



## Surveillance de la polyarthrite rhumatoïde au Québec : prévalence, incidence et mortalité

### SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Cette étude populationnelle donne un aperçu de l'ampleur de la polyarthrite rhumatoïde dans la population québécoise. Au Québec, on estime que près de 59 000 Québécois de 20 ans et plus en sont atteints, avec environ 4 700 nouveaux diagnostics en 2014-2015. Cette affection est légèrement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. L'étude met en évidence une augmentation de la prévalence de cette maladie chronique ainsi qu'une légère surmortalité des individus affectés. Le groupe d'âge des 20-29 ans présente 2 fois plus de cas en 2014-2015 comparativement à 2001-2002.

Ces informations permettront de suivre l'évolution de ce problème de santé au Québec. Elles aideront à mieux comprendre le fardeau qu'il représente pour les individus, les ressources médicales et budgétaires du système de santé, permettant ainsi de soutenir la prévention, la planification et l'organisation des soins afin d'améliorer la santé des individus atteints.

### Sommaire

Méthodologie	2
Résultats	3
Conclusion	13

### Introduction

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire systémique chronique évolutive affectant les articulations et certaines autres régions du corps. L'inflammation associée à cette maladie cause de la douleur, de la raideur et de l'enflure dans les articulations. Lorsque l'inflammation n'est pas traitée, elle peut entraîner des lésions et la destruction des articulations causant ainsi des incapacités et affectant grandement l'accomplissement des tâches et les activités quotidiennes. L'espérance de vie des personnes atteintes est également réduite. Au Canada, environ 1 % de la population souffrirait de polyarthrite rhumatoïde et le risque de développer cette maladie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes[1, 2].

Quoique les données provenant d'enquêtes populationnelles nous renseignent sur la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde, elles ont une utilité limitée dans un contexte de surveillance puisqu'elles ne peuvent pas nous informer sur l'incidence et l'évolution temporelle de la maladie. Au Canada, les données provenant des fichiers médico-administratifs sont de plus en plus utilisées pour la surveillance des maladies rhumatismales[3-5]. Ces données permettent l'obtention de mesures fiables et valides, de façon continue, systématique et généralisable à la population. Leur utilisation s'avère pratique, relativement simple, accessible et peu coûteuse. Elles offrent une large couverture géographique et permettent de minimiser les biais de sélection usuels.

Deux études récentes réalisées en Ontario ont validé une définition de cas pour l'identification des individus atteints de polyarthrite rhumatoïde dans les bases de données administratives[6-7]. Utilisant cette définition de cas, ce feuillet dresse un premier portrait de la prévalence et de l'incidence de la polyarthrite rhumatoïde et leur évolution temporelle dans la population québécoise âgée de 20 ans et plus. Une analyse de l'impact de cette maladie chronique sur la mortalité des individus atteints est également présentée.

## Méthodologie

### Sources de données

Dans cette étude de cohorte populationnelle rétrospective, les données utilisées sont issues des banques de données administratives jumelées du **Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec** (SISMACQ)[5]. À partir de celles-ci, les individus âgés de 20 ans et plus atteints de polyarthrite rhumatoïde ont été identifiés.

### Définition de cas

Pour être considéré atteint de polyarthrite rhumatoïde, un individu devait avoir :

- a) un diagnostic principal ou secondaire de polyarthrite rhumatoïde enregistré au fichier des hospitalisations; OU
- b) trois réclamations avec un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde enregistrées au Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte à l'intérieur d'une période de 2 ans, dont au moins une réclamation facturée par un rhumatologue, un orthopédiste ou un interniste.

Les codes de diagnostics utilisés pour identifier les cas de polyarthrite rhumatoïde sont les suivants : CIM-9-CM 714.x et CIM-10-CA M05.x-M06.x. La date d'identification d'un cas correspond à la date du congé hospitalier ou à la date de la dernière réclamation enregistrée dans le Fichier des services médicaux. Deux études récentes réalisées chez nos voisins ontariens ont montré une bonne validité de cette définition de cas (sensibilité à 78 %, spécificité à 100 %, valeur prédictive positive à 78 %)[6-7]. Pour distinguer les cas incidents des cas prévalents, une période d'attente ou de rodage minimale de 5 ans a été utilisée (1996-2000). Par conséquent, les mesures de prévalence, d'incidence et de mortalité sont présentées pour les années financières 2001 à 2014.

## Analyses statistiques

Des prévalences et des taux d'incidence annuels ont été calculés. Ces mesures ont été établies à l'aide des estimations de la population provenant du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA). Pour chacune des années financières, les prévalences ont été calculées en divisant le nombre total des individus répondant à la définition de cas de la polyarthrite rhumatoïde au cours de l'année par la population âgée de 20 ans et plus assurée (c'est-à-dire les individus admissibles et inscrits au régime public d'assurance maladie et ayant une carte d'assurance maladie valide durant l'année financière). De son côté, le taux d'incidence annuel correspond au nombre total d'individus répondant pour la première fois à la définition de cas de la polyarthrite rhumatoïde au cours de l'année divisé par le nombre d'individus à risque pour la même année (nombre d'individus assurés moins les cas prévalents). Les prévalences sont exprimées en pourcentage et les taux d'incidence par 100 000 personnes.

Pour l'analyse des tendances temporelles, les estimations ont été ajustées selon l'âge, en utilisant la méthode de standardisation directe en fonction de la structure d'âge de la population du Québec au recensement de 2001. Pour évaluer la significativité statistique des tendances temporelles des taux d'incidence, des changements annuels moyens en pourcentage (CAMP) ont été estimés à l'aide d'une régression binomiale négative ajustée pour l'âge.

Finalement, des rapports de taux de mortalité standardisés pour l'âge ont été calculés afin de comparer les personnes atteintes de la polyarthrite rhumatoïde à celles non atteintes. De plus, le Fichier des décès a été utilisé pour obtenir l'information relative aux causes de décès (dernière année disponible 2013-2014). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyse statistique SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute inc., Cary, Caroline du Nord, É.-U.).

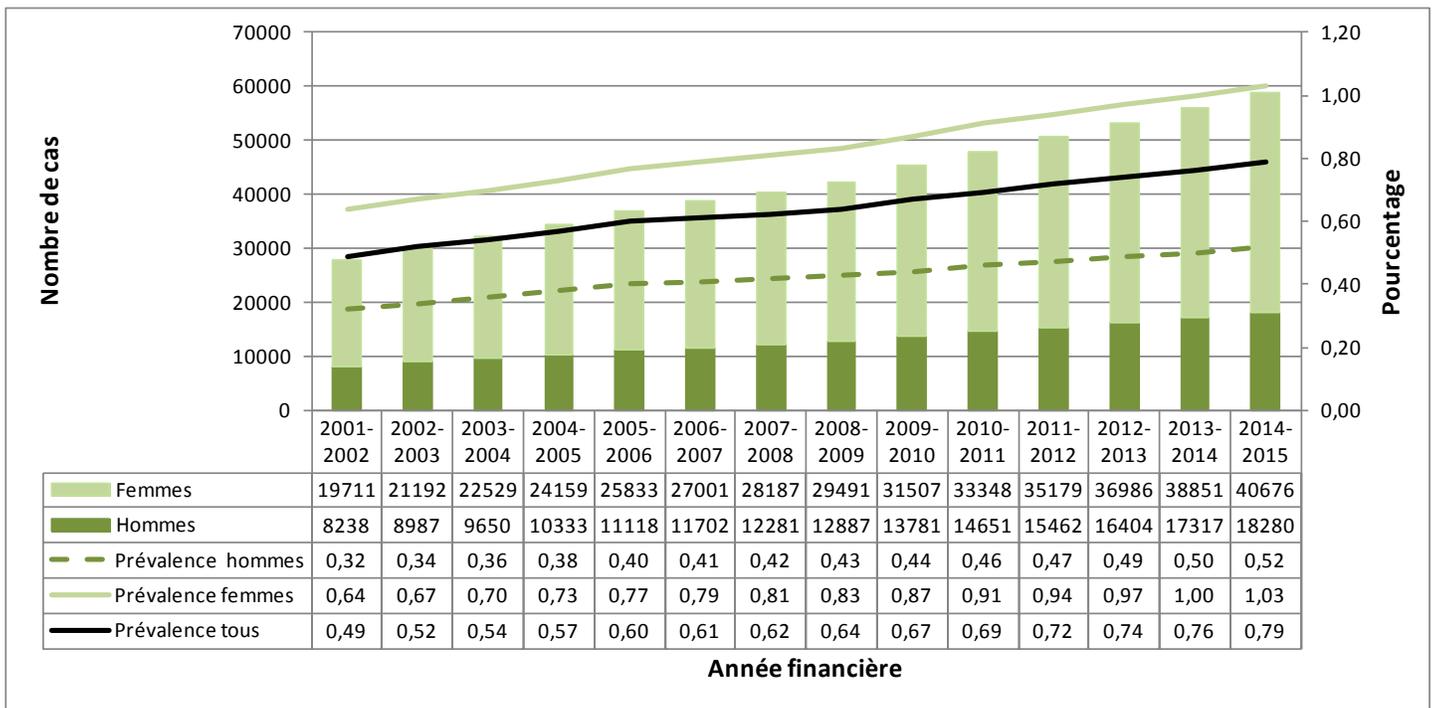
## Résultats

### Prévalence

Au cours de la période à l'étude, la prévalence ajustée de la polyarthrite rhumatoïde a augmenté et atteint environ 0,8 cas par 100 personnes en 2014-2015, soit plus de 58 900 Québécois de 20 ans et plus (figure 1). Les femmes présentent une prévalence de la polyarthrite rhumatoïde supérieure à celle des hommes (1 % chez les femmes et 0,5 % chez les hommes en 2014-2015).

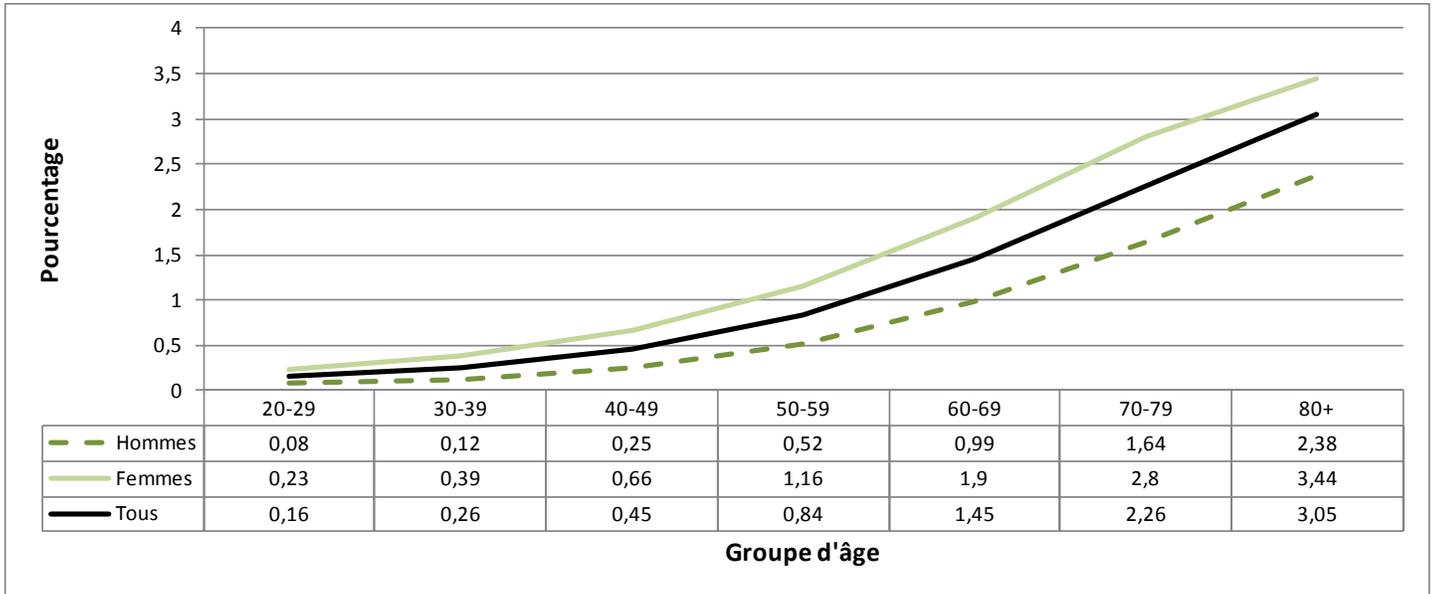
Comme attendu, la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde augmente avec l'âge passant de 0,16 % pour le groupe des 20-29 ans à 3,05 % pour le groupe des 80 ans et plus (figure 2). C'est vers l'âge de 50 ans que l'on observe, autant chez les femmes que chez les hommes, une augmentation rapide de la prévalence. Bien qu'une augmentation de la prévalence dans le temps est présente pour tous les groupes d'âge, c'est le groupe d'âge des 20-29 ans qui présente la plus grande augmentation relative avec 2 fois plus de cas en 2014-2015 comparativement à 2001-2002 (figure 3).

**Figure 1** Nombre de cas et prévalence ajustée<sup>1</sup> de la polyarthrite rhumatoïde chez les femmes et les hommes de 20 ans et plus au Québec, 2001-2002 à 2014-2015

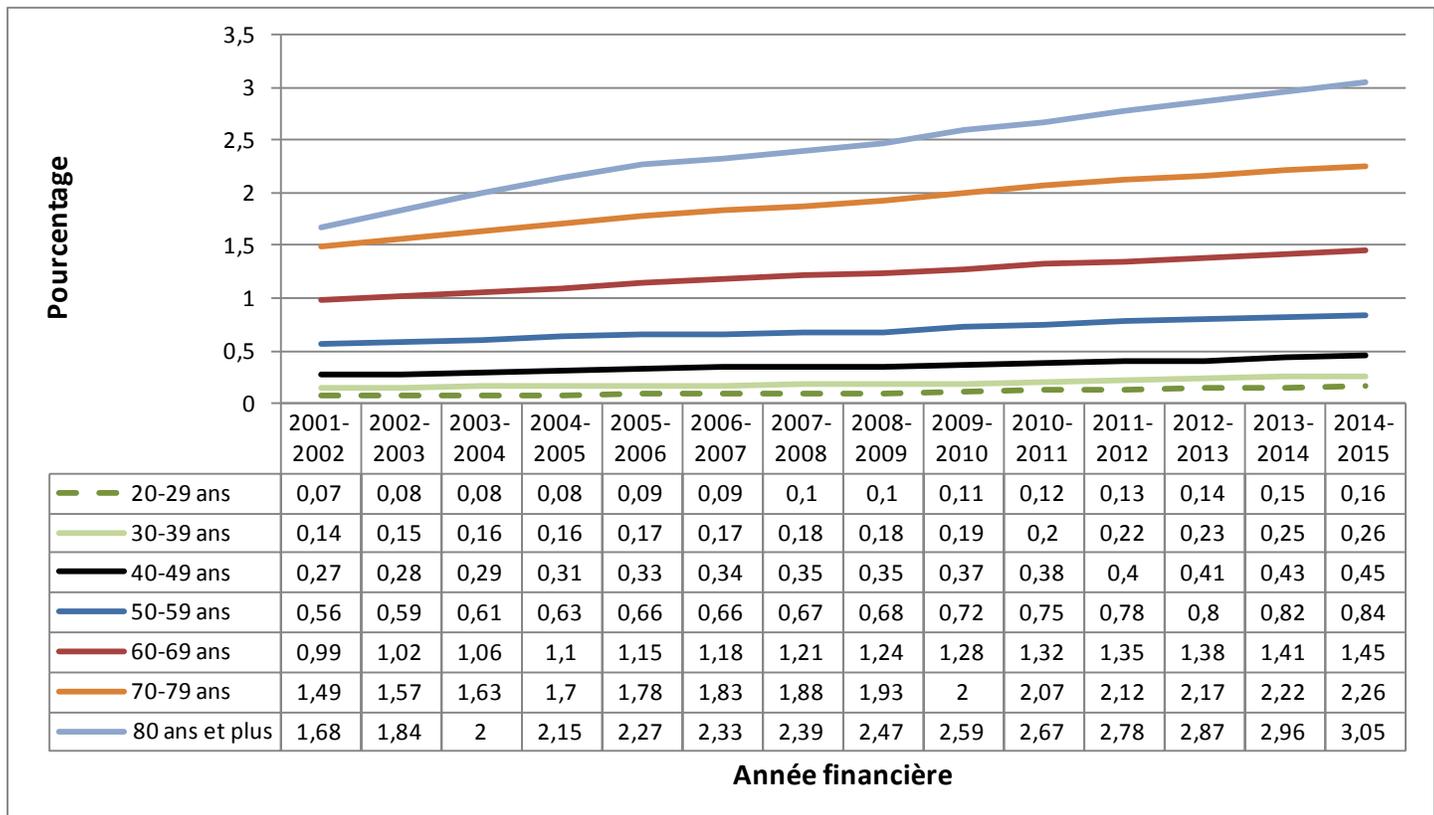


<sup>1</sup> Prévalence ajustée à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

**Figure 2** Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde selon l'âge et le sexe chez les individus âgés de 20 ans et plus au Québec en 2014-2015



**Figure 3** Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde chez les individus de 20 ans et plus au Québec par groupe d'âge, 2001-2002 à 2014-2015



Le tableau 1 présente la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde selon les différentes régions sociosanitaires pour l'année financière 2014-2015. Dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et

de Chaudière-Appalaches, les prévalences sont supérieures à celles observées dans l'ensemble du Québec (0,79 %). Pour toutes les régions, les prévalences sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes.

**Tableau 1** Prévalence ajustée<sup>2</sup> de la polyarthrite rhumatoïde chez les individus de 20 ans et plus dans différentes régions sociosanitaires du Québec en 2014-2015

Régions sociosanitaires	Total	Femmes	Hommes
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Bas-Saint-Laurent (01)	1,02 (0,97-1,07)	1,39 (1,32-1,47)	0,63 (0,58-0,69)
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	0,68 (0,65-0,71)	0,93 (0,87-0,98)	0,43 (0,39-0,47)
Capitale-Nationale (03)	0,91 (0,89-0,94)	1,22 (1,18-1,26)	0,58 (0,55-0,60)
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	0,77 (0,74-0,79)	0,97 (0,93-1,01)	0,55 (0,52-0,58)
Estrie (05)	1,06 (1,03-1,09)	1,33 (1,28-1,38)	0,78 (0,74-0,82)
Montréal (06)	0,72 (0,70-0,73)	0,96 (0,94-0,98)	0,44 (0,43-0,46)
Abitibi-Témiscamingue (08)	0,73 (0,68-0,78)	0,88 (0,81-0,96)	0,57 (0,52-0,64)
Côte-Nord (09)	0,94 (0,87-1,01)	1,31 (1,19-1,43)	0,58 (0,51-0,66)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	1,10 (1,03-1,17)	1,48 (1,37-1,60)	0,69 (0,62-0,78)
Chaudière-Appalaches (12)	1,00 (0,97-1,04)	1,26 (1,21-1,32)	0,74 (0,70-0,78)
Laval (13)	0,73 (0,70-0,76)	0,97 (0,92-1,01)	0,47 (0,44-0,50)
Lanaudière (14)	0,72 (0,69-0,75)	0,94 (0,90-0,98)	0,49 (0,46-0,53)
Laurentides (15)	0,60 (0,58-0,63)	0,80 (0,76-0,83)	0,40 (0,37-0,42)
Montérégie (16)	0,75 (0,74-0,77)	1,00 (0,97-1,03)	0,49 (0,47-0,51)
Ensemble du Québec	0,79 (0,78-0,79)	1,03 (1,02-1,04)	0,52 (0,51-0,53)

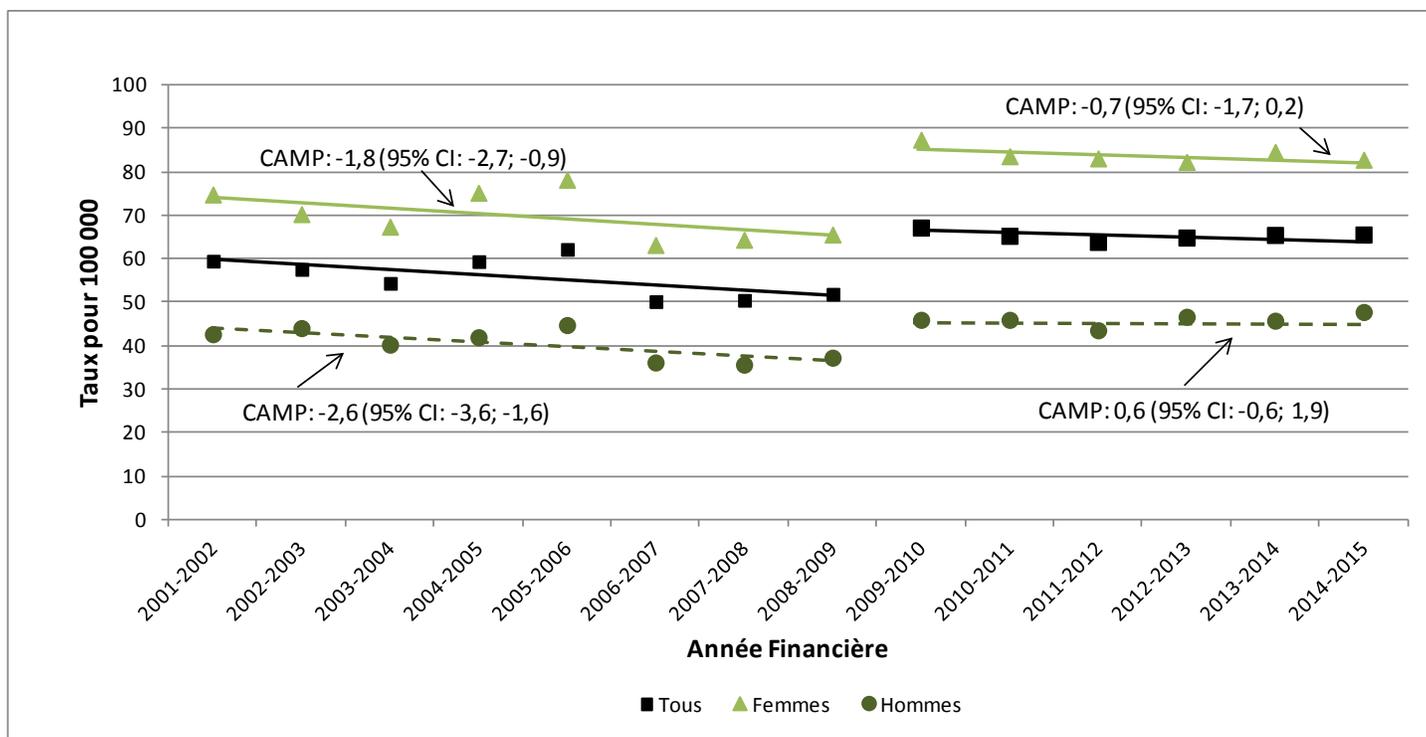
<sup>2</sup> Prévalence ajustée à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001. Les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentées en raison des faibles effectifs et de la variation élevée qui en résulte. Les données de l'Outaouais ne sont également pas diffusées, car une partie non négligeable des consultations et des hospitalisations ont lieu en Ontario, ce qui a pour conséquence de sous-estimer la mesure de cette région.

## Incidence

En 2014-2015, selon la définition de cas utilisée, environ 4 700 nouveaux cas atteints de la polyarthrite rhumatoïde ont été diagnostiqués chez les individus de 20 ans et plus. Pour cette même année, le taux d'incidence de polyarthrite rhumatoïde ajusté pour l'âge est estimé à 65,6 nouveaux cas [IC à 95 % 63,7 - 67,5] par 100 000 personnes de 20 ans et plus. Comme pour la prévalence, les taux d'incidence chez les femmes (82,8 [IC à 95 % 79,8 - 85,9] cas par 100 000 femmes en 2014-2015) sont plus élevés que ceux observés chez les hommes (47,8 [IC à 95 % 45,5 - 50,2] cas par 100 000 hommes en 2014-2015).

La figure 4 illustre l'évolution temporelle des taux d'incidence ajustés pour l'âge chez les femmes et les hommes de 20 ans et plus, entre 2001-2002 et 2014-2015. En 2009, une bonification de la rémunération des rhumatologues associée aux visites médicales des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde a été mise en place par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce changement de tarification se traduit par une augmentation soudaine des taux d'incidence pour l'année financière 2009-2010. Par conséquent, ce point de changement doit être pris en compte dans l'analyse de l'évolution temporelle des taux d'incidence. Pour la période avant 2009-2010, on remarque tant chez les femmes que chez les hommes une diminution significative des taux d'incidence ajustés pour l'âge de la polyarthrite rhumatoïde (CAMP chez les femmes -1,8 % [IC à 95 % -2,7; -0,9] et chez les hommes -2,6 % [IC à 95 % -3,6; -1,6]). Après l'année financière 2009-2010, on n'observe plus de changement significatif dans l'évolution des taux d'incidence.

**Figure 4** Taux ajusté<sup>3</sup> d'incidence de la polyarthrite rhumatoïde chez les femmes et les hommes de 20 ans et plus au Québec, 2001-2002 à 2014-2015



CAMP : changements annuels moyens en pourcentage.

<sup>3</sup> Taux d'incidence ajusté à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

Le tableau 2 montre que les taux d'incidence de la polyarthrite rhumatoïde en 2014-2015 sont significativement supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec pour les régions sociosanitaires du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches. Contrairement à ces régions, les

régions de Montréal et des Laurentides présentent des taux d'incidence inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec. Comme pour la prévalence, les taux d'incidence sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

**Tableau 2 Taux ajusté d'incidence<sup>4</sup> de la polyarthrite rhumatoïde chez les individus de 20 ans et plus dans les différentes régions sociosanitaires du Québec, en 2014-2015**

Régions sociosanitaires	Total	Femmes	Hommes
	Taux pour 100 000 (95 % CI)	Taux pour 100 000 (95 % CI)	Taux pour 100 000 (95 % CI)
Bas-Saint-Laurent (01)	152,6 (134,2-173,3)	204,7 (174,5-239,6)	99,8 (79,5-124,8)
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	62,1 (52,4-73,5)	72,7 (57,9-91,0)	51,8 (39,5-67,6)
Capitale-Nationale (03)	71,5 (65,1-78,6)	92,9 (82,6-104,5)	49,2 (41,5-58,0)
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	59,7 (52,7-67,5)	70,5 (59,9-82,8)	48,6 (39,7-59,2)
Estrie (05)	69,5 (61,5-78,3)	84,0 (71,4-98,4)	54,4 (44,9-65,8)
Montréal (06)	57,7 (53,9-61,6)	76,2 (70,3-82,6)	37,7 (33,3-42,4)
Abitibi-Témiscamingue (08)	59,7 (46,8-75,6)	67,4 (48,5-92,6)	52,9 (36,0-76,0)
Côte-Nord (09)	81,0 (62,2-104,3)	98,4 (68,5-138,0)	64,8 (43,1-95,5)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	169,7 (142,4-201,8)	229,9 (185,2-284,6)	108,9 (79,5-148,5)
Chaudière-Appalaches (12)	77,8 (68,8-87,7)	87,9 (74,4-103,6)	68,0 (56,4-81,7)
Laval (13)	70,5 (61,9-80,0)	90,7 (77,2-106,1)	49,6 (39,5-61,8)
Lanaudière (14)	56,9 (49,8-64,9)	75,4 (63,9-88,6)	38,3 (30,2-48,1)
Laurentides (15)	52,5 (46,3-59,5)	66,9 (57,1-78,1)	37,3 (29,9-46,1)
Montérégie (16)	61,6 (57,1-66,4)	75,7 (68,7-83,3)	47,0 (41,3-53,2)
Ensemble du Québec	65,6 (63,7-67,5)	82,8 (79,8-85,9)	47,8 (45,5-50,2)

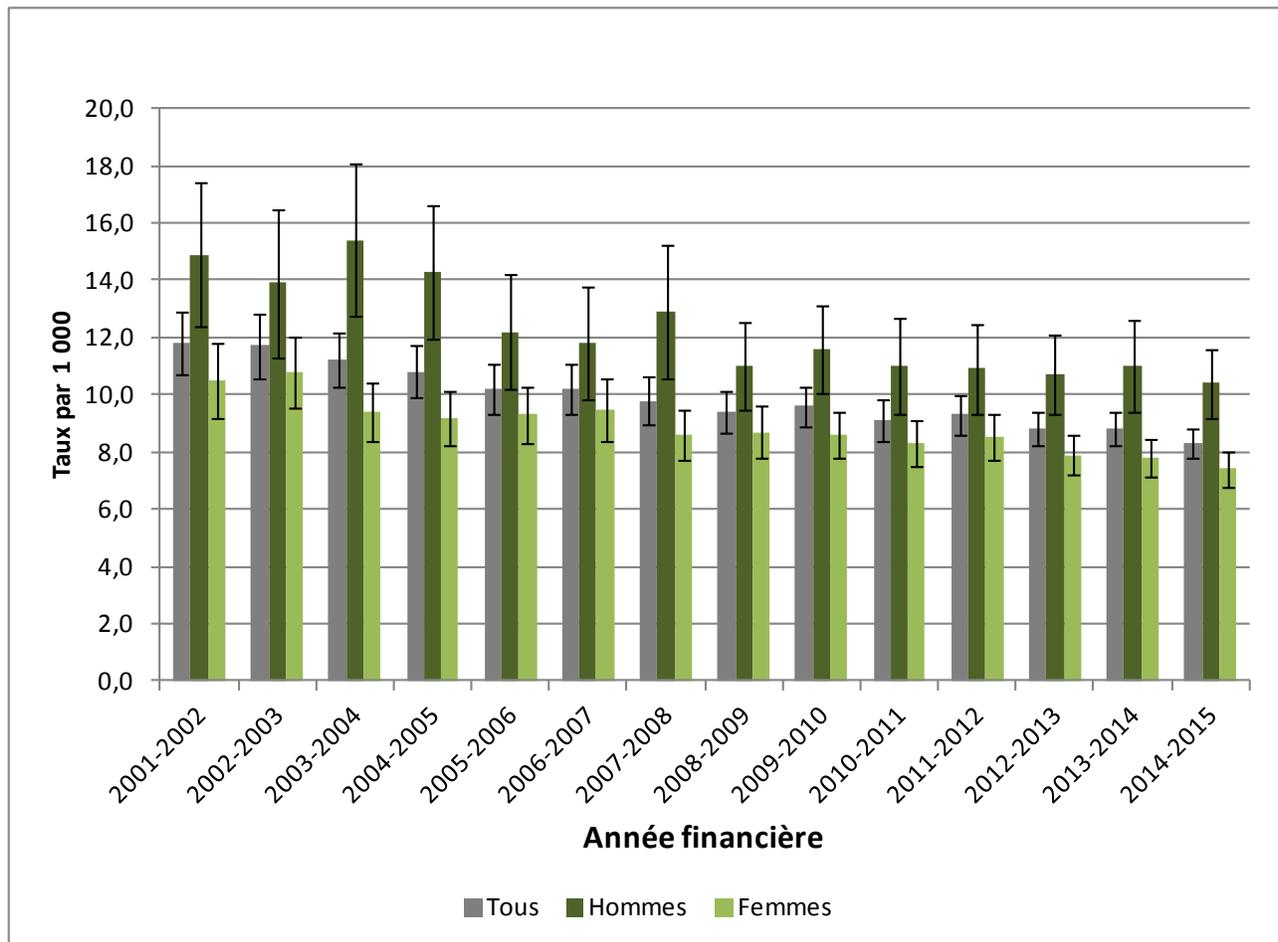
<sup>4</sup> Taux d'incidence ajusté à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001. Les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentées en raison des faibles effectifs et de la variation élevée des taux qui en résulte. Les données de l'Outaouais ne sont également pas diffusées, car une partie non négligeable des consultations et des hospitalisations ont lieu en Ontario, ce qui a pour conséquence de sous-estimer l'incidence de cette région.

## Mortalité

Au cours de la période à l'étude, les taux ajustés de mortalité de toutes causes chez les individus atteints de polyarthrite rhumatoïde ont diminué de 11,8 cas [IC à 95 % 10,9 - 13,1] par 1 000 individus en 2001-2002 à

8,3 cas [IC à 95 % 7,9 - 8,9] par 1 000 individus en 2014-2015 (figure 5). Ceci représente une diminution relative de 30 % pour les deux sexes combinés. Cette diminution de la mortalité est présente tant chez les hommes que chez les femmes, mais les taux de mortalité chez les hommes sont supérieurs à ceux des femmes.

**Figure 5** Taux ajusté<sup>5</sup> de mortalité de toutes causes chez les femmes et les hommes atteints de la polyarthrite rhumatoïde âgés de 20 ans et plus au Québec, 2001-2002 à 2014-2015

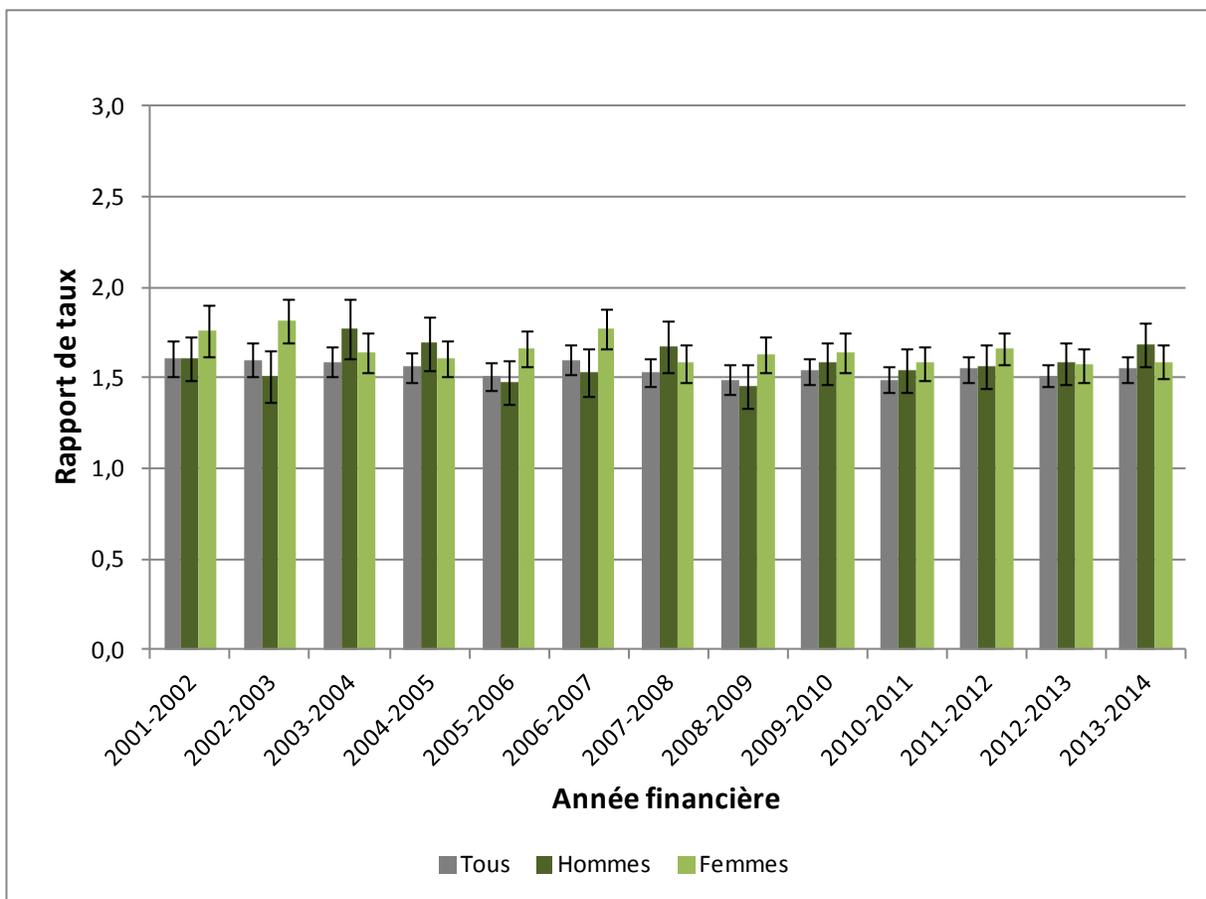


<sup>5</sup> Taux ajusté de mortalité à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

Comparativement aux taux de mortalité observés dans la population générale, les taux de mortalité chez les individus atteints de polyarthrite rhumatoïde sont significativement supérieurs à ceux attendus (rapport de taux ajustés de mortalité en 2013-2014 : 1,55 [IC à 95 % 1,48-1,62]) (figure 6). Autrement dit, les Québécois atteints de la maladie ont un taux de mortalité 55 % plus élevé que les Québécois non atteints. Cet excès de mortalité est similaire chez les hommes et les femmes, et aucune amélioration n'est observée au cours de la

période à l'étude. Cependant, comme illustré aux figures 7a et 7b, l'excès de mortalité varie grandement selon les groupes d'âge et affecte davantage les personnes de moins de 50 ans. Finalement, les principales causes de mortalité associées à l'excès de mortalité observé chez les individus diagnostiqués avec une polyarthrite rhumatoïde sont les troubles du système musculo-squelettique, les maladies infectieuses, les maladies respiratoires et digestives ainsi que les autres causes de décès (figure 8).

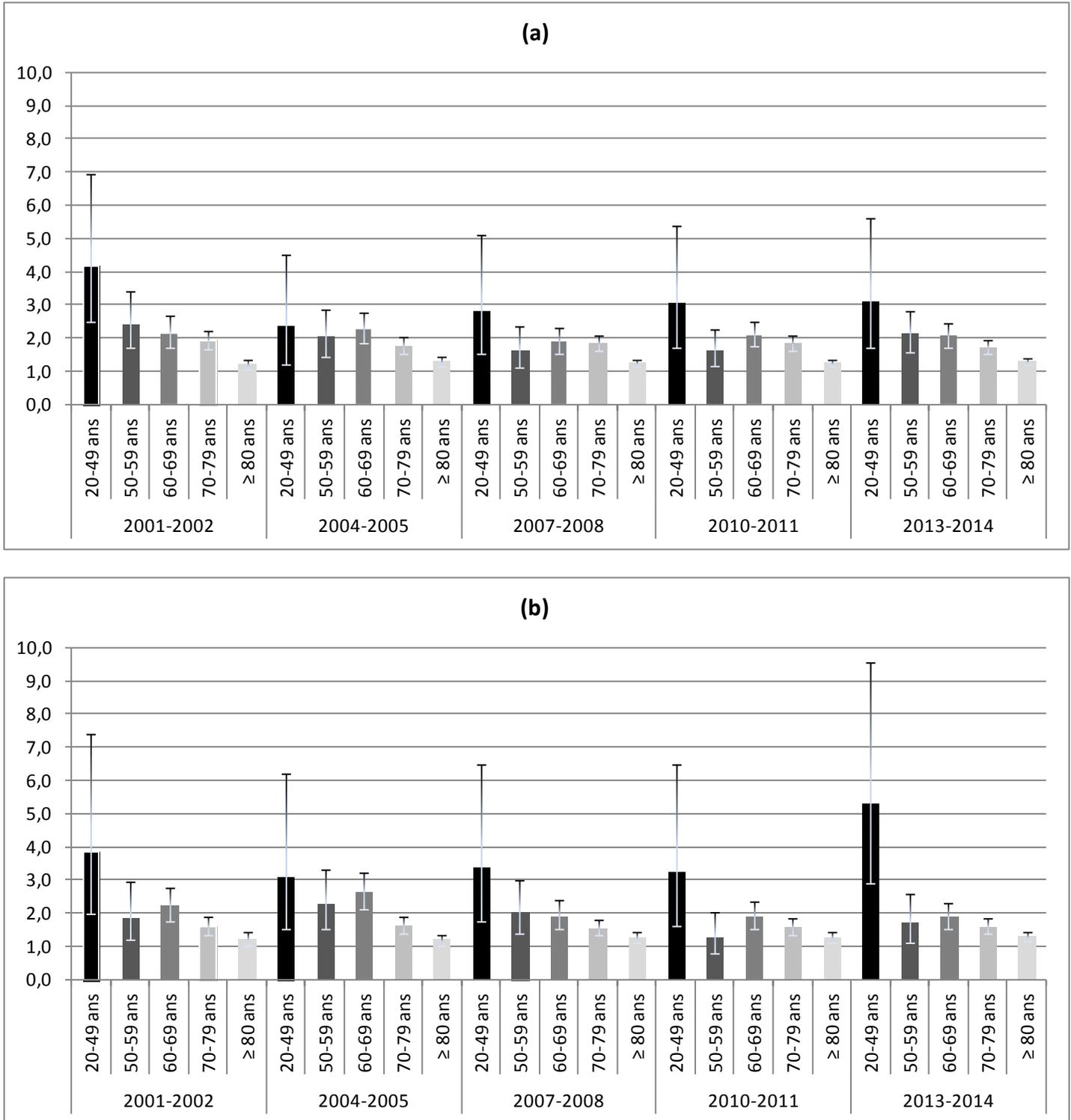
**Figure 6** Rapport<sup>6</sup> de taux ajusté<sup>7</sup> de mortalité de toutes causes chez les femmes et les hommes de 20 ans et plus au Québec, 2001-2002 à 2013-2014



<sup>6</sup> Rapport du taux ajusté de mortalité des personnes atteintes sur le taux ajusté de mortalité des personnes non-atteintes.

<sup>7</sup> Taux ajusté à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

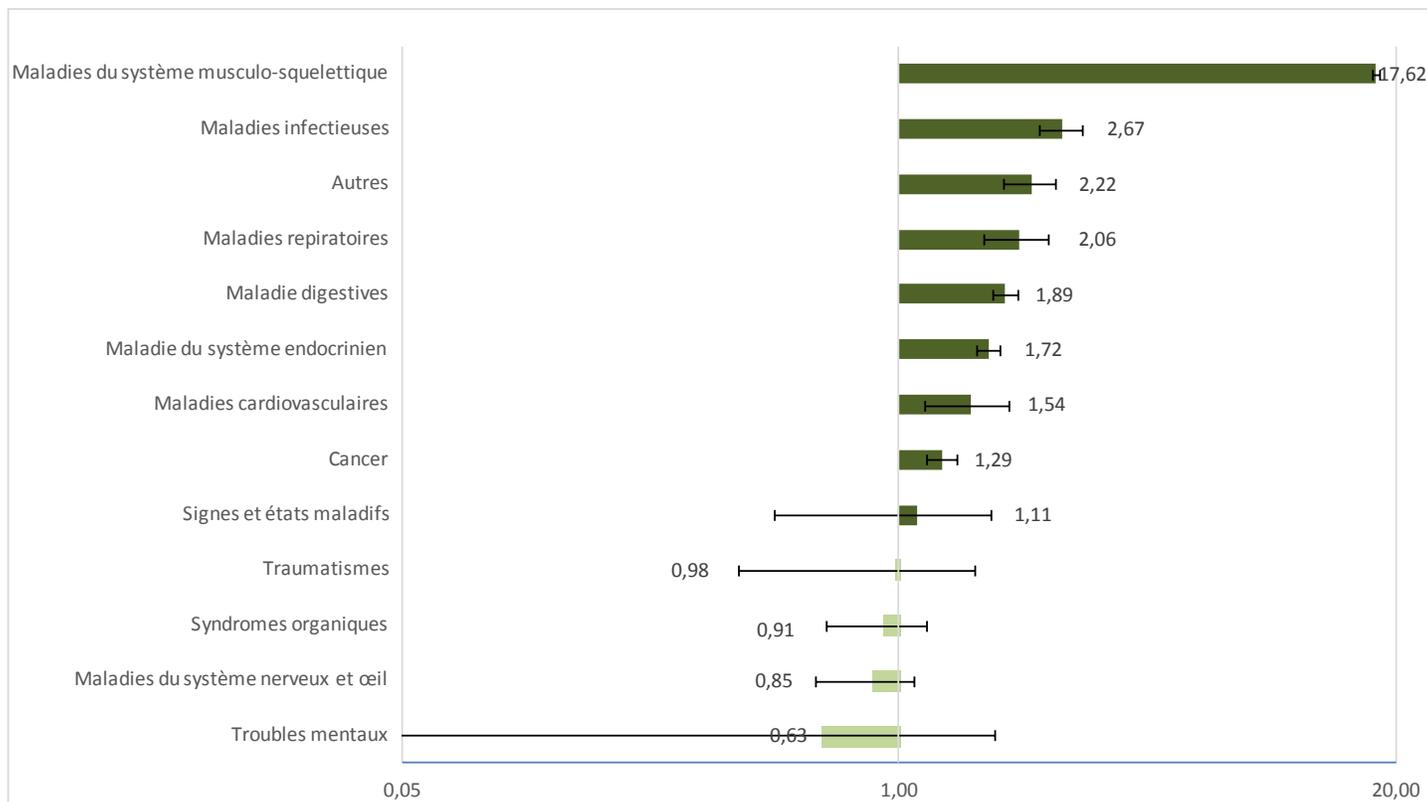
**Figure 7 Rapport<sup>8</sup> de taux ajusté<sup>9</sup> de mortalité de toutes causes selon l'âge chez les femmes (a) et les hommes (b) de 20 ans et plus au Québec, 2001-2002 à 2013-2014**



<sup>8</sup> Rapport du taux ajusté de mortalité des personnes atteintes sur le taux ajusté de mortalité des personnes non-atteintes.

<sup>9</sup> Taux ajusté à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

**Figure 8 Rapport<sup>10</sup> de taux ajusté<sup>11</sup> de mortalité selon la cause chez les individus de 20 ans et plus au Québec, 2010-2011**



<sup>10</sup> Rapport du taux ajusté de mortalité des personnes atteintes sur le taux ajusté de mortalité des personnes non-atteintes.

<sup>11</sup> Taux ajusté à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

## Discussion

Cette étude populationnelle rétrospective présente les premières mesures épidémiologiques sur la prévalence, l'incidence et la mortalité de la polyarthrite rhumatoïde au Québec ainsi que leur évolution temporelle. En 2014-2015, on estime que plus de 58 900 Québécois de 20 ans et plus souffrent de polyarthrite rhumatoïde, soit environ 0,8 % de l'ensemble des individus âgés de 20 ans et plus. Cette maladie chronique est plus fréquente chez les femmes (prévalence à 1 %) que chez les hommes (prévalence à 0,5 %). Entre 2000-2001 et 2014-2015, la prévalence ajustée de la polyarthrite rhumatoïde a augmenté de 0,5 % à 0,8 %.

Contrairement à la prévalence, les taux ajustés d'incidence de la polyarthrite rhumatoïde ont diminué, particulièrement avant 2009-2010, et ce, chez les deux sexes. Pour l'année financière 2014-2015, environ 4 700 nouveaux cas ont été diagnostiqués au Québec. Notre analyse montre aussi un excès de mortalité chez les individus diagnostiqués avec une polyarthrite rhumatoïde comparativement aux individus non atteints de cette maladie dans la population générale (rapport de taux ajusté de mortalité autour de 1,5) et aucune amélioration n'est observée au cours de la période d'observation.

Les études populationnelles réalisées dans les pays du Nord de l'Europe et aux États-Unis rapportent des estimations de la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde variant de 0,5 % à 1,1 % [8-13]. Basée sur une définition de cas récemment validée chez nos voisins ontariens, l'estimation de la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde au Québec est très similaire à celle rapportée en Ontario (0,9 % en 2010) [2].

Comme pour la prévalence, on retrouve dans la littérature une variation de l'incidence annuelle de la polyarthrite rhumatoïde allant de 28 à 75 cas par 100 000 personnes [2, 8-13]. En 2013-2014, le taux ajusté au Québec est de 65,5 nouveaux cas par 100 000 personnes de 20 ans et plus. Bien que les résultats des analyses de l'évolution temporelle de l'incidence soient controversés dans la littérature, la baisse des taux d'incidence observée dans notre étude est en adéquation avec l'analyse temporelle réalisée par Widdfield et collaborateurs qui rapportent également une tendance à la baisse des taux d'incidence en Ontario [2]. Cependant, comme rapporté par ces auteurs,

le déclin observé peut en partie être dû à des erreurs de classification résiduelles des cas prévalent comme incident (*i.e.* surestimation de l'incidence et une sous-estimation de la prévalence) dans les premières années d'observation, et ce, malgré qu'une période d'attente (ou de rodage) de 5 ans ait été utilisée pour minimiser ce biais potentiel.

Différents facteurs peuvent expliquer les variations régionales observées. L'ethnicité, la présence de communautés autochtones, le niveau socio-économique, l'exposition à des facteurs environnementaux ou liés à la profession peuvent entraîner des variations régionales de l'incidence de la polyarthrite rhumatoïde. La littérature rapporte également des taux d'incidence plus faibles dans les populations denses et chez les individus ayant un niveau d'enseignement supérieur.

Malgré une diminution des taux de mortalité de toutes causes, une récente méta-analyse confirme que les individus atteints de polyarthrite rhumatoïde ont un risque accru de décès par rapport à la mortalité de la population générale [14]. Tout comme les résultats observés dans cette analyse, une étude réalisée en Ontario montre que les individus atteints de la maladie ont un taux de mortalité entre 40 et 50 % plus élevé que les individus non atteints et les individus plus jeunes ont une surmortalité plus élevée [15]. Finalement, les principales causes de mortalité associées à l'excès de mortalité observé sont attendues puisqu'elles sont liées à la maladie ainsi qu'aux principales causes d'hospitalisation chez les individus atteints [16].

Plusieurs limites de la méthodologie utilisée sont inhérentes à l'usage des données médico-administratives. En effet, l'identification des cas est limitée à ceux ayant accès au système de santé. Elle est affectée par la codification des médecins et les erreurs de codage qui peuvent introduire des biais de classification de la maladie. De plus, il est impossible de confirmer que les individus répondant à la définition de cas respectent les critères établis par l'American College of Rheumatology pour le diagnostic de la maladie. Cependant, l'algorithme d'identification des cas utilisé dans cette étude présente une bonne validité [6, 7], ce qui nous permet de croire que nos estimations sont robustes, généralisables et fournissent jusqu'à présent

les meilleures estimations disponibles concernant le fardeau populationnel de ce problème de santé.

## Conclusion

Cette étude populationnelle donne un aperçu de l'ampleur de la polyarthrite rhumatoïde dans la population québécoise et ses conséquences sur la survie des patients. Elle met en évidence une augmentation de la prévalence de cette maladie chronique chez les individus âgés de 20 ans et plus ainsi qu'une surmortalité des individus affectés. Le fardeau croissant de la polyarthrite rhumatoïde est probablement le reflet d'une population vieillissante et d'une augmentation de l'espérance de vie.

Les informations de bases issues de cette analyse permettront de suivre l'évolution de ce problème de santé au Québec et ses issues. Elles aideront à mieux comprendre le fardeau que représente celui-ci pour les individus, les ressources médicales et budgétaires du système de santé, permettant ainsi de soutenir la prévention, la planification et l'organisation des soins afin d'améliorer la santé des individus atteints.

## Références

1. Vivre avec l'arthrite au Canada : Un défi de santé personnel et de santé publique. Agence de la santé publique du Canada. 2010.
2. Widdifield J *et al.* The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis & Rheumatology*. 2014; 66(4): 786-793.
3. Bernatsky S *et al.* Consensus statements for the use of administrative health data in rheumatic disease research and surveillance. *J Rheum*. 2013; 40:66-73.
4. Bernatsky S *et al.* Surveillance of systemic autoimmune rheumatic diseases using administrative data. *Rheum Int*. 2011; 31:549-54.
5. Blais C *et al.* Quebec Integrated Chronic disease surveillance system (QICDSS), an innovative approach. *Chronic Dis Inj Can*. 2014; 34(4):226-35.
6. Widdifield J *et al.* 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*. 2014; 16:216.
7. Widdifield J *et al.* Accuracy of Canadian health administrative databases in identifying patients with rheumatoid arthritis: a validation study using the medical records of rheumatologists. *Arthritis Care Res*. 2013; 65(10): 1582-91.
8. Gabriel SE *et al.* The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, 1956-1985. *Arthritis Rheum*. 1999; 42: 415-420.
9. Riise T *et al.* Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in the county of Troms, northern Norway. *J Rheumatol*. 2000; 27: 1386-1389.
10. Englund M *et al.* Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in southern Sweden 2008 and their relation to prescribed biologics. *Rheumatology* 2010; 49: 1563-1569.
11. Aho K *et al.* Epidemiology of rheumatoid arthritis in Finland. *Semin Arthritis Rheum*. 1998; 27: 325-334.
12. Symmons D *et al.* The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. *Rheumatology*. 2002; 41: 793-800.
13. Power D *et al.* Prevalence of rheumatoid arthritis in Dublin, Ireland: a population based survey. *Ir J Med Sci*. 1999; 168: 197-200.
14. Dadoun S *et al.* Mortality in rheumatoid arthritis over the last fifty years: Systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine*. 2013; 80: 29-33.
15. Widdifield J *et al.* Trends in excess mortality among patients with rheumatoid arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis Care & Research*. 2015; 67(8): 1047-1053.
16. Mitchet III CJ *et al.* Hospitalization rates and utilization among patients with rheumatoid arthritis: a population-based study from 1987 to 2012 in Olmsted County, Minnesota. 2015; 90(2): 176-183.

# Surveillance de la polyarthrite rhumatoïde au Québec : prévalence, incidence et mortalité

## AUTEURS

Sonia Jean  
Philippe Gamache  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

Sasha Betnatsky  
Université McGill  
Marie Hudson  
Université McGill

Louis Bessette  
Université Laval

Paul Fortin  
Université Laval

Gilles Boire  
Université de Sherbrooke

## MISE EN PAGES

Sylvie Muller et Nabila Haddouche  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2017  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-80011-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2017)

N° de publication : 2328