

# Les maladies pulmonaires obstructives chroniques : Qu'en est-il en Abitibi-Témiscamingue?

Février 2011

## Sommaire

### Les MPOC, c'est quoi ?

### Les hospitalisations pour MPOC

- Tendances historiques
- Comparaison avec le Québec et les autres régions
- Selon l'âge et le sexe
- Selon les territoires de CSSS

### La mortalité par MPOC

- Tendances historiques
- Comparaison avec le Québec et les autres régions
- Selon l'âge et le sexe
- Selon les territoires de CSSS

### En bref...



# Édition

produite par

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  
Télécopieur : 819 797-1947  
Site Web : [www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)

## Rédaction

Guillaume Beaulé, agent de recherche  
Direction de santé publique  
[guillaume\\_beaule@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guillaume_beaule@ssss.gouv.qc.ca)

## Collaboration

Sylvie Bellot  
Céline Hubert  
Marie-Claire Lacasse  
Gérald Létourneau

## Montage et mise en page

Carole Archambault, agente administrative  
Direction de santé publique

## Conception graphique

Manon Cliche, agente administrative  
Service des communications et de la qualité

ISBN : 978-2-89391-503-6 (Version imprimée)  
978-2-89391-505-0 (PDF)

Prix : 7 \$

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque nationale du Canada, 2011

Afin de ne pas alourdir les textes, le masculin inclut le féminin.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.

© Gouvernement du Québec

## LES MPOC, C'EST QUOI?

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques<sup>1</sup>, souvent connues sous le terme MPOC<sup>2</sup>, font partie du grand ensemble des maladies de l'appareil respiratoire qui constituent une cause importante d'hospitalisations et de décès au Québec. Plus précisément, les MPOC regroupent les maladies suivantes :

- la bronchite chronique,
- l'emphysème,
- l'asthme,
- ainsi que la dilatation des bronches (bronchiectasie), l'état de mal asthmatique et d'autres MPOC.

La bronchite chronique et l'emphysème constituent les MPOC les plus fréquemment observées au sein de la population. Ce sont des maladies irréversibles qui progressent lentement sur un certain nombre d'années. Les symptômes, soit les difficultés respiratoires, la toux et la production de mucus, n'apparaissent généralement que vers la quarantaine ou la cinquantaine. En progressant, ces maladies entraînent des limitations d'activités chez les personnes atteintes, résultant surtout de l'essoufflement qui s'intensifie graduellement, ce qui contribue évidemment à réduire leur qualité de

vie. Il s'agit donc d'un problème de santé important et répandu davantage chez les personnes plus âgées. En raison du vieillissement de la population québécoise, il est fort probable que les problèmes liés aux MPOC prendront de l'importance à moyen terme.

Plusieurs facteurs de risque contribuent aux MPOC. Dans 80 à 90 % des cas, le tabagisme en constitue la cause, ce qui est notamment le cas pour l'emphysème par exemple. Par conséquent, l'arrêt du tabagisme, une habitude de vie encore bien ancrée pour environ un Québécois sur quatre, engendrerait une réduction substantielle de ces maladies chroniques.

Néanmoins, bien qu'étant l'un des principaux facteurs de risque, le tabagisme n'en constitue pas le seul. Ainsi, l'exposition professionnelle au cadmium, à certaines poussières dont la silice de même qu'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, de même que les antécédents familiaux de maladies pulmonaires représentent également des facteurs de risque.

## LES HOSPITALISATIONS POUR MPOC

Il est difficile d'évaluer de façon précise la proportion de personnes souffrant de MPOC et leurs caractéristiques. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008, environ 2 à 3 % des Témiscabitiens souffriraient d'emphysème et de bronchite chronique, alors que près d'un sur dix (9 %) aurait reçu un diagnostic d'asthme de la part d'un professionnel de la santé.

Toutefois, les personnes atteintes de MPOC utilisent régulièrement les services de santé. En effet, les infec-

tions des voies respiratoires, qui surviennent de façon répétée, conduisent souvent à des visites à l'urgence, à des hospitalisations et à la consommation de médicaments. Ainsi, les données découlant des hospitalisations de courte durée donnent une idée de l'utilisation des services de santé en lien avec les MPOC, même si elles ne peuvent mesurer directement la présence et l'ampleur des MPOC au sein d'une population. En effet, il est question ici des cas d'hospitalisation<sup>3</sup> et non des personnes hospitalisées, une personne pouvant être hospitalisée plus d'une fois durant une année.

1. Les informations apparaissant dans cette section proviennent des sites Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/disease-maladie/bronchit-fra.php>) et de l'Association pulmonaire du Canada ([http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc\\_f.php](http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc_f.php)), consultés en août 2010.

2. Dans ce document, les MPOC ont été identifiées dans les banques de données à partir des codes 490 à 496 de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) et des codes J40 à J47 de la dixième version de la CIM.

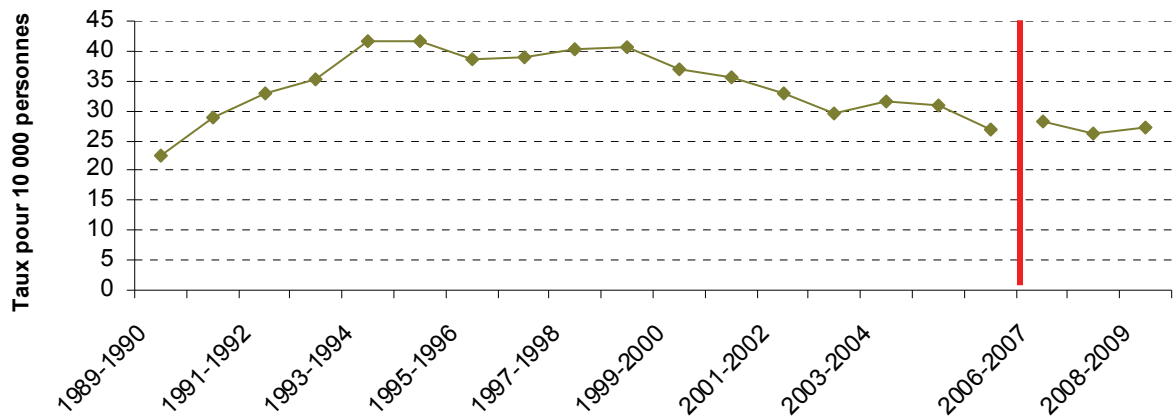
3. Les données d'hospitalisation concernent toujours les résidents d'un territoire donné, peu importe l'endroit au Québec où ces derniers ont été hospitalisés.

## TENDANCE HISTORIQUE

Au Québec, les hospitalisations en courte durée pour MPOC ont connu une augmentation au début des années 1990 (voir la figure 1). Ainsi, le taux a grimpé jusqu'à 42 hospitalisations pour 10 000 personnes en 1993-1994. Les années suivantes, il est demeuré assez stable pour ensuite amorcer une tendance à la baisse vers la fin de cette décennie. Il a atteint un plancher en 2005-2006, à 27 hospitalisations pour

10 000 personnes. Pour les trois dernières années disponibles, les hospitalisations sont classées selon la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10-CA), de sorte qu'il s'avère hasardeux de comparer les données avant et après 2006. Durant cette période néanmoins, le taux demeure relativement stable, aux environs de 27 hospitalisations pour 10 000 personnes.

**TAUX ANNUEL BRUT D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE POUR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES, ENSEMBLE DU QUÉBEC, 1989-1990 À 2008-2009**



Changement de la méthode de classification des hospitalisations en 2006-2007, représenté par le trait rouge : les données avant et après 2006 ne peuvent être comparées.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier Med-Écho, 1989-1990 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

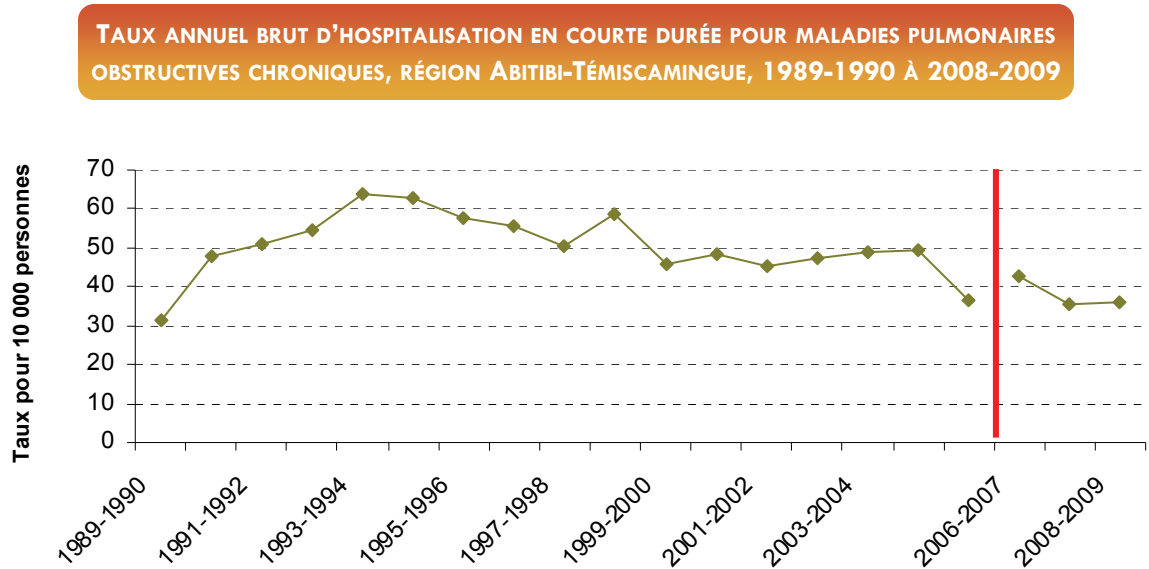
De 2006-2007 à 2008-2009, la durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation pour MPOC varie de 8 à 9 jours au Québec. Les durées de séjour peuvent différer d'un établissement à l'autre, en fonction des

normes d'utilisation de services et des mécanismes de coordination mis en place pour les admissions et les congés.

En Abitibi-Témiscamingue, le taux d'hospitalisation en courte durée pour MPOC a suivi des variations semblables à celles observées dans l'ensemble du Québec, même s'il demeure constamment plus élevé que le taux québécois (voir figure 2). En effet, le taux atteint un sommet de 64 hospitalisations pour 10 000 personnes en 1993-1994. Par la suite, il tend à régresser graduellement, malgré une remontée temporaire au début des années 2000. En 2005-2006, il

se situe à son plus bas niveau, à 36 hospitalisations pour 10 000. Pour les trois dernières années disponibles, pour lesquelles les hospitalisations sont désormais classées en fonction de la CIM-10-CA, le taux oscille entre 36 et 43 hospitalisations pour 10 000. Le nombre annuel d'hospitalisations pour MPOC varie de 515 à 617 dans la région durant cette période.

Figure 2



Changement de la méthode de classification des hospitalisations en 2006-2007, représenté par le trait rouge : les données avant et après 2006 ne peuvent être comparées.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier Med-Écho, 1989-1990 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

La durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation pour MPOC s'avère relativement stable dans la région depuis le début des années 2000. Elle varie de 6 à 8 jours en Abitibi-Témiscamingue, au cours de la

période 2006-2007 à 2008-2009. Plus exactement, elle se situe à 6,9 jours en moyenne par hospitalisation. Il s'agit d'une durée moyenne un peu plus courte que celle observée dans l'ensemble du Québec.

## COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC ET LES AUTRES RÉGIONS

Pour la période 2006-2007 à 2008-2009<sup>4</sup>, l'Abitibi-Témiscamingue détient un taux ajusté<sup>5</sup> annuel moyen de 37 hospitalisations pour 10 000 personnes. Il s'agit d'un taux significativement supérieur à celui du Québec, établi à 25 hospitalisations pour

10 000 (voir figure 3). Ainsi, l'Abitibi-Témiscamingue compte 48 % plus d'hospitalisations en courte durée pour MPOC que l'ensemble du Québec. Cela représente une moyenne annuelle de 552 hospitalisations dans la région pour cette période.

**TAUX AJUSTÉ MOYEN D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE POUR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009**

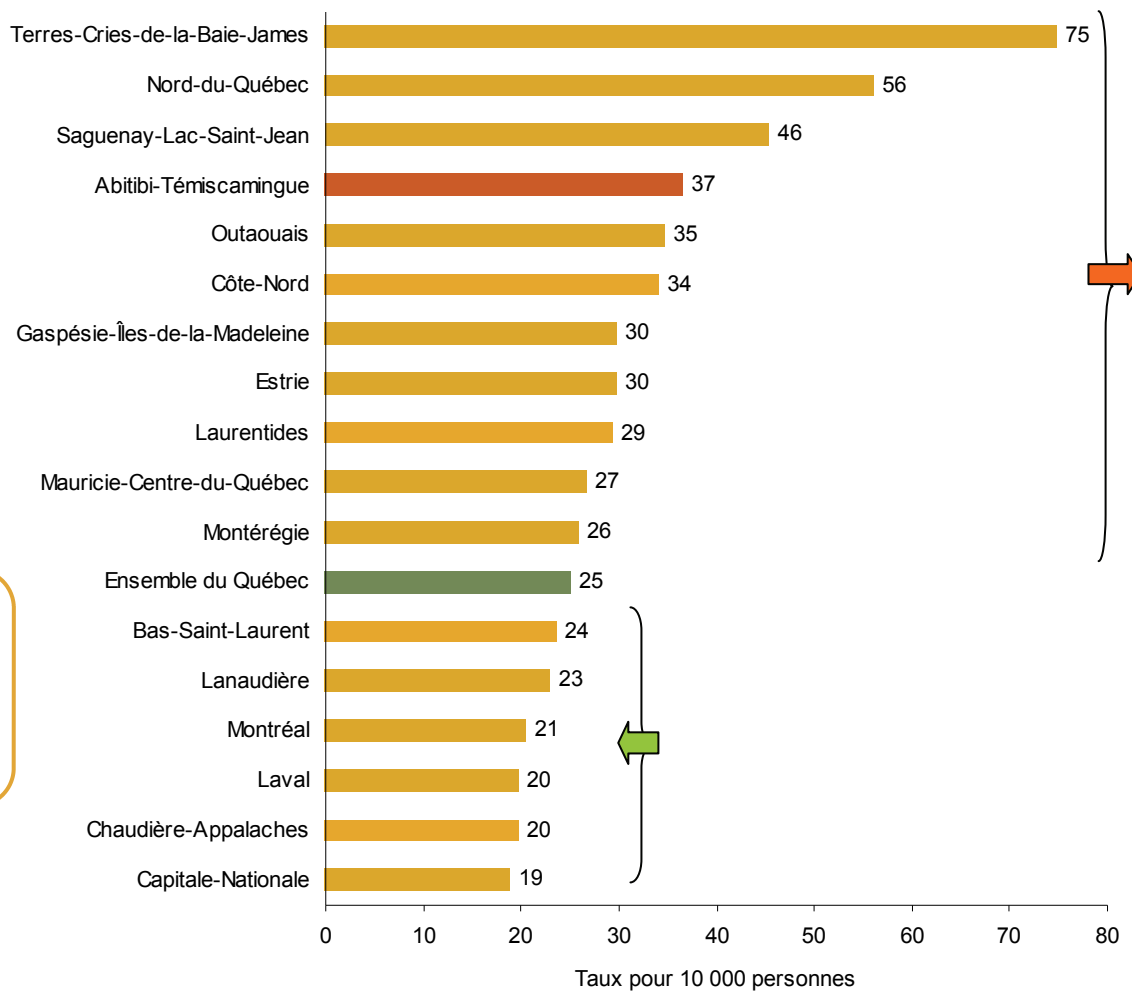


Figure 3

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Le Nunavik est absent en raison d'une grande variation du taux, résultant des faibles effectifs dans cette région. Les flèches indiquent si le taux dans une région est significativement différent sur le plan statistique comparativement à celui du Québec (→ = supérieur ; ← = inférieur).

4. Dans ce document, la période utilisée pour les taux ajustés d'hospitalisation se limite à trois années au lieu de cinq, en raison du changement dans la classification survenu en 2006.

5. L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Il permet ainsi d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.

Toutefois, l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas la seule région qui se caractérise par un taux d'hospitalisation significativement supérieur à celui du Québec. En effet, une dizaine de régions se retrouvent dans la même situation : les Terres-Cries-de-la-Baie-James avec un taux de 75 hospitalisations pour 10 000, le Nord-du-Québec (56), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (46), l'Outaouais (35), la Côte-Nord (34), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (30), l'Estrie (30), les Laurentides (29), la Mauricie-Centre-du-Québec (27) et la Montérégie (26).

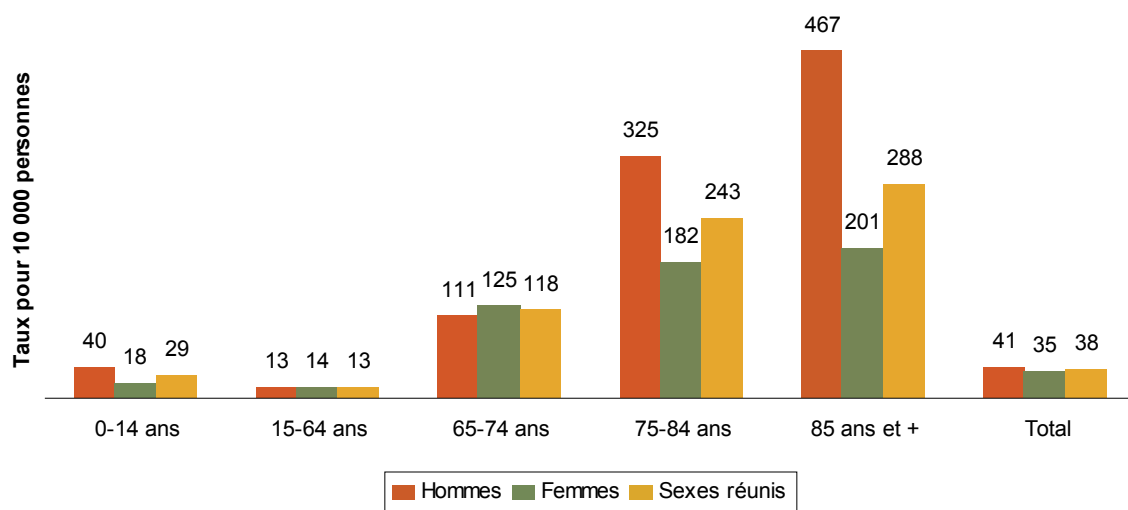
À l'opposé, six régions possèdent un taux d'hospitalisation pour MPOC significativement inférieur à celui du Québec. Il s'agit du Bas-Saint-Laurent avec 24 hospitalisations pour 10 000 personnes, Lanaudière (23), Montréal (21), Laval (20), Chaudière-Appalaches (20) et la Capitale-Nationale (19). Dans ces régions, par conséquent, il y a relativement moins d'hospitalisations en courte durée pour MPOC que dans la province.

## SELON L'ÂGE ET LE SEXE

La figure 4 illustre clairement que les hospitalisations en courte durée pour MPOC tendent à augmenter en fonction de l'âge, peu importe le sexe, et ce même si les taux chez les jeunes de moins de 15 ans s'avèrent légèrement plus élevés que ceux chez les personnes de 15 à 64 ans. En effet, chez l'ensemble des personnes de moins de 15 ans de l'Abitibi-Témiscamingue, le taux se situe à 29 hospitalisations pour 10 000. Il apparaît un peu plus faible chez les 15 à 64 ans, à

13 pour 10 000. Cependant, chez les groupes plus âgés, le taux connaît une hausse plutôt marquée : de 118 pour 10 000 chez les personnes de 65 à 74 ans, il grimpe à 243 pour 10 000 chez les 75 à 84 ans et jusqu'à 288 pour 10 000 chez les individus âgés de 85 ans ou plus. En fait, près des deux tiers (62 %) des hospitalisations pour MPOC sont enregistrées chez des personnes de 65 ans ou plus. À noter qu'une tendance semblable existe pour l'ensemble du Québec.

**TAUX SPÉCIFIQUES MOYENS D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE POUR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES, SELON LE SEXE ET L'ÂGE, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, 2006-2007 À 2008-2009**



Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009 ; Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations démographiques pour l'année 2007 produites en février 2010.

Figure 4

Pour l'ensemble des hommes, le taux d'hospitalisation est un peu plus élevé que pour l'ensemble des femmes, 41 hospitalisations pour 10 000 hommes contre 35 pour 10 000 femmes. Cette différence se répète au sein de trois groupes d'âge : chez les moins de 15 ans (40 hospitalisations pour 10 000 hommes contre 18 pour 10 000 femmes), chez les 75 à 84 ans (325 contre 182) et chez les 85 ans ou plus (467 contre 201). Les taux se comparent chez les 15 à 64 ans (14 pour 10 000 femmes contre 13 pour 10 000 hommes) alors que celui des femmes est quel-

que peu plus élevé que celui des hommes chez les 65 à 74 ans (125 contre 111). En d'autres termes, les taux tendent à croître en fonction de l'âge et les écarts selon le sexe apparaissent plus grands chez les personnes plus âgées, au détriment des hommes qui enregistrent davantage d'hospitalisations pour MPOC. Dans ce dernier cas, l'hypothèse émise dans la documentation scientifique stipule que cet écart découlerait du taux plus élevé de tabagisme chez les hommes il y a 20 ou 30 ans, démontrant ainsi la gravité de la maladie à long terme.

## SELON LES TERRITOIRES DE CSSS

Parmi les territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région (voir la figure 5), celui de Témiscaming-et-de-Kipawa possède le taux d'hospitalisation en courte durée pour MPOC le plus élevé, soit 79 pour 10 000 personnes, un taux significativement supérieur à celui du reste du Québec<sup>6</sup> qui s'établit à 25 hospitalisations pour 10 000. Néanmoins, il est utile de préciser, afin de mettre les résultats en perspective, que ce taux élevé correspond à une moyenne annuelle de 29 hospitalisations pour MPOC dans ce territoire (voir le tableau 1), soit un nombre

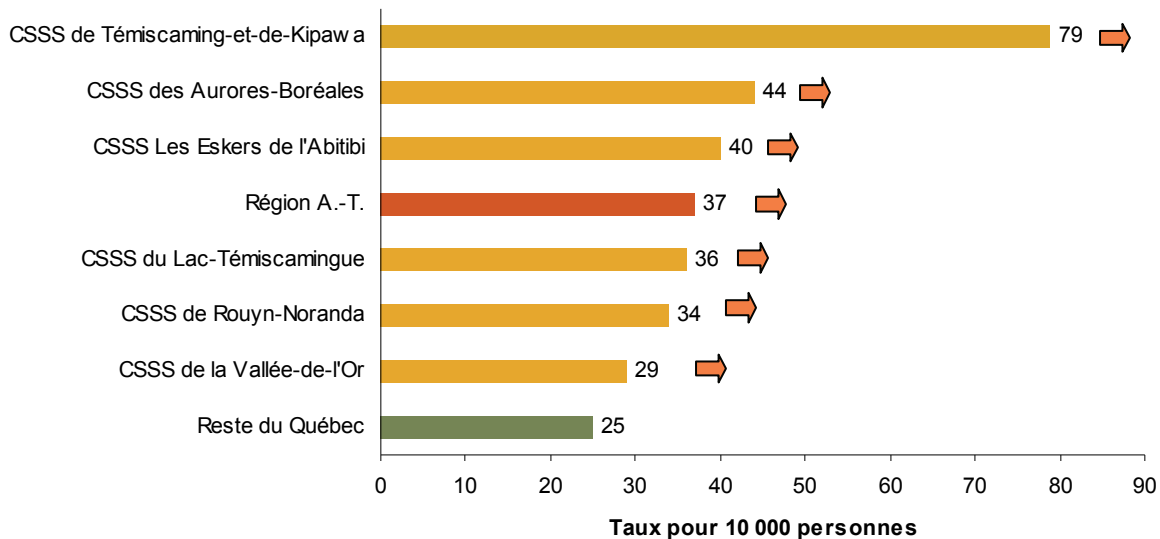
relativement faible. Suivent ensuite le territoire du CSSS des Aurores-Boréales avec un taux de 44 hospitalisations pour 10 000 personnes, Les Eskers de l'Abitibi (40), celui du Lac-Témiscamingue (36), Rouyn-Noranda (34) et enfin celui de la Vallée-de-l'Or (29). Dans tous ces territoires, l'écart avec le reste du Québec est significatif sur le plan statistique. Par conséquent, il y a relativement plus d'hospitalisations enregistrées dans ces territoires que dans le reste du Québec.

6. Le reste du Québec signifie l'ensemble de la province duquel est retranchée la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette méthode utilisée par l'Infocentre de santé publique a surtout des impacts lorsqu'elle est appliquée à des régions peuplées comme Montréal.



**TAUX AJUSTÉ MOYEN D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE POUR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES, SELON LE TERRITOIRE DE CSSS, SEXES RÉUNIS, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET RESTE DU QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009**

Figure 5



La flèche (→) indique que le taux dans un territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

**NOMBRE ANNUEL MOYEN D'HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR MPOC SELON LE TERRITOIRE DE CSSS, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, 2006-2007 À 2008-2009**

Tableau 1

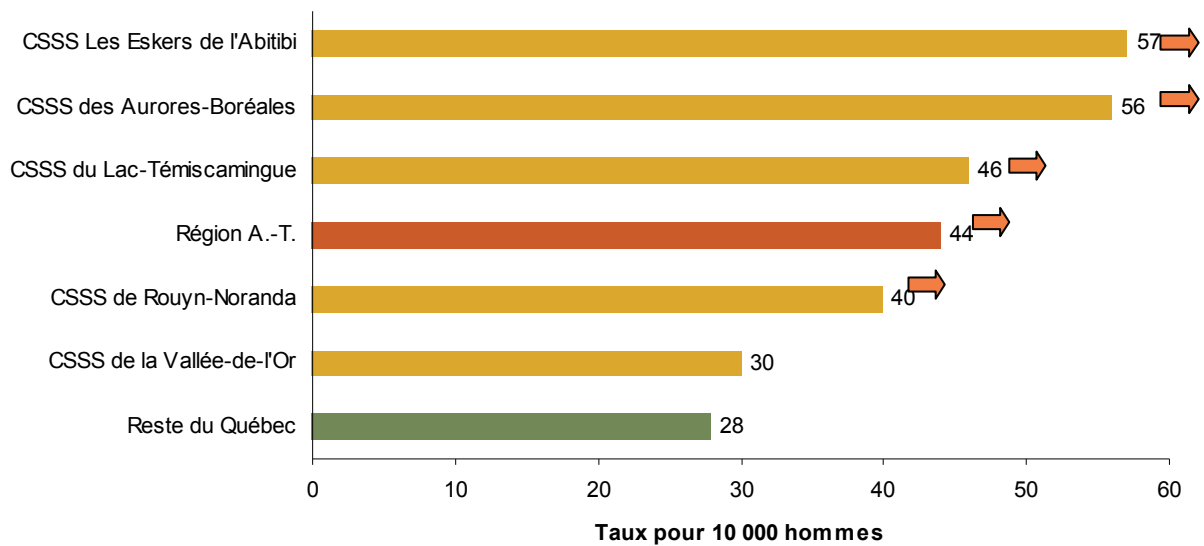
Territoire de CSSS	N. moyen
Rouyn-Noranda	137
Vallée-de-l'Or	121
Aurores-Boréales	108
Eskers de l'Abitibi	100
Lac-Témiscamingue	56
Témiscaming-et-de-Kipawa	29
Région Abitibi-Témiscamingue	552

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Chez les hommes (figure 6), le taux ajusté d'hospitalisation pour l'ensemble de la région se situe à 44 hospitalisations pour 10 000 hommes, un taux qui s'avère significativement supérieur à celui du reste du Québec (28 pour 10 000). La plupart des territoires de CSSS ont également des taux significativement supérieurs à celui du reste de la province : Les Eskers de l'Abitibi (57 hospitalisations pour 10 000 hommes), Aurores-

Boréales (56), Lac-Témiscamingue (46) et Rouyn-Noranda (40). Seule la Vallée-de-l'Or détient un taux comparable à celui du reste du Québec, 30 hospitalisations pour 10 000 hommes. Le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa est exclu de l'analyse en raison de la variabilité des taux découlant du faible nombre d'hospitalisations enregistrées.

**TAUX AJUSTÉ MOYEN D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE POUR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES CHEZ LES HOMMES, SELON LE TERRITOIRE DE CSSS, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET RESTE DU QUÉBEC, 2006-2007 À 2008-2009**



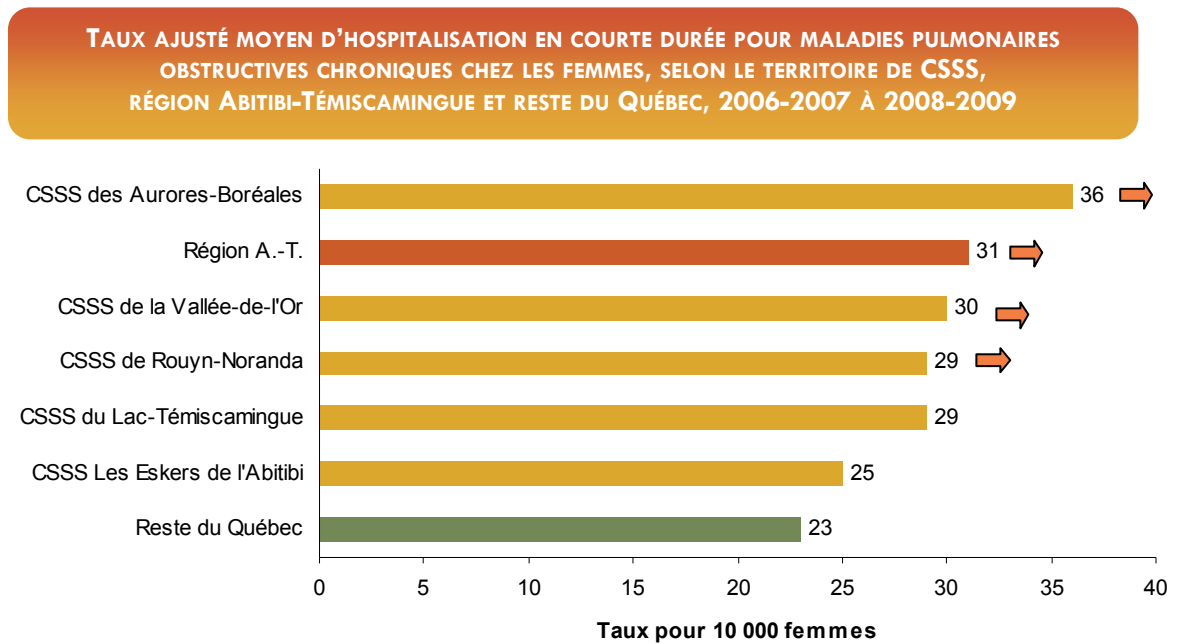
La flèche (→) indique que le taux dans un territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

En ce qui concerne les hospitalisations pour MPOC chez les femmes (figure 7), le taux régional se situe à 31 hospitalisations pour 10 000 femmes, un taux encore une fois supérieur à celui du reste du Québec (23 pour 10 000). Parmi les territoires de CSSS, les taux s'avèrent également supérieurs à celui du reste de la province dans celui des Aurores-Boréales (36 hospitalisations pour 10 000 femmes), de la Val-

lée-de-l'Or (30) et de Rouyn-Noranda (29). Toutefois, le Lac-Témiscamingue et Les Eskers de l'Abitibi possèdent des taux qui se comparent à celui du reste du Québec, avec respectivement 29<sup>7</sup> et 25 hospitalisations pour 10 000 femmes. À noter que le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa est à nouveau exclu de l'analyse en raison de la qualité moyenne des données.

Figure 7



La flèche (→) indique que le taux dans un territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

Source : MSSS, fichier Med-Écho, 2006-2007 à 2008-2009, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

7. Bien que les taux soient identiques à Rouyn-Noranda et au Lac-Témiscamingue, on peut penser que le plus faible nombre d'hospitalisations au Lac-Témiscamingue explique que les tests statistiques ne détectent pas de différence significative dans ce territoire, contrairement à Rouyn-Noranda.

## LA MORTALITÉ PAR MPOC

La mortalité par MPOC représente une part importante des décès dans la grande catégorie des maladies de l'appareil respiratoire. En fait, de 2003 à 2007, près de trois décès sur cinq (58 %) liés aux

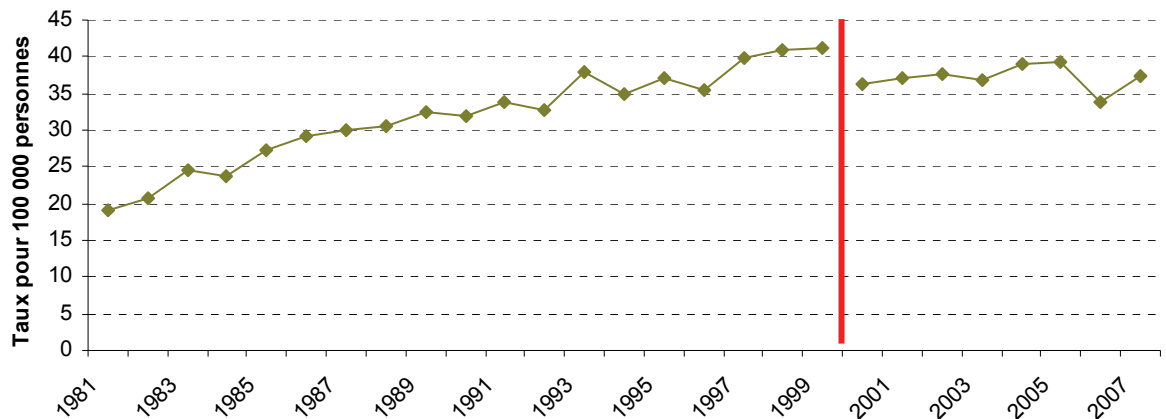
maladies de l'appareil respiratoire découlent particulièrement des MPOC au Québec, une proportion qui atteint près de deux décès sur trois (63 %) en Abitibi-Témiscamingue.

## TENDANCE HISTORIQUE

Au Québec, le taux de mortalité par MPOC est en hausse quasi constante depuis une vingtaine d'années, comme l'illustre la figure 8. En 1981, il se situait à 19 décès pour 100 000 personnes. En 1999, 18 ans plus tard, le taux s'élevait à 41 pour 100 000 soit un peu plus du double. Depuis l'année 2000, le classement des décès s'effectue désormais à l'aide de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. En plus d'établir une coupure dans l'analyse historique des données, celles d'avant 2000 ne

pouvant être comparées avec celles de 2000 et des années suivantes, ce changement entraîne une baisse du nombre de décès par MPOC au Québec et par conséquent, une baisse du taux : de 41 pour 100 000 en 1999, il descend à 36 pour 100 000 en 2000. Le taux s'avère ensuite relativement stable jusqu'en 2003. Par la suite, il connaît une légère remontée, autour de 39 pour 100 000 en 2004 et en 2005. Il diminue en 2006 à 34 pour 100 000 pour finalement se situer à 37 pour 100 000 en 2007.

TAUX ANNUEL BRUT DE MORTALITÉ PAR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES, QUÉBEC, 1981 À 2007



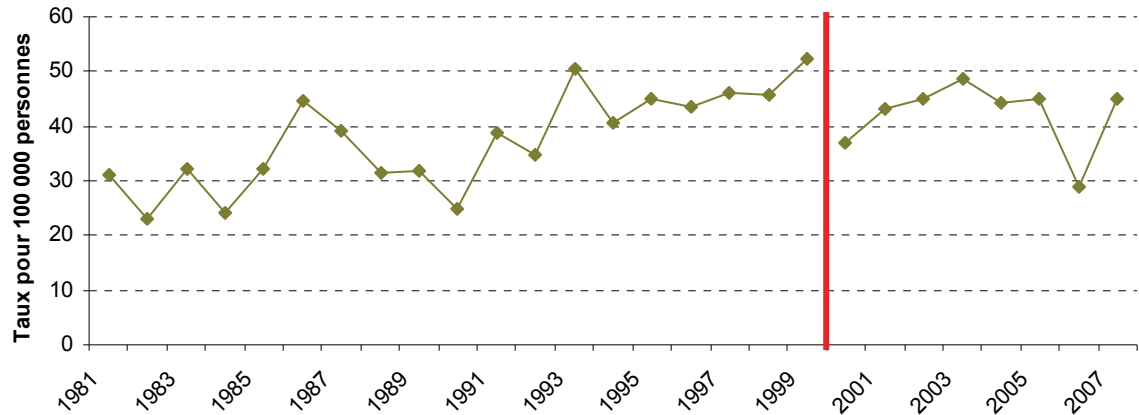
Changement de la méthode de classification des décès en 2000, représenté par le trait rouge : les données avant et après 2000 ne peuvent être comparées.

Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

En Abitibi-Témiscamingue, les fluctuations annuelles du taux s'avèrent beaucoup plus marquées en raison des petits nombres de décès en cause, sur le plan statistique. Néanmoins, il se dégage tout de même une certaine tendance à la hausse, comme au Québec, de 1981 à 1999 (voir la figure 9). En effet, en 1981, le taux régional était de 31 décès pour 100 000 personnes. En 1999, il atteignait 52 pour 100 000. À partir de 2000, le changement dans le classement

des décès et l'application de la CIM-10 engendrent également une baisse du nombre de décès par MPOC ainsi que du taux de mortalité, qui diminue à 37 pour 100 000 en 2000. Les années suivantes, le taux se maintient entre 43 et 48 décès pour 100 000 pour ensuite chuter à 29 pour 100 000 en 2006. Enfin, en 2007, le taux régional s'élève à 45 décès pour 100 000 personnes.

### TAUX ANNUEL BRUT DE MORTALITÉ PAR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, 1981 À 2007



Changement de la méthode de classification des décès en 2000, représenté par le trait rouge : les données avant et après 2000 ne peuvent être comparées.

Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

## COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC ET LES AUTRES RÉGIONS

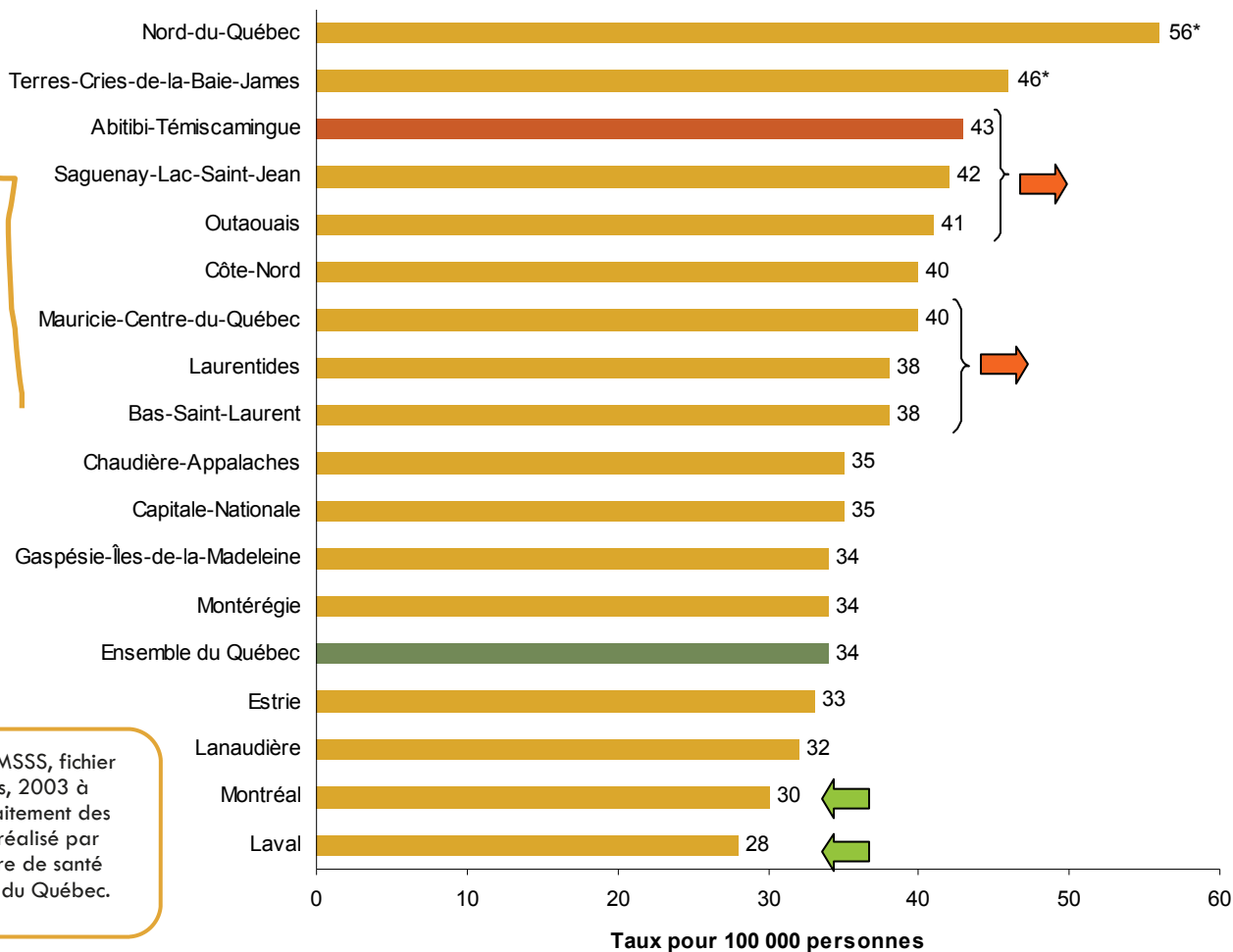
De 2003 à 2007, le taux ajusté<sup>8</sup> moyen de mortalité par MPOC s'établit à 43 décès pour 100 000 personnes en Abitibi-Témiscamingue, un taux significativement supérieur à celui du Québec qui se situe à 34 pour 100 000 (voir la figure 10 page suivante). Au-

trement dit, il y a relativement plus de décès par MPOC dans la région que dans la province, précisément 26 % de plus. Durant cette période, cela correspond à une moyenne de 61 décès par année dans la région.

8. L'utilisation d'un taux ajusté est nécessaire pour effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Il permet ainsi d'éliminer l'effet attribuable à ces différences. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.

**TAUX AJUSTÉ MOYEN DE MORTALITÉ PAR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES  
SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC, 2003 À 2007**

Figure 10



Source : MSSS, fichier des décès, 2003 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

Le Nunavik est absent en raison d'une grande variation du taux, résultant des faibles effectifs dans cette région.

Les flèches indiquent si le taux dans une région est significativement différent sur le plan statistique comparativement à celui du Québec (→ = supérieur ; ← = inférieur).

\* : Estimation de qualité moyenne (coefficient de variation  $\geq 16,6\%$  et  $\leq 33,3\%$ ), à utiliser avec prudence.

Cependant, l'Abitibi-Témiscamingue ne constitue pas la seule région aux prises avec un taux de mortalité significativement supérieur à celui du Québec. C'est également le cas pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean (42 décès pour 100 000 personnes), l'Outaouais (41), la Mauricie-Centre-du-Québec (40), les Laurentides (38) et le Bas-Saint-Laurent (38). À l'inverse, seulement deux régions se distinguent avec un taux signifi-

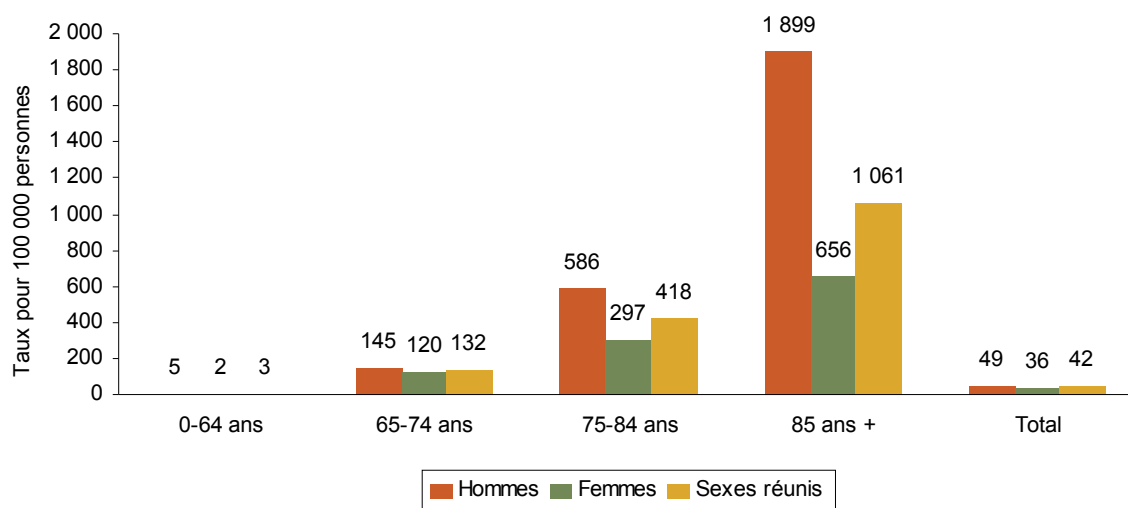
cativement inférieur à celui du Québec, soit Montréal (30) et Laval (28). Toutes les autres régions enregistrent un taux de mortalité par MPOC comparable à celui du Québec. Enfin, en ce qui concerne le Nord-du-Québec et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, la qualité moyenne des résultats ne permet pas d'effectuer de comparaison avec la province. Ces taux sont ainsi présentés à titre indicatif.

## SELON L'ÂGE ET LE SEXE

En Abitibi-Témiscamingue, la mortalité par MPOC a tendance à s'accroître en fonction de l'âge, et ce autant chez les hommes que chez les femmes (voir la figure 11). Cette situation se compare à celle de l'ensemble de la province. Ainsi, dans la région, pour l'ensemble de la population, le taux de mortalité par MPOC passe de 3 décès pour 100 000 personnes

chez les moins de 65 ans à 132 pour 100 000 chez les individus âgés de 65 à 74 ans. Par la suite, le taux se multiplie par trois pour atteindre 418 pour 100 000 chez les personnes de 75 à 84 ans. Enfin, chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, le taux s'élève à 1 061 décès pour 100 000.

**TAUX SPÉCIFIQUES MOYENS DE MORTALITÉ PAR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES SELON LE SEXE ET L'ÂGE, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, 2003 À 2007**



Source : MSSS, fichier des décès, 2003 à 2007 ; Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations démographiques pour l'année 2005 produites en février 2010.

Chez les hommes, dans l'ensemble, la mortalité par MPOC s'avère un peu plus élevée que chez les femmes, respectivement un taux de 49 décès pour 100 000 hommes contre 36 décès pour 100 000 femmes. Chez les hommes âgés de moins de 65 ans, le taux est de 5 décès pour 100 000. Il grimpe à 145 chez ceux de 65 à 74 ans, puis à 586 chez ceux de 75 à 84 ans. Finalement, le taux atteint 1 899 décès pour 100 000 hommes chez les aînés de 85 ans ou plus, soit le plus haut taux observé selon le sexe et les différents groupes d'âge.

Chez les femmes, le groupe âgé de moins de 65 ans enregistre un faible taux de 2 décès pour 100 000. Le taux s'élève à 120 chez celles âgées de 65 à

74 ans et à 297 chez celles de 75 à 84 ans. Enfin, le taux de mortalité par MPOC atteint 656 décès pour 100 000 femmes chez celles de 85 ans ou plus.

L'écart selon le sexe tend à s'accroître en fonction de l'âge. Les taux chez les hommes et chez les femmes se comparent relativement jusqu'à l'âge de 74 ans. Néanmoins, chez les personnes de 75 à 84 ans, le taux des hommes est pratiquement le double de celui des femmes alors que chez celles de 85 ans ou plus, la mortalité masculine est multipliée par trois comparativement à celle des femmes. Il est possible que cet écart selon le sexe résulte en partie du fait que pendant plusieurs années, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à fumer du tabac.

## SELON LES TERRITOIRES DE CSSS

À l'échelle des territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue (voir la figure 12), le taux de mortalité par MPOC le plus élevé se retrouve dans le territoire Les Eskers de l'Abitibi, 52 décès pour 100 000 personnes. Ce taux est significativement supérieur à celui du reste du Québec (34 pour 100 000). L'écart avec le reste du Québec s'avère également significatif pour les territoires des Aurores-Boréales (45 pour 100 000) et de la Vallée-de-l'Or (44). Dans ces trois territoires, il y a donc relativement plus de décès par MPOC que dans le reste de la province. Pour sa part, Rouyn-Noranda enregistre un taux comparable à

celui du reste du Québec, à 38 décès pour 100 000 personnes. En raison de la qualité moyenne de l'estimation, il n'est pas possible d'établir de comparaison entre le territoire du Lac-Témiscamingue et le reste du Québec. À titre indicatif, le taux de ce territoire s'établit à 37 pour 100 000. À noter également que le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa est absent de l'analyse en raison de la faible qualité des résultats découlant du petit nombre de décès en cause. Pour les mêmes raisons, l'analyse de la mortalité par MPOC selon les territoires de CSSS et le sexe n'est pas présentée ici.

**TAUX AJUSTÉ MOYEN DE MORTALITÉ PAR MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES SELON LE TERRITOIRE DE CSSS, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET RESTE DU QUÉBEC, 2003-2007**

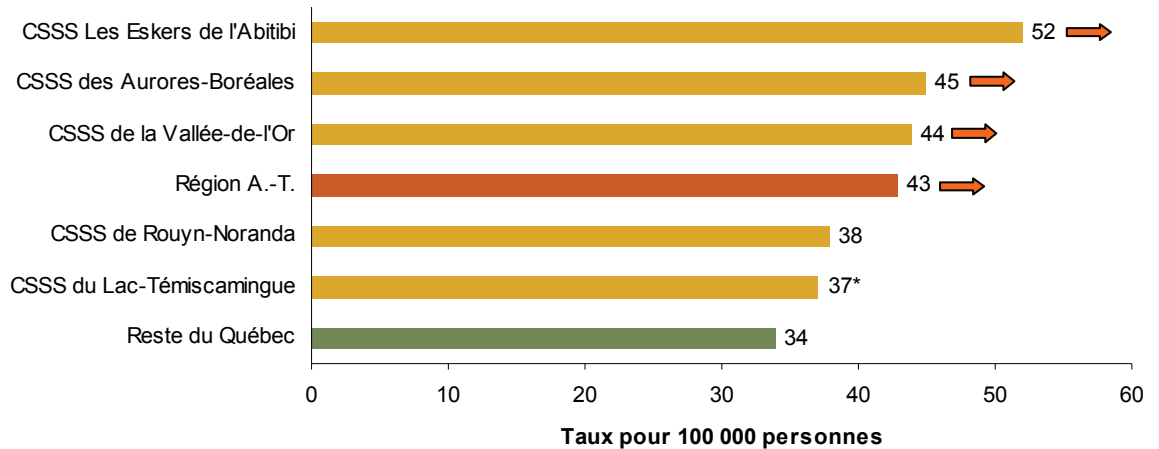


Figure 12

Source : MSSS, fichier des décès, 2003 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

La flèche (→) indique que le taux dans un territoire est significativement supérieur sur le plan statistique à celui du reste du Québec.

\* : Estimation de qualité moyenne (coefficient de variation  $\geq 16,6\%$  et  $\leq 33,3\%$ ), à utiliser avec prudence.

**NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS PAR MPOC SELON LE TERRITOIRE DE CSSS, RÉGION ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, 2003 À 2007**

Territoire de CSSS	N. moyen
Vallée-de-l'Or	17
Rouyn-Noranda	15
Eskers de l'Abitibi	12
Aurores-Boréales	11
Lac-Témiscamingue	5
Témiscaming-et-de-Kipawa	2
Région Abitibi-Témiscamingue	61

Tableau 2

Source : MSSS, fichier des décès, 2003 à 2007, traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.



# En bref...

## En ce qui concerne les hospitalisations pour MPOC :

- ☞ une certaine tendance à la baisse est observée depuis plusieurs années en ce qui concerne le taux d'hospitalisation, tendance moins marquée en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec;
- ☞ toutes proportions gardées, il y a davantage d'hospitalisations pour MPOC en Abitibi-Témiscamingue que dans la province;
- ☞ toutefois, cette situation ne touche pas seulement l'Abitibi-Témiscamingue mais également une dizaine de régions au Québec;
- ☞ les hospitalisations pour MPOC tendent à s'accroître avec l'âge, les taux étant particulièrement élevés chez les personnes âgées de 75 ans ou plus;
- ☞ en général, les hospitalisations pour MPOC sont un peu plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, et cet écart selon le sexe s'avère plus important chez les groupes plus âgés;
- ☞ dans les six territoires de CSSS de la région, les taux d'hospitalisation sont significativement supérieurs à celui du reste de la province, à l'exception du taux chez les hommes dans la Vallée-de-l'Or et de ceux des femmes dans les territoires du Lac-Témiscamingue et Les Eskers de l'Abitibi, où ils se comparent à ceux du reste du Québec.

### En ce qui concerne la mortalité par MPOC :

- ☞ la mortalité par MPOC tend à s'accroître graduellement depuis plusieurs années autant en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec
- ☞ comme cinq autres régions du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue enregistre davantage de décès par MPOC que dans la province, toutes proportions gardées
- ☞ comme les hospitalisations, les décès par MPOC tendent à augmenter avec l'âge, les hommes étant plus touchés que les femmes surtout à partir de 75 ans
- ☞ le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, ceux des Aurores-Boréales et de la Vallée-de-l'Or détiennent des taux de mortalité significativement supérieurs à celui du reste du Québec, alors que la situation est comparable dans le territoire de Rouyn-Noranda.

Dans un contexte de vieillissement de la population touchant l'ensemble des sociétés occidentales, contexte propice au développement de maladies chroniques comme les MPOC, il serait important de poursuivre et même d'intensifier les mesures visant la prévention des facteurs de risque, de même que la promotion de saines habitudes de vie. Les diverses actions en vue de réduire le tabagisme, par exemple les derniers ajouts législatifs ou encore les actions comme

Le *Défi J'arrête J'y gagne*, représentent évidemment des éléments clés. Par ailleurs, la réduction de la morbidité et de la mortalité par MPOC constitue un des objectifs inscrits dans la version 2009-2012 du Plan d'action régional de santé publique<sup>9</sup>, témoignant ainsi de la préoccupation et de l'engagement des autorités de santé publique à ce sujet.

Si la prévention demeure un volet important, le soutien et le suivi des personnes déjà atteintes constituent aussi des éléments à ne pas négliger, afin d'assurer une certaine qualité de vie à ces personnes souvent âgées. D'ailleurs, la gestion de la condition chronique par la personne elle-même, en collaboration avec l'équipe de soins (programme autogestion des soins), représente une piste d'action intéressante en ce sens. Une telle préoccupation ne peut que passer par les interventions de l'ensemble des différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.



9. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2010). *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 : Cultiver la santé, le bien-être et la qualité de vie*, Rouyn-Noranda, page 128.

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

Québec 



[www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)