

Avril 2006

# LES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE :

## LE POINT SUR LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE EN 2004-2005 ET LA MORTALITÉ EN 2002

### SOMMAIRE

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques au Québec .....	2
<b>LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE LIÉE AUX MPOC.....</b>	<b>3</b>
Les hospitalisations pour MPOC : tendance générale au Québec et en région .....	3
Comparaisons avec le Québec et les autres régions.....	5
Les hospitalisations selon le sexe et l'âge.....	7
La situation dans les territoires de réseaux locaux de services.....	8
<b>LA MORTALITÉ PAR MPOC .....</b>	<b>9</b>
Nombre de décès par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue.....	10
Tendance générale au Québec et dans les régions.....	10
Comparaisons avec le Québec et les autres régions.....	12
Mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques selon le sexe et l'âge.....	14
La situation dans les territoires de réseaux locaux de services.....	15
<b>EN RÉSUMÉ .....</b>	<b>17</b>

## Les maladies pulmonaires obstructives chroniques au Québec

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques, communément appelées MPOC, font partie des affections de l'appareil respiratoire, qui se situent au quatrième rang des principales causes d'hospitalisation en courte durée au Québec, pour l'année financière 2004-2005, et au troisième rang des principales causes de mortalité en 2002. Depuis deux décennies, ce type de mortalité est en progression principalement en raison de l'augmentation des décès par maladies pulmonaires obstructives chroniques. Ces affections sont caractérisées par une difficulté respiratoire, la toux et la production de mucus. Parmi ces maladies, on retrouve la bronchite chronique, l'emphysème et l'asthme, ainsi que la dilatation des bronches (bronchectasie), l'état de mal asthmatique et autres MPOC.

La bronchite chronique et l'emphysème sont les deux processus pathologiques sous-jacents les plus courants qui contribuent aux MPOC. Ces maladies irréversibles progressent lentement sur un certain nombre d'années et les symptômes n'apparaissent que vers la quarantaine ou la cinquantaine. À mesure que la maladie progresse, les personnes atteintes de MPOC voient leur qualité de vie diminuer en raison de la limitation de leur activité due à un essoufflement de plus en plus marqué<sup>1</sup>. Il s'agit d'un problème de santé important et répandu chez les personnes âgées. Or, en raison du vieillissement de la population québécoise, il est probable que la problématique prendra de l'importance, à moins d'une intervention préventive intensive, notamment envers le tabagisme.

Plusieurs facteurs de risque modifiables contribuent aux maladies pulmonaires obstructives chroniques. Dans 80 à 90 % des cas, le tabagisme est la cause des MPOC<sup>2</sup>. Pour l'emphysème, selon la documentation scientifique, l'usage du tabac est responsable du développement de la maladie dans environ 85 % des cas. L'éradication de cette habitude néfaste à la santé amènerait donc une réduction considérable de cette maladie chronique à évolution progressive.

1. Santé Canada (2001). *Les maladies respiratoires au Canada*, Santé Canada, Ottawa, page 45.

2. BARNES, Peter J. (2000). « Chronic obstructive pulmonary disease », *The New England Journal of Medicine*, 343, pages 269-279.

Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve l'exposition professionnelle au cadmium, à certaines poussières (silice et or notamment) et aux solvants, la pollution atmosphérique extérieure (dioxyde de soufre et particules aéroportées), les infections respiratoires, l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) ainsi que les antécédents familiaux de maladie pulmonaire.

## LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE LIÉE AUX MPOC

Les personnes atteintes de MPOC constituent de grands utilisateurs de services de santé en raison de la nature progressive et débilante de ces maladies. Ainsi, les infections à répétition des voies respiratoires conduisent souvent à des visites à l'urgence, à des hospitalisations et à la consommation de médicaments. Lorsque les personnes ne peuvent se déplacer, notamment les plus âgées, elles peuvent recevoir certains soins à domicile<sup>3</sup>. La morbidité liée aux MPOC s'avère donc lourde.

### Les hospitalisations pour MPOC : tendance générale au Québec et en région

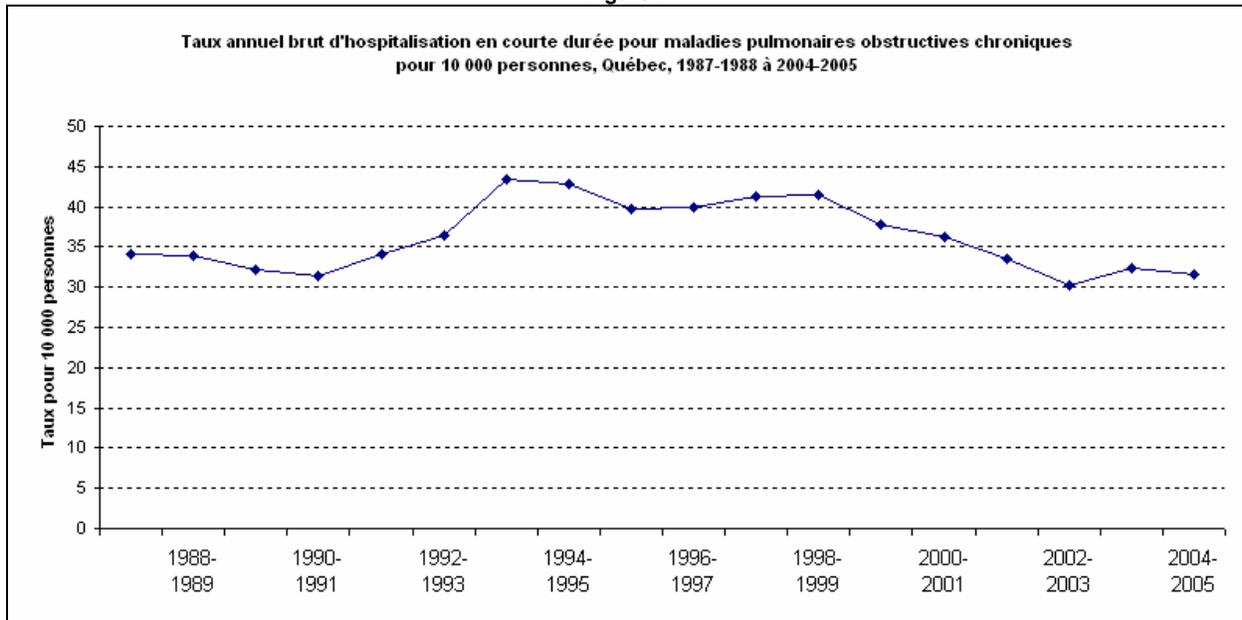
Une façon de mieux saisir cette morbidité est d'analyser les données d'hospitalisation<sup>4</sup> découlant des MPOC. De 1987-1988 à 2004-2005, le taux d'hospitalisation<sup>5</sup> en courte durée pour MPOC varie au Québec. En 1987-1988, il se situait à 34 hospitalisations pour 10 000 personnes. Il a par la suite grimpé jusqu'à 43 hospitalisations pour 10 000 au milieu des années 90, puis a diminué jusqu'en 2004-2005, s'établissant alors à 32 hospitalisations pour 10 000 personnes (figure 1). Durant cette période, la durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation pour MPOC varie entre 8 et 10 jours. En 2004-2005, elle s'établit plus précisément à 8,2 jours. Il faut noter que les durées de séjour peuvent être influencées par les normes d'utilisation de services et les mécanismes de coordination mis en place pour les admissions et les congés.

3. Santé Canada (2001). *Les maladies respiratoires au Canada*, Santé Canada, Ottawa, pages 45 à 54.

4. Les hospitalisations ne peuvent cependant être utilisées pour mesurer la prévalence des MPOC puisque les informations se rapportent à une hospitalisation et non à une personne, et qu'une personne peut être hospitalisée plusieurs fois au cours d'une année. De plus, les données d'hospitalisation concernent toujours les résidents d'un territoire donné, quel que soit l'endroit au Québec où ces derniers ont pu être hospitalisés. À titre indicatif, selon les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC cycle 2.1), 9 % des Québécois souffraient d'asthme, 3 % étaient atteints de bronchite chronique et 1 % d'emphysème en 2003.

5. Contrairement aux décès (voir page 9), les hospitalisations sont classées uniquement à l'aide de la 9<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Figure 1

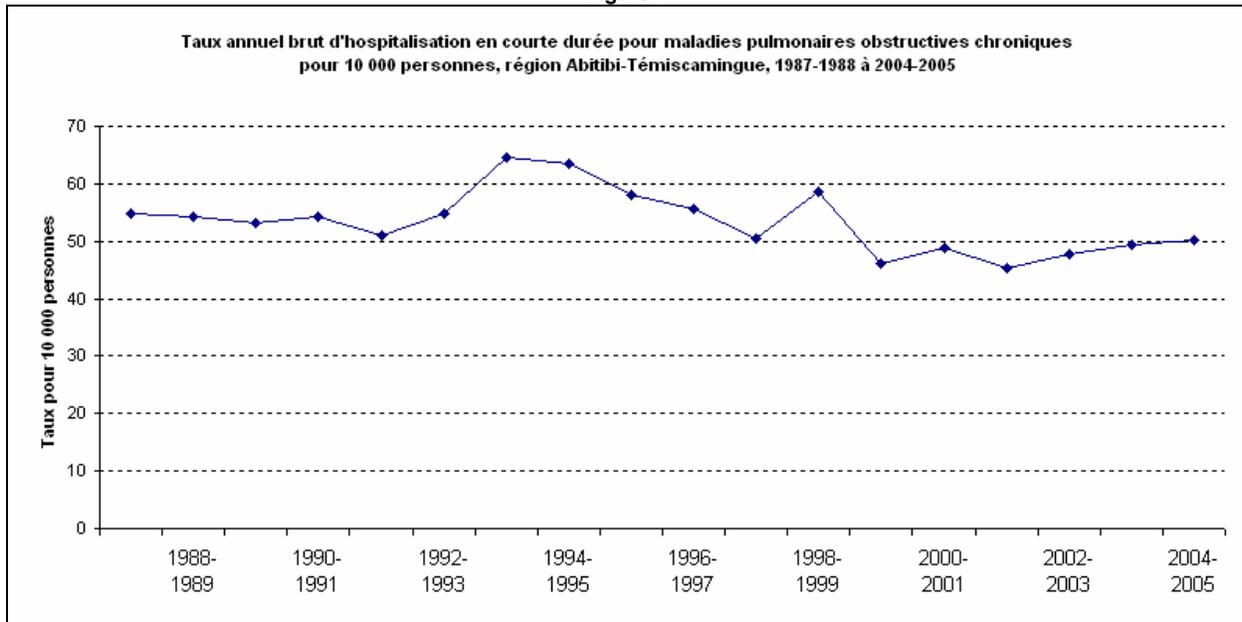


Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1987-1988 à 2004-2005.  
Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2005.

En Abitibi-Témiscamingue, le taux d'hospitalisation a connu des variations semblables à celles observées au Québec pour la même période, sauf en ce qui concerne les années 2000 où il s'avère légèrement à la hausse (figure 2). Ainsi, en 1987-1988, le taux était de 55 hospitalisations pour 10 000 personnes. Il s'est par la suite accru jusqu'au milieu des années 90, atteignant 65 hospitalisations pour 10 000 personnes, puis a diminué jusqu'à la fin de cette décennie, se situant ainsi à 46 hospitalisations pour 10 000 personnes en 1999-2000. Depuis 2000-2001, le taux d'hospitalisation pour MPOC est à la hausse dans la région. Il atteint 50 hospitalisations pour 10 000 personnes en 2004-2005, ce qui correspond à un total de 729 hospitalisations pour cette année financière.

La durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation pour MPOC varie de 6 à 8 jours entre 1987-1988 et 2004-2005, à l'exception de l'année 1993-1994 où elle atteignait une dizaine de jours. Il s'agit d'une durée moyenne plus courte comparativement à la situation dans l'ensemble du Québec. Depuis 2002-2003, on observe une légère diminution de la durée de séjour dans la région. En 2004-2005, elle se situe précisément à 6,9 jours en moyenne par hospitalisation.

Figure 2

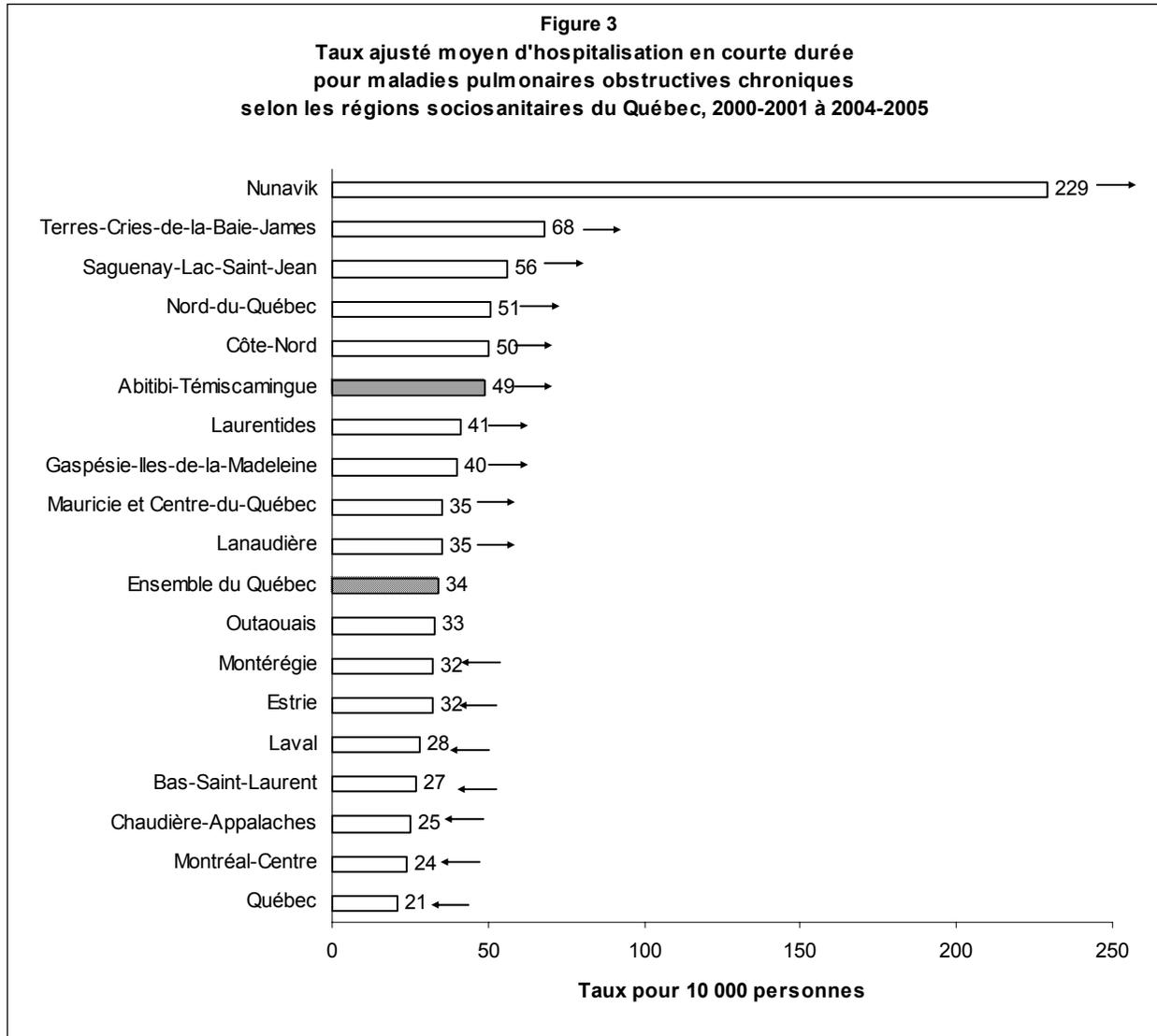


Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 1987-1988 à 2004-2005.  
Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2005.

### Comparaisons avec le Québec et les autres régions

Pour la période 2000-2001 à 2004-2005, la région se caractérise par un taux ajusté annuel moyen<sup>6</sup> de 49 hospitalisations en courte durée pour MPOC pour 10 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux de référence québécois qui s'établit à 34 hospitalisations pour 10 000 (figure 3). Ainsi, l'Abitibi-Témiscamingue compte 44 % plus d'hospitalisations pour maladies pulmonaires obstructives chroniques que l'ensemble du Québec.

6. L'emploi d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre plusieurs territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes car il permet d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 1996 comme population de référence.



Les flèches indiquent si le taux dans une région est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (→ = supérieur; ← = inférieur).

Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2005.

L'Abitibi-Témiscamingue détient le sixième taux le plus élevé d'hospitalisation pour maladies pulmonaires obstructives chroniques pour la période 2000-2001 à 2004-2005. Néanmoins, d'autres régions du Québec sont aussi particulièrement affectées par cette problématique. Il s'agit du Nunavik avec un taux ajusté très élevé de 229 hospitalisations pour 10 000 personnes, les Terres-Cries-de-la-Baie-James (68), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (56), la région Nord-du-Québec (51), la Côte-Nord (50), les Laurentides (41), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (40), la

Mauricie et le Centre-du-Québec (35), ainsi que Lanaudière (35). Les taux de ces différentes régions sont significativement supérieurs au taux de référence québécois (34 hospitalisations pour 10 000 personnes). Il y a donc davantage d'hospitalisations pour MPOC dans ces régions comparativement à l'ensemble du Québec. L'Outaouais (33 hospitalisations pour 10 000) possède un taux comparable au taux de référence. Les autres régions présentent des taux ajustés moyens se situant entre 21 et 32 hospitalisations pour 10 000 personnes, taux significativement inférieurs au taux de référence québécois.

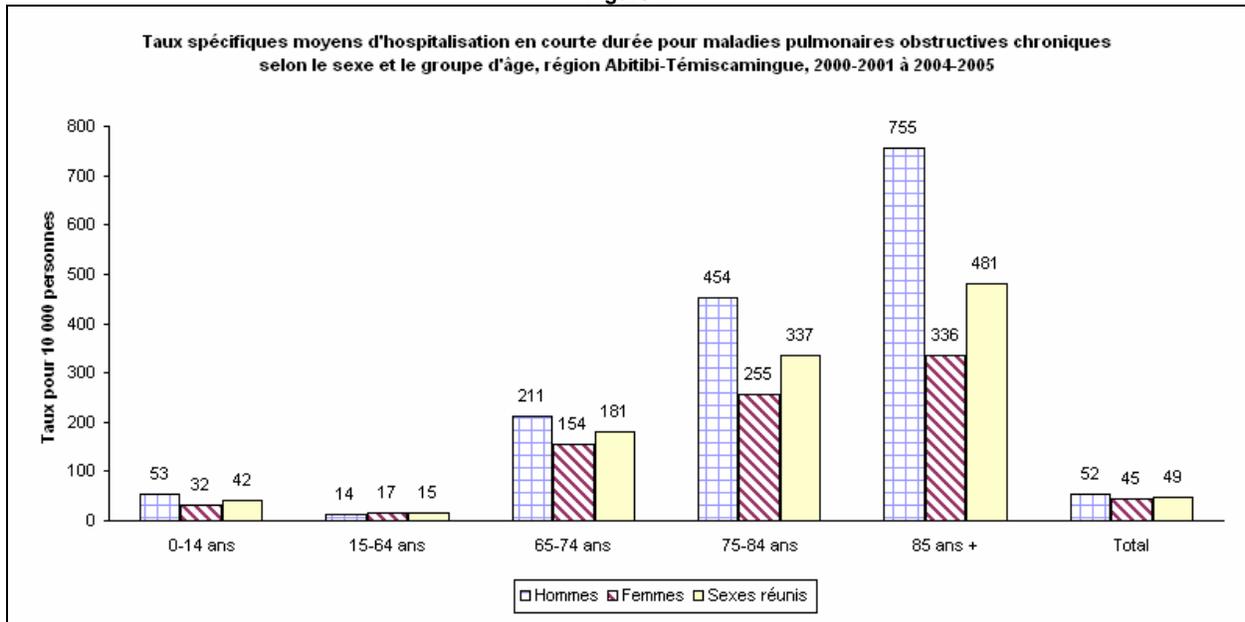
## **Les hospitalisations selon le sexe et l'âge**

La proportion d'hospitalisation pour maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue augmente de manière significative selon l'âge et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Seul le groupe des jeunes de moins de 15 ans constitue une exception : on y retrouve des taux d'hospitalisation plus élevés que chez les individus âgés de 15 à 64 ans (figure 4). Plus précisément, il s'agit dans la grande majorité des cas (87 %) d'hospitalisation pour des problèmes d'asthme. Cette situation s'avère semblable aux données de l'ensemble du Québec.

Chez les hommes et les femmes réunis, le taux annuel moyen d'hospitalisation est de 42 pour 10 000 personnes chez les jeunes de moins de 15 ans. Il diminue ensuite à 15 pour 10 000 dans le groupe d'âge des 15 à 64 ans. Par après, on note une augmentation constante : 181 pour 10 000 chez les gens âgés de 65 à 74 ans, 337 chez ceux de 75 à 84 ans et finalement 481 chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Par ailleurs, comme au Québec, les hospitalisations pour maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans, le taux annuel moyen est de 454 hospitalisations pour 10 000 hommes alors qu'il s'élève à 255 hospitalisations pour autant de femmes. Chez les hommes âgés de 85 ans ou plus, le taux grimpe à 755 hospitalisations comparativement à 336 chez les femmes. Cet écart observé entre les sexes rend compte, selon la documentation scientifique, du taux plus élevé de tabagisme chez les hommes il y a 20 ou 30 ans.

Figure 4

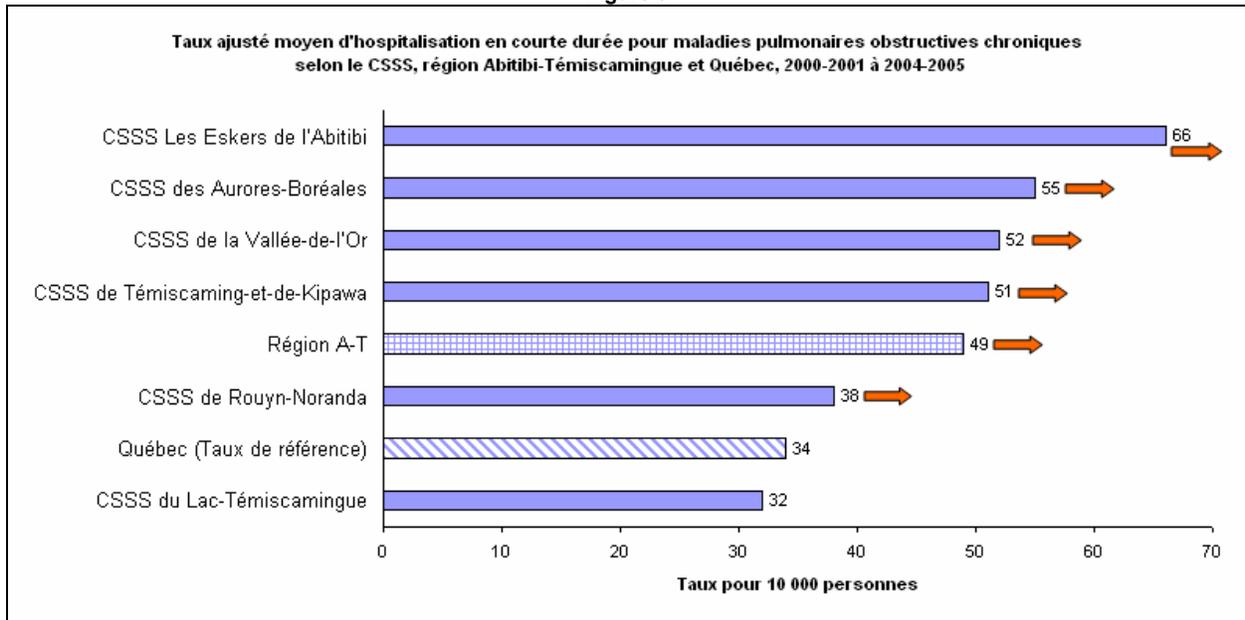


Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005.  
Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2005.

## La situation dans les territoires de réseaux locaux de services

Parmi les six centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, c'est dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi que l'on retrouve le plus haut taux d'hospitalisation pour MPOC, 66 pour 10 000 personnes, un taux qui est significativement supérieur au taux québécois de référence (34 hospitalisations pour 10 000). Il y a donc proportionnellement plus d'hospitalisations dans ce territoire que dans l'ensemble du Québec. Suivent ensuite le territoire de CSSS des Aurores-Boréales (55 hospitalisations pour 10 000 personnes), celui de la Vallée-de-l'Or (52), de Témiscaming-et-de-Kipawa (51) et celui de Rouyn-Noranda (38). Les taux dans ces territoires sont également supérieurs au taux québécois de référence, traduisant une différence statistique significative. Seul le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient un taux (32 hospitalisations pour 10 000 personnes) comparable au taux de référence québécois.

Figure 5



Les flèches indiquent si le taux dans un territoire est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (→ = supérieur; ← = inférieur).

Sources : MSSS, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, années financières 2000-2001 à 2004-2005.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2005.

## LA MORTALITÉ PAR MPOC

De 1977 à 1999, au Québec, les taux de mortalité par MPOC ont presque triplé, passant de 14 décès par 100 000 personnes à 41<sup>7</sup>. Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient classées à l'aide de la 9<sup>e</sup> Révision de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé. Cependant, la 10<sup>e</sup> Révision de la CIM est utilisée depuis l'an 2000, ce qui entraîne des changements :

- les données antérieures à 2000 ne peuvent être comparées à celles égales ou postérieures à 2000;
- la CIM-10 étant plus précise que la CIM-9, les nouvelles règles de codification modifient les tendances caractérisant les décès.

7. MSSS (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Direction des communications du MSSS, Québec, page 131 et GUÉRIN, Michel (2003). *La mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue, RRSSS-AT, Rouyn-Noranda*, page 4.

En ce qui concerne plus précisément les MPOC, le changement de classification engendre une baisse du nombre de décès au Québec : 3 016 en 1999 contre 2 681 en 2000. Ce changement se traduit également par une baisse du taux québécois de mortalité par MPOC : 41 décès pour 100 000 personnes en 1999 contre 36 en 2000. Le taux s'accroît légèrement en 2001 et 2002, pour atteindre respectivement 37 et 38 décès par 100 000 personnes<sup>8</sup>.

### **Nombre de décès par maladies pulmo- naires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue**

En Abitibi-Témiscamingue, on dénombre en 2002 un total de 66 décès déclarés par maladies pulmonaires obstructives chroniques, comparativement à 64 décès en 2001 et 56 en 2000. Pour la période 2000 à 2002, cela représente une moyenne annuelle de 62 décès pour ces maladies. Durant cette même période, dans la région, 75 % des décès par maladies du système respiratoire sont attribués aux MPOC.

À titre indicatif seulement, puisque les données antérieures à 2000 ne peuvent être comparées à celles postérieures à 2000 en raison du changement de classification (CIM), le nombre de décès par MPOC dans la région s'élevait à 80 en 1999. De plus, pour la période de 1995 à 1999, les décès par MPOC représentaient 65 % des décès par maladies de l'appareil respiratoire.

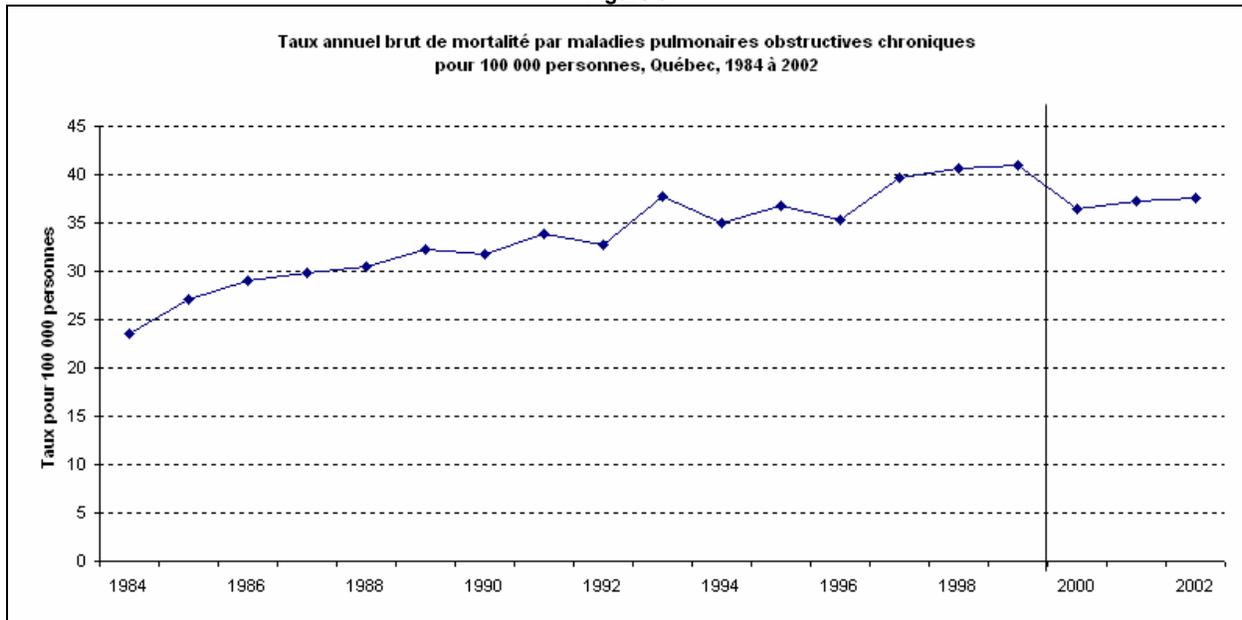
### **Tendance générale au Québec et dans les régions**

Le taux québécois de mortalité déclarée par maladies pulmonaires obstructives chroniques a augmenté de façon quasi constante depuis le milieu des années 80, passant de 24 décès pour 100 000 personnes en 1984 à 41 décès pour 100 000 en 1999.

Pour la période 2000 à 2002, le taux québécois fluctue entre 36 et 38 décès pour 100 000 personnes, et révèle une légère tendance à la hausse (figure 6).

8. MSSS, Fichiers des décès, 1999 à 2002. Pour l'année 1999, les décès furent classés en fonction de la CIM-9 (490-496); pour les années 2000 à 2002, la CIM-10 (J40-J47) fut utilisée.

Figure 6



Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire) : les données avant et après l'année 2000 ne peuvent être comparées entre elles.

Sources : MSSS, fichier des décès, 1999 à 2002.

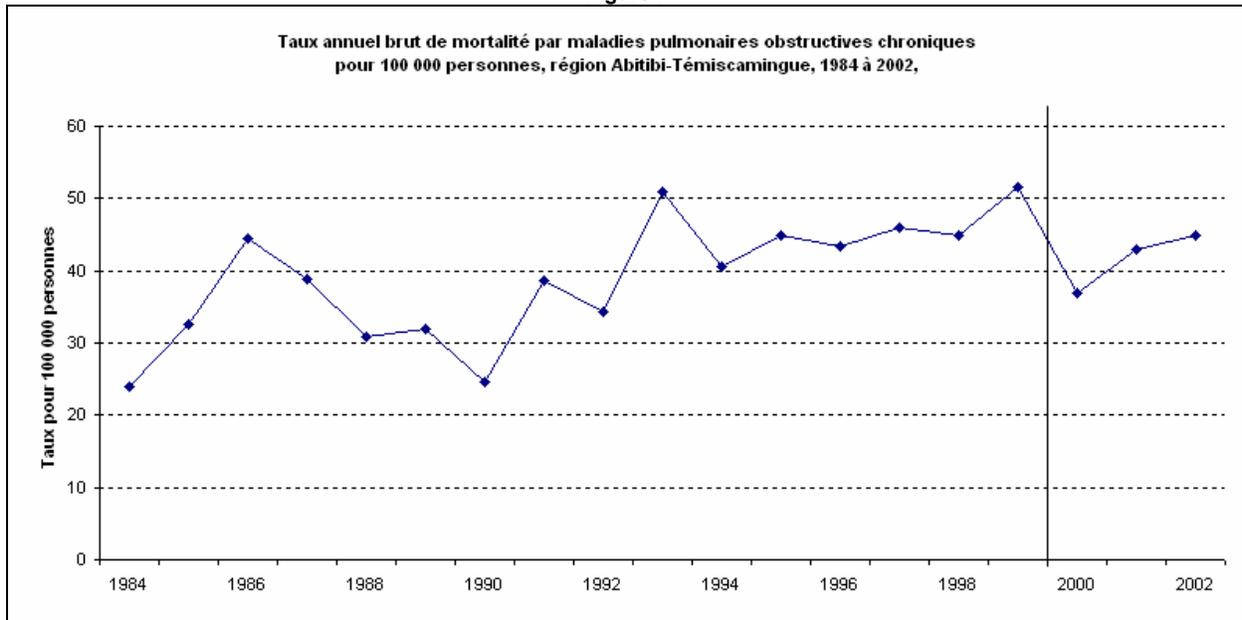
MSSS (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2004.

Dans la région, bien que la fluctuation d'une année à l'autre apparaît plus grande qu'au Québec en raison des petits nombres en cause, on observe également une tendance générale à la hausse depuis le milieu des années 80 (figure 7). En 1984, le taux brut de mortalité déclarée par maladies pulmonaires obstructives chroniques se situe à 24 décès pour 100 000 personnes. Il grimpe à 44 en 1986 pour redescendre à 25 en 1990. Par la suite, bien que la fluctuation demeure grande jusqu'au milieu de la décennie 90, on remarque cette tendance générale à la hausse du taux brut de mortalité pour 100 000 personnes. En 1999, le taux atteint 52 décès pour 100 000 personnes.

Pour la période 2000 à 2002, on observe une tendance marquée à la hausse du taux régional de mortalité par MPOC puisque, de 37 décès pour 100 000 personnes en 2000, il s'élève à 45 en 2002.

Figure 7



Changement de la méthode de classification des décès en 2000 (représenté par le trait perpendiculaire) : les données avant et après l'année 2000 ne peuvent être comparées entre elles.

Sources : MSSS, fichier des décès 1999 à 2002.

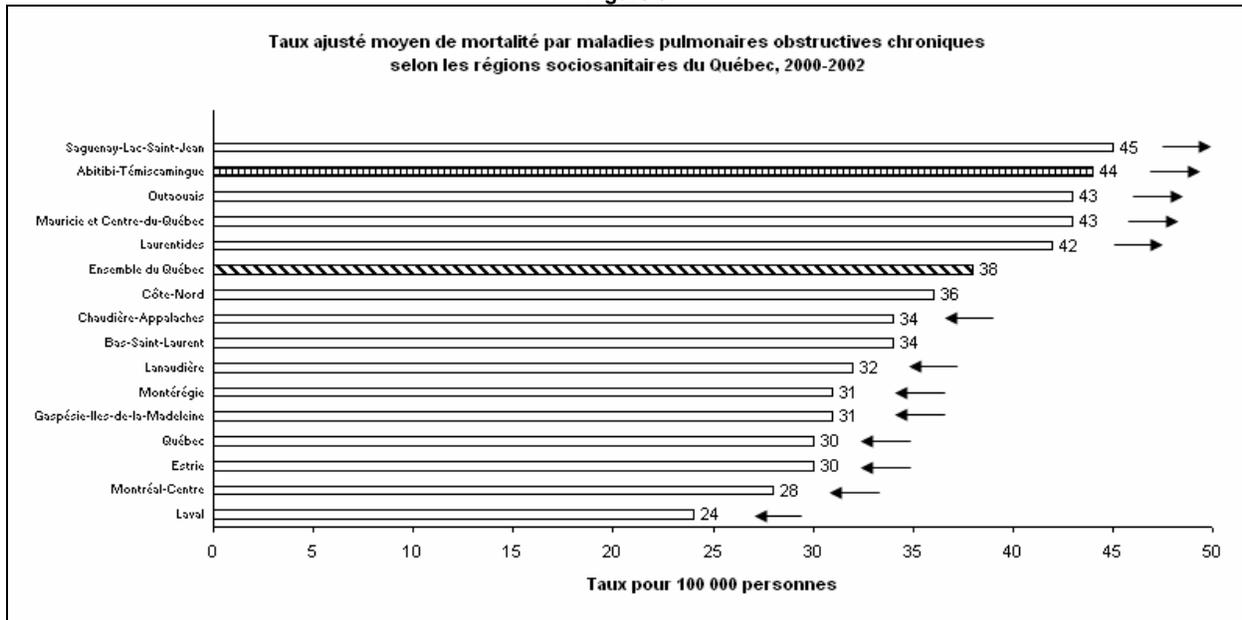
MSSS (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2004.

## Comparaisons avec le Québec et les autres régions

Pour la période 2000 à 2002, la région se caractérise par un taux ajusté moyen de 44 décès déclarés annuellement pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux de référence québécois qui s'établit à 38 décès pour 100 000 (figure 8). Ainsi, l'Abitibi-Témiscamingue compte 16 % plus de décès par maladies pulmonaires obstructives chroniques que l'ensemble du Québec.

Figure 8



- Les taux des régions sociosanitaires Nord-du-Québec (10), Nunavik (17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) sont absents en raison du coefficient de variation élevé, résultant des faibles effectifs dans ces régions.
- Les flèches indiquent si le taux dans une région est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec (→ = supérieur; ← = inférieur).

Sources : MSSS, fichier des décès 2000 à 2002.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2004.

Bien que la proportion de fumeurs se compare maintenant à celle de l'ensemble de la province<sup>9</sup>, la population de l'Abitibi-Témiscamingue s'est longtemps démarquée de celle du Québec avec un pourcentage plus élevé de fumeurs, ce qui peut expliquer encore aujourd'hui la surmortalité par MPOC dans la région, le tabagisme, actif ou passif, demeurant le principal facteur explicatif de ces maladies et entraînant des conséquences à long terme sur la santé. Cependant, d'autres facteurs peuvent être en cause. Ainsi, la documentation scientifique a démontré que la prévalence des problèmes respiratoires, particulièrement la bronchite chronique, était augmentée chez les travailleurs de certains types de mines ou fonderies<sup>10</sup>. À ce sujet, notons qu'en 2001

9. 27 % des Témiscabitiens de 12 ans et plus et 26 % des Québécois du même groupe d'âge sont des fumeurs réguliers ou occasionnels, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003 (cycle 2.1) de Statistique Canada. En comparaison, 39 % de la population régionale de 15 ans et plus fumaient régulièrement ou occasionnellement du tabac en 1998 (Bellot, Sylvie (2000). *Enquête sociale et de santé, Résultats pour l'Abitibi-Témiscamingue, Fascicule 4 : Usage du tabac*, RRSSAT, Rouyn-Noranda, page 5).

10. KILBURN, Kaye H. (1980). « Occupational chronic bronchitis », in *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, Eleventh edition, Appleton Century Crofts, New-York, pages 629-633.

près de 14 % de la population active de l'Abitibi-Témiscamingue oeuvrait dans le secteur de l'exploitation des ressources naturelles, principalement dans les sous secteurs miniers et forestiers, comparativement à 3 % dans l'ensemble du Québec<sup>11</sup>. Certains polluants atmosphériques, notamment le dioxyde de soufre et les particules aéroportées, présents dans la région, seraient également des facteurs à considérer dans l'apparition de problèmes respiratoires.

Si l'Abitibi-Témiscamingue détient le deuxième taux le plus élevé de décès déclarés par maladies pulmonaires obstructives chroniques pour la période 2000 à 2002, d'autres régions du Québec sont également touchées par cette problématique. Il s'agit du Saguenay-Lac-Saint-Jean avec un taux ajusté de 45 décès pour 100 000 personnes, l'Outaouais (43), la Mauricie et le Centre-du-Québec (43), de même que les Laurentides (42). Notons que les taux de ces différentes régions sont significativement supérieurs au taux de référence québécois (38 décès pour 100 000 personnes). Il y a donc davantage de décès par MPOC dans ces régions comparativement à l'ensemble du Québec. La Côte-Nord (36 décès pour 100 000) et le Bas-Saint-Laurent (34) ont des taux comparables au taux de référence. Les autres régions présentent des taux ajustés moyens se situant entre 24 et 34 décès pour 100 000 personnes, des taux significativement inférieurs au taux de référence québécois.

### **Mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques selon le sexe et l'âge**

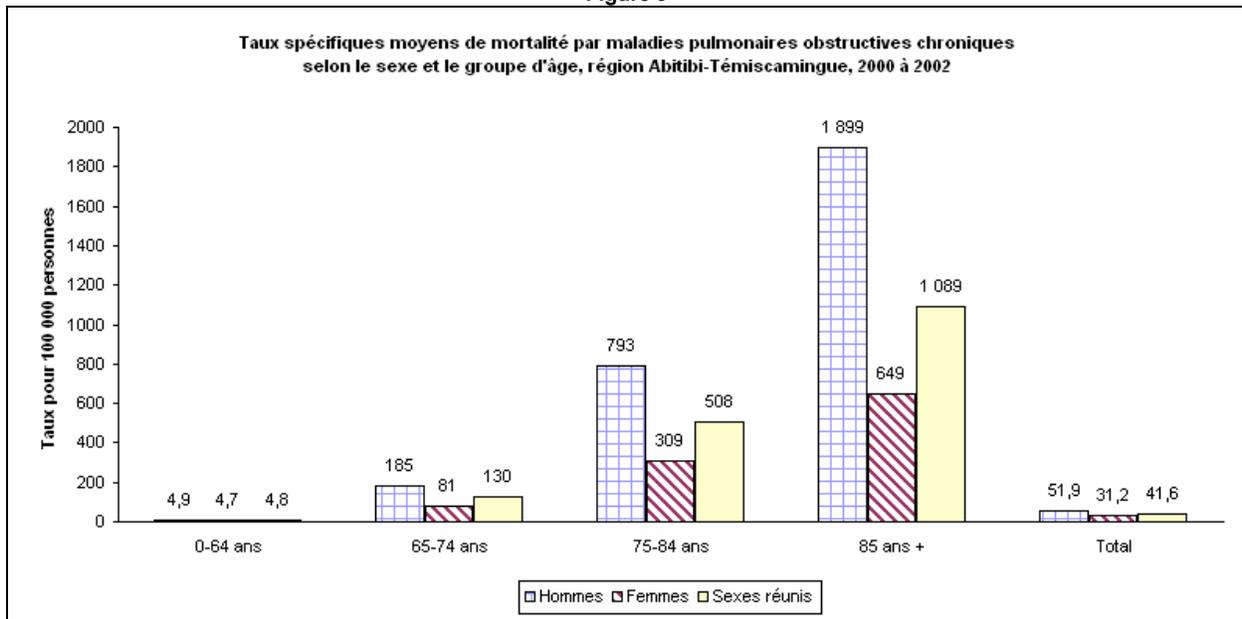
Comme l'indique la figure 9, la proportion de décès déclarés par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue augmente de manière significative selon l'âge et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, suivant en cela le modèle québécois. Alors que chez les hommes et les femmes réunis, le taux annuel moyen de mortalité est très bas avant 65 ans, avec moins de 5 décès pour 100 000 personnes<sup>12</sup>, il s'élève graduellement par la suite, passant à 130 décès chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, puis à 508 décès chez les personnes âgées de 75 à 84 ans. Chez les Témiscabitiens âgés de 85 ans ou plus, le taux atteint 1 089 décès pour 100 000 personnes.

11. BELLLOT, Sylvie et Guillaume Beaulé (2005). *Portrait de santé, Territoires des CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, page 11.

12. C'est la raison de regrouper en une seule classe d'âge les personnes de moins de 65 ans.

Par ailleurs, et à l'instar du Québec, la mortalité déclarée par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue s'avère beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, parmi les 75 à 84 ans, le taux annuel moyen est de 793 décès pour 100 000 hommes alors qu'il s'élève à 309 décès pour autant de femmes. Chez les hommes âgés de 85 ans ou plus, le taux passe à 1 899 décès comparativement à 649 décès chez les femmes. Cet écart observé entre les sexes rend compte, selon la documentation scientifique, du taux plus élevé de tabagisme chez les hommes il y a 30 ans.

Figure 9



Sources : MSSS, fichier des décès 2000 à 2002.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2004.

## La situation dans les territoires de réseaux locaux de services

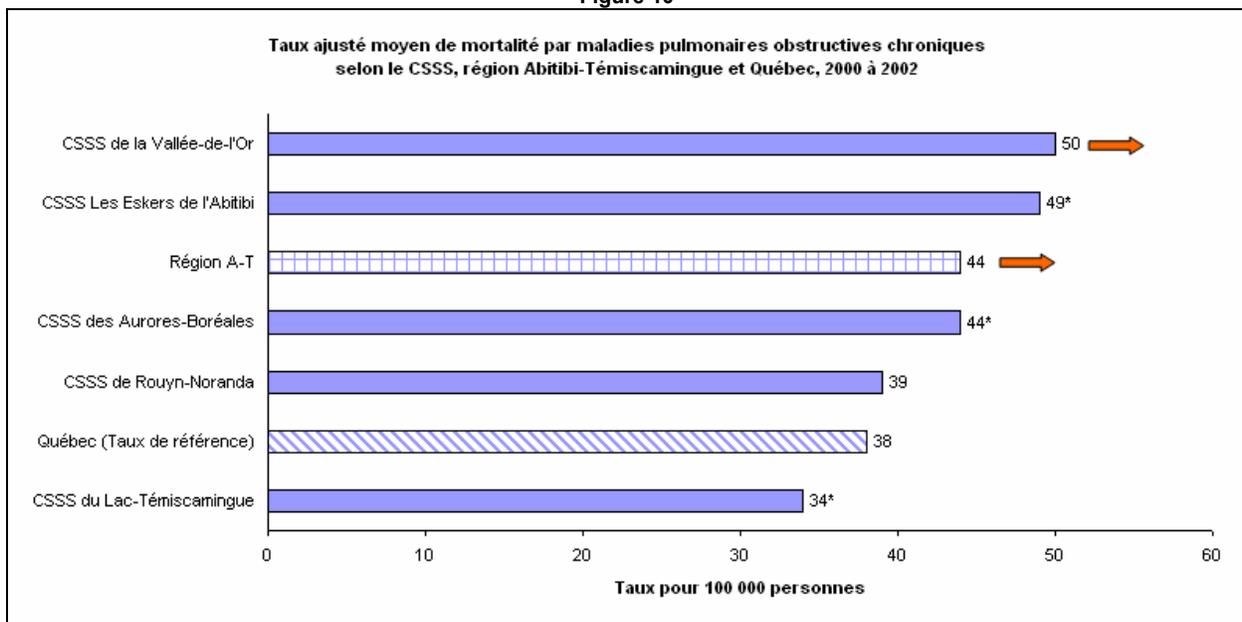
Parmi les six<sup>13</sup> centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, c'est dans le territoire de la Vallée-de-l'Or que l'on retrouve le plus haut taux de mortalité par MPOC, 50 décès pour 100 000 personnes, un taux qui est significativement supérieur au taux québécois de référence (38 décès pour 100 000). Il y a donc proportionnellement plus de décès dans ce territoire que dans l'ensemble du Québec. Le territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales suivent ensuite avec des taux

13. Le taux dans le territoire de CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa est exclu en raison du coefficient de variation élevé résultant du petit nombre de décès en cause.

respectifs de 49 et 44 décès pour 100 000 personnes. Néanmoins, ces estimations sont de qualité moyenne en raison du coefficient de variation élevé et elles doivent, par conséquent, être interprétées avec prudence.

Le CSSS de Rouyn-Noranda arrive au 4<sup>e</sup> rang avec un taux ajusté moyen de 39 décès pour 100 000 personnes, ce qui est comparable au taux québécois de référence. Enfin, le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient le plus faible taux de mortalité par MPOC de la région, 34 décès pour 100 000 personnes. Ici également, il faut interpréter ce résultat avec prudence en raison du petit nombre de décès en cause.

Figure 10



\* Attention, estimation de qualité moyenne (coefficient de variation  $\geq 16,6\%$  et  $\leq 33,3\%$ ).

Les flèches indiquent si le taux dans un territoire est significativement différent sur le plan statistique du taux de référence pour l'ensemble du Québec ( $\rightarrow$  = supérieur;  $\leftarrow$  = inférieur).

Sources : MSSS, fichier des décès 2000 à 2002.

Statistique Canada, Estimations de la population produites en décembre 2004.

## EN RÉSUMÉ...

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques s'accompagnent d'une diminution progressive de la capacité fonctionnelle et par conséquent, d'une détérioration graduelle de la qualité de vie chez les personnes atteintes. Le tabagisme représente le principal facteur de risque évitable pour ces maladies. C'est donc l'abandon du tabac qui aura le plus d'effet sur la réduction de ces maladies.

En ce qui concerne les hospitalisations en courte durée pour maladies pulmonaires obstructives chroniques, on en a recensé 729 en Abitibi-Témiscamingue pour l'année financière 2004-2005. La durée moyenne de séjour est de 6,9 jours par hospitalisation. La région détient le sixième taux le plus élevé d'hospitalisation pour MPOC au Québec, soit 49 hospitalisations pour 10 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux québécois de référence qui s'établit à 34 pour 10 000. Par conséquent, l'Abitibi-Témiscamingue se démarque de l'ensemble du Québec avec plus d'hospitalisations pour MPOC.

Comme au Québec, les hospitalisations pour MPOC sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes dans la région. De plus, elles sont beaucoup plus nombreuses chez les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Le territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi se démarque avec le taux ajusté moyen d'hospitalisation pour maladies pulmonaires obstructives chroniques le plus élevé de la région, 66 pour 10 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux québécois de référence. Le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient le taux le plus faible, 32 hospitalisations pour 10 000, ce qui est comparable à l'ensemble du Québec.

Pour ce qui est de la mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques, on a relevé en Abitibi-Témiscamingue une moyenne annuelle de 62 décès déclarés entre 2000 et 2002. Bien que ce nombre semble faible en proportion de la population régionale, qui s'élève en 2001 à 148 934 personnes, la région détient tout de même le deuxième taux le plus élevé

de mortalité par MPOC, soit 44 décès pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux québécois de référence qui s'établit à 38 décès pour 100 000. L'Abitibi-Témiscamingue se démarque donc de l'ensemble du Québec avec davantage de décès par MPOC.

Comme au Québec, la mortalité régionale par MPOC s'avère beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans un rapport de 2,5 à 1 chez les personnes âgées de 75 à 84 ans et de près de 3 à 1 chez celles âgées de 85 ans ou plus. De plus, les décès par MPOC sont étroitement liés à l'âge; ils sont beaucoup plus nombreux chez les personnes âgées de 75 ans ou plus et s'avèrent moins fréquents chez celles âgées de moins de 65 ans.

Dans la région, le territoire de CSSS de la Vallée-de-l'Or se démarque avec le taux ajusté moyen de mortalité déclarée par maladies pulmonaires obstructives chroniques le plus élevé, 50 décès pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux québécois de référence. Le territoire de CSSS du Lac-Témiscamingue détient le taux le plus faible, soit 34 décès pour 100 000. Toutefois, en raison des petits nombres en cause, ce taux doit être interprété avec prudence et on ne peut établir de comparaison avec le Québec.

Compte tenu de la situation régionale, on ne peut que saluer la poursuite et même l'intensification de l'intervention sur les MPOC, notamment la prévention des facteurs de risque et la promotion de saines habitudes de vie. Le Programme québécois de lutte contre le tabagisme et la mise en application du Programme national de santé publique, dont l'un des objectifs est de réduire de 30 %, d'ici 2012, les taux de mortalité et de morbidité liés aux MPOC<sup>14</sup>, vont dans ce sens. L'adoption et l'implantation dans la région du « Programme 0-5-30 combinaison prévention », qui fait entre autres la promotion du non-usage du tabac, s'inscrit également dans ce courant d'intervention et devrait permettre, à long terme, de réduire la mortalité par MPOC.

---

14. MSSS (2003). *Programme national de santé publique, 2003-2012*, Direction des communications du MSSS, Québec, page 45.

Cependant, il serait aussi important de consacrer des efforts accrus pour une amélioration de la prise en charge et du suivi des personnes atteintes, dont la qualité de vie est durement affectée par ces maladies. Ces personnes requièrent des soins particuliers sur une base régulière, que ce soit dans un établissement de santé ou à domicile. Il s'agit donc d'un défi important à relever pour l'ensemble des partenaires dans le cadre de la lutte contre les maladies chroniques, tant en prévention qu'en ce qui a trait à la réponse aux besoins des personnes atteintes.



15. Il s'agit d'une adaptation du fascicule *La mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999*, rédigé par Michel Guérin en septembre 2003.

ISBN : 2-89391-273-7  
Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006  
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

**AUTRES FASCICULES DISPONIBLES :**

- ◆ Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue (décembre 2002);
- ◆ Le diabète en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999-2000 (juin 2003);
- ◆ La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999 (novembre 2003);
- ◆ Les prestataires de l'assistance-emploi : un aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2003 (janvier 2004);
- ◆ L'usage du tabac en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (avril 2004);
- ◆ La consommation d'alcool en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001 (juin 2004).
- ◆ Infections transmissibles sexuellement ou par le sang : aperçu de la situation en Abitibi-Témiscamingue en 2004 (novembre 2004).
- ◆ Le cancer en Abitibi-Témiscamingue : le point sur l'incidence en 2001 et la mortalité en 2002 (avril 2006).

***Pour obtenir un exemplaire :***

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
1, 9<sup>e</sup> Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9  
Téléphone : (819) 764-3264, poste 49209

Télécopieur : (819) 797-1947

*ou à l'adresse Internet suivante :* [www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)

**Agence de la santé  
et des services  
sociaux de l'Abitibi-  
Témiscamingue**

**Québec** 