	762	777	798	782	734
1992-1993	737	922	654	884	921	714	728	711	813	770	674
1993-1994	688	888	860	844	895	685	664	668	706	712	632
1994-1995	663	796	845	805	894	682	641	622	679	656	591
1995-1996	663	789	747	775	869	676	641	657	710	643	613
1996-1997	628	917 [†]	721	700	869 [†]	612	616	639	733	597	579

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997.

Nota : Les données correspondent aux codes 80.2 à 80.7 de la CCA. Chiffres corrigés pour tenir compte de la structure par âge de la population féminine de 35 ans et plus en 1996. La diminution du taux d'hystérectomies de 1981-1982 à 1996-1997 est significative dans toutes les provinces.

† Valeur significativement différente de la valeur nationale pour l'année pertinente ($p \leq 0,05$).

Tableau B

Radiations des registres hospitaliers, selon le type d'hystérectomie, femmes de 35 ans et plus, Canada et provinces, 1981-1982 à 1996-1997

	Canada	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Voie abdominale (CCA, 80.2 et 80.3)											
1981-1982	36 016	717	125	978	865	12 155	12 547	1 338	1 043	2 728	3 520
1982-1983	37 166	843	136	1 061	857	12 193	12 920	1 269	1 139	3 189	3 559
1983-1984	38 132	903	182	1 041	931	12 433	13 098	1 388	1 151	3 213	3 792
1984-1985	38 874	885	148	1 125	969	12 158	13 445	1 601	1 227	3 461	3 855
1985-1986	39 875	921	141	1 158	998	12 222	14 013	1 541	1 179	3 511	4 191
1986-1987	39 992	1 042	145	1 206	976	11 681	14 185	1 539	1 317	3 707	4 194
1987-1988	40 426	1 163	147	1 261	1 017	11 210	14 951	1 547	1 326	3 414	4 390
1988-1989	39 341	1 019	119	1 294	1 115	10 510	14 707	1 472	1 434	3 516	4 155
1989-1990	37 759	908	144	1 288	1 076	10 037	14 161	1 528	1 372	3 367	3 878
1990-1991	38 779	925	124	1 214	1 042	10 197	15 041	1 350	1 082	3 377	4 427
1991-1992	39 917	956	124	1 326	1 124	10 263	15 278	1 533	1 380	3 509	4 424
1992-1993	38 103	864	138	1 342	1 125	9 610	14 604	1 437	1 361	3 538	4 084
1993-1994	34 820	872	189	1 224	1 116	9 052	12 864	1 358	1 133	3 063	3 949
1994-1995	33 278	778	144	1 252	1 059	8 776	12 490	1 294	1 104	2 737	3 644
1995-1996	33 535	772	125	1 196	1 063	8 795	12 393	1 321	1 183	2 794	3 893
1996-1997	32 703	873	126	1 120	1 036	7 941	12 530	1 251	1 259	2 715	3 852
Voie vaginale (CCA, 80.4)											
1981-1982	10 070	247	81	649	469	2 386	3 325	369	366	594	1 584
1982-1983	9 899	252	111	656	467	2 221	3 248	361	383	731	1 469
1983-1984	10 341	284	109	662	471	2 461	3 250	342	354	785	1 623
1984-1985	9 779	259	73	636	500	2 323	3 111	332	334	713	1 498
1985-1986	9 874	247	91	635	463	2 249	3 073	341	383	834	1 558
1986-1987	10 095	293	109	639	575	2 155	3 207	364	356	884	1 513
1987-1988	10 620	283	100	633	596	2 309	3 446	393	377	827	1 656
1988-1989	10 203	276	100	631	504	2 300	3 361	325	338	870	1 498
1989-1990	10 138	287	71	654	521	2 266	3 387	346	383	774	1 449
1990-1991	10 807	242	83	632	545	2 596	3 579	327	359	823	1 621
1991-1992	11 182	286	64	665	503	2 657	3 663	439	361	920	1 624
1992-1993	12 308	351	65	608	530	3 237	3 983	399	428	1 003	1 704
1993-1994	13 670	322	82	683	532	3 577	4 587	413	463	1 284	1 727
1994-1995	14 782	308	129	609	623	4 109	4 850	385	451	1 425	1 893
1995-1996	15 940	318	124	640	604	4 247	5 494	487	488	1 419	2 119
1996-1997	15 373	415	119	584	663	4 045	5 132	543	517	1 332	2 023

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997

Tableau C

Nombre de jours d'hospitalisation et durée moyenne de l'hospitalisation pour une hystérectomie, femmes de 35 ans et plus, Canada et provinces, 1981-1982 à 1996-1997

	Canada	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
Nombre de jours											
1981-1982	450 533	9 422	1 822	16 159	13 035	145 268	159 193	17 284	14 615	31 014	42 721
1982-1983	448 391	9 928	2 148	17 001	13 046	141 348	156 963	16 384	15 920	35 511	40 142
1983-1984	451 687	11 054	2 538	16 367	13 138	142 874	155 508	16 512	15 060	35 926	42 710
1984-1985	446 299	10 508	1 891	16 376	13 869	136 584	154 247	18 653	15 560	36 695	41 916
1985-1986	446 580	9 875	2 146	16 266	13 165	135 899	155 211	17 624	15 312	37 297	43 785
1986-1987	440 862	10 895	2 194	16 100	13 662	128 897	153 870	17 853	16 115	38 754	42 522
1987-1988	436 229	11 539	2 075	15 988	14 345	124 022	157 977	16 557	15 669	33 714	44 343
1988-1989	416 140	10 557	1 814	16 236	13 483	115 733	151 513	16 462	15 205	34 695	40 442
1989-1990	391 140	9 966	1 981	15 774	12 653	109 072	140 965	16 488	14 625	32 162	37 454
1990-1991	394 873	9 632	1 697	14 812	12 711	113 790	143 932	13 718	11 917	31 132	41 532
1991-1992	399 649	9 386	1 567	15 383	12 136	123 293	136 900	16 492	13 634	30 787	40 071
1992-1993	358 914	8 802	1 571	14 062	11 933	111 041	120 344	13 878	12 245	28 377	36 661
1993-1994	313 331	7 555	1 824	12 900	11 227	102 930	100 079	11 179	9 727	22 013	33 897
1994-1995	284 555	6 803	1 835	10 553	9 806	100 153	91 064	9 728	8 466	17 197	28 950
1995-1996	268 527	6 078	1 572	9 324	9 048	92 135	86 333	10 943	8 734	16 606	27 754
1996-1997	234 132	6 698	1 401	7 861	8 072	70 765	80 032	8 841	9 074	15 410	25 978
Nombre moyen de jours											
1981-1982	9,7	9,7	8,8	9,9	9,7	9,8	9,9	10,1	10,3	9,3	8,3
1982-1983	9,4	9,0	8,7	9,8	9,8	9,6	9,6	9,9	10,4	9,0	8,0
1983-1984	9,2	9,2	8,7	9,5	9,4	9,4	9,4	9,5	10,0	8,9	7,8
1984-1985	9,1	9,1	8,6	9,2	9,4	9,3	9,2	9,6	9,9	8,7	7,8
1985-1986	8,9	8,4	9,3	8,9	9,0	9,3	9,0	9,3	9,7	8,5	7,6
1986-1987	8,7	8,1	8,6	8,6	8,8	9,2	8,8	9,3	9,6	8,4	7,4
1987-1988	8,5	7,9	8,4	8,4	8,9	9,0	8,5	8,5	9,1	7,9	7,3
1988-1989	8,3	8,1	8,3	8,3	8,3	8,9	8,3	9,1	8,5	7,9	7,1
1989-1990	8,1	8,2	9,1	8,0	7,9	8,8	8,0	8,7	8,3	7,7	7,0
1990-1991	7,9	8,1	8,2	7,9	8,0	8,8	7,7	8,1	8,2	7,4	6,8
1991-1992	7,7	7,4	8,3	7,6	7,4	9,4	7,2	8,3	7,8	6,9	6,6
1992-1993	7,0	7,2	7,7	7,1	7,2	8,5	6,4	7,5	6,8	6,2	6,3
1993-1994	6,4	6,3	6,7	6,7	6,8	8,0	5,7	6,3	6,0	5,0	5,9
1994-1995	5,9	6,2	6,7	5,6	5,8	7,7	5,2	5,7	5,4	4,1	5,2
1995-1996	5,4	5,5	6,3	5,0	5,4	7,0	4,8	6,0	5,2	3,9	4,6
1996-1997	4,8	5,1	5,7	4,6	4,7	5,8	4,5	4,9	5,1	3,8	4,4

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997

Nota : Les données correspondent aux codes 80.2 à 80.7 de la CCA.

Tableau D

Durée moyenne de l'hospitalisation, selon le type d'hystérectomie, femmes de 35 ans et plus, Canada et provinces, 1981-1982 à 1996-1997

	Canada	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique
	Nombre moyen de jours										
Voie abdominale (CCA, 80.2 et 80.3)											
1981-1982	9,5	9,3	8,6	10,5	9,6	9,6	9,7	10,0	10,1	9,0	8,3
1982-1983	9,2	8,8	8,8	10,5	9,5	9,4	9,4	9,6	10,2	8,7	7,9
1983-1984	9,0	9,0	8,5	9,8	9,4	9,2	9,2	9,2	9,6	8,6	7,8
1984-1985	8,9	8,9	8,6	9,6	9,3	9,1	9,0	9,1	9,6	8,4	7,7
1985-1986	8,7	8,2	9,7	9,2	9,2	9,1	8,8	9,0	9,3	8,3	7,6
1986-1987	8,5	7,8	9,1	9,0	9,1	8,9	8,6	8,5	9,3	8,2	7,3
1987-1988	8,4	7,7	9,0	8,9	9,5	8,8	8,4	8,3	8,8	7,7	7,3
1988-1989	8,2	7,9	8,4	8,6	8,4	8,7	8,1	8,9	8,3	7,6	7,2
1989-1990	8,0	7,9	9,5	8,3	8,1	8,5	7,8	8,6	8,1	7,6	7,0
1990-1991	7,8	8,0	8,5	8,2	8,1	8,6	7,5	7,9	7,9	7,2	6,8
1991-1992	7,6	7,2	9,0	7,7	7,6	9,0	7,0	7,7	7,7	6,8	6,7
1992-1993	7,0	7,1	8,1	7,5	7,4	8,5	6,3	7,4	6,7	6,2	6,3
1993-1994	6,5	6,4	6,7	7,0	7,1	8,2	5,8	6,2	6,3	5,3	6,0
1994-1995	6,1	6,4	7,3	5,9	6,4	7,9	5,4	5,8	5,5	4,5	5,4
1995-1996	5,6	5,6	7,3	5,4	5,9	7,2	5,0	6,3	5,5	4,3	4,9
1996-1997	5,1	5,3	6,5	5,0	5,2	6,0	4,7	5,1	5,2	4,1	4,7
Voie vaginale (CCA, 80.4)											
1981-1982	9,9	10,3	8,3	8,7	9,8	10,7	10,1	10,3	10,9	10,2	8,4
1982-1983	9,7	9,6	8,6	8,4	10,3	10,4	9,8	10,5	10,9	10,1	8,1
1983-1984	9,4	9,7	9,1	8,2	9,2	10,2	9,8	9,5	11,0	9,9	7,7
1984-1985	9,4	9,8	8,5	7,9	9,3	10,1	9,6	10,9	10,9	10,0	7,6
1985-1986	9,1	8,7	8,6	7,7	8,5	10,1	9,1	9,8	10,9	9,4	7,5
1986-1987	9,0	8,9	8,1	7,4	8,1	10,4	8,9	11,4	10,5	9,0	7,3
1987-1988	8,4	7,9	7,6	6,9	7,8	9,5	8,5	8,8	9,9	8,6	7,1
1988-1989	8,4	8,2	8,1	6,9	7,7	9,3	8,6	9,2	9,0	8,8	6,9
1989-1990	8,2	8,5	8,1	7,1	7,4	9,4	8,1	8,8	8,7	8,0	6,8
1990-1991	7,9	8,0	7,6	6,6	7,6	9,2	7,7	8,2	8,6	7,8	6,7
1991-1992	8,1	7,3	7,1	7,0	7,0	10,7	7,4	10,0	7,9	7,1	6,2
1992-1993	6,8	7,0	6,9	5,8	6,6	8,3	6,1	7,4	6,5	6,2	5,9
1993-1994	5,8	5,8	6,6	5,7	5,9	7,5	5,0	6,2	5,3	4,3	5,6
1994-1995	5,1	5,7	6,1	4,5	4,8	6,9	4,3	5,4	4,9	3,2	4,5
1995-1996	4,7	5,0	5,3	4,1	4,5	6,5	4,0	4,8	4,2	3,0	4,0
1996-1997	4,1	4,4	4,8	3,6	4,0	5,2	3,8	4,3	4,3	3,0	3,7

Sources des données : Statistique Canada, Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981-1982 à 1994-1995; Institut canadien d'information sur la santé, 1995-1996 et 1996-1997