

Prévalence de l'hystérectomie autodéclarée chez les Canadiennes, 2000-2001 à 2008

A. Stankiewicz, M.H.P (1); L. Pogany, M. Sc. (1); C. Popadiuk, M.D., FRCS (2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Résumé

Introduction : L'hystérectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus souvent pratiquées chez les Canadiennes. Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est donc plus nécessaire dans cette population. Notre analyse visait à obtenir des estimations plus exactes de la participation au dépistage du cancer du col utérin dans la population admissible en déterminant la prévalence de l'hystérectomie selon l'âge chez les Canadiennes de 20 à 69 ans, par province ou territoire, entre 2000-2001 et 2008.

Méthodologie : Les données relatives à la prévalence de l'hystérectomie autodéclarée ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, de 2003 et de 2008. Nous avons estimé la prévalence selon l'âge et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour le Canada et les provinces et territoires pour les trois périodes.

Résultats : Des variations interprovinciales de la prévalence de l'hystérectomie ont été observées chez les femmes dans chaque groupe d'âge et au cours de chaque période. Chez les femmes de 50 à 59 ans, la prévalence a semblé diminuer dans toutes les provinces entre 2000-2001 et 2008, le plus haut taux provincial atteint en 2008 étant 35,1 % (IC à 95 % : 25,8 à 44,3; $p < 0,01$).

Conclusion : Les variations selon les provinces et au cours du temps laissent penser qu'il pourrait être bon d'utiliser la prévalence de l'hystérectomie pour ajuster la population admissible au dépistage du cancer du col de l'utérus, de manière à obtenir des taux plus comparables de participation. Il est en outre possible d'ajuster à la fois les taux d'incidence du cancer du col utérin et de mortalité par cancer du col utérin de façon à ce que les estimations dans le temps et pour l'ensemble des provinces et territoires soient comparables.

Mots-clés : *prévalence de l'hystérectomie, taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, épidémiologie de l'hystérectomie*

Introduction

Avec près de 47 000 hystérectomies pratiquées en 2008 et 2009 au Canada¹, cette intervention chirurgicale se place au 2^e rang chez les femmes, après la césarienne. L'hystérectomie totale est l'ablation de l'utérus et du col utérin; l'hystérectomie subtotale, moins fréquente, consiste à

enlever le corps de l'utérus. L'hystérectomie peut être facultative, dans les cas d'affections gynécologiques bénignes, ou très urgente, en présence d'une hémorragie incontrôlable. On peut y avoir recours pour traiter diverses affections malignes et prévenir le cancer dans les états précancéreux du col de l'utérus ainsi que chez les femmes porteuses des gènes

du cancer colorectal non polyposique héréditaire, lesquelles sont prédisposées aux cancers de l'endomètre et de l'ovaire. Les indications de l'hystérectomie sont de plus en plus strictes, aussi bien en ce qui concerne la nécessité que la fréquence de l'intervention, ce qui contribue à modifier l'incidence annuelle de l'hystérectomie et, partant, le nombre de femmes qui n'ont plus d'utérus²⁻⁴.

Le dépistage au moyen du test de Papanicolaou est recommandé chez toutes les femmes qui ont déjà été actives sexuellement, mais il n'est généralement pas nécessaire chez les femmes qui n'ont plus de col utérin. Seules font exception les femmes qui ont déjà été traitées pour un carcinome in situ (dysplasie sévère du col de l'utérus). Par conséquent, les femmes qui ont subi une hystérectomie mais n'ont jamais été traitées pour une dysplasie du col de l'utérus ne devraient pas être visées par le dépistage du cancer du col utérin, ni incluses dans les données statistiques sommaires relatives à la participation à ce dépistage. Une fois les estimations de la participation au dépistage corrigées pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, on observe une stabilisation de la participation dans tous les groupes d'âge. Cette approche n'a cependant pas été adoptée dans toutes les provinces⁵. Cette question revêt une importance croissante au Canada, pays où la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus sert de repère pour évaluer la performance des systèmes nationaux et territoriaux de lutte contre le cancer et de prestation des soins de santé⁶. On ne saurait évaluer avec exactitude la population cible et la participation

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Département de la santé des femmes, Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada

Correspondance : Agata Stankiewicz, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K2T 0A5; tél. : 613-954-8604; téléc. : 613-941-2633; courriel : agata.stankiewicz@phac-aspc.gc.ca

au dépistage que dans la mesure où les femmes ayant subi l'ablation du col de l'utérus ne sont plus incluses dans le dénominateur. La reconnaissance de la nécessité d'une correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie concorde avec l'énoncé du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, selon lequel les recommandations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus ne s'appliquent pas aux femmes qui n'ont pas d'utérus par suite d'une hystérectomie⁷.

Au Canada, les professionnels de la santé ne s'entendent pas sur les indications de l'hystérectomie dans le traitement des affections bénignes de l'utérus⁸. L'incidence de l'hystérectomie varie dans le temps ainsi que d'une région à l'autre⁹⁻¹², ce qui donne à penser que la prévalence de l'absence de col de l'utérus varie également. Cette variance est attribuable à des différences régionales dans l'incidence de la pathologie utérine ainsi qu'à des facteurs liés au médecin et à la patiente^{9,13,14}. Les facteurs liés au médecin relèvent de la divergence d'opinions concernant les indications de l'hystérectomie, des différences sur le plan de la formation et des variations dans les pratiques régionales^{2,9,10,13,14}; les facteurs liés à la patiente relèvent de ses préférences personnelles ou de son attitude à l'égard de l'hystérectomie^{10,13}.

Notre analyse visait à estimer la prévalence de l'hystérectomie chez les Canadiennes de 20 à 69 ans, par province ou territoire, et d'en saisir également les variations temporelles.

Méthodologie

Sources des données

Nous avons utilisé les données des cycles 1.1 (2000-2001) et 2.1 (2003) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ainsi que celles de la composante annuelle de 2008 de l'ESCC pour estimer la prévalence de l'hystérectomie. Au cours de ces trois périodes, les données de l'ESCC ont été recueillies sur 12 mois. Les données n'étaient disponibles ni pour le cycle 3.1 (2005) de l'ESCC, ni pour la composante annuelle de 2007 ni pour l'ESCC 2007-2008¹⁵⁻¹⁷.

L'ESCC est une enquête transversale sur la santé de la population visant les Canadiens de 12 ans et plus vivant dans des logements privés dans l'ensemble des provinces et territoires. Sont exclus les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes vivant en établissement, les habitants de certaines régions éloignées du pays, les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne¹⁵⁻¹⁷. Jusqu'en 2005 (inclusivement), les données de l'ESCC étaient recueillies tous les deux ans; depuis 2007, elles sont recueillies annuellement¹⁷.

La question suivante a été posée aux répondantes de 18 ans et plus : « Avez-vous subi une hystérectomie (c'est-à-dire, vous a-t-on retiré l'utérus)? » Cette question, à laquelle elles pouvaient répondre par oui ou par non, figurait dans les modules sur la mammographie des cycles 1.1 (2000-2001) et 2.1 (2003) de l'ESCC, ainsi que dans la composante annuelle de 2008¹⁸⁻²⁰.

Analyse des données

Des estimations de fréquence ont été calculées pour déterminer la prévalence de l'hystérectomie. Nous avons analysé la prévalence de l'hystérectomie chez les femmes de 20 à 69 ans par tranche d'âge de 10 ans, à l'échelle nationale et par province ou territoire, ainsi que les différences entre les estimations provinciales relatives à l'hystérectomie pour une période donnée en prenant l'Ontario comme catégorie de référence²¹. Les ajustements de poids, les coefficients de variation, les erreurs-types et les intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été analysés à l'aide de la méthode *bootstrap*¹⁶. Les estimations de la prévalence qui étaient basées sur un nombre de répondantes inférieur à 30 ou qui comportaient un coefficient de variation (CV) supérieur à 33,3 % ont été supprimées; lorsque les estimations de la prévalence comportaient un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %, on a précisé qu'elles devaient être interprétées avec prudence¹⁵⁻¹⁷. Le CV est souvent utilisé par Statistique Canada pour déterminer la qualité d'une estimation obtenue à partir d'un échantillon d'enquête lorsqu'on applique la méthode

*bootstrap*¹⁵⁻¹⁷. La signification statistique ($p < 0,05$ et $p < 0,01$) a été déterminée au moyen des estimations de la variance calculées par la méthode *bootstrap* dans le cadre de l'analyse de la différence de rapports (test t)²¹.

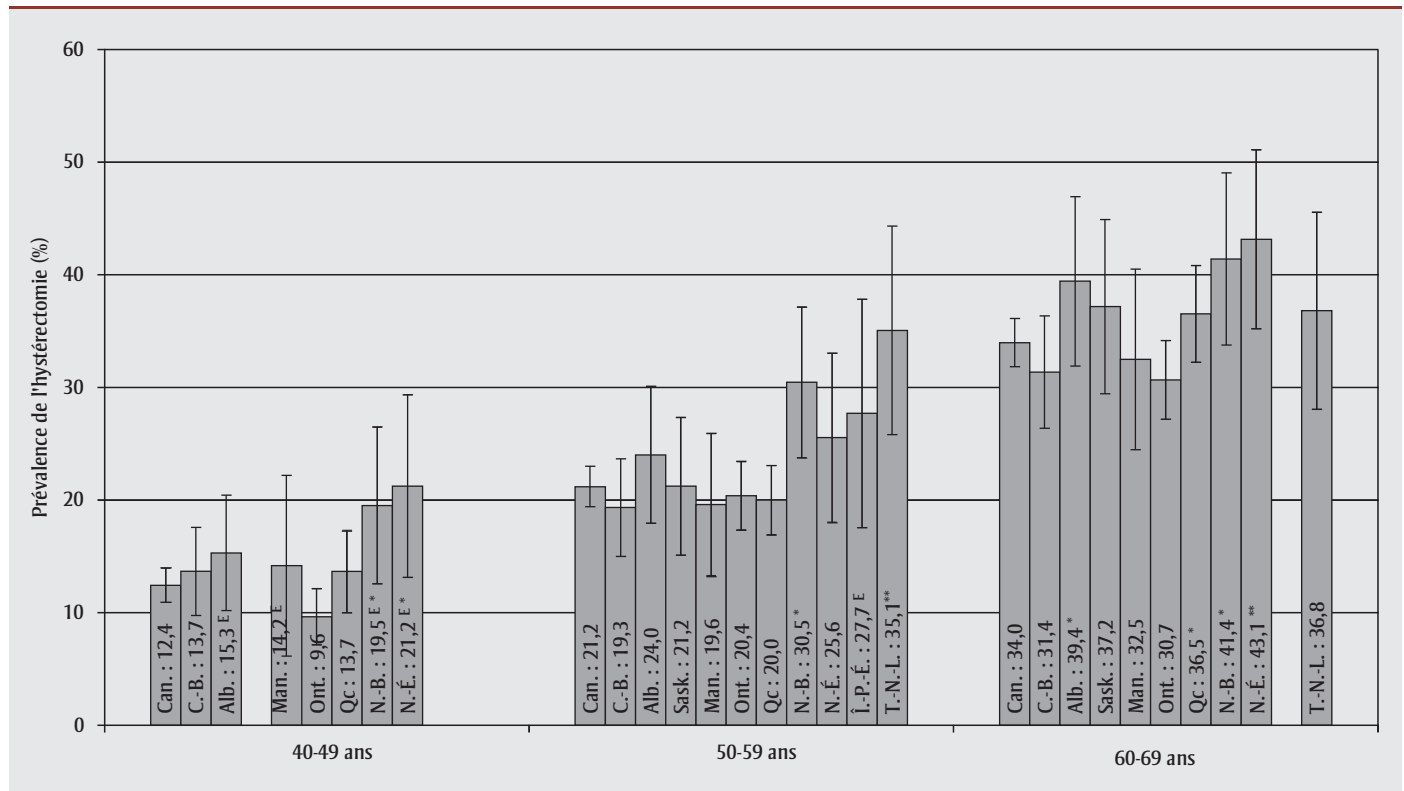
Résultats

Nous avons observé des variations interprovinciales dans la prévalence de l'hystérectomie chez les femmes pour chaque groupe d'âge et pour chaque période. Dans la majorité des régions, la prévalence de l'hystérectomie chez les femmes de 20 à 29 ans et celles de 30 à 39 ans a été supprimée en raison de la petite taille de l'échantillon ou d'un CV élevé ($> 33,3$ %). Pour les mêmes raisons, la prévalence de l'hystérectomie a été supprimée pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut dans tous les groupes d'âge et pour les trois périodes.

En 2008, la prévalence de l'hystérectomie se situait entre 9,6 % et 21,2 % chez les femmes de 40 à 49 ans. Par rapport à l'Ontario (9,6 %, IC à 95 % : 7,1 à 12,1; $p < 0,05$), les différences n'étaient statistiquement significatives que pour la Nouvelle-Écosse (21,2 %, IC à 95 % : 13,1 à 29,3) et le Nouveau-Brunswick (19,5 %, IC à 95 % : 12,6 à 26,5) (figure 1). Entre 2000-2001 et 2008, la prévalence a semblé augmenter dans trois provinces, diminuer dans trois autres et demeurer stable dans une province; toutefois, toutes les estimations étaient caractérisées par des intervalles de confiance larges et se chevauchant (tableau 1). Chez les femmes de 50 à 59 ans, en 2008, la prévalence a atteint un maximum de 35,1 % (IC à 95 % : 25,8 à 44,3) ($p < 0,01$), pour Terre-Neuve-et-Labrador, et a semblé diminuer dans toutes les provinces entre 2000-2001 et 2008 (figure 1 et tableau 1); les estimations étaient cependant caractérisées par des intervalles de confiance larges et se chevauchant dans toutes les provinces sauf la Nouvelle-Écosse, le Québec et l'Ontario. Chez les femmes de 60 à 69 ans, la prévalence de l'hystérectomie variait en 2008 entre 30,7 % et 43,1 %. Par rapport à l'Ontario (30,7 %, IC à 95 % : 27,2 à 34,2), les différences n'étaient statistiquement significatives que pour la Nouvelle-Écosse (43,1 %, IC à 95 % :

FIGURE 1

Taux de prévalence de l'hystérectomie autodéclarée au Canada chez les femmes de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans en 2008



Abbréviations : Alb., Alberta; C.-B., Colombie-Britannique; Can., Canada; CV, coefficients de variation; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Man., Manitoba; N.-B., Nouveau-Brunswick; N.-É., Nouvelle-Écosse; Ont., Ontario; Qc., Québec; Sask., Saskatchewan; T.-N.-L., Terre-Neuve-et-Labrador.

Remarque : Les données relatives aux femmes de 40 à 49 ans à T.-N.-L., à l'Î.-P.-É., à la Sask. et celles relatives aux femmes de 60 à 69 ans à l'Î.-P.-É. sont trop peu fiables pour être publiées.
^E À utiliser avec prudence (CV : 16,6 à 33,3 %).

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

35,2 à 51,1), le Nouveau-Brunswick (41,4 %, IC à 95 % : 33,8 à 49,0), le Québec (36,5 %, IC à 95 % : 32,2 à 40,8) et l'Alberta (39,4 %, IC à 95 % : 31,9 à 47,0) (figure 1). Dans ce groupe d'âge, la prévalence a semblé diminuer entre 2000-2001 et 2008 dans toutes les provinces sauf une, où elle est demeurée stable (tableau 1).

Analyse

La prévalence de l'hystérectomie au Canada a diminué entre 2000-2001 et 2008 et était variable d'une province à l'autre; dans plus de la moitié des provinces, cette baisse a été progressive dans le temps dans les groupes d'âge de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans. Nous n'avons pas fait état des tendances pour les groupes plus jeunes (20 à 29 ans et 30 à 39 ans) en raison de la rareté relative de cette

intervention. La variation provinciale de l'incidence de l'hystérectomie au cours de cette période avait déjà été établie et elle présente des tendances similaires à celles des données sur la prévalence¹¹. Les variations observées d'une province à l'autre montrent à quel point il est important de communiquer avec précision les données relatives à la prévalence à l'échelle provinciale, puisque ces variations auront une influence sur les taux de participation au dépistage du cancer du col utérin ainsi que sur l'ajustement en ce qui concerne l'incidence du cancer du col de l'utérus et les taux de mortalité par cancer du col de l'utérus²².

Il est difficile de comparer directement notre analyse de la prévalence de l'hystérectomie aux estimations internationales, principalement en raison des périodes

d'analyse et des fourchettes d'âge différentes utilisées^{13,23-25}. Néanmoins, il semble qu'une diminution des nouveaux cas d'hystérectomie ait été observée dans la majorité des pays^{26,27}. Au Canada, la faible prévalence observée dans certaines provinces pourrait refléter une variation sur le plan de la pratique à limiter l'hystérectomie et une évolution en faveur des traitements non mutilants dans les affections permettant l'exercice d'un jugement discrétionnaire. Chez les femmes de 60 à 69 ans, les diminutions plus faibles de la prévalence dans le temps sont probablement imputables au fait que cette cohorte a déjà subi une hystérectomie avant que les traitements plus conservateurs ne soient courants. Certains traitements, comme la mise en place d'un dispositif intra-utérin libérant un progestatif et l'ablation de l'endomètre, ne sont

TABEAU 1
Prévalence des taux d'hystérectomie, en 2000-2001, en 2003 et en 2008, Canada et provinces, par groupe d'âge

Groupe d'âge (années)	Province	Année						Différence entre 2000-2001 et 2008
		2000-2001		2003		2008		
		%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	
40 à 49	T.-N.-L.	18,9	(15,0 à 22,9)	15,1 ^E	(9,7 à 20,5)	— ^F	— ^F	—
	Î.-P.-É.	18,6	(13,1 à 24,0)	25,6 ^E	(16,0 à 35,1)	— ^F	— ^F	—
	N.-É.	18,2	(14,4 à 22,1)	25,6	(18,2 à 33,1)	21,2 ^E	(13,1 à 29,3)	3,0
	N.-B.	21,2	(17,1 à 25,3)	20,9	(15,6 à 26,2)	19,5 ^E	(12,6 à 26,5)	-1,7
	Qc	14,7	(12,6 à 16,7)	13,4	(11,3 à 15,6)	13,7	(10,0 à 17,3)	-1,0
	Ont.	12,4	(11,0 à 13,8)	10,6	(9,3 à 11,9)	9,6	(7,1 à 12,1)	-2,7
	Man.	9,2 ^E	(6,1 à 12,3)	11,6	(8,0 à 15,1)	14,2 ^E	(6,2 à 22,2)	5,0
	Sask.	16,2	(12,5 à 19,8)	16,7 ^E	(11,1 à 22,3)	— ^F	— ^F	—
	Alb.	14,3	(11,6 à 17,1)	13,7	(10,7 à 16,7)	15,3 ^E	(10,2 à 20,4)	1,0
	C.-B.	13,6	(11,5 à 15,6)	13,8	(11,3 à 16,4)	13,7	(9,8 à 17,6)	0,1
50 à 59	T.-N.-L.	35,4	(29,4 à 41,3)	34,8	(28,7 à 40,9)	35,1	(25,8 à 44,3)	-0,3
	Î.-P.-É.	29,7	(22,8 à 36,7)	34,2	(24,3 à 44,2)	27,7 ^E	(17,6 à 37,8)	-2,0
	N.-É.	39,8	(34,5 à 45,1)	36,8	(30,9 à 42,6)	25,6	(18,1 à 33,0)	-14,2
	N.-B.	38,6	(33,0 à 44,3)	36,9	(31,3 à 42,4)	30,5	(23,8 à 37,2)	-8,2
	Qc	31,3	(28,2 à 34,4)	31,0	(28,0 à 34,1)	20,0	(16,9 à 23,1)	-11,3
	Ont.	26,9	(24,5 à 29,3)	24,8	(22,8 à 26,7)	20,4	(17,4 à 23,4)	-6,5
	Man.	24,4	(19,4 à 29,5)	17,3	(13,1 à 21,6)	19,6	(13,3 à 25,9)	-4,8
	Sask.	30,3	(25,0 à 35,6)	24,5	(20,0 à 29,1)	21,2	(15,1 à 27,4)	-9,0
	Alb.	33,4	(29,0 à 37,8)	24,5	(20,6 à 28,4)	24,0	(18,0 à 30,1)	-9,4
	C.-B.	25,8	(22,8 à 28,9)	25,8	(22,5 à 29,0)	19,3	(15,0 à 23,7)	-6,5
60 à 69	T.-N.-L.	37,7	(30,0 à 45,4)	38,1	(31,2 à 45,0)	36,8	(28,1 à 45,6)	-0,9
	Î.-P.-É.	43,6	(36,6 à 50,6)	36,6	(26,2 à 46,9)	— ^F	— ^F	—
	N.-É.	42,4	(35,2 à 49,5)	49,7	(42,4 à 57,0)	43,1	(35,2 à 51,1)	0,8
	N.-B.	42,8	(36,2 à 49,4)	47,0	(39,9 à 54,1)	41,4	(33,8 à 49,0)	-1,4
	Qc	42,8	(38,8 à 46,9)	37,7	(34,6 à 40,8)	36,5	(32,2 à 40,8)	-6,3
	Ont.	34,2	(31,3 à 37,1)	32,7	(30,3 à 35,1)	30,7	(27,2 à 34,2)	-3,5
	Man.	40,8	(34,1 à 47,6)	38,5	(31,6 à 45,3)	32,5	(24,5 à 40,5)	-8,3
	Sask.	41,1	(35,3 à 46,8)	34,4	(28,5 à 40,3)	37,2	(29,4 à 44,9)	-3,9
	Alb.	40,3	(35,2 à 45,4)	40,5	(35,6 à 45,3)	39,4	(31,9 à 47,0)	-0,8
	C.-B.	35,3	(31,5 à 39,1)	36,2	(32,3 à 40,2)	31,4	(26,4 à 36,3)	-3,9

Abbréviations : Alb., Alberta; C.-B., Colombie-Britannique; CV, coefficients de variation; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Man., Manitoba; N.-B., Nouveau-Brunswick ; N.-É., Nouvelle-Écosse; Ont., Ontario; Qc, Québec; Sask., Saskatchewan; T.-N.-L., Terre-Neuve-et-Labrador.

^E À utiliser avec prudence (CV = 16,6 % à 33,3 %).

^F Trop peu fiable pour être publié (n < 30 ou CV > 33,3 %).

largement offerts que depuis une dizaine d'années²⁸. La prévalence de l'hystérectomie chez les Canadiennes continuera probablement à diminuer jusqu'à ce qu'un niveau minimal soit atteint, lorsque l'on n'aura recours à cette intervention que dans le traitement non facultatif d'urgences hémorragiques et de cancers²⁹.

Le fait d'inclure dans le dénominateur les femmes qui ont subi une hystérectomie se solde par une surestimation de la popula-

tion cible et une sous-estimation de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Une proportion non négligeable des cas de cancer invasif du col utérin au Canada (40 % à 50 %) touche la population qui ne se soumet pas au test de dépistage ou du moins ne le fait pas assez régulièrement. Alors que certaines provinces obtiennent un taux de dépistage aux trois ans de près de 80 % dans la population à risque, la moitié des femmes souffrant d'un cancer invasif du

col utérin n'avaient pas subi de test de dépistage⁵. De plus, le fait de ne pas supprimer les femmes n'ayant plus de col utérin dans les calculs de dénominateur a pour effet de réduire l'exactitude des comparaisons des populations cibles et de la participation au dépistage dans l'ensemble des programmes et des groupes d'âge : selon un rapport canadien récent, la participation globale s'élèverait à 70,2 % sans correction pour tenir compte de l'hystérectomie et à 74,1 %

après correction⁵. Plus important encore, la correction a un effet stabilisateur établi et se traduit par une participation plus uniforme dans tous les groupes d'âge⁵.

Limites

Nos estimations de la prévalence sont limitées par le fait que les réponses aux questions de l'ESCC sont autodéclarées, incluant celles concernant l'hystérectomie. De plus, le type d'hystérectomie n'est pas précisé, ce qui pourrait entraîner une surestimation du nombre total d'hystérectomies. Toutefois, l'hystérectomie subtotalaire est rare (moins de 10 %) au Canada, ce qui n'a sans doute pas une incidence importante sur les chiffres³⁰. L'excision du col de l'utérus seulement (trachélectomie) est aussi une intervention très peu fréquente, qui n'est utilisée que dans le traitement du cancer du col utérin de stade précoce. Cette intervention n'aura donc pas non plus une incidence marquée sur les chiffres^{31,32}. Parmi les autres limites figure la non-disponibilité des données pour certaines années.

Conclusion

Notre analyse vient enrichir les connaissances actuelles de l'épidémiologie de l'hystérectomie au Canada. Compte tenu des variations selon la province et selon l'âge, une connaissance actualisée de la prévalence de l'hystérectomie permettra d'obtenir des dénominateurs de population plus précis pour le calcul a posteriori des taux de participation au dépistage du cancer du col utérin.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Point de mire : mesurer les disparités au sein du système de santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2010. PDF téléchargeable à partir du lien : https://secure.cihi.ca/free_products/Healthindicators2010_fr.pdf
2. Millar WJ. Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. *Rapp. santé.* 2001;12(2):9-24.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directives cliniques de la SOGC : Hystérectomie. *JOGC.* 2002;(109): 1-13.
4. Koomstra JJ, Mourits MJ, Sijmons RH, Leliveld AM, Hollema H, Kleibeuker JH. Management of extracolonic tumours in patients with Lynch syndrome. *Lancet Oncol.* 2009;10(4):400-8.
5. Canadian Partnership Against Cancer Monitoring Program Performance Working Group; Monitoring Program Performance Data Group. Cervical cancer screening in Canada: monitoring program performance 2006-2008 [Internet]. Toronto (Ont.) : Canadian Partnership Against Cancer; 2011 Dec. PDF (765,08 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cccic_cervical_cs_report.pdf
6. Chaddah M; Groupe de travail sur le rendement du système à l'échelle nationale du Partenariat canadien contre le cancer. Rapport sur le rendement du système de 2010 [Internet]. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2010. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.partnershipagaincancer.ca/wp-content/uploads/system_performance_2010_fr.pdf
7. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013;185(1):35-45.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada 2010 : des avancées notables, mais des soins pas toujours appropriés [Internet]. Ottawa (Ont.), ICIS; 16 déc. 2010. Consultable en ligne à la page : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/health+system+performance/indicators/performance/release_16dec10
9. Hall RE, Cohen MM. Variations in hysterectomy rates in Ontario: does the indication matter? *CMAJ.* 1994;151(12):1713-9.
10. Allard P, Rochette L. The descriptive epidemiology of hysterectomy, province of Quebec, 1981-1988. *Ann Epidemiol.* 1991; 1(6):541-9.
11. Institut canadien d'information sur la santé. Rapports de l'ICIS sur les indicateurs : Outil interactif des indicateurs de santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [Consultation le 19 décembre 2011]. Consultable en ligne à la page : <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/applicationfull/health+system+performance/indicators/health/cihi011641>
12. Stewart D, Evans M, Henderson G et collab.; Groupe d'experts sur les meilleures pratiques relatives à l'usage de l'hystérectomie. Vers une pratique idéale relative à l'usage de l'hystérectomie. Toronto (Ont.) : Conseil ontarien des services de santé pour les femmes; 2002.
13. Sattin RW, Rubbin GL, Hughes JM. Hysterectomy among women of reproductive age, United States, update for 1979-1980. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1983;32(3):1SS-7SS.
14. Mulholland C, Harding N, Bradley S, Stevenson M. Regional variations in the utilization rate of vaginal and abdominal hysterectomies in the United Kingdom. *J Public Health Med.* 1996;18:400-5.
15. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Information détaillée pour 2000-2001 (cycle 1.1). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2002. Consultable en ligne à la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstaId=15282&InstaVer=1&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
16. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Information détaillée pour 2003 (cycle 2.1) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2004. Consultable en ligne à la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&SDDS=3226&InstaId=15282&InstaVer=2&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
17. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – composante annuelle (ESCC). Information détaillée pour 2008 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009. Consultable en ligne à la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=1&InstaId=15282&InstaVer=5&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
18. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : questionnaire pour cycle 1.1 – septembre, 2000 – novembre 2001 [Internet]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2000. PDF (300,38 Ko) téléchargeable à partir de la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V1-fra.pdf

19. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : questionnaire pour cycle 2.1 – janvier 2003 à novembre 2003. Version révisée – juillet 2005 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2005. PDF (1,5 Mo) téléchargeable à partir de la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V2-fra.pdf
20. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Questionnaire de 2008 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2008. PDF (12,40 Mo) téléchargeable à partir de la page : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V5-fra.pdf
21. Statistique Canada. BOOTVAR : guide de l'utilisateur (BOOTVAR 3.1 – VERSION SAS) [logiciel]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; avril 2005. PDF (326,45 Ko) téléchargeable à partir du lien : http://data.library.utoronto.ca/datapub/codebooks/cstdli/gss/gss18/sasbootdoc_fr.pdf
22. Taylor R, Rushworth RL. Hysterectomy fractions in New South Wales, 1971-2006. *Aust N Z J Public Health*. 1998;22(7):759-64.
23. Redburn JC, Murphy MF. Hysterectomy prevalence and adjusted cervical and uterine cancer rates in England and Wales. *BJOG*. 2001;108(4):388-95.
24. Nolan TF, Ory HW, Layde PM, Hughes JM, Greenspan JR. Cumulative prevalence rates and corrected incidence rates of surgical sterilization among women in the United States, 1971-1978. *Am J Epidemiol*. 1982;116(5):776-81.
25. Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomies in the United States. *Vital Health Stat* 13. 1987; (92):1-32.
26. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ et collab. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(1):34.e1-7.
27. Hill EL, Graham ML, Shelley JM. Hysterectomy trends in Australia - between 2000/01 and 2004/05. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010;50(2):153-8.
28. Van Dongen H, van de Merwe AG, de Kroon CD, Jansen FW. The impact of alternative treatment for abnormal uterine bleeding on hysterectomy rates in a tertiary referral center. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(1):47-51.
29. Kramer MG, Reiter RC. Hysterectomy: indications, alternatives and predictors. *Am Fam Physician*. 1997;55(3):827-34.
30. Cohen MM, Young W. Costs of hysterectomy: does surgical approach make a difference? *J Womens Health*. 1998;7(7):885-92.
31. Beiner ME, Hauspy J, Rosen Bet collab. Radical vaginal trachelectomy vs. radical hysterectomy for small early stage cervical cancer: a matched case-control study. *Gynecol Oncol*. 2008;110(2):168-71.
32. Plante M, Gregoire J, Renaud MC, Roy M. The vaginal radical trachelectomy: an update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol*. 2011;121(2):290-7.