

Prévalence de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ)

N° indicateur PNS : SP2-123

Introduction

L'hypertension artérielle est une condition chronique qui survient lorsque la tension artérielle demeure élevée pendant de longues périodes. Elle constitue l'un des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires.

Construction de l'indicateur

La surveillance de l'hypertension porte sur la population adulte âgée de 20 ans et plus assurée par le régime public d'assurance maladie du Québec administré par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les données utilisées sont issues du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (St-Laurent, Blais, Jean, Sirois, Rochette et Émond, 2013). Trois fichiers, inclus au SISMACQ, servent à identifier les cas d'hypertension et la population : 1) le fichier de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), 2) le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et 3) le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA).

➤ Définition de cas :

Une personne est considérée hypertendue si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

a) avoir un diagnostic (principal ou secondaire) d'hypertension artérielle inscrit au fichier MED-ÉCHO;

ou

b) avoir eu deux diagnostics d'hypertension artérielle enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de deux ans.

Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics d'hypertension artérielle (CIM-9 : 401-405; CIM-10 : I10-I13, I15).

Selon le critère qui est satisfait en premier, la date d'identification du cas correspond à la date du congé hospitalier dans le fichier MED-ÉCHO ou, dans le cas des services médicaux, à la date du deuxième service. Soulignons que lorsqu'un individu est identifié hypertendu, il devient un cas prévalent pour l'année en cours et pour toutes les années subséquentes, incluant l'année de son décès (s'il y a lieu).

Des critères d'exclusion ont été appliqués pour éliminer la majorité des cas d'hypertension gestationnelle, puisque cette forme d'hypertension transitoire n'est pas couverte par cet indicateur (Voir le cadre méthodologique pour plus de détails (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2015)).

Méthode de calcul

Nombre de cas d'hypertension artérielle pour une période donnée	
Population de 20 ans et plus pour la même période	x 100

Source(s) de données¹

- *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Variables de croisement et catégories

- Âge (au 1^{er} octobre²) :
 - 20 ans et plus
 - 65 ans et plus
 - 20-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus
 - 20-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus
 - 20 ans et plus (groupes d'âge quinquennaux jusqu'à 85 ans et plus)³
- Sexe :
 - masculin, féminin
- Territoire⁴ :
 - lieu de résidence :
 - ensemble du Québec⁵
 - régions sociosanitaires (RSS) (excluant les régions sociosanitaires de l'Outaouais (07), du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18))
 - réseaux territoriaux de services (RTS)⁶
 - réseaux locaux de services (RLS)
 - territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC)
 - regroupements de territoires de CLSC⁷
 - régions administratives
 - municipalités régionales de comté (MRC)⁸
- Période :
 - année financière (à partir de 2000-2001)

Mesure(s) associée(s)

- Nombre de cas d'hypertension artérielle
- Prévalence ajustée selon l'âge

Indicateur(s) associé(s)

- Aucun

Limites dans l'interprétation

Parmi les principales limites des données administratives, mentionnons d'abord que l'information concernant les services reçus à l'extérieur du Québec, par des résidents québécois, est incomplète. Ainsi, les données de l'Outaouais ne sont pas diffusées, car une partie non négligeable des consultations et des hospitalisations ont lieu en Ontario, ce qui a pour conséquence de sous-estimer les mesures de prévalence de cette région. Un phénomène similaire s'observe pour

1 Le dénominateur est déterminé à partir du Fichier d'inscription des personnes assurées de la RAMQ.

2 Milieu de l'année financière

3 Ce groupe d'âge n'est pas disponible pour le découpage par territoires des CLSC.

4 Cet indicateur est présenté selon le découpage territorial actuel (à partir du 1^{er} avril 2015). Cette situation affecte spécifiquement les RSS de l'Estrie (05) et de la Montérégie (16).

5 L'ensemble du Québec comprend les 18 régions sociosanitaires.

6 Les réseaux territoriaux de services (RTS) sont présentés uniquement pour les régions sociosanitaires de Montréal (06), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) et de la Montérégie (16). Pour les autres régions, les RTS équivalent au même découpage territorial que les RSS.

7 Pour les régions qui n'ont pas de regroupements de territoires de CLSC, ce découpage est le même que celui des territoires de CLSC.

8 Les MRC sont présentés selon le découpage territorial actuel (à partir du 28 juillet 2021). Cette situation affecte spécifiquement les RA de l'Estrie (05) et de la Montérégie (16).

d'autres régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick, par exemple la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les Laurentides et l'Abitibi-Témiscamingue, mais dans une moindre mesure puisque seuls certains RLS ou territoires de CLSC de ces régions sont limitrophes.

De plus, malgré que la CIM prévoit des codes de diagnostic spécifiques pour l'hypertension gestationnelle, en pratique cette forme d'hypertension transitoire est couramment enregistrée avec les codes d'hypertension. Pour cette raison, une série de critères stricts sont appliqués chez les femmes afin de ne pas tenir compte des diagnostics d'hypertension à l'intérieur d'une période déterminée entourant la naissance de leur enfant. Ces critères permettent l'exclusion de la majorité des cas d'hypertension gestationnelle.

Une autre limite importante tient au fait que seules les demandes de remboursement à l'acte sont enregistrées dans le fichier des services médicaux. Or, certaines régions, où une proportion plus grande des médecins est rémunérée à salaire ou à honoraires forfaitaires, peuvent avoir une moins bonne couverture par le fichier des services médicaux. Il en résulte donc une sous-estimation du nombre de cas d'hypertension artérielle ou encore un délai dans leur identification. C'est le cas des régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, dont les résultats ne peuvent être diffusés. C'est aussi le cas de certains RLS d'autres régions qui peuvent présenter le même problème lorsqu'ils incluent des communautés isolées où les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte. Il importe ainsi de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats lorsqu'il s'agit de comparer des territoires ou des régions entre elles.

En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte. Le nouveau système a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017. À court et à moyen terme, la tendance globale de la prévalence reste similaire à celle observée historiquement, mais il est important de demeurer vigilant dans l'interprétation de l'indicateur. Une sous-estimation de la prévalence pourrait être observée dans certains cas.

Malgré les limites mentionnées, les résultats actuels sont considérés comme des estimations fiables dans le contexte d'une surveillance populationnelle. En effet, une étude de validation effectuée à partir des données administratives de l'Alberta et de la Colombie-Britannique indiquait que la définition de cas de l'hypertension avait une sensibilité⁹ de 75 %, une spécificité¹⁰ de 94 % et des valeurs prédictives positive¹¹ et négative¹² de 81 % et 92 %, respectivement (Quan et al., 2009).

Références bibliographiques

Bouyer, J. (2009). *Épidémiologie : Principes et méthodes quantitatives*. Paris, France : Lavoisier.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique. (2015). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique*. Repéré à https://www.infocentre.inspq.quebec.ca/WebServices/alfProxy/getDocument/d780d2e5-7d67-4e0d-b6d6-d57dad183d93/PNS_GuideMethoPNS.pdf

Quan, H., Khan, N., Hemmelgarn, B. R., Tu, K., Chen, G., Campbell, N., ... McAlister, F. A. (2009). Validation of a case definition to define hypertension using administrative data. *Hypertension*, 54(6). 1423-1428. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.139279

9 La sensibilité est la proportion d'individus classés « malades » par l'algorithme, parmi les individus réellement atteints de la maladie (Bouyer, 2009).

10 La spécificité est la proportion d'individus classés « non-malade » par l'algorithme, parmi les individus non atteints de la maladie (Bouyer, 2009).

11 La valeur prédictive positive mesure la proportion d'individus réellement atteints de la maladie parmi ceux classés « malades » par l'algorithme (Bouyer, 2009).

12 La valeur prédictive négative mesure la proportion d'individus réellement non atteints de la maladie parmi ceux classés « non-malades » par l'algorithme (Bouyer, 2009).

St-Laurent, D., Blais, C., Jean, S., Sirois, C., Rochette, L. et Émond, V. (2013). Le modèle québécois de surveillance des maladies chroniques basé sur l'utilisation des données médico-administratives jumelées. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Hors-série, 4-8.

Personnes ayant rédigé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Claudia Blais, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes
- Céline Plante, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes

Personnes ayant révisé la fiche-indicateur

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

- Annie Bourassa, Direction de santé publique

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

- Élisabeth Cadieux, Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

- René Lapierre, Direction de santé publique et évaluation

Institut national de santé publique du Québec

- Annick Des Cormiers, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Valérie Émond, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes
- Myriam Gagné, Unité lutte contre le cancer et surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques
- Suzanne Gingras, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Isabelle Larocque, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes
- Nathalie Savard, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Guillaume Dolley, Direction générale adjointe de la santé publique

Dates des mises à jour de la fiche-indicateur

- Avril 2024
- Avril 2023
- Mars 2020
- Janvier 2017
- Janvier 2016
- Septembre 2013