

Prévalence de l'insuffisance cardiaque pour la population de 40 ans et plus (SISMACQ)

N° indicateur PNS : SP2-122

Introduction

L'insuffisance cardiaque représente l'incapacité du cœur à assumer son rôle de pompe et à propulser le sang vers les organes. C'est une complication tardive associée à l'accumulation de facteurs de risque qui endommagent la structure et le fonctionnement du muscle cardiaque. En 2017, on estimait qu'environ 2 % des adultes dans le monde en étaient atteints et qu'il y aurait une progression, surtout dans les pays à revenu élevé (Heidenreich et al. 2013, Metra et al. 2017). En 2015-2016, plus 160 000 Québécois âgés de 40 ans et plus étaient atteints d'insuffisance cardiaque, ce qui représentait une prévalence brute de 3,7 % (Massamba, Rochette, Trépanier et al., 2019).

Construction de l'indicateur

La surveillance de l'insuffisance cardiaque porte sur la population adulte âgée de 40 ans et plus qui est 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) (Blais et al., 2014). Trois fichiers, inclus au SISMACQ, servent à identifier les cas d'insuffisance cardiaque 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 atteinte d'insuffisance cardiaque si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

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

ou

b) avoir eu deux diagnostics d'insuffisance cardiaque enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période d'un an.

Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics d'insuffisance cardiaque (CIM-9 : 428; CIM-10-CA (version canadienne) : I50).

Selon le critère qui est satisfait en premier, la date d'identification du cas correspond à la date d'admission à l'hôpital 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 comme atteint d'insuffisance cardiaque, 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).

Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre de cas d'insuffisance cardiaque pour une période donnée}}{\text{Population de 40 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

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) :
 - 40 ans et plus
 - 65 ans et plus
 - 40-64 ans et 65 ans et plus
 - 40-59 ans, 60-79 ans, 80 ans et plus
 - 40-49 ans, 50-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus³
 - 60 ans et plus (groupes d'âge quinquennaux jusqu'à 85 ans et plus)
- 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'insuffisance cardiaque
- Prévalence ajustée selon l'âge

Indicateur(s) associé(s)

- Aucun

Limites dans l'interprétation

Parmi les principales limites des données médico-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

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 sexe par territoires des RLS et 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).

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 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.

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'insuffisance cardiaque 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.

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 médico-administratives de l'Ontario indiquait que la définition de cas de l'insuffisance cardiaque avait une sensibilité⁹ de 85 %, une spécificité¹⁰ de 97 % et des valeurs prédictives positive¹¹ et négative¹² de 56 % et >98 %, respectivement (Schultz et al., 2013).

Références bibliographiques

- Blais, C., Jean, S., Sirois, C., Rochette, L., Plante, C., Larocque, I., ... Émond, V. (2014). Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(4), 247-256. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/34-4/assets/pdf/CDIC_MCC_Vol34_4_6_Blais_fra.pdf
- Bouyer, J. (2009). *Épidémiologie : Principes et méthodes quantitatives*. Paris, France : Lavoisier.
- Heidenreich, PA., Albert, NM., Allen, LA., Bluemke, DA., Butler, J., Fonarow, GC., Trogdon, JG. (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation Heart Failure*. 6(3): 606-619.
- Massamba, VK., Rochette, L., Trépanier, P-L., Blais, C. (2019). Surveillance de l'insuffisance cardiaque au Québec : prévalence, incidence et mortalité de 2005-2006 à 2015-2016. Surveillance des maladies chroniques (n°26, 20 pages). Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2560_surveillance_insuffisance_cardiaque.pdf
- Metra, M., Teerlink JR. (2017). Heart failure. *Lancet*, 390(10106): 1981-1995.
- Schultz, SE., Rothwell, DM., Chen, Z., Tu, K. (2013). Repérage des cas d'insuffisance cardiaque congestive à partir de données administratives: étude de validation utilisant des dossiers de patients en soins primaires. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 33(3) : 179-186.

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).

Personnes ayant rédigé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Claudia Blais, Unité évaluation de programmes et surveillance des maladies chroniques, des traumatismes et de leurs déterminants
- Victoria Kubuta Massamba, Unité évaluation de programmes et surveillance des maladies chroniques, des traumatismes et de leurs déterminants

Personnes ayant révisé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Michèle Shemilt, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Maggie Vallières, Direction générale adjointe de la santé publique

Dates des mises à jour de la fiche-indicateur

- Avril 2024
- Avril 2022