

Prévalence de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus (SISMACQ)

N° indicateur PNS : SP2-285

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire systémique chronique évolutive affectant les articulations et certaines autres régions du corps, pouvant se développer à tout âge. Cette maladie est plus prévalente chez les femmes que chez les hommes (Ahlmén, Svensson, Albertsson, Forslind et Hafström, 2010). Les causes précises de la polyarthrite ne sont pas bien définies, mais sont associées à des troubles du système immunitaire (Société de l'arthrite, 2016). L'inflammation associée à cette maladie provoque de la douleur, des raideurs et de l'enflure dans les articulations. Lorsque l'inflammation n'est pas traitée, elle peut entraîner des lésions et la destruction des articulations et ainsi causer des incapacités et affecter grandement l'accomplissement des tâches et activités quotidiennes.

Construction de l'indicateur

La surveillance de la polyarthrite rhumatoïde s'effectue sur la population âgée de 20 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 issus du SISMACQ servent à identifier les cas de polyarthrite rhumatoïde et la population à risque : 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 atteinte de polyarthrite rhumatoïde si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

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

ou

b) avoir eu un minimum de trois réclamations avec un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de deux ans, avec au moins une de ces réclamations ayant été facturée par un rhumatologue, un orthopédiste ou un médecin interniste.

- Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) sont utilisés pour identifier les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde (CIM-9 : 714; CIM-10 : M05 et M06).
- 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 troisième service. Soulignons qu'un individu ne peut être compté comme un cas incident qu'une seule fois au cours de sa vie, et ce, même s'il change de région ou s'il quitte le Québec et y revient plusieurs années plus tard. L'individu devient par la suite un cas prévalent pour l'année en cours et pour toutes les années subséquentes, incluant l'année de son décès.

Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre de cas de polyarthrite rhumatoïde pour une période donnée}}{\text{Population de 20 ans et plus pour la même période}} \times 100$$

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):
 - 20 ans et plus
 - 65 ans et plus
 - 20-49 ans, 50-64 ans, 65 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)⁶
 - territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC)⁶
 - regroupement de territoire de CLSC⁷
 - régions administratives
 - municipalités régionales de comté (MRC)⁸
- Période :
 - année financière (à partir de 2001-2002)

Mesure(s) associée(s)

- Nombre de cas de polyarthrite rhumatoïde
- Prévalence ajustée selon l'âge

Indicateur(s) associé(s)

- Aucun

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

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 Le croisement par âge et par sexe n'est pas disponible pour les RLS et les territoires CLSC

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).

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 d'incidence 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.

En 2009, une augmentation de la rémunération des rhumatologues associée aux visites médicales des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde a été autorisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce changement de tarification se traduit principalement par une augmentation soudaine des taux d'incidence pour l'année financière 2009-2010 et dans une moindre mesure pour les années subséquentes.

Ensuite, malgré que la classification internationale des maladies (CIM) prévoit des codes de diagnostic spécifiques permettant de différencier la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose et les autres maladies rhumatismales, la parenté de ces maladies peut entraîner de la confusion et mener à des diagnostics erronés. C'est en partie ce qui explique que la définition de cas détaillée dans la construction de l'indicateur nécessite qu'au moins un des diagnostics aient été posés par un rhumatologue, un orthopédiste ou un médecin interniste. À noter que cette nécessité de recevoir un diagnostic par un spécialiste pourrait réduire la probabilité d'obtenir un diagnostic pour les individus habitants des territoires éloignés où l'accès à un rhumatologue, un orthopédiste ou un médecin interniste est plus ardue. De plus, il est impossible de confirmer que les individus répondant à la définition de cas respectent les critères cliniques établis par l'«American College of Rheumatology» pour le diagnostic de la maladie (Aletaha et al., 2010).

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 de polyarthrite rhumatoïde 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, deux études de validation effectuée à partir des données administratives de l'Ontario indiquaient que la définition de cas de de la polyarthrite rhumatoïde avait une sensibilité⁹ et une valeur prédictive positive¹⁰ de 78 % (Widdifield et al., 2013; Widdifield et al., 2014).

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

Références bibliographiques

- Ahlmén, B., Svensson, B., Albertsson, K., Forslind, K. et Hafström, I. (2010). Influence of gender on assessments of disease activity and function in early rheumatoid arthritis in relation to radiographic joint damage. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(1) :230-233.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O, G. (2010). 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis and Rheumatology*, 62(9) :2569-2581.
- Bouyer, J. (2009). *Épidémiologie : Principes et méthodes quantitatives*. Paris, France : Lavoisier.
- 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, 2014* ; 34(4) : 226-235. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/34-4/assets/pdf/CDIC_MCC_Vol34_4_6_Blais_fra.pdf
- Société de l'arthrite. (2016). Polyarthrite rhumatoïdes. Repéré à <https://arthrite.ca/a-propos-de-l-arthrite/les-types-d-arthrite-de-a-a-z/types/polyarthrite-rhumatoide>.
- Widdifield, J., Bernatsky, S., Paterson, J. M., Tu, K., Ng, R., Thorne, J. C Bombardier, C. (2013). Accuracy of Canadian health administrative databases in identifying patients with rheumatoid arthritis: a validation study using the medical records of rheumatologists. *Arthritis Care & Research*, 65(10): 1582-91.
- Widdifield, J., Bombardier, C., Bernatsky, S., Paterson, J. M., Green, D., Young, J Tu, K. (2014). An administrative data validation study of the accuracy of algorithms for identifying rheumatoid arthritis: the influence of the reference standard on algorithm performance. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16:216.

Personnes ayant rédigé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Sonia Jean, Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants
- Philippe Gamache, Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants

Personnes ayant révisé la fiche-indicateur

Institut national de santé publique du Québec

- Mathieu Langlois, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Michèle Shemilt, Gestion, analyse et diffusion de l'information – Soutien méthodologique et Infocentre
- Mariève Doucet, Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants

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
- Juin 2017