



La surveillance des maladies chroniques à partir des BMA

Danielle St-Laurent et Valérie Émond
*Unité Surveillance des maladies chroniques
et de leurs déterminants*

Adelf 2012

Plan de la présentation



SURVEILLANCE DES
maladies chroniques

- Historique du projet de surveillance des MC
- Modèle de données
- Défis et enjeux



Rappel historique

- Absence de traditions en surveillance des maladies chroniques (exception cancer)
- Approche très traditionnelle jusqu'au début des années 90: mesures produites par fichier (taux de mortalité, apvp, taux d'hospitalisation) en fonction de l'âge, du sexe et d'unités géographiques

Les avantages de l'approche traditionnelle



- Données facilement disponibles sur des bases annuelles: récurrence systématique
- Niveau de formation et de compétences méthodologique moindre pour produire les données
- Données accessibles à faible coût
- Production rapide des indicateurs

Les limites de l'approche traditionnelle



- Difficile de produire des mesures de prévalence, incidence et survie
- Difficile de faire des liens entre les programmes de prévention, de dépistage et l'impact sur la survenue de la maladie et de son évolution
- Approche peu adaptée aux nouvelles réalités (virage ambulatoire, organisation des services, comorbidité, multimorbidité, vieillissement, etc.)
- Les mesures disponibles ne permettent pas de répondre aux questions (ex: combien personnes qui développent de l'insuffisance cardiaque sont diabétiques?)



Contexte

- Ampleur des maladies chroniques
- Population hétérogène
- Les comorbidités et les co-déterminants, la multimorbidité: une réalité inévitable
- Nécessité de développer de nouvelles approches méthodologiques pour répondre aux défis actuels



Pourquoi l'appariement des BMA?

- Contexte ne favorise pas le développement de registres pour toutes les maladies chroniques;
- Permet d'obtenir des mesures plus adéquates et plus diversifiées pour faire des analyses qui peuvent répondre à des questions plus pertinentes pour les planificateurs
- Permet de créer des cohortes populationnelles 1996-...(évolution dans le temps)
- Capacité à identifier des groupes à risque
- **Plus facile d'identifier** les nouvelles problématiques et les changements.



Le modèle

Objets de surveillance

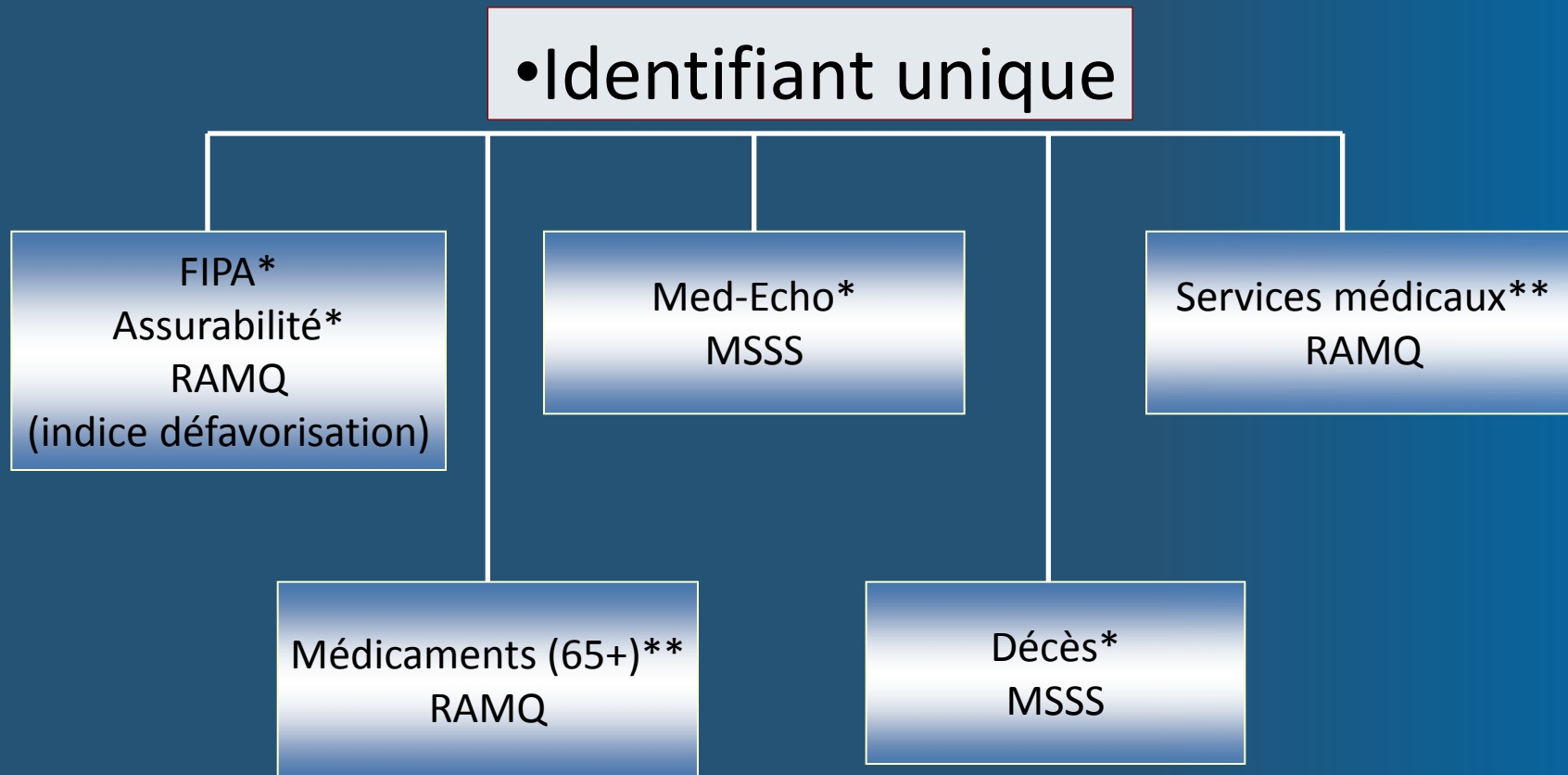


INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

- **Approche par maladie:**
 - Ampleur de la maladie (prévalence et incidence)
 - Mortalité et analyse de survie
 - Utilisation des services de santé (hospitalier et consultation médicale, médicaments)
 - Suivi de cohorte de cas
- **Approche intégrée:**
 - Multimorbidité (incluant polymédication et causes multiples de décès)

Modèle opérationnel (1)

Le jumelage



* Ensemble du fichier

** Cas sélectionnés seulement

Modèle opérationnel (1)

Particularités:

- Les renseignements sont appariés à la RAMQ sur une base nominative avec un identifiant unique qu'est le numéro d'assurance maladie (NAM).
- L'INSPQ ne reçoit qu'un identifiant anonyme, unique à chaque personne
- Première transmission: du 1^{er} janvier 1996 au 31 mars 2009; mise à jour annuelle.



Modèle opérationnel (1)

Critères de sélection

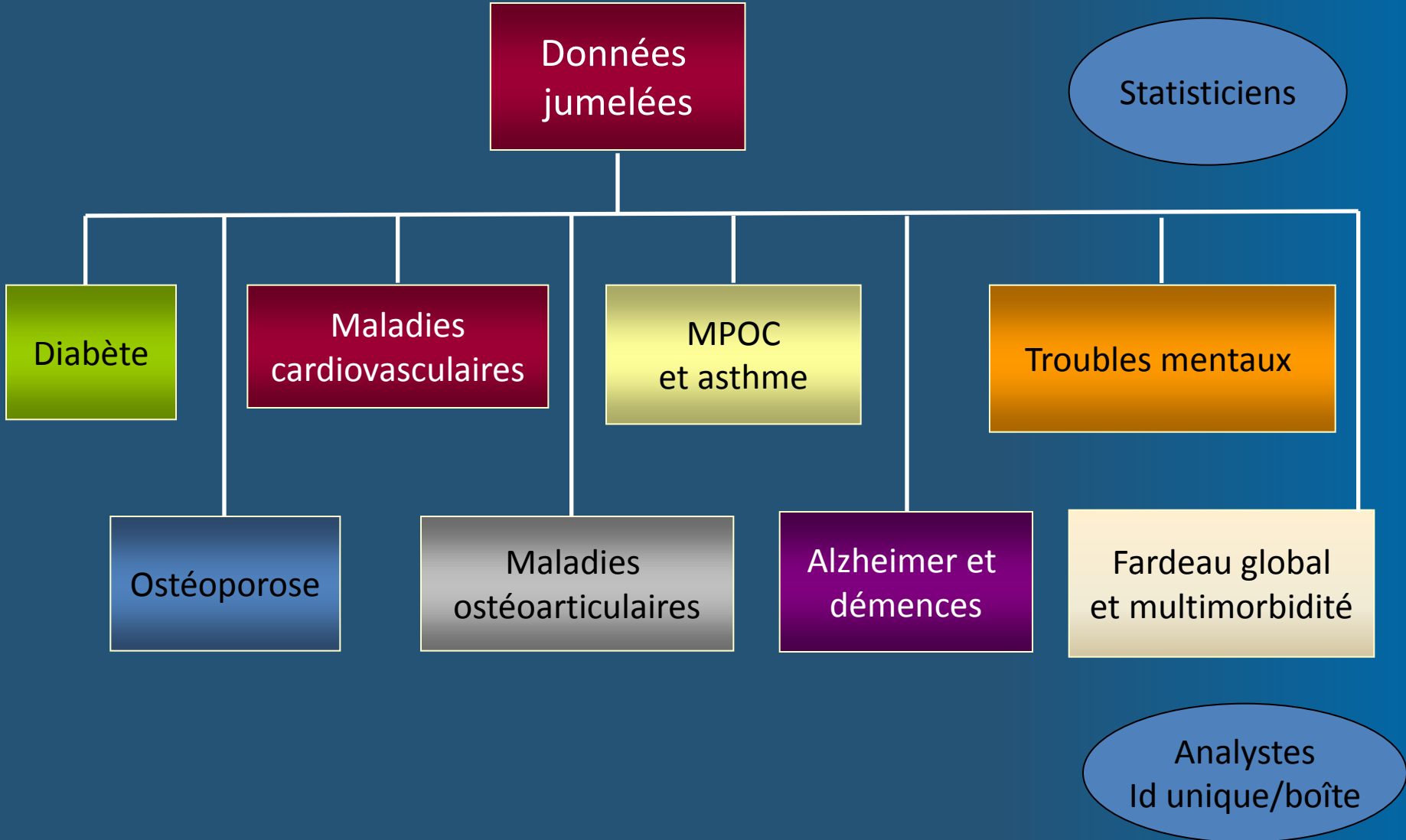
- Diagnostics (services médicaux et hospitaliers)
- Procédures (services médicaux et hospitaliers)
- Médicaments (ordonnances pour les 65+)
- Cause de décès

Pour les cas sélectionnés – on a tous les enregistrements dans tous les fichiers pour toute la période

Pour le FIPA, le fichier d'assurabilité, Med-Echo et le fichier des décès, on a aussi les enregistrements pour les personnes non sélectionnées

Modèle opérationnel (2)

Données par maladie



Modèle opérationnel (3)

Résultats et analyses

1. Produire et diffuser des indicateurs :
Données agrégées : Géographie (RSS, CSSS, municipalité), âge, sexe et défavorisation
2. Analyser et interpréter les indicateurs, faire des analyses de tendances, faire des comparaisons et du développement méthodologique
 - ◆ Séries thématiques
 - ◆ Rapports méthodologiques
 - ◆ Articles scientifiques (validation, développement d'algorithmes, etc.)



Développement méthodologique

Développement d'une définition de cas pour chacune des maladies

Étude de faisabilité

- Recension des écrits
- On teste différents algorithmes
- Consultation auprès d'experts

Étude de validation

- Comparaison avec source de donnée fiable (gold standard)
- Mesure de la sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive

Exemple d'algorithme (diabète)



1 diagnostic de diabète inscrit au fichier des hospitalisations (fichier MED-ECHO)

■ OU

2 diagnostics de diabète enregistrés au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ) à l'intérieur d'une période de 2 ans

Note : On ajoute à l'algorithme une procédure pour exclure les cas de diabète gestationnel



Les défis et les enjeux méthodologiques et scientifiques

- Démarche plus complexe qui nécessite des ressources avec formation avancée et spécialisée (jumelage, validation, définition de cas)
- Démarche novatrice: nécessite de nombreux développements (délais assez longs pour produire des données)
- Chaque maladie nécessite un développement méthodologique spécifique
- Les études de validation sont complexes et doivent être renouvelées

Les limites de l'approche par jumelage



- Absence d'information sur les risques individuels (obésité, tabagisme)
- Selon les maladies, la précision du diagnostic varie et dans certains cas le diagnostic peut être erroné (validation)
- L'approche méthodologique n'est pas adaptée aux maladies à faible prévalence
- Les sources de données ne sont pas complètes: absence des données sur les centres de longue durée, les services à domicile, etc.

Les enjeux

- Le stockage
- La sécurité et la confidentialité
- Le pouvoir d'attraction à gérer
- Les délais associés au développement