LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

UN APERÇU

Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) est un réseau de collaboration de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux, soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le SCSMC améliore l'étendue des données sur les maladies chroniques au Canada et appuie la planification des ressources en santé et l'élaboration de politiques et de programmes en matière de santé. Des données sont recueillies sur tous les résidents admissibles à l'assurance maladie et des estimations ainsi que des tendances nationales au fil du temps pour plus de 20 maladies peuvent être produites (voir l'encadré intitulé « **Maladies chroniques comprises dans le SCSMC** »)[i].

MALADIES CHRONIQUES COMPRISES DANS LE SCSMC

Maladies cardiovasculaires
- insuffisance cardiaque
- hypertension
- cardiopathie ischémique, y compris l'infarctus aigu du myocarde
- accident vasculaire cérébral

Maladies respiratoires chroniques
- asthme
- maladie pulmonaire obstructive chronique

Maladies mentales
- maladie mentale
- trouble anxieux et de l'humeur
- schizophrénie

Diabète

Troubles musculo-squelettiques
- arthrose
- goutte et arthropathies cristallines
- polyarthrite rhumatoïde
- arthrite juvénile idiopathique
- ostéoporose
- fractures liées à l'ostéoporose

Affections neurologiques
- démence, y compris la maladie d'Alzheimer
- épilepsie
- sclérose en plaques
- parkinsonisme, y compris la maladie de Parkinson

Pour obtenir de plus amples renseignements à propos de ces maladies, consulter le site www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques.html.

i Dans le présent document, le terme « maladies chroniques » est aussi utilisé pour désigner des affections et des troubles chroniques, ou des conséquences ou événements liés à la santé.

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

QUELLES SONT LES SOURCES DE DONNÉES DU SCSMC?

Afin d'identifier les personnes atteintes de maladies chroniques, les dossiers des registres de l'assurance maladie des provinces et des territoires sont jumelés à l'aide d'un identifiant personnel unique aux données sur la facturation des médecins, aux dossiers de sortie des patients des hôpitaux et aux dossiers des médicaments sur ordonnance.

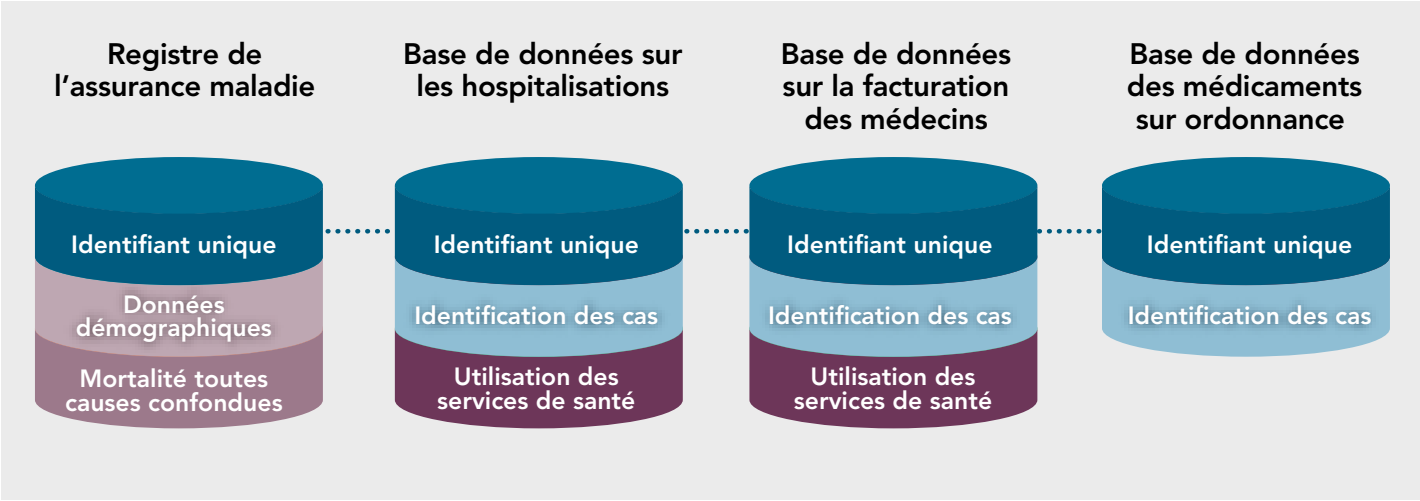
Des données sont recueillies depuis l'année financière 1995–1996 dans la majorité des provinces et des territoires[ii]. Cependant, l'année à partir de laquelle les données du SCSMC peuvent être diffusées est déterminée au cas par cas pour chaque maladie afin d'allouer suffisamment de temps pour comptabiliser tous les cas prévalents de même que pour assurer que les cas prévalents soient exclus des cas incidents.

Suivant ce modèle distribué, l'extraction des données du SCSMC est faite dans chaque administration grâce à un protocole d'analyse normalisé élaboré par l'ASPC[1,2]. Au moyen de ce protocole, des définitions de cas sont appliquées à ces bases de données jumelées et les données individuelles obtenues sont regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'ASPC aux fins d'analyse et d'élaboration de rapports. Pendant le processus, les données sont gérées par les autorités désignées selon les obligations de garde pour la protection de la vie privée des patients.

Chaque base de données (**figure 1**) fournit un élément particulier qui permet l'identification des cas. Les bases de données fournissent aussi des renseignements supplémentaires sur la santé, notamment ce qui suit :

- données démographiques (âge, sexe, province ou territoire de résidence);
- données sur la mortalité;
- utilisation des services de santé (hospitalisation, visite chez un spécialiste, visite chez un médecin).

Figure 1. Sources de données du SCSMC pour l'identification des cas



ii Sauf au Québec où la collecte des données a commencé en 1996–1997 et au Nunavut où les données ne sont diffusées que depuis 2005–2006.

Registre de l'assurance maladie : Le registre de l'assurance maladie contient les dossiers de toutes les personnes admissibles à l'assurance maladie de chaque province et territoire.

Base de données sur les hospitalisations : Les provinces et les territoires recueillent des données des hôpitaux sur les soins de courte durée, par l'entremise de la base de données sur les congés des patients, ou au Québec, de la base de données « Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière » (MED-ÉCHO). Les diagnostics sont codés à l'aide de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM)[3,4,5,6].

Base de données sur la facturation des médecins : La majorité des données sur les activités des médecins au Canada sont recueillies grâce à la facturation[7,8], soit des honoraires à l'acte, soit pro forma[iii], au moyen de codes de la CIM ou de diagnostics écrits, selon la province ou le territoire.

Base de données des médicaments sur ordonnance : L'exhaustivité des bases de données provinciales et territoriales des médicaments prescrits ainsi que leur accessibilité pour les partenaires du SCSMC varient à l'échelle nationale. Par exemple, dans certaines provinces et certains territoires, les données sont fournies uniquement pour les personnes de 65 ans et plus. Le médicament délivré sur ordonnance est codé à l'aide du numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada[9]. Actuellement, seule la définition de cas pour la démence, y compris la maladie d'Alzheimer, utilise cette source de données aux fins d'élaboration de rapports.

QU'EST-CE QU'UNE DÉFINITION DE CAS DU SCSMC?

Une définition de cas du SCSMC (voir l'encadré intitulé « **Définition de cas du SCSMC utilisant le diabète comme exemple** ») est un ensemble de règles qui permettent l'identification des cas d'une maladie dans une population donnée. La majorité des définitions de cas du SCSMC sont validées à l'aide d'une comparaison avec les diagnostics cliniques. La liste des définitions de cas et des codes diagnostiques utilisés pour les maladies répertoriées dans le SCSMC est accessible en ligne[10].

Les définitions de cas du SCSMC sont élaborées grâce à un processus rigoureux, dirigé par des groupes de travail sur des maladies particulières qui sont formés de représentants de l'ASPC et de gouvernements provinciaux et territoriaux, d'épidémiologistes et d'experts cliniques.

DÉFINITION DE CAS DU SCSMC UTILISANT LE DIABÈTE COMME EXEMPLE

Les Canadiens de 1 an et plus sont considérés comme ayant reçu un diagnostic de diabète (diabète de type 1 et de diabète de type 2 confondus) s'ils satisfont à l'un des critères suivants : au moins un dossier d'hospitalisation ou au moins deux demandes de paiement de médecin sur une période de deux ans, le tout incluant un code de la CIM correspondant au diabète.

Les femmes âgées de 10 à 54 ans ayant reçu un diagnostic de diabète dans les 120 jours précédant ou les 180 jours suivant une consultation liée à une grossesse ne sont pas prises en compte dans les données afin d'exclure les cas possibles de diabète de grossesse.

iii Un processus administratif qui permet aux médecins rémunérés selon divers modes de paiement de soumettre des demandes à l'aide de codes d'honoraires provinciaux et territoriaux, même s'ils sont remboursés par d'autres modes de paiement.

L'élaboration d'une nouvelle définition de cas se fait en quatre étapes principales (des exemples sont fournis dans les documents de référence) : 1) analyse documentaire[11]; 2) études de validation[12,13]; 3) études de faisabilité[14,15]; 4) projet pilote national[16]. Les données obtenues au cours de ce processus sont soigneusement analysées afin de sélectionner une définition de cas aux fins de surveillance nationale.

QUE FOURNISSENT LES DONNÉES DU SCSMC?

Les données du SCSMC peuvent servir à diffuser des estimations et des tendances nationales au fil du temps relativement à ce qui suit :

- incidence et prévalence[iv];
- mortalité toutes causes confondues;
- utilisation des soins de santé, notamment les hospitalisations et les visites chez un médecin;
- multimorbidité et comorbidité.

D'autres estimations portant sur les coûts économiques des maladies chroniques peuvent être obtenues au moyen de l'infrastructure de données du SCSMC, lorsque des bases de données supplémentaires sont jumelées au système.

Les données du SCSMC peuvent être stratifiées selon :

- le groupe d'âge;
- le sexe;
- la province ou le territoire;
- l'année;
- la présence ou l'absence de la maladie.

OÙ PEUT-ON TROUVER LES DONNÉES DU SCSMC ET D'AUTRES RENSEIGNEMENTS DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES?

- Outils de collecte de données, cadres d'indicateurs et laboratoires de données : Infobase de la santé publique
- Base de données du SCSMC : Gouvernement du Canada – Données ouvertes
- Rapports, fiches d'information et infographies de l'ASPC : Canada.ca – Publications

iv Pour les maladies mentales et les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, l'utilisation annuelle des services de santé est rapportée plutôt que la prévalence.

REMERCIEMENTS

Le SCSMC repose sur une collaboration entre l'ASPC et l'ensemble des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada. La présente fiche d'information a été élaborée par l'ASPC. Elle n'est pas et ne devrait pas être perçue comme étant endossée par les provinces et les territoires.

RÉFÉRENCES

1 Lix LM, Ayles J, Cooke CA, et al. The Canadian Chronic Disease Surveillance System: A model for collaborative surveillance. International Journal of Population Data Science. À paraître en 2018.

2 Lix LM, Reimer, K. The Canadian Chronic Disease Surveillance System: A Distributed Surveillance Model. OJPHI Public Health Informatics. 2017; 9(1) : e140 [en anglais uniquement].

3 Organisation mondiale de la Santé. Classifications [En ligne]. Genève : OMS [mise à jour le 23 fév 2018; consulté le 7 juin 2018]. Disponible [en anglais uniquement] : www.who.int/lassifications/icd/en/

4 Institut canadien d'information sur la santé. Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et la CCI, 2012 [En ligne]. Ottawa (ON) : ICIS; 2012 [consulté le 1er août 2017]. Disponible : https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1708&lang=en&media=0

5 Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies, neuvième révision. Genève, OMS; 1979.

6 Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies, neuvième révision, modification clinique. Genève, OMS; 1979.

7 Lix LM, Walker R, Quan H, et al. Équipe chargée de la surveillance et des résultats en matière d'hypertension du Groupe de travail PECH/CHEP. Caractéristiques des bases de données sur les services médicaux au Canada. Maladies chroniques et blessures au Canada. Sept. 2012; 32(4) : 207-15.

8 Institut canadien d'information sur la santé. Base de données nationale sur les médecins – Données sur les paiements, 20152016 [En ligne]. Ottawa (ON) : ICIS; 2017 [consulté le 13 juin 2018]. Disponible : www.cihi.ca/fr/medecins

9 Santé Canada. Numéro d'identification d'un médicament (DIN) [En ligne]. Ottawa (ON) : Santé Canada; [mise à jour le 8 jan 2018; consulté le 6 fév 2018]. Disponible : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/feuillets-information/numero-identification-medicament.html

10 Agence de la santé publique du Canada. Infobase de la santé publique : Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). [En ligne]. Ottawa (ON): ASPC [mise à jour le 26 avril 2018; consulté le 17 juil 2018]. Disponible : https://infobase.phac-aspc.gc.ca/CCDSS-SCSMC/data-tool/?l=fra&HRs=00&DDLV=CDSAMI&DDLM=ASIR&CBVS=on&1=M&2=F&DDLFrm=1999&DDLTo=2012&=10&VIEW=0

11 Fiest KM, Sauro, KM, Wiebe, S, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. Neurology. 17 janv. 2017; 88(3) : 296–303 [en anglais uniquement].

12 Butt DA, Tu K, Young J, et al. A validation study of administrative data algorithms to identify patients with parkinsonism with prevalence and incidence trends. Neuroepidemiology. 2014; 43(1) : 28-37 [en anglais uniquement].

13 Tu K, Mitiku T, Lee DS, et al. Validation of physician billing and hospitalization data to identify patients with ischemic heart disease using data from the Electronic Medical Record Administrative data Linked Database (EMRALD). Journal canadien de cardiologie = Can J Cardiol 2010; août–sept.; 26(7) : E225–8 [en anglais uniquement].

14 Robitaille C, Bancej C, Dai S, et al. Surveillance of ischemic heart disease should include physician billing claims: population-based evidence from administrative health data across seven Canadian provinces. BMC Cardiovasc Disord 2013; 13 : 88 [en anglais uniquement].

15 Blais C, Dai S, Waters C, et al. Assessing the burden of hospitalized and community-care heart failure in Canada. Journal canadien de cardiologie = Can J Cardiol. Mars 2014; 30(3) : 352–8 [en anglais uniquement].

16 Robitaille C, Dai S, Waters C, et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. JAMC = CMAJ. 2012 Jan 10; 184(1) : E49–56 [en anglais uniquement].

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018 | Cat. : HP35-111/2018F-PDF | ISBN : 978-0-660-27124-8 | Pub. : 180162