

Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus (SISMACQ)

N° indicateur PNS : SP2-188

Introduction

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) regroupe la bronchite chronique et l'emphysème. Ce trouble respiratoire, causé en grande partie par le tabagisme, est caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, de l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations dont la fréquence et la gravité vont en augmentant (O'Donnell et al., 2008). La surveillance de la MPOC constitue une priorité de santé publique, car elle figure parmi les maladies respiratoires les plus prévalentes et qu'elle est associée à une morbidité et une mortalité importante (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Construction de l'indicateur

La surveillance de la MPOC porte sur l'ensemble de la population âgée de 35 ans et plus assurée par le régime public d'assurance maladie du Québec administré par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Doucet, Rochette, Gagné, Gamache, Pouliot et Émond, 2013). 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 de MPOC et la population : 1) le fichier Maintenance et 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 comme étant atteinte d'une MPOC si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

a) avoir un diagnostic (principal ou secondaire) de MPOC inscrit au fichier MED-ÉCHO;

ou

b) avoir un diagnostic de MPOC enregistré au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de MPOC (CIM-9 : 491-492, 496; CIM-10-CA : J41-J44).

Soulignons que lorsqu'un individu est identifié MPOC, 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

$$\frac{\text{Nombre de cas de MPOC au cours d'une période donnée}}{\text{Population de 35 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

Source(s) de données¹

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

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

Variables de croisement et catégories

- Âge (au 1^{er} octobre²) :
 - 35 ans et plus
 - 65 ans et plus
 - 35 ans et plus (groupes d'âge de 10 ans jusqu'à 85 ans et plus)
 - 35-59 ans, 60-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75 ans et plus
- Sexe :
 - masculin, féminin
- Territoire³ :
 - lieu de résidence :
 - ensemble du Québec⁴
 - 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)⁵
 - réseaux locaux de services (RLS)
 - territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC)
 - regroupements de territoires de CLSC⁶
 - régions administratives
 - municipalités régionales de comté (MRC)⁷
- Période :
 - année financière (à partir de 2001-2002)

Mesure(s) associée(s)

- Nombre de cas de MPOC
- Prévalence ajustée selon l'âge

Indicateur(s) associé(s)

- Aucun

Limites dans l'interprétation

Les données administratives comprennent de l'information sur les personnes qui ont recours aux services de santé. De ce fait, la définition de cas de la MPOC identifie seulement les individus dont l'état a été diagnostiqué et traité par un médecin. Ainsi, il existe probablement une sous-estimation de la prévalence réelle de la maladie en raison de la proportion de cas non dépisté (Hill et al., 2010; O'Donnell et al., 2008). La prévalence estimée par le SISMACQ est comparable à la prévalence de MPOC de sévérité modérée à sévère obtenue par des mesures de fonction pulmonaire rapportée dans le cadre de l'*Enquête canadienne sur les mesures en santé* (Doucet, Rochette, Gagné, Gamache, Pouliot et Émond, 2013; Evans, Chen, Camp, Bowie et McRae, 2014). Par conséquent, nous pouvons croire que les grands consommateurs de soins de santé (MPOC de sévérité modérée à sévère) sont plus susceptibles d'être identifiés par le SISMACQ (Doucet, Rochette, Gagné, Gamache, Pouliot et Émond, 2013). Cependant, les données administratives ne permettent pas directement la classification des différentes sévérités de la maladie.

² Milieu de l'année financière.

³ 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).

⁴ L'ensemble du Québec comprend les 18 régions sociosanitaires.

⁵ 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.

⁶ Pour les régions qui n'ont pas de regroupements de territoires de CLSC, ce découpage est le même que celui des territoires de CLSC.

⁷ 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).

Par ailleurs, 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 dans cette région. Un phénomène similaire s'observe dans une moindre mesure pour d'autres régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick.

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 éloignées, 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 de MPOC 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 donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats lorsqu'il s'agit de comparer des territoires ou des régions entre elles.

En tenant compte des limites mentionnées, les résultats actuels sont considérés comme des estimations fiables dans le contexte d'une surveillance populationnelle. En effet, une étude de validation menée en Ontario indiquait que la définition de cas de la MPOC avait une sensibilité⁸ de 85,0 %, une spécificité⁹ de 78,4 % et une valeur prédictive positive¹⁰ de 57,5 %, dans la population adulte âgée de 35 ans et plus (Gershon, Wang, Guan, Vasilevska-Ristovska, Cicutto et To, 2009). Cette définition a été choisie et adoptée par un groupe d'experts représenté par chaque province canadienne et ceci pour une utilisation à des fins de surveillance de la MPOC (Doucet, Rochette, Gagné, Gamache, Pouliot et Émond, 2013).

Malgré la présence d'une sous-estimation de la prévalence de la MPOC au niveau de la pratique clinique et de la présence d'identification de faux positifs¹¹ par la définition de cas utilisée, les données administratives nous permettent de dresser un portrait populationnel réel de la pratique médicale et elles sont utiles pour identifier les tendances temporelles et régionales des problèmes reliés à la MPOC.

Références bibliographiques

- Agence de la santé publique du Canada. (2007). *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/phac-aspc/HP35-8-2007F.pdf
- 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.
- Doucet, M., Rochette, L., Gagné, M. E., Gamache, P., Pouliot, S. et Émond, V. (2013). Développement de la surveillance des maladies respiratoires au Québec à partir des données médico-administratives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Hors-Série, 36-42.
- Evans, J., Chen, Y., Camp, P. G., Bowie, D. M. et McRae L. (2014) Évaluation de la prévalence de la MPOC au Canada fondée sur les déclarations d'un diagnostic et sur l'obstruction des voies

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

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

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

11 Les faux positifs représentent les individus non malades qui sont classés à tort comme malades (Bouyer, 2009).

aériennes mesurée. *Rapports sur la santé*, 25(3), 3-11. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014003/article/11908-fra.pdf>

Gershon, A. S., Wang, C., Guan, J., Vasilevska-Ristovska, J., Cicutto, L. et To, T. (2009). Identifying individuals with physician-diagnosed COPD in health administrative databases. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6(5), 388-394.

Hill, K., Goldstein, R. S., Guyatt, G. H., Blouin, M., Tan, W. C., Davis, L. L., ... Stanbrook, M. B. (2010). Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(7), 673-678.

O'Donnell, D. E., Hernandez, P., Kaplan, A., Aaron, S., Bourbeau, J., Marciniuk, D. D., ... Voduc, N. (2008). Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires. *Canadian Respiratory Journal*, 15(Supplément A), 1A-8A.

Personnes ayant rédigé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Mariève Doucet, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes

Personnes ayant révisé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Annick Des Cormiers, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Suzanne Ferland, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Céline Plante, Unité surveillance des maladies chroniques et traumatismes

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
- Janvier 2017
- Janvier 2016
- Mai 2015