

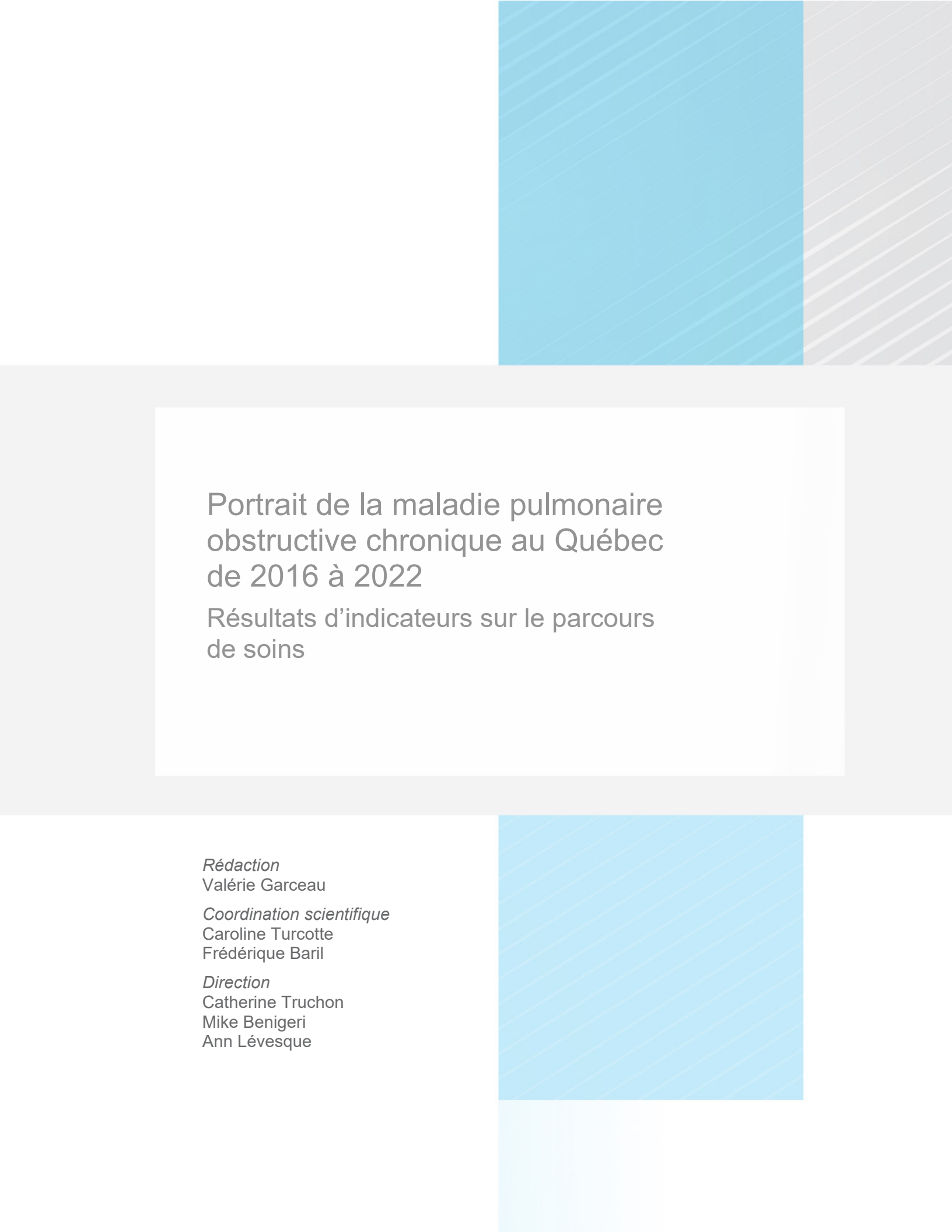
ÉTAT DES PRATIQUES

Portrait de la maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec de 2016 à 2022

Résultats d'indicateurs sur le parcours
de soins

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Portrait de la maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec de 2016 à 2022

Résultats d'indicateurs sur le parcours
de soins

Rédaction

Valérie Garceau

Coordination scientifique

Caroline Turcotte

Frédérique Baril

Direction

Catherine Truchon

Mike Benigeri

Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Valérie Garceau, Ph. D.

Coordonnatrices scientifiques

Caroline Turcotte, Ph. D.

Frédérique Baril, M. Sc.

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice et directeur scientifiques

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Mike Benigeri, Ph. D.

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Bin Chen, techn. docum.

Bureau des données clinico-administratives

José Perez, M. Sc.

Frédéric Kuzminski, M. Sc.

Jean-Luc Kaboré, Ph. D.

Soutien administratif

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-96656-2 (PDF)

Tous droits réservés ©

Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec de 2016 à 2022 - Résultats d'indicateurs sur le parcours de soins. État des pratiques rédigé par Valérie Garceau. Québec, Qc : INESSS; 2024. 108 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité sont :

M^{me} Marie-France Beauchesne, pharmacienne, professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

D^r Sylvain Blanchet, médecin de famille, GMF-U Neufchâtel

D^r Jacques Bouchard, médecin de famille, Clinique de médecine familiale La Malbaie

D^r Jean Bourbeau, pneumologue, Centre universitaire de santé McGill

D^{re} Marie-Dominic Breault, médecin d'urgence, CHUL, CHU de Québec

M^{me} Mélanie Giroux, pharmacienne, chef adjointe au Groupe Champlain

M^{me} Josiane Lamy, inhalothérapeute, Centre d'expertise en maladies chroniques CMMR-CEMTL

M^{me} Laurence Macbeth, conseillère cadre en soins infirmiers, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Diane Ostiguy, inhalothérapeute, chef de service des activités respiratoires, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Brigitte Vachon, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Claudia Beaudoin, responsable de la surveillance des maladies respiratoires, Institut national de santé publique du Québec

M^{me} Marie Erbault, chef de projet, Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins, Haute Autorité de Santé

D^{re} Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du Service des Bonnes Pratiques, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, Haute Autorité de Santé

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier M. Jean-Marc Daigle, professionnel scientifique en biostatistique, et M. Hervé Zomahoun, professionnel scientifique en méthodologie, qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés.

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de cet état des pratiques. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

M^{me} Marie-France Beauchesne : Subvention de recherche à visée non restrictive d'AstraZeneca; membre d'un comité d'experts subventionné par AstraZeneca sur les soins dans la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); rémunération à titre de conférencière par le Centre FOCUS de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal; coauteure des lignes directrices sur la pharmacothérapie de la MPOC de la Société canadienne de thoracologie; membre du comité scientifique du RQESR.

D^r Jean Bourbeau : Rémunération à titre de conférencier et membre de comités-conseils pour les organisations suivantes : AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, COVIS, GSK, Fondation québécoise en santé respiratoire, Lung Health Foundation, Canadian Thoracic Society, American Thoracic Society, American College of Chest Physicians (CHEST), Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); subventions de recherche administrées par l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill; principal investigateur de l'étude clinique CanCOLD; auteur principal des lignes directrices sur la pharmacothérapie de la MPOC de la Société canadienne de thoracologie.

M^{me} Mélanie Giroux : Participation à différents comités consultatifs avec rémunération comme consultante.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	4
1.1 Questions clés de recherche	4
1.2 Approches employées	4
2 RÉSULTATS DES INDICATEURS	7
2.1 Sommaire de la recherche documentaire	7
2.2 Facteurs de risque de la MPOC	7
2.2.1 Tabagisme	8
2.2.2 Vulnérabilité socioéconomique.....	9
2.3 Repérage des cas de MPOC	10
2.3.1 Prévalence.....	10
2.3.2 Description de la population avec un diagnostic de MPOC	14
2.4 Utilisation des services hospitaliers.....	17
2.4.1 Visites aux urgences	17
2.4.2 Hospitalisations	21
2.5 Intégration des soins	26
2.5.1 Continuité de lieu.....	26
2.5.2 Accessibilité.....	28
2.5.3 Suivi post-hospitalisation	31
2.6 Traitement pharmacologique.....	37
2.6.1 Utilisation d'un bronchodilatateur à longue durée d'action.....	37
2.6.2 Utilisation d'un corticostéroïde inhalé en monothérapie.....	40
2.6.3 Persistance au traitement dans la première année.....	43
3 DONNÉES LOCALES.....	48
3.1 Sommaire de la recherche documentaire	48
3.2 Données locales – facteurs de risque de la MPOC	48
3.2.1 Indicateurs repérés dans la littérature	48
3.2.2 Enjeux de faisabilité.....	49
3.3 Données locales – repérage des cas de MPOC	50
3.3.1 Indicateurs repérés dans la littérature	50
3.3.2 Enjeux de faisabilité.....	51
3.4 Données locales – utilisation des services hospitaliers	52
3.4.1 Indicateurs repérés dans la littérature	52
3.4.2 Enjeux de faisabilité.....	52

3.5	Données locales – intégration des soins.....	53
3.5.1	Indicateurs repérés dans la littérature.....	53
3.5.2	Enjeux de faisabilité.....	56
3.6	Données locales – traitement pharmacologique.....	58
3.6.1	Indicateurs repérés dans la littérature.....	58
3.6.2	Enjeux de faisabilité.....	59
	DISCUSSION.....	61
	CONCLUSION.....	65
	RÉFÉRENCES.....	66
	ANNEXE A.....	78
	Éléments à consigner dans les DMÉ.....	78
	ANNEXE B.....	84
	Méthodologie détaillée.....	84
	ANNEXE C.....	95
	Stratégie de repérage de l'information scientifique.....	95
	ANNEXE D.....	99
	Documents retenus.....	99
	ANNEXE E.....	104
	Raisons d'exclusion des documents.....	104
	ANNEXE F.....	105
	Données supplémentaires.....	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Liste des indicateurs présentés.....	5
Tableau 2	Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec les facteurs de risque de la MPOC issus de la littérature.....	49
Tableau 3	Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec le repérage et le diagnostic de la MPOC issus de la littérature.....	51
Tableau 4	Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature.....	52
Tableau 5	Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec l'intégration des soins pour les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature.....	53
Tableau 6	Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec les traitements pour les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature.....	58
Tableau A-1	Principaux éléments à consigner dans le DMÉ des personnes atteintes de MPOC selon les groupes d'experts de la Société canadienne de thoracologie et du registre américain de MPOC en première ligne APEX.....	78
Tableau B-1	Sommaire des sources d'information selon les questions d'évaluation.....	84
Tableau B-2	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents.....	86

Tableau D-1	Description des documents retenus à la suite de la recherche de littérature pour des résultats d'indicateurs comparables	100
Tableau D-2	Description des documents retenus à la suite de la recherche de littérature pour des indicateurs calculés à partir des données locales	102
Tableau E-1	Documents exclus et raison de l'exclusion	104
Tableau F-1	Résultats des indicateurs sur l'utilisation des services hospitaliers selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022.....	106
Tableau F-2	Résultats des indicateurs sur l'intégration des soins selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022	107
Tableau F-3	Résultats des indicateurs sur les traitements pharmacologiques selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022.....	108

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Prévalence de la MPOC chez les personnes de 35 ans ou plus assurées à la RAMQ en 2021-2022 selon l'indice de vulnérabilité matérielle.....	9
Figure 2	Évolution du nombre de cas et de la prévalence de la MPOC au Québec entre 2016-2017 et 2021-2022	11
Figure 3	Prévalence de la MPOC selon les régions du Québec en 2021-2022.....	12
Figure 4	Prévalence de la MPOC au Québec selon l'âge et le sexe en 2021-2022	13
Figure 5	Évolution de la répartition des cas de MPOC selon l'âge entre 2016-2017 et 2021-2022 ..	14
Figure 6	Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille entre 2016-2017 et 2021-2022	15
Figure 7	Proportion de personnes avec MPOC qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille selon la région de résidence en 2021-2022	16
Figure 8	Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le nombre annuel de visites aux urgences entre 2016-2017 et 2021-2022	18
Figure 9	Proportion ajustée des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences en 2021-2022 selon la région de résidence	20
Figure 10	Proportion de personnes avec MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	21
Figure 11	Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le nombre annuel d'hospitalisations entre 2016-2017 et 2021-2022	22
Figure 12	Proportion ajustée des cas de MPOC ayant été hospitalisés au moins une fois en 2021-2022 selon la région de résidence	23
Figure 13	Proportion de personnes avec MPOC ayant eu au moins une hospitalisation en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	24
Figure 14	Évolution de la proportion des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription entre 2016-2017 et 2021-2022	26
Figure 15	Proportion ajustée des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription en 2021-2022, selon la région du GMF	27
Figure 16	Évolution de la proportion des visites aux urgences par les personnes avec MPOC dont la priorité au triage était peu ou pas urgente (P4 ou P5) entre 2016-2017 et 2021-2022.....	29

Figure 17	Proportion ajustée des visites aux urgences faites par les personnes avec MPOC dont la priorité au triage était P4 ou P5 en 2021-2022, selon la région de résidence.....	30
Figure 18	Proportion des visites à l'urgence des personnes avec MPOC dont la priorité au triage était P4 ou P5 en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	31
Figure 19	Évolution de la proportion de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier entre 2016-2017 et 2021-2022	32
Figure 20	Proportion ajustée de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier en 2021-2022, selon la région de résidence	34
Figure 21	Proportion de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier en 2021-2022, selon certaines caractéristiques	35
Figure 22	Évolution de la proportion des personnes avec MPOC qui ont pris un BDLA dans l'année entre 2016-2017 et 2021-2022	38
Figure 23	Proportion ajustée des cas de MPOC ayant pris un BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence	39
Figure 24	Proportion de personnes avec MPOC ayant pris un BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	40
Figure 25	Évolution de la proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant pris un CSI et qui n'ont pas utilisé un BDLA dans l'année entre 2016-2017 et 2021-2022	41
Figure 26	Proportion ajustée des cas de MPOC ayant utilisé un CSI et qui n'ont pas pris de BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence	42
Figure 27	Proportion de personnes avec MPOC ayant utilisé un CSI sans prendre un BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	43
Figure 28	Évolution de la proportion des personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'adhésion à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA entre 2016-2017 et 2021-2022	44
Figure 29	Proportion ajustée des personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'adhésion à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence.....	45
Figure 30	Proportion de personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'observance à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques	46
Figure D-1	Sélection des documents – Diagramme de flux	99
Figure F-1	Évolution de la répartition des cas de MPOC selon l'indice de vulnérabilité matérielle entre 2016-2017 et 2021-2022	105

RÉSUMÉ

Introduction

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection dégénérative dont les principaux symptômes – dyspnée, toux chronique et expectorations bronchiques chroniques – se déclarent généralement après l'âge de 40 ans, notamment, mais pas exclusivement, chez les personnes avec une histoire tabagique. Comme ces manifestations cliniques ne sont pas spécifiques à la MPOC et que leur apparition se produit souvent de façon insidieuse, il existe des enjeux à la fois de surdiagnostic (ex. : diagnostic erroné, non confirmé par spirométrie) et de sous-diagnostic pour cette pathologie. Or, une prise en charge tardive ou inadéquate de la MPOC contribue au fardeau déjà lourd qu'elle occasionne pour le système de santé et les personnes qui en sont atteintes, car l'évolution de la maladie s'accompagne d'exacerbations aiguës qui augmentent en fréquence et en sévérité avec comme conséquences des hospitalisations, un déclin de la capacité respiratoire, une atteinte non négligeable de la qualité de vie et une mortalité prématurée.

Outre les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques qui permettent dans une certaine mesure de réduire les symptômes, de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de vie, des interventions éducationnelles et motivationnelles à visée d'autogestion intégrées dans la prise en charge régulière de la maladie sont essentielles, tout comme une bonne coordination des soins et services.

S'inscrivant dans la mission de l'INESSS visant à soutenir l'optimisation des parcours de soins, les présents travaux avaient comme objectif de décrire la prévalence de la MPOC à travers la province, les caractéristiques sociodémographiques des personnes atteintes, de même que certaines dimensions de la qualité des soins et services médicaux reçus entre 2016 et 2022. Le mandat comprenait également une recension des indicateurs utilisant les données contenues dans les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) pour éventuellement soutenir un plus grand éventail de stratégies d'amélioration continue des soins et services offerts aux personnes atteintes de MPOC.

Méthodologie

Cet état des pratiques s'appuie sur trois sources d'informations :

- 1) *L'analyse des données clinico-administratives associées à certains volets de la prise en charge de la MPOC des années financières 2016-2017 à 2021-2022*

Les indicateurs présentés proviennent d'un projet pilote d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts aux personnes atteintes de la MPOC. Dans le cadre de ce projet, les GMF participants reçoivent un bilan avec les données propres à leur clientèle. Le présent portrait décrit ces mêmes résultats, mais pour l'ensemble de la province.

2) Une revue de la littérature

La recherche documentaire visait, d'une part, à repérer des résultats d'indicateurs provenant d'autres juridictions pour les comparer avec ceux obtenus pour le Québec et, d'autre part, à recenser des indicateurs relatifs à la MPOC calculés à partir des données consignées dans les DMÉ. Les documents ont été sélectionnés selon des critères prédéfinis basés sur ces deux questions de recherche.

3) La perspective d'un comité consultatif

Ce comité était composé de cliniciens, de chercheurs et de gestionnaires dont le mandat était de fournir de l'information et de soutenir l'interprétation des écarts entre les résultats attendus et ceux observés.

La pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de l'état des pratiques ont été appréciées par des lecteurs externes n'ayant pas participé aux travaux.

Points saillants concernant les résultats des indicateurs

L'analyse des données clinico-administratives provenant des banques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) auxquelles l'INESSS a accès a permis de brosser un portrait général des personnes avec un diagnostic de MPOC au Québec entre 2016 et 2022, ainsi que des soins et services de santé reçus.

Le nombre de cas de MPOC augmente d'environ 10 000 personnes chaque année au Québec

Cela est dû, notamment, au vieillissement de la population et à l'augmentation de la durée de vie avec la maladie. Environ 10 % de la population de 35 ans et plus a reçu un diagnostic de MPOC, ce qui représentait près de 520 000 personnes en 2021-2022.

L'accès aux soins de première ligne n'est pas optimal pour beaucoup de personnes avec un diagnostic de MPOC

En 2021-2022, environ 15 % des personnes avec un diagnostic de MPOC n'étaient pas inscrites auprès d'un médecin de famille. En revanche, si on considère seulement la clientèle MPOC inscrite auprès d'un médecin de famille exerçant en GMF, on remarque que la proportion des visites en première ligne qui sont faites au GMF d'inscription (continuité de lieu) est élevée (autour de 94 % depuis 2016). Ce bon résultat pour la continuité de lieu n'est toutefois pas garant d'une bonne accessibilité aux services de première ligne, qui diminuerait le recours à d'autres types de services. En effet, on note qu'en 2021-2022, 18 % des personnes avec un diagnostic de MPOC ont visité les urgences à une reprise et 17 % l'ont fait à deux reprises ou plus. En outre, plus du tiers de ces visites à l'urgence (36 %) étaient classées peu ou pas urgentes (P4 ou P5).

Près d'une personne avec un diagnostic de MPOC sur cinq a été hospitalisée à au moins une reprise durant l'année

En 2021-2022, 12 % des personnes avec un diagnostic de MPOC ont été hospitalisées à une reprise et 6 % l'ont été à deux reprises ou plus. Cela représente un nombre important d'hospitalisations, même s'il n'est pas possible d'évaluer la proportion de ces hospitalisations qui auraient pu être évitées. Il s'avère par ailleurs que moins de la moitié (43 %) des cas ont eu un suivi ambulatoire avec un médecin de famille, une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-PL) ou un pneumologue dans les 21 jours suivant le congé hospitalier. Ce résultat témoigne probablement d'un certain manque de coordination entre les services hospitaliers et ceux de la première ligne puisque des problèmes de transmission de l'information ont été soulevés, bien que d'autres facteurs soient aussi possiblement en cause.

Des lacunes ont été relevées dans le traitement pharmacologique des personnes avec un diagnostic de MPOC

Seulement un peu plus du tiers des cas de MPOC (38 %) ont utilisé un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA) en 2021-2022, et ce pourcentage est stable depuis les dernières années. Comme il est recommandé que toutes les personnes symptomatiques ayant un diagnostic de MPOC confirmé prennent un BDLA en traitement d'entretien, les résultats pour cet indicateur semblent relativement faibles. On note par ailleurs que, parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC qui utilisent un corticostéroïde inhalé (CSI), environ une sur cinq (21 %) ne prend pas un BDLA de façon concomitante, alors que la prise d'un CSI en monothérapie est non recommandée dans les lignes directrices sur la MPOC. Finalement, seulement 21 % des personnes avec un diagnostic de MPOC ont été persistantes (avec un seuil d'adhésion à 80 %) dans les 12 mois suivant le traitement initial de BDLA.

Pour l'ensemble de ces indicateurs, des variations relativement importantes sont observées entre les régions

Les comparaisons régionales qui ont été réalisées après un ajustement selon l'âge et le sexe des personnes montrent, dans la plupart des cas, des différences entre les régions urbaines ou métropolitaines et les régions plus rurales ou éloignées. Ces différences s'expliquent en partie par des variations dans les modalités d'organisation des soins et dans l'accès aux services. Enfin, le croisement de ces indicateurs selon certaines caractéristiques des personnes avec un diagnostic de MPOC montre souvent que les patients vivant dans des zones plus défavorisées ont des résultats moins favorables.

Utilisation des données locales

Un certain nombre d'indicateurs calculés à partir des données colligées dans les DMÉ ont été repérés dans la littérature. Ils couvrent l'ensemble de la prise en charge de la MPOC en première ligne :

- évaluation et interventions concernant le tabagisme;
- repérage et confirmation du diagnostic;

- gestion et suivi des exacerbations aiguës;
- suivi et intégration des soins et services;
- choix et ajustement des traitements pharmacologiques.

Cependant, les indicateurs recensés ne sont pas tous utilisables en ce moment au Québec selon les parties prenantes consultées, car les éléments nécessaires à leur calcul ne sont pas systématiquement documentés dans les DMÉ. Une liste de ces éléments a donc été dressée pour soutenir l'implantation éventuelle de tels indicateurs dans le cadre d'activités d'amélioration continue, mais également pour le bénéfice des patients atteints de MPOC. L'accès aux résultats de spirométrie, qui n'apparaissent pas au Dossier Santé Québec (DSQ), ainsi que la transmission en temps opportun des informations concernant une hospitalisation sont des conditions essentielles à la prise en charge et au suivi adéquat de la MPOC par la première ligne.

Conclusions

La prévalence de la MPOC s'est stabilisée au Québec entre 2016 et 2022, mais le fardeau pour le système de santé continue de s'alourdir puisque le nombre de cas augmente graduellement en raison notamment du vieillissement de la population. Malgré les limites associées aux indicateurs basés sur les données clinico-administratives, les résultats obtenus font ressortir certains enjeux concernant l'accessibilité aux soins de première ligne et le traitement d'entretien inadéquat ou sous-optimal des personnes atteintes de MPOC au Québec. Une liste d'éléments à documenter dans les DMÉ et d'indicateurs calculables à partir de ceux-ci a été élaborée à titre indicatif ou pour servir de premier pas dans le soutien de l'amélioration continue en première ligne de la qualité des soins prodigués à la clientèle atteinte de MPOC. Rappelons que les indicateurs présentés peuvent être fournis aux GMF souhaitant caractériser spécifiquement leur clientèle inscrite atteinte de la MPOC dans le cadre du projet pilote de pratique réflexive accompagnée, CoMPAS+.

SUMMARY

Overview of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Quebec from 2016 to 2022 - Healthcare Indicator Results

Introduction

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a degenerative condition whose main symptoms - dyspnea, chronic cough, and chronic bronchial sputum - generally appear after the age of 40, particularly, but not exclusively, in people with a smoking history. Because these clinical manifestations are not specific to COPD, and their onset often occurs insidiously, there are issues of both overdiagnosis (e.g.: misdiagnosis, unconfirmed by spirometry) and underdiagnosis for this pathology. Delayed or inadequate management of COPD worsens the already heavy burden it places on the healthcare system as well as on the individuals living with the condition, since the disease progresses with acute exacerbations that increase in frequency and severity, resulting in hospitalizations, a faster lung function decline, significant quality of life impairment, and premature mortality.

In addition to pharmacological and non-pharmacological treatments that to some extent reduce symptoms, prevent complications, and improve quality of life, self-management educational and motivational interventions integrated into regular disease management are essential, as is effective care and service coordination.

As part of the INESSS's mission to support the optimization of healthcare pathways, the present work aimed to describe the prevalence of COPD across the province, the sociodemographic characteristics of people with the disease, and certain domains of healthcare quality for the period between 2016 and 2022. The mandate also included a literature review of COPD quality indicators that use primary care electronic medical records (EMRs) to potentially support a wider range of strategies for continuous improvement of care and services to people with COPD.

Methodology

This state of practice is based on three sources of information:

- 1) *Clinical-administrative data analysis associated with certain aspects of COPD management from fiscal years 2016-2017 to 2021-2022.*

The indicators presented come from a pilot project for the continuous improvement of the quality of care and services to people with COPD. As part of this project, participating family medicine groups (FMG) receive a report with data specific to their registered clientele. This overview describes the same results, but for the province as a whole.

2) Literature review

The aim of the literature review was, on the one hand, to identify indicator results from other jurisdictions for comparison with those obtained for Quebec and, on the other, to identify COPD-related indicators calculated from data recorded in the EMRs. Documents were selected according to predefined criteria based on these two research questions.

3) Advisory committee perspective

This committee was made up of clinicians, researchers, and managers whose mandate was to provide information and support in the interpretation of discrepancies between expected and observed indicator results.

The relevance of the content and the overall scientific quality of the state of practice were assessed by external reviewers who were not involved in the work.

Highlights of indicator results

The analysis of provincial clinical-administrative data from the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) and Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) databases, to which the INESSS has access, provided a general overview of people diagnosed with COPD in Quebec between 2016 and 2022, as well as the health care and services they received.

The number of COPD cases increases by around 10,000 each year in Quebec

This is due, in particular, to the aging of the population and the increased life expectancy with the disease. Approximately 10% of the population aged 35 and over has been diagnosed with COPD, representing nearly 520,000 people in 2021-2022.

Access to primary care is not optimal for many people diagnosed with COPD

In 2021-2022, around 15% of people with a COPD diagnosis were not registered with a family doctor. On the other hand, if we consider only COPD patients registered with a family doctor practising in an FMG, we note that the proportion of front-line visits made to the registered FMG (location continuity) is high (around 94% since 2016). This good result for location continuity does not, however, guarantee good accessibility to front-line services, which would reduce the use of other types of services. In fact, during the fiscal year 2021-2022, 18% of people with a COPD diagnosis visited the emergency department once, and 17% twice or more. In addition, more than a third of these emergency room visits (36%) were categorized as less urgent or non-urgent (P4 or P5) at triage.

Nearly one in five people with a COPD diagnosis were hospitalized at least once during the year

In 2021-2022, 12% of people with a COPD diagnosis were hospitalized once, and 6% twice or more. This represents a significant number of hospitalizations, although it is not possible to evaluate the proportion of these hospitalizations that were preventable. In addition, less than half (43%) of cases had an ambulatory follow-up with a family doctor,

primary care nurse practitioner (PCNP) or respirologist within 21 days of hospital discharge. This result probably reflects a certain lack of coordination between hospital and primary care services, since problems of information transmission were raised, although other factors may also be at play.

Gaps have been identified in pharmacological treatment of people diagnosed with COPD

Only just over a third of COPD cases (38%) used a long-acting bronchodilator (LABA or LAMA) in 2021-2022, and this percentage has been stable in recent years. As it is recommended that all symptomatic people with spirometry-confirmed COPD should receive long-acting bronchodilator maintenance therapy, the results for this indicator seem relatively low. Furthermore, among people with a COPD diagnosis who used an inhaled corticosteroid (ICS), around one in five (21%) did not take a long-acting bronchodilator concomitantly, whereas ICS monotherapy should not be used in COPD management, as per guidelines. Finally, only 21% of people with a COPD diagnosis who had newly started long-acting bronchodilator therapy were persistent to medication (with an 80% adherence threshold) after 12 months of initial treatment.

Relatively large variations have been observed between regions for all these indicators

In most cases, regional comparisons adjusted for age and gender show differences between urban or metropolitan areas and more rural or remote regions. These differences can be partly explained by variations in the way care is organized and in access to services. Cross-tabulation of these indicators according to certain characteristics of people with a COPD diagnosis often shows that patients living in areas of higher deprivation have less favourable outcomes.

Use of local data

The literature has identified a number of indicators calculated on the basis of data collected in the EMRs. They cover the whole range of primary care COPD management:

- smoking evaluation and interventions;
- case identification and confirmation of diagnosis;
- management and follow-up of acute exacerbations;
- ongoing follow-up and integration of care and services;
- choice and adjustment of pharmacological treatments.

However, not all the identified indicators are currently usable in Quebec, according to the stakeholders consulted, as the data elements required for their calculation are not systematically documented in the EMRs. A list of these elements has therefore been compiled to support the eventual implementation of such indicators as part of continuous improvement activities, but also for the benefit of COPD patients. Access to spirometry results, which do not appear in the Dossier Santé Québec (DSQ), as well as the timely

transmission of information concerning hospitalization, are essential conditions for effective comprehensive primary care management of COPD.

Conclusions

COPD prevalence stabilized in Quebec between 2016 and 2022, but the burden on the healthcare system continues to grow as the number of cases gradually increases, due in particular to the aging of the population. Despite the limitations associated with indicators based on clinical-administrative data, the results highlight certain issues concerning access to primary care and inadequate or suboptimal maintenance treatment for COPD patients in Quebec. A list of elements to be documented in the EMRs, and indicators that can be calculated from them, has been compiled for information purposes, or to serve as a first step in supporting continuous improvement in the quality of primary care for people with COPD. It should be noted that the presented indicators can be provided to FMGs wishing to specifically characterize their registered COPD clientele as part of the CoMPAS+ reflective practice pilot project.

SIGLES ET ACRONYMES

AMLA	Antagonistes muscariniques à longue action
BALA	β 2-agonistes à longue action
BDCA	Banque de données clinico-administratives
BDCU	Banque de données communes des urgences
BDLA	Bronchodilatateur à longue durée d'action
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM	Classification internationale des maladies
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
DMÉ	Dossier médical électronique
DSQ	Dossier Santé Québec
EAMPOC	Exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique
EBM	Evidence-based Medicine
EMBASE	Excerpta Medica Database
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-GRL	Fichier d'inscription auprès des médecins de famille
IC	Intervalle de confiance
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS-PL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MD	Médecin
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RSS	Région sociosanitaire
SMED	Services médicaux des pharmaciens
SMOD	Services médicaux rémunérés à l'acte

INTRODUCTION

Contexte du projet

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), aussi nommée bronchopneumopathie chronique obstructive, était au deuxième rang des raisons les plus fréquentes d'hospitalisation au Canada en 2019-2020 [ICIS, 2021a]. Le nombre de cas de MPOC au Québec est en augmentation, notamment en raison du vieillissement de la population et d'une amélioration de l'espérance de vie. Plus de 9 % des Québécois de 35 ans ou plus étaient atteints d'une MPOC en 2011 selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), mais cette proportion s'élevait à 20 % en ne considérant que les 65 ans ou plus [INSPQ, 2017b]. Malgré tout, un sous-diagnostic de la MPOC a été révélé par l'Enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) : 3 % des répondants âgés de 35 à 79 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC, alors que les tests de spirométrie effectués dans le cadre de l'enquête ont montré que ce sont plutôt 12 % des répondants qui étaient atteints d'une obstruction des voies respiratoires. La proportion de personnes qui ignoraient leur condition était la plus grande chez les 35 à 59 ans [Statistique Canada, 2017]. L'apparition des symptômes est en effet souvent insidieuse puisque les personnes atteintes d'une MPOC non diagnostiquée tendent à modifier leur mode de vie pour éviter l'essoufflement ou à minimiser celui-ci en l'attribuant à l'âge ou à une mauvaise condition physique.

L'obstruction progressive des voies aériennes qui caractérise la MPOC s'accompagne de symptômes respiratoires persistants et évolutifs, de manifestations systémiques et d'épisodes d'exacerbation aiguë. Souvent causées par une infection bactérienne ou virale, des allergies ou de la pollution, ces exacerbations augmentent en fréquence et en sévérité avec l'évolution de la maladie, faisant aussi progresser les atteintes non respiratoires associées aux stades plus avancés de la MPOC, telles que l'anorexie, la perte de masse musculaire, les perturbations cognitives et les troubles de l'humeur [GOLD, 2023].

Bien que l'obstruction graduelle des voies respiratoires soit partiellement réversible, il n'existe pas de traitement pour guérir la maladie. Éviter l'exposition aux facteurs irritants qui en sont la cause, notamment par l'arrêt tabagique, permet de ralentir le déclin de la fonction respiratoire. Une combinaison de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques permet de prévenir les complications, de réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie.

La coordination des soins et services représente cependant un enjeu majeur. La MPOC étant une affection chronique incurable, elle exige l'intervention de nombreux secteurs de soins de santé : réadaptation pulmonaire, oxygénothérapie, soins à domicile, soins de longue durée, soins aigus et soins palliatifs. En outre, des interventions éducationnelles et motivationnelles régulières de la part des professionnels sont nécessaires à la participation indispensable de la personne dans la prise en charge de sa maladie (autogestion).

La non-reconnaissance de la MPOC est à la base d'un sous-diagnostic ou d'un diagnostic tardif. Le fardeau lié à la MPOC, tant pour les personnes atteintes que pour le système de santé, s'en trouve conséquemment alourdi. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a élaboré divers outils cliniques pour aider les cliniciens dans la détection et le traitement de la MPOC. À travers son plan stratégique, l'INESSS s'engage par ailleurs à soutenir l'optimisation des parcours de soins et services en s'appuyant sur les données les plus à jour [INESSS, 2021a]. S'alignant sur les priorités ministérielles visant à offrir un accès aux services de santé en temps opportun, l'INESSS réalise présentement des activités d'évaluation et développe des outils qui favorisent un système de santé apprenant en ce sens. Le projet Repères GMF produit pour les groupes de médecine de famille (GMF) intéressés de la province un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne mesurables à partir des bases de données clinico-administratives (BDCA). Le projet CoMPAS+ propose quant à lui la tenue d'ateliers de pratique réflexive permettant de rassembler les acteurs d'un même territoire avec l'objectif commun d'améliorer les soins et services de proximité pour la prévention et la prise en charge de différentes conditions chroniques, dont la MPOC.

Une connaissance des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population québécoise atteinte de la MPOC ainsi que de son utilisation des services de santé figure parmi les prémisses de l'optimisation du continuum de soins. Ayant accès à plusieurs BDCA dans le cadre d'une entente tripartite avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'INESSS est dans une position unique pour appuyer le réseau dans des initiatives d'amélioration continue de la qualité en produisant des informations complémentaires à d'autres sources de données (ex. : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec de l'INSPQ). Ces indicateurs de qualité sont des mesures mises en contexte relativement à une norme ou à une moyenne, permettant ainsi de porter un jugement sur la valeur d'un processus ou d'un résultat observé.

Le présent portrait de la MPOC au Québec, qui est accompagné d'une série d'indicateurs de la qualité des pratiques, fournit aux décideurs nationaux ou régionaux une base pour une gouvernance clinique intégrée des soins et services offerts à la clientèle concernée. La recension d'indicateurs calculés à partir des données contenues dans les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) contribue par ailleurs à bonifier l'éventail des composantes de soins autour desquelles il sera possible pour les professionnels de la santé d'articuler des stratégies d'amélioration continue. Ce portrait global couvre essentiellement les mêmes indicateurs que ceux présentés aux équipes locales lorsqu'elles participent aux ateliers CoMPAS+ portant sur la MPOC. Il est d'ailleurs souhaité que la diffusion de ce portrait provincial amène les milieux (p. ex. les GMF) à demander un rapport spécifique à leur clientèle et à s'engager dans une démarche CoMPAS+.

Objectifs

Le but de cet état des pratiques est de présenter la prévalence de la MPOC et les caractéristiques des personnes atteintes au Québec entre les années financières 2016-2017 et 2021-2022, et de décrire les soins et services offerts à cette clientèle en les comparant, lorsque possible, avec certaines normes, meilleures pratiques cliniques ou données d'autres systèmes de santé comparables. Cette analyse permet de mettre en lumière les forces de l'offre de services québécoise ainsi que les aspects où un rehaussement pourrait être souhaitable, le tout dans une perspective de soutien à une démarche globale d'amélioration continue de la qualité. L'examen de données contextuelles appuyé par une revue de littérature ciblée vise à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- 1) Décrire la prévalence de la maladie, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes atteintes, ainsi que leur profil d'utilisation des services de santé, pour l'ensemble de la province et pour les différentes régions.
- 2) Présenter les résultats d'un ensemble d'indicateurs de qualité du parcours de soins pour la MPOC.
- 3) Comparer, lorsque possible, les données québécoises avec celles issues de systèmes de santé d'autres juridictions.
- 4) Proposer des indicateurs complémentaires calculables par le biais d'autres banques de données disponibles dans les établissements et les GMF, comme les DMÉ.

Aspects exclus

Cet état des pratiques n'a pas comporté de recherche sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant la démarche diagnostique, les traitements et la gestion de la maladie puisque celle-ci a été menée dans le cadre des travaux récents pour la production des guides d'usage optimal (GUO) sur la MPOC et sur les exacerbations aiguës de la MPOC (EAMPOC) [INESSS, 2023; 2022].

Il est à noter que les résultats d'indicateurs mesurables à partir des DMÉ ne pouvaient pas être produits par l'INESSS puisque l'Institut n'a pas accès à ces données. Les établissements et les GMF qui le souhaitent peuvent toutefois utiliser la liste proposée pour générer eux-mêmes ces indicateurs.

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

La méthodologie détaillée est présentée à l'[annexe B](#).

1.1 Questions clés de recherche

Les questions d'évaluation abordées sont les suivantes :

- 1) Quelle est la prévalence de la MPOC entre les années financières 2016-2017 et 2021-2022 dans
 - a. l'ensemble de la province ?
 - b. les différentes régions sociosanitaires (RSS) ?
- 2) Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes atteintes de la MPOC ?
- 3) Quelle est l'utilisation des services hospitaliers faite par la clientèle MPOC ?
- 4) Dans quelle mesure la clientèle MPOC reçoit-elle les traitements pharmacologiques selon les recommandations des guides de pratique clinique ?
- 5) Dans quelle mesure la continuité est-elle assurée dans les soins et services prodigués à la clientèle MPOC ?
- 6) Quels sont les autres indicateurs qui pourraient être produits à partir des DMÉ pour mesurer la qualité des soins et services de première ligne offerts à la clientèle MPOC au Québec ?
- 7) Existe-t-il des données clinico-administratives ou issues des DMÉ sur la clientèle MPOC provenant de systèmes de santé d'autres juridictions avec lesquelles les données québécoises pourraient être comparées ?

1.2 Approches employées

Cet état des pratiques s'appuie sur trois sources principales d'informations, soit 1) une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise, 2) l'analyse des données clinico-administratives associées à certains déterminants de la MPOC et de sa prise en charge, et 3) la perspective d'un comité consultatif composé de cliniciens, de chercheurs et de gestionnaires.

Données issues de la littérature

- Recherche documentaire réalisée en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) (stratégie à l'[annexe C](#)) pour repérer des publications présentant des indicateurs relatifs à la MPOC calculés à partir des DMÉ ou des résultats d'indicateurs provenant d'autres juridictions (questions de recherche 6 et 7);

- Sélection des documents selon des critères prédéfinis ([Annexe B](#));
- Extraction et synthèse des informations issues des publications retenues pour les questions de recherche 6 et 7.

Indicateurs produits à partir des données clinico-administratives

Les contenus développés à partir des BDCA pour les ateliers pilotes CoMPAS+ sur la MPOC en 2023 ont été utilisés pour broser ce portrait provincial chez les personnes âgées de 35 ans ou plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec.

- Extraction des données à partir des banques de la RAMQ et du MSSS, calcul et analyse descriptive (sans comparaison statistique) des indicateurs décrits au [tableau 1](#), puis validation des résultats par des professionnels scientifiques en gestion et analyse des données clinico-administratives;
- Ajustement des résultats des indicateurs selon le sexe et l'âge des cas de MPOC repérés pour la comparaison des régions sociosanitaires;
- Croisements des résultats d'indicateurs avec diverses variables lorsque cela a été jugé pertinent.

Tableau 1 Liste des indicateurs présentés

Nom court	Description	Intérêt de l'indicateur
Indice de vulnérabilité matérielle	Variable écologique agrégeant des données sur l'emploi, le revenu et la scolarité. La population est divisée en quintiles allant de très favorisé à très défavorisé.	La défavorisation socioéconomique est associée à une plus grande prévalence de la MPOC.
Prévalence	Proportion des personnes de 35 ans et plus avec un diagnostic de MPOC selon l'âge, le sexe et la région de résidence.	Il existe des enjeux de sous-diagnostic et de surdiagnostic de la MPOC.
Visites aux urgences	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant visité les urgences à au moins une reprise pendant l'année, toutes raisons de consultation confondues et peu importe leur classement sur l'échelle de triage (P1 à P5).	Le volume d'utilisation des urgences est influencé par le suivi adéquat des personnes vulnérables par la première ligne et par l'accès dans la communauté aux médecins de famille, aux plateaux techniques ainsi qu'aux services de soutien à domicile et de réadaptation.
Hospitalisations	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant été hospitalisées à au moins une reprise pendant l'année, toutes causes confondues.	Il est crucial de prévenir le nombre et la gravité des exacerbations aiguës de la MPOC, car elles précipitent l'évolution de la maladie. Même si le calcul inclut toutes les causes d'hospitalisation, l'indicateur reste pertinent puisque la MPOC peut contribuer à aggraver les autres problèmes de santé.
Continuité de lieu	Proportion des visites en première ligne faites par les personnes avec un diagnostic de MPOC pendant l'année qui ont lieu auprès d'un médecin de	Il existe une association entre la continuité de l'information et la coordination des services, la prévention, la qualité de la

Nom court	Description	Intérêt de l'indicateur
	famille ou d'une IPS-PL du GMF d'inscription, toutes raisons de consultation confondues.	gestion des maladies chroniques et la confiance des usagers.
Visites aux urgences P4-P5	Proportion des visites aux urgences faites par les personnes avec un diagnostic de MPOC pendant l'année et considérées comme « moins urgentes » ou « non urgentes » (code de priorité P4 ou P5), toutes raisons de consultation confondues.	Les consultations aux urgences pour des problèmes non urgents sont utilisées comme indicateur indirect (proxy) d'une accessibilité déficiente aux services et soins de première ligne.
Suivi post-hospitalisation	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC et ayant eu une hospitalisation (toutes causes) pendant l'année, qui ont eu une consultation avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant la fin de leur séjour hospitalier, toutes raisons de consultation confondues.	Un suivi médical en temps opportun après une hospitalisation permet de : ▪ vérifier l'évolution de l'état de la personne; ▪ modifier la pharmacothérapie; ▪ solliciter l'implication d'autres professionnels de la santé dans les soins de la personne; ▪ s'assurer de la compréhension de la personne.
Utilisation d'un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA)	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), qui ont au moins une réclamation de BDLA au cours de l'année.	Le traitement de BDLA permet de : ▪ prévenir et contrôler les symptômes; ▪ réduire la fréquence et la sévérité des exacerbations; ▪ améliorer la qualité de vie et la tolérance à l'exercice. Les personnes avec une MPOC légère sans exacerbation n'ont pas nécessairement besoin de prendre un BDLA.
Utilisation d'un corticostéroïde inhalé (CSI) en monothérapie	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC couvertes par le RPAM et ayant une réclamation de CSI, qui n'ont aucune réclamation de BDLA au cours de l'année.	Les CSI en monothérapie sont non recommandés dans le traitement de la MPOC. Les CSI ne sont indiqués qu'en association avec un BDLA.
Persistance au traitement dans la première année	Proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC couvertes par le RPAM et ayant une première réclamation de BDLA dans l'année, qui ont été persistantes au traitement avec un seuil d'adhésion à 80 % (réclamations avec une durée de traitement combinée couvrant plus de 292 jours) pendant les 12 premiers mois d'utilisation.	Une observance d'au moins 80 % est considérée comme nécessaire pour obtenir de bons résultats de santé pour les personnes atteintes de MPOC. L'observance et la persistance sont particulièrement difficiles pour les patients pendant la première année de traitement.

Données issues de consultations

Les données contextuelles et expérientielles ont été obtenues auprès des parties prenantes par l'entremise d'un comité consultatif.

2 RÉSULTATS DES INDICATEURS

Les indicateurs présentés dans cette section permettent une analyse des caractéristiques sociodémographiques en lien avec les facteurs de risque de la MPOC ou se rapportant à la population ayant déjà un diagnostic de MPOC, ainsi que son utilisation des services de santé et son usage de médicaments par inhalation. Si les mêmes indicateurs ont été calculés dans d'autres juridictions et ont été repérés par la recherche documentaire, les résultats sont mentionnés à titre indicatif.

Il est à noter que les régions sociosanitaires 10-Nord-du-Québec, 17-Nunavik et 18-Terres-Cries-de-la-Baie-James ont été exclues du portrait sur la MPOC, comme elles le sont des rapports du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), parce que leurs données sont incomplètes. Ces territoires éloignés des grands centres ont une faible densité de population et, par conséquent, le nombre de cas de MPOC repérés dans les banques de données clinico-administratives y est très petit. En outre, plusieurs médecins y sont rémunérés selon des modes alternatifs, donc plusieurs diagnostics n'apparaissent pas dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Bien que les données de ces trois régions ne soient pas présentées individuellement, elles contribuent néanmoins à la mesure pour l'ensemble du Québec.

2.1 Sommaire de la recherche documentaire

La recherche documentaire, dont la stratégie et les résultats détaillés sont décrits aux annexes [C](#), [D](#) et [E](#), a permis de recenser plusieurs sources de résultats d'indicateurs de qualité des soins pour la clientèle avec MPOC dans diverses juridictions. Cependant, peu de ces sources ont utilisé des définitions du numérateur et du dénominateur qui permettaient une comparaison avec les résultats d'indicateurs de l'INESSS. Neuf documents ont été retenus dont cinq provenant d'autres provinces canadiennes et quatre de pays européens. La plupart des documents (7) présentent des résultats d'indicateurs calculés à partir de données clinico-administratives. Les principales caractéristiques de ces documents sont résumées au [tableau D-1](#) de l'annexe D.

2.2 Facteurs de risque de la MPOC

L'identification des facteurs de risque de la MPOC est importante non seulement pour la prévention primaire, mais également parce qu'elle fait partie intégrante de la démarche diagnostique. La MPOC est généralement due à l'exposition prolongée, qu'elle soit actuelle ou passée, à des irritants des voies respiratoires (p. ex. tabac, pollution atmosphérique, exposition professionnelle à la poussière et à certaines substances chimiques). Des facteurs liés à l'histoire médicale sont aussi parfois en cause, alors que des déterminants socioéconomiques sont associés à une plus grande prévalence de la MPOC.

2.2.1 Tabagisme

Les données clinico-administratives ne permettent pas d'analyser les associations entre la prévalence de maladies chroniques et des déterminants de la santé comme l'activité physique, l'alimentation ou le tabagisme puisqu'elles ne contiennent pas de renseignements concernant les habitudes de vie. Il n'est donc pas possible de calculer à une échelle provinciale la proportion des personnes atteintes de la MPOC qui font usage du tabac.

Il est cependant établi que le tabagisme est le principal facteur de risque de la MPOC. Les efforts déployés pour encourager la cessation tabagique sont justifiés puisqu'une méta-analyse a montré que la prévalence de la MPOC est plus élevée chez les fumeurs actuels que chez les anciens et les non-fumeurs [Kamal *et al.*, 2015]. En outre, une étude américaine a déterminé que les personnes vivant dans une communauté dotée d'une loi ou d'un règlement antitabac étaient 22 % moins susceptibles d'être hospitalisées pour une MPOC que celles vivant dans une communauté dotée d'une loi moins restrictive ou sans loi antitabac [Hahn *et al.*, 2014]. L'adoption au Québec depuis 1998 de lois provinciales successives interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics a probablement contribué à y faire décroître le taux de tabagisme. Les activités de surveillance du tabagisme qu'effectue l'INSPQ d'après les renseignements tirés des divers cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada ont montré que la proportion de personnes de 12 ans et plus faisant usage du tabac a connu une diminution au Québec entre les années 2000-2001 et 2017-2018, passant de 29 % à 18 % [INSPQ, 2020].

Qu'il soit actuel ou passé, le tabagisme représente un risque de MPOC dont l'importance varie selon le type de consommation. Néanmoins, tous les fumeurs sont des individus chez qui il faut intervenir pour encourager la cessation tabagique. En effet, les fumeurs occasionnels sont toujours à risque de devenir des fumeurs réguliers. Par exemple, les cliniciens consultés ont remarqué que, pendant la pandémie de COVID-19, l'état des personnes atteintes de MPOC s'était énormément dégradé. En plus de s'être isolées socialement, elles avaient moins consulté leur équipe soignante et avaient donc bénéficié de moins de soutien et de services : plusieurs avaient réduit leurs activités physiques ou avaient recommencé à fumer. Ces impressions ont été confirmées dans la population générale par les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2020-2021 : environ 30 % des fumeurs âgés de 15 ans ou plus ont déclaré fumer plus souvent la cigarette depuis le début de la pandémie. L'augmentation de l'usage de la cigarette était davantage marquée chez les fumeurs plus défavorisés (44 %) que chez ceux de milieux favorisés (19 %) [MSSS, 2022].

Malgré les variations observées durant la pandémie, l'enquête de 2020-2021 [ISQ, 2023] révèle que la proportion de personnes faisant usage de la cigarette traditionnelle au Québec continue de diminuer, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans où elle a atteint 10 %. En revanche, il est rapporté que 19 % d'entre eux avaient vapoté au cours du dernier mois et que 9 % le font quotidiennement. Quant à l'inhalation de cannabis, la proportion de consommateurs et de consommatrices dans la population générale est en hausse constante depuis 2008, passant de 12 % à 18 % en 2020-2021 [ISQ, 2023].

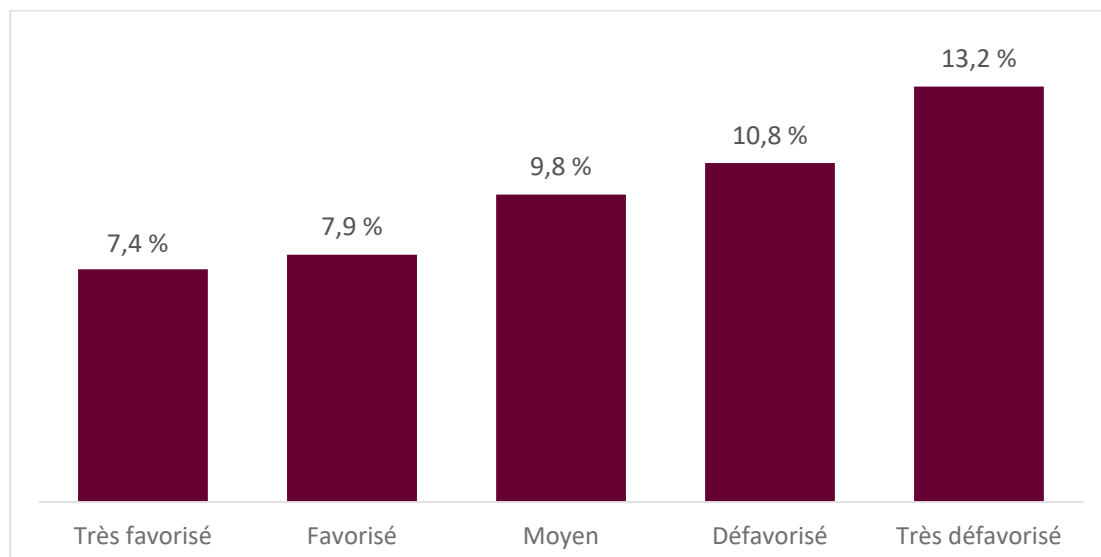
L'usage de la cigarette électronique ainsi que la consommation de cannabis ont été associés à la MPOC dans quelques études [Osei *et al.*, 2020; Perez *et al.*, 2019; Winhusen *et al.*, 2019], mais il faudra davantage de recherches pour confirmer ces associations.

2.2.2 Vulnérabilité socioéconomique

Les indices de vulnérabilité sont des indicateurs qui reflètent les déterminants sociaux de la santé de la population d'un territoire. Se rattachant aux caractéristiques de ses habitants comme la situation familiale, l'état matrimonial, la scolarité, l'emploi et le revenu, ils se déclinent sous deux dimensions souvent étroitement liées : la vulnérabilité matérielle et la vulnérabilité sociale. Le plus récent calcul de ces indicateurs utilise les données du recensement de 2021. Il est à noter qu'aucun indice n'est assigné aux personnes vivant en institution collective (ex. : centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], prison) ou dont le code postal n'est pas valide.

Sans être un facteur de risque en soi, la défavorisation socioéconomique est associée à une plus grande prévalence de la MPOC, encore plus fortement qu'avec celle d'autres affections comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires [Gershon *et al.*, 2012]. Par exemple, en Ontario, la prévalence autorapportée chez les personnes de 35 ans et plus diffère en fonction du niveau de défavorisation matérielle, allant de 2,2 % dans le quintile le plus favorisé à 7,0 % dans celui le plus défavorisé, selon les données de 2016 publiées dans un rapport de la Santé publique [PHO, 2019]. Au Québec, la proportion de personnes de 35 ans ou plus assurées à la RAMQ qui ont reçu un diagnostic de MPOC varie selon l'indice de vulnérabilité matérielle : elle était de 7,4 % chez les individus du quintile le plus favorisé, contre 13,2 % dans le quintile le plus défavorisé en 2021-2022 ([figure 1](#)).

Figure 1 Prévalence de la MPOC chez les personnes de 35 ans ou plus assurées à la RAMQ en 2021-2022 selon l'indice de vulnérabilité matérielle



Faits saillants

Tabagisme

- Le tabagisme est le principal facteur de risque de la MPOC.
- La proportion de personnes faisant usage du tabac a diminué partout au Québec entre les années 2000-2001 et 2017-2018, passant de 29 % à 18 %.
- Environ 30 % des fumeurs âgés de 15 ans ou plus ont déclaré fumer plus souvent la cigarette depuis le début de la pandémie.
- Alors que l'usage de la cigarette traditionnelle ne concerne que 10 % des jeunes de 15 à 24 ans, 19 % d'entre eux font usage de la cigarette électronique.

Vulnérabilité matérielle

- La prévalence de la MPOC varie selon l'indice de vulnérabilité matérielle, allant de 7 % dans le quintile le plus favorisé à 13 % dans celui le plus défavorisé.

2.3 Repérage des cas de MPOC

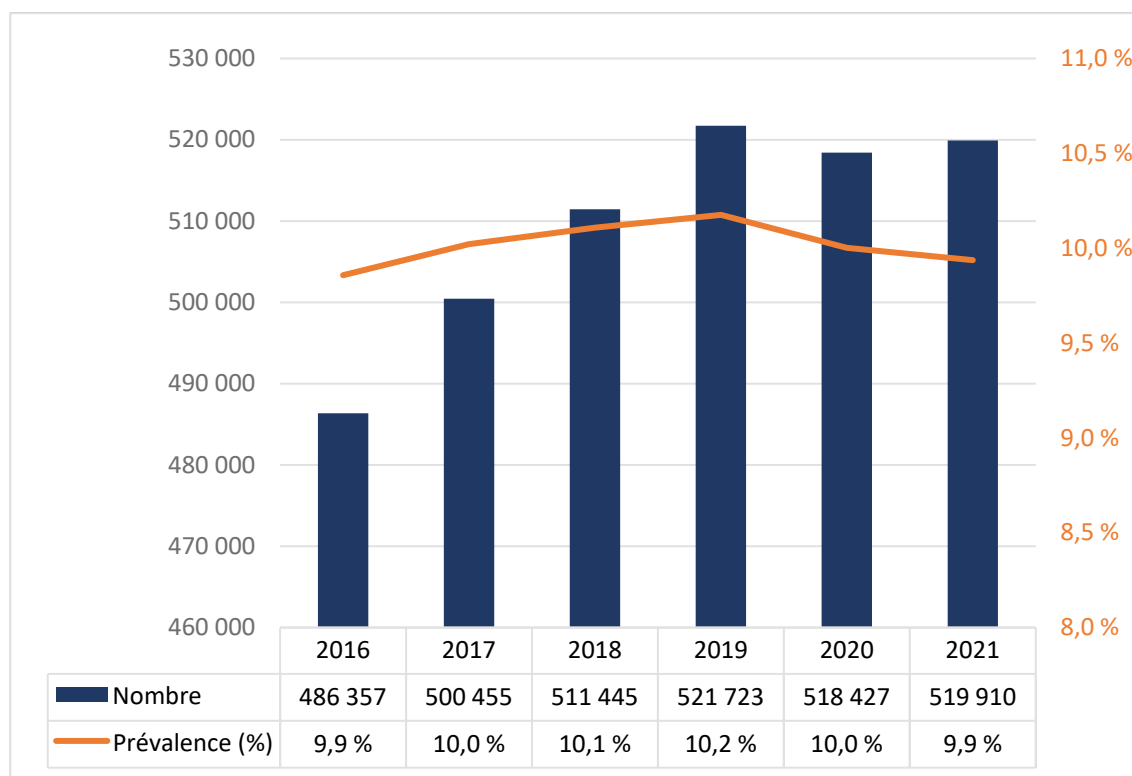
2.3.1 Prévalence

Comme l'indiquent les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS), la MPOC est certainement sous-diagnostiquée, surtout chez les personnes de 35 à 59 ans [Statistique Canada, 2017]. Le repérage précoce s'avère difficile sur le terrain parce que les personnes adaptent leurs activités de la vie quotidienne pour éviter de provoquer des symptômes, en viennent à considérer leurs symptômes comme une normalité attribuable à leur âge, à leur sédentarité et à leur mauvaise condition physique, ou omettent de parler de leurs symptômes à un professionnel de la santé par crainte d'être jugées ou stigmatisées en lien avec le tabagisme. En outre, il existe probablement une sous-estimation de la prévalence de la maladie en raison de la proportion de cas non détectés dans les banques de données clinico-administratives [Terzikhan *et al.*, 2016; Hill *et al.*, 2010]. En effet, puisque la définition de cas identifie seulement les individus dont la condition a été diagnostiquée et traitée par un médecin, les grands consommateurs de soins de santé sont plus susceptibles d'être identifiés par cet algorithme. Il est possible de penser que ceux-ci sont des cas de MPOC de sévérité modérée à sévère [Doucet *et al.*, 2013].

Parmi les 5 millions de personnes de 35 ans ou plus résidant au Québec en 2021-2022, 10 % d'entre elles ont un diagnostic de MPOC. Cette proportion est stable depuis au moins 6 ans, mais le fardeau de cette maladie s'alourdit au fil du temps puisque le

nombre de cas augmente ([figure 2](#)). Cela est dû au vieillissement de la population, à l'amélioration de l'espérance de vie et à l'augmentation de la durée de vie avec la maladie grâce à de meilleurs traitements.

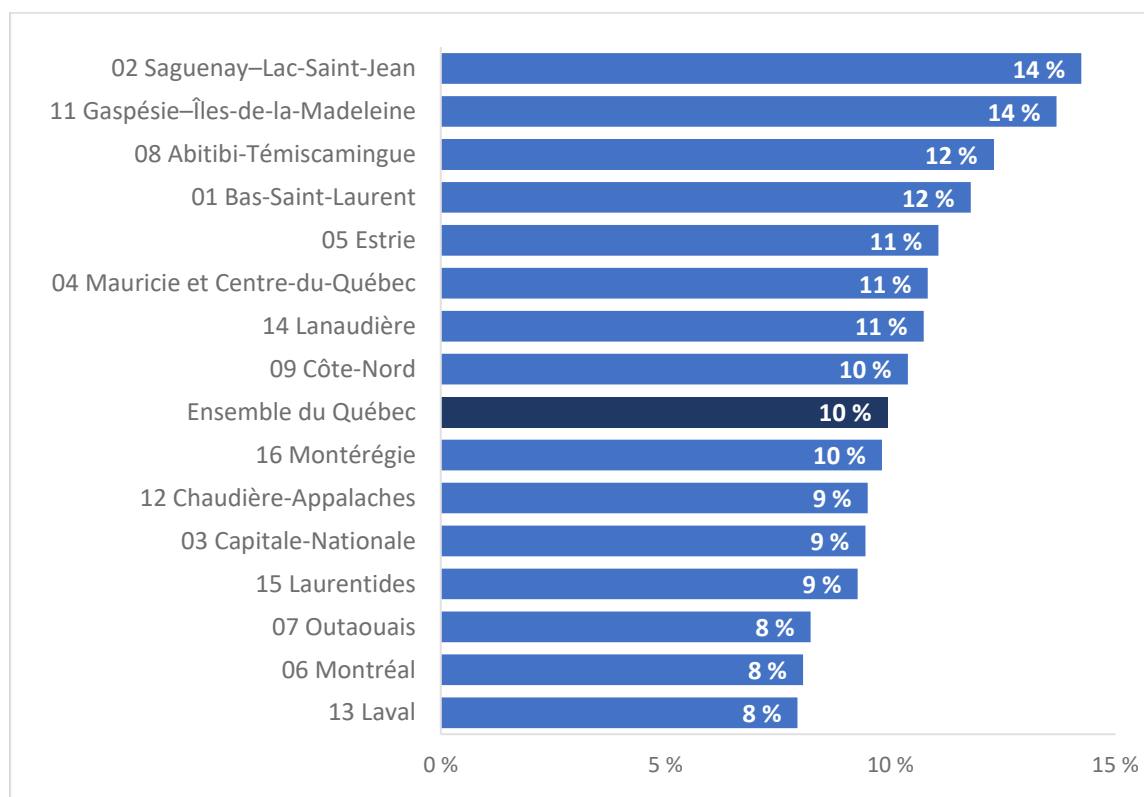
Figure 2 Évolution du nombre de cas et de la prévalence de la MPOC au Québec entre 2016-2017 et 2021-2022



Concrètement, il s'est ajouté plus de 33 500 cas de MPOC au Québec entre 2016-2017 et 2021-2022. Une augmentation annuelle d'environ 10 000 à 14 000 cas était observable jusqu'en 2019, puis le nombre de cas repérés a diminué en 2020-2021 avant de repartir faiblement à la hausse en 2021-2022 pour s'établir à 519 910 personnes. Il est possible que la pandémie de COVID-19 soit en cause dans cette baisse du nombre de personnes présentant un diagnostic de MPOC. D'une part, des conséquences indirectes comme l'interruption des spirométries non urgentes [SCT et SCTR, 2020; SCTR, 2020] ou la diminution des consultations médicales pendant les premières vagues épidémiques pourraient avoir mené à une réduction du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comme semblent l'indiquer les données d'incidence de la MPOC du SISMACQ [SISMACQ]. Les cliniciens consultés ont rapporté que les tests de spirométrie avaient effectivement été interrompus pendant des mois à travers la province à cause de la pandémie et que les listes d'attente se sont allongées de façon importante depuis. Ils ont aussi mentionné que les listes d'attente sont maintenant gonflées par l'ajout de personnes devant être évaluées pour une suspicion de COVID longue. D'autre part, la baisse pourrait être attribuable aux décès.

La proportion de personnes de 35 ans ou plus avec un diagnostic de MPOC varie entre les régions du Québec, allant de 8 % dans des régions comme Laval, Montréal et l'Outaouais jusqu'à 14 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ([figure 3](#)). Il est à noter qu'il s'agit de résultats de prévalence brute, qui ne tiennent pas compte de l'âge et du sexe de la population, afin de représenter le fardeau réel de la maladie dans chaque région. Il est possible que les données sous-estiment la réalité pour certains territoires, notamment en Outaouais et en Abitibi-Témiscamingue, où une partie de la population risque d'aller chercher des services médicaux en Ontario [IRIS, 2022; INSPQ, 2017a]. Néanmoins, on remarque une prévalence plus élevée dans les régions ressources (p. ex. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord), qui comptent une proportion plus grande de population rurale. Cette observation est d'ailleurs soutenue par une étude américaine qui a démontré que la résidence rurale et la pauvreté étaient des facteurs de risque de MPOC, même chez les non-fumeurs [Raju *et al.*, 2019].

Figure 3 Prévalence de la MPOC selon les régions du Québec en 2021-2022



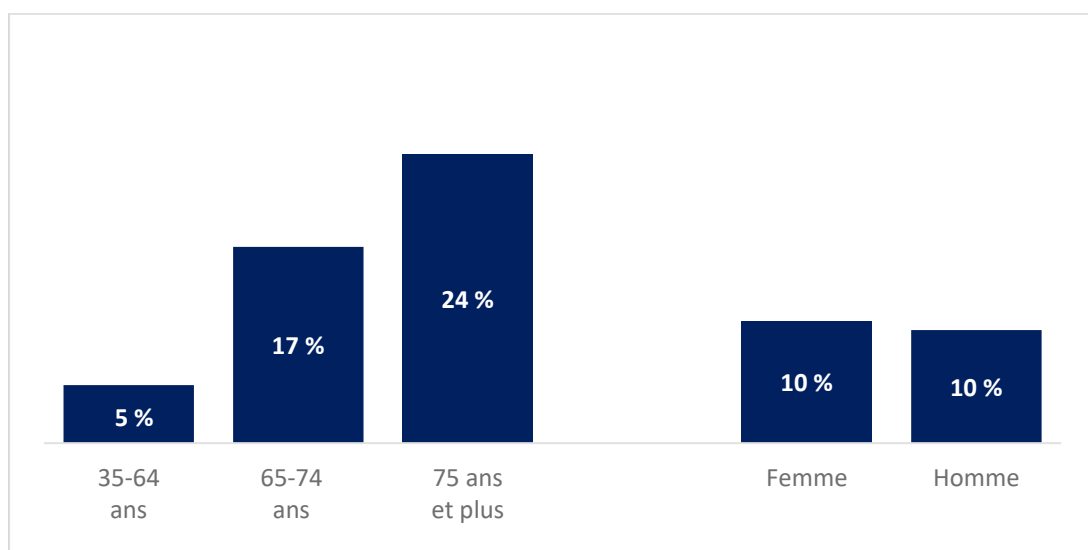
Données non ajustées.

Au Manitoba, où le calcul de la prévalence de la MPOC se fait aussi parmi la population de 35 ans ou plus en utilisant la même définition de cas que celle de l'INESSS (au moins une hospitalisation ou une visite avec un code de diagnostic de MPOC), la prévalence de la MPOC dans la province était de 12 % en 2019-2020. Tout comme au Québec, cette proportion est la plus grande dans les régions éloignées au nord (15 %) et la plus faible dans les régions au sud, près des grands centres urbains (10 %) [Manitoba Health, 2023]. Un lien possible avec la présence plus répandue en régions de milieux de travail qui génèrent beaucoup de particules fines (p. ex. les fonderies et alumineries) a été soulevé par les cliniciens consultés pour ce projet, de même qu'un phénomène de sous-diagnostic de la MPOC probablement plus important dans les grandes villes.

Par ailleurs, on observe que la prévalence est la même chez les hommes et les femmes du Québec ([figure 4](#)). Une méta-analyse récente de la prévalence globale de la MPOC confirme que celle-ci est généralement plus élevée chez les hommes, avec la particularité qu'en Amérique, cette prévalence plus forte chez les hommes est observée pour la MPOC de stade I, mais disparaît pour la MPOC de stade II pour ensuite devenir plus grande chez les femmes pour la MPOC de stades III et IV [Varmaghani *et al.*, 2019].

On constate également que la prévalence de la MPOC augmente avec l'âge : alors que 5 % des Québécois âgés de 35 à 64 ans ont reçu un diagnostic de MPOC, cette proportion atteint presque 1 personne sur 4 chez les plus de 75 ans ([figure 4](#)). À titre comparatif, la prévalence brute de la MPOC diagnostiquée par un médecin en Ontario était de 5 % chez les jeunes adultes âgés de 35 à 54 ans, contre 13 % chez les adultes d'âge moyen (55-64 ans) et 22 % chez les adultes plus âgés (65 ans ou plus) en 2016-2017 [Gershon *et al.*, 2021a].

Figure 4 Prévalence de la MPOC au Québec selon l'âge et le sexe en 2021-2022



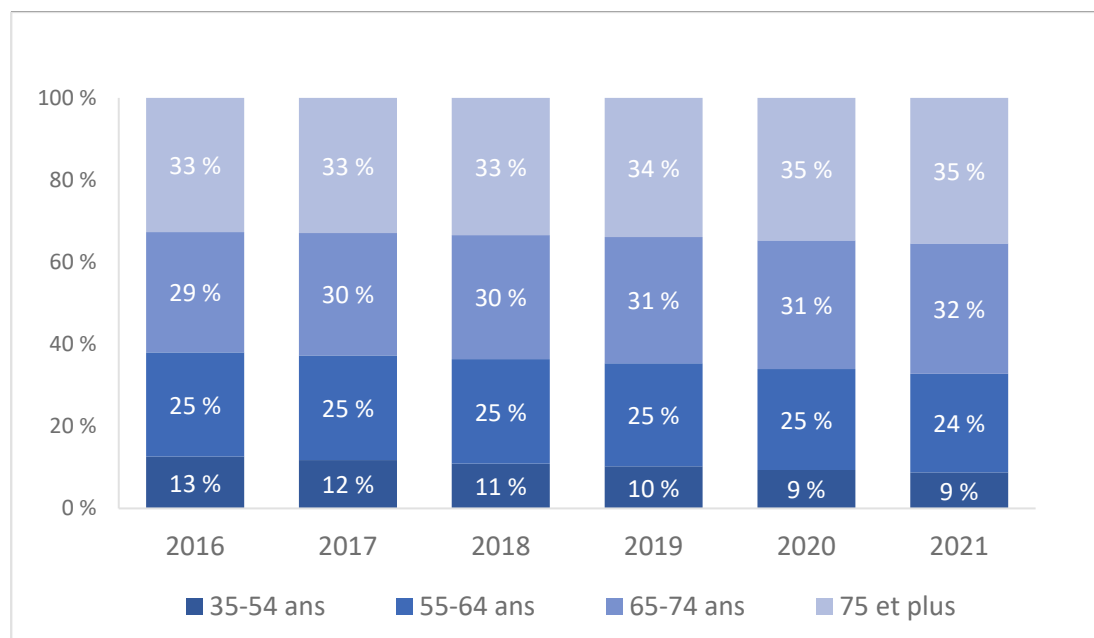
2.3.2 Description de la population avec un diagnostic de MPOC

Un peu plus de la moitié des cas de MPOC au Québec sont des femmes (53 %), et cette proportion est stable depuis 2016 (données non présentées).

Une autre caractéristique sociodémographique stable dans le temps pour la population québécoise avec un diagnostic de MPOC est l'indice de vulnérabilité : près de la moitié (47 %) des personnes avec un diagnostic de MPOC sont défavorisées ou très défavorisées sur le plan matériel (données supplémentaires à l'[annexe F](#)).

Même si les chances de développer une MPOC augmentent avec l'âge, on note néanmoins que le tiers (33 %) des cas étaient des personnes de moins de 65 ans en 2021-2022. Cette proportion a toutefois diminué graduellement depuis 2016 alors qu'elle comptait pour 38 % des cas ([figure 5](#)).

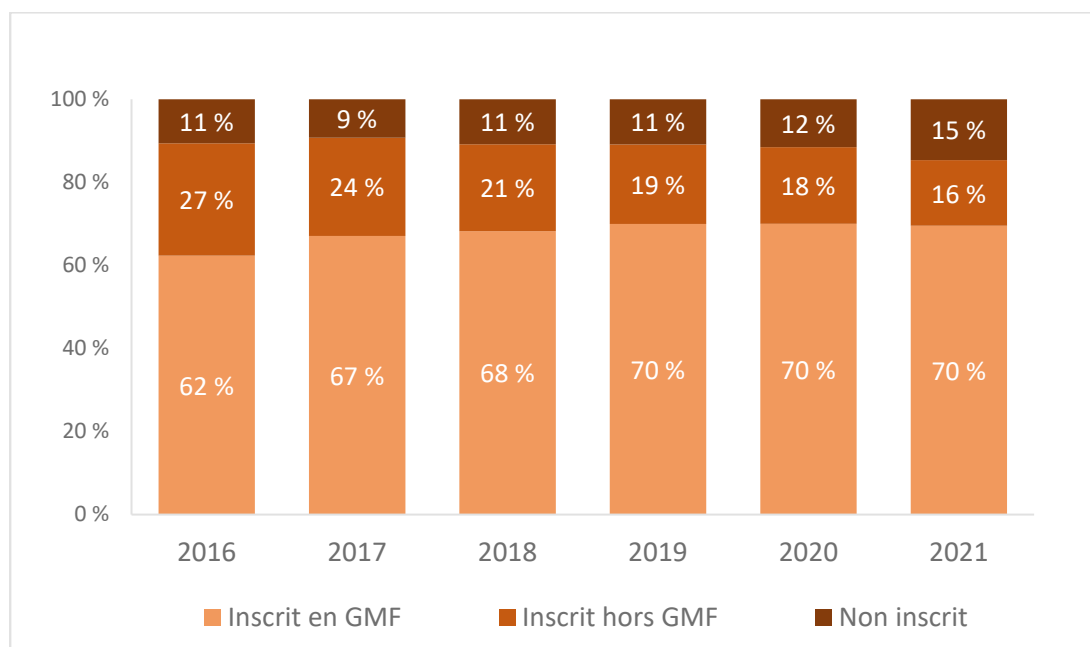
Figure 5 Évolution de la répartition des cas de MPOC selon l'âge entre 2016-2017 et 2021-2022



Enfin, 15 % des cas de MPOC au Québec n'étaient pas inscrits auprès d'un médecin de famille en 2021-2022 (environ 75 000 personnes). Ce pourcentage est plus élevé que celui qui était observé de 2016 à 2020 ([figure 6](#)). Parallèlement, le pourcentage de cas de MPOC inscrits auprès d'un médecin exerçant hors GMF a diminué progressivement depuis les 6 dernières années ([figure 6](#)). Selon les cliniciens consultés pour ce projet, être inscrit auprès d'un médecin qui pratique au sein d'un GMF signifie notamment un accès plus facile à une équipe interdisciplinaire pour la prise en charge globale de la MPOC, ainsi que des heures d'ouverture couvrant 68 heures par semaine. L'implantation du guichet d'accès à la première ligne (GAP) et l'avènement de l'inscription collective en juin 2022 (où les patients ne sont plus orphelins ni en attente au GAMF, mais y demeurent inscrits) viendront complexifier le calcul et l'interprétation de cet indicateur.

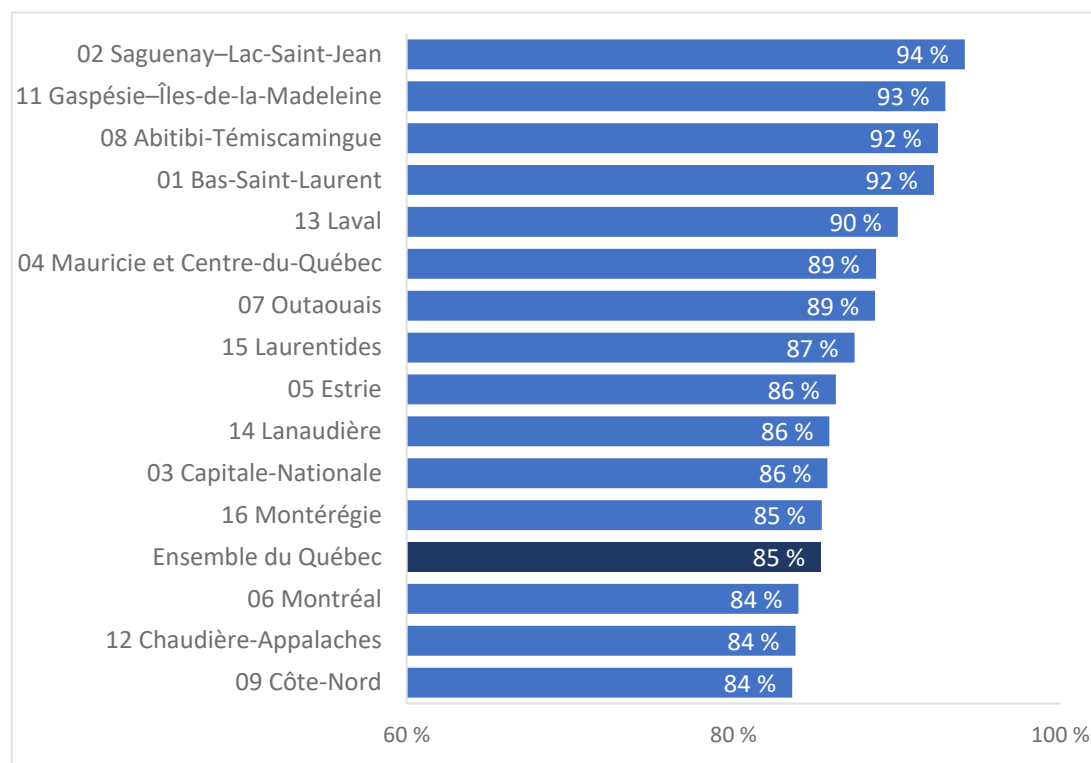
Toutefois, comme les données les plus récentes disponibles pour ce portrait sont pour l'année financière se terminant en mars 2022, celles-ci n'ont pas été affectées par ces nouveaux enjeux.

Figure 6 Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille entre 2016-2017 et 2021-2022



La proportion de personnes avec MPOC qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille, que ce soit en GMF ou non, varie de 84 % à 94 % selon les régions ([figure 7](#)). De façon générale, le taux d'inscription des cas de MPOC est plus élevé dans les régions éloignées, sauf pour la Côte-Nord qui figure au bas de la liste. D'après les cliniciens consultés, cette région aurait beaucoup souffert du phénomène de départ à la retraite des médecins de famille avec des clientèles inscrites importantes. Selon le tableau de bord du MSSS sur la performance du réseau de la santé et des services sociaux, le taux d'inscription auprès d'un médecin de famille s'établissait à environ 78 % pour la population générale avant le déploiement du GAP, et variait aussi entre les régions [MSSS, 2023].

Figure 7 Proportion de personnes avec MPOC qui sont inscrites auprès d'un médecin de famille selon la région de résidence en 2021-2022



Données non ajustées.

Faits saillants

- Au Québec, une personne de 35 ans ou plus sur dix a reçu un diagnostic de MPOC, ce qui représente 520 000 cas selon les données de l'année 2021-2022.
 - Le tiers de ces personnes ont moins de 65 ans.
 - Un peu plus de la moitié (53 %) sont des femmes.
 - 15 % des cas ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille.
- La prévalence de la MPOC est stable à 10 % depuis 2016, mais le nombre de cas augmente continuellement en raison du vieillissement de la population, de l'amélioration de l'espérance de vie ainsi que de l'augmentation de la durée de vie avec la maladie grâce à de meilleurs traitements.
 - Chez la population de 75 ans et plus, environ une personne sur quatre a reçu un diagnostic de MPOC (24 %).
- La proportion de personnes de 35 ans et plus avec un diagnostic de MPOC varie selon la région sociosanitaire, allant de 8 % (Laval) à 14 % (Saguenay–Lac-Saint-Jean).

2.4 Utilisation des services hospitaliers

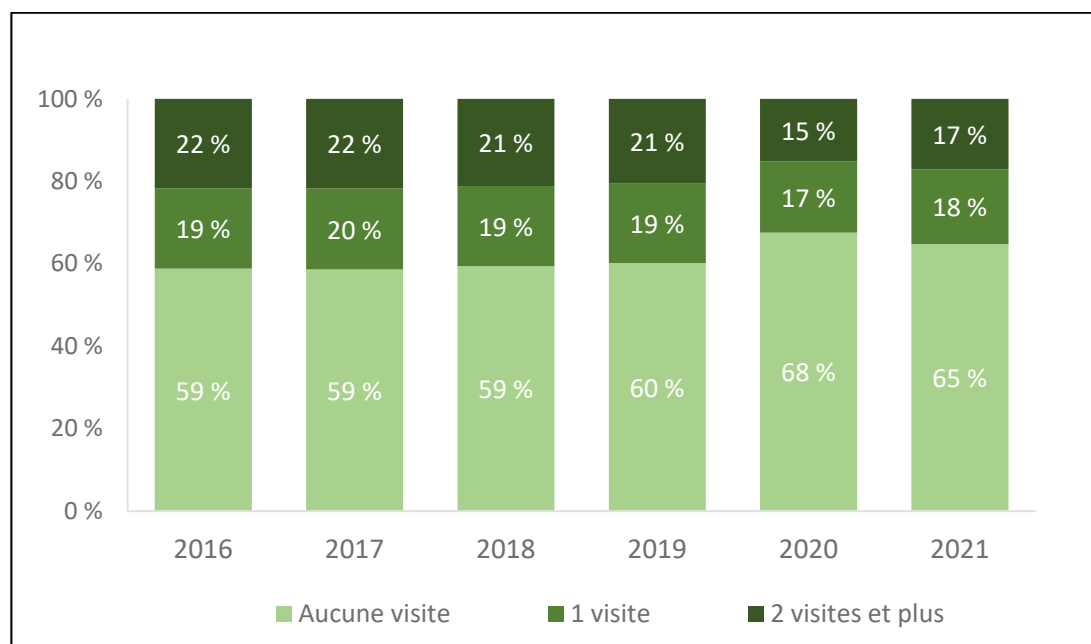
Le présent état des pratiques se veut un portrait des soins prodigués aux personnes atteintes de MPOC dans leur globalité, et non une description des soins donnés pour traiter la MPOC uniquement. C'est pourquoi les indicateurs qui concernent l'utilisation des services médicaux ont été calculés sans considération pour les raisons de consultation ou d'admission.

2.4.1 Visites aux urgences

Le volume d'utilisation et le profil de la clientèle aux urgences sont influencés par le suivi adéquat des personnes vulnérables par la première ligne et par l'accès dans la communauté aux médecins de famille, aux plateaux techniques ainsi qu'aux services de soutien à domicile et de réadaptation [CSBE, 2016]. Les visites fréquentes aux urgences pourraient indiquer que les personnes n'ont pas accès aux services ou au soutien dont elles ont besoin dans la collectivité pour leurs problèmes de santé. Elles pourraient aussi indiquer que ces personnes ne connaissaient pas les services offerts par la première ligne dans leur collectivité, ont eu de la difficulté à y avoir accès ou ont eu de mauvaises expériences ou de mauvais résultats en lien avec les soins communautaires [VGQ, 2020].

Au Québec, pendant l'année 2021-2022, plus du tiers (35 %) de la population avec MPOC a visité les urgences à au moins une reprise, ce qui représente environ 183 000 personnes. Cette proportion se situait autour de 41 % depuis 2016, avant de chuter à 32 % avec les premières vagues épidémiques de COVID-19 en 2020. La répartition des cas de MPOC selon le nombre de visites aux urgences révèle que la proportion des personnes atteintes ayant fait une seule visite est relativement stable depuis 6 ans, alors que la proportion de celles ayant fait 2 visites ou plus est moins grande depuis la pandémie ([figure 8](#)).

Figure 8 Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le nombre annuel de visites aux urgences entre 2016-2017 et 2021-2022

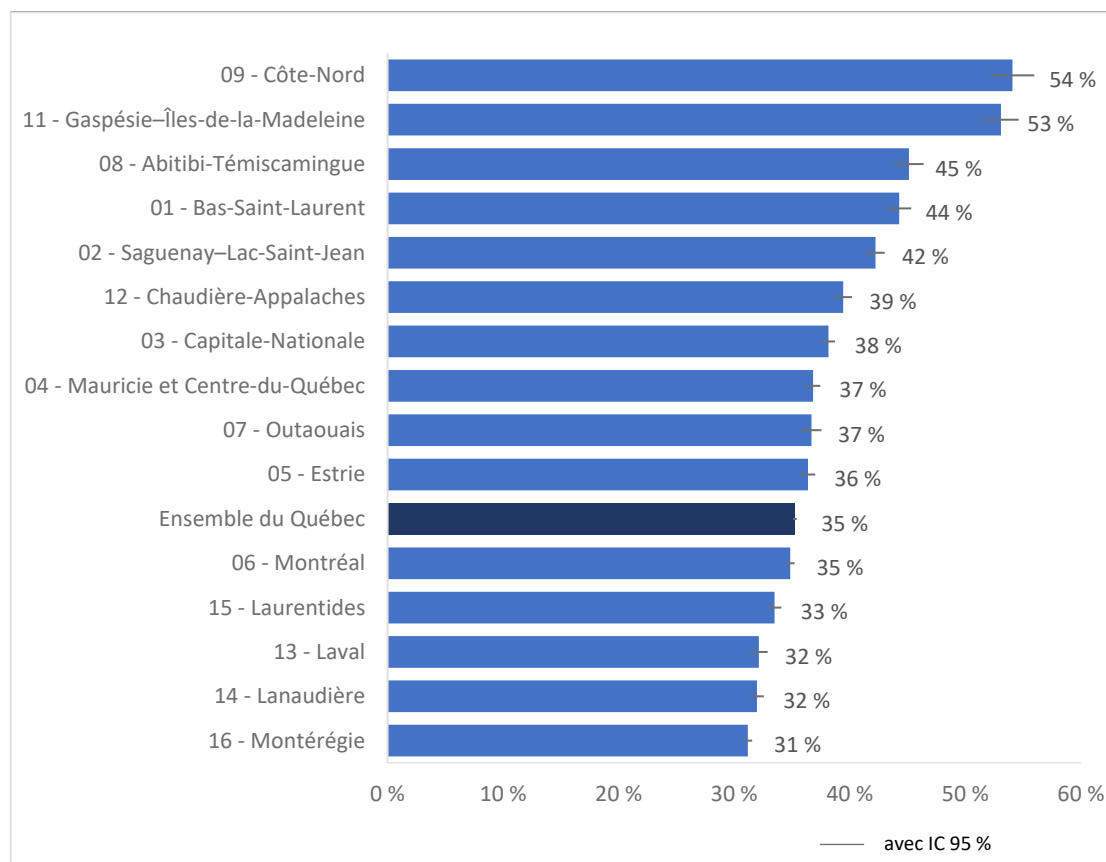


Les cliniciens participant au projet ont confirmé avoir remarqué une baisse importante d'achalandage dans les urgences en 2020, probablement causée par une peur de s'y présenter. D'après eux, les patients âgés y étaient pratiquement absents sauf dans les cas d'extrême nécessité. Ce phénomène se serait estompé avec le temps. Les cliniciens pensent que cette crainte a peut-être engendré en 2020 une meilleure application du plan d'action par les patients et qu'ils ont aussi peut-être bénéficié d'une prise en charge plus précoce de leurs exacerbations par consultation téléphonique du fait que celle-ci a été permise à partir de 2020. Pour sa part, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a noté que le nombre de visites aux urgences en raison d'affections respiratoires autres que la COVID-19 a chuté de 45 % par rapport à ce qu'il était avant la pandémie, une baisse qu'il attribue à la réduction de la transmission communautaire des virus respiratoires saisonniers découlant des mesures sanitaires mises en place au Canada, comme la distanciation physique et le port du masque [ICIS, 2021b].

En examinant la proportion ajustée selon l'âge et le sexe des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences au Québec en 2021-2022, on remarque qu'elle est très différente d'une région à l'autre ([figure 9](#)). Celle-ci varie de 31 % (Montréal) à 54 % (Côte-Nord). Les mêmes observations sont faites lorsqu'on regarde la proportion ajustée des personnes avec un diagnostic de MPOC qui ont visité les urgences à au moins 2 reprises dans l'année : les régions se classent dans le même ordre et l'écart entre la plus petite et la plus grande proportion est important, variant de 14 % en Montréal à plus de 34 % sur la Côte-Nord alors que la proportion pour l'ensemble de la province est de 17 % (données supplémentaires au [tableau F-1](#) de l'annexe F). En Ontario, même si les statistiques ne peuvent être comparées directement avec nos résultats parce que la période et les méthodes de calcul sont différentes, les taux les plus élevés de visites aux urgences par les personnes atteintes de MPOC s'observent aussi dans les régions rurales, s'établissant à plus du double de la moyenne provinciale [Crighton *et al.*, 2015].

Selon les cliniciens consultés, l'élément principal qui détermine la grande variabilité dans l'utilisation des urgences entre les régions est l'organisation des services de consultations non planifiées. Dans les territoires avec une offre de soins sans rendez-vous très limitée et l'emploi des services ambulanciers comme solution de transport, l'urgence reste la première place de consultation.

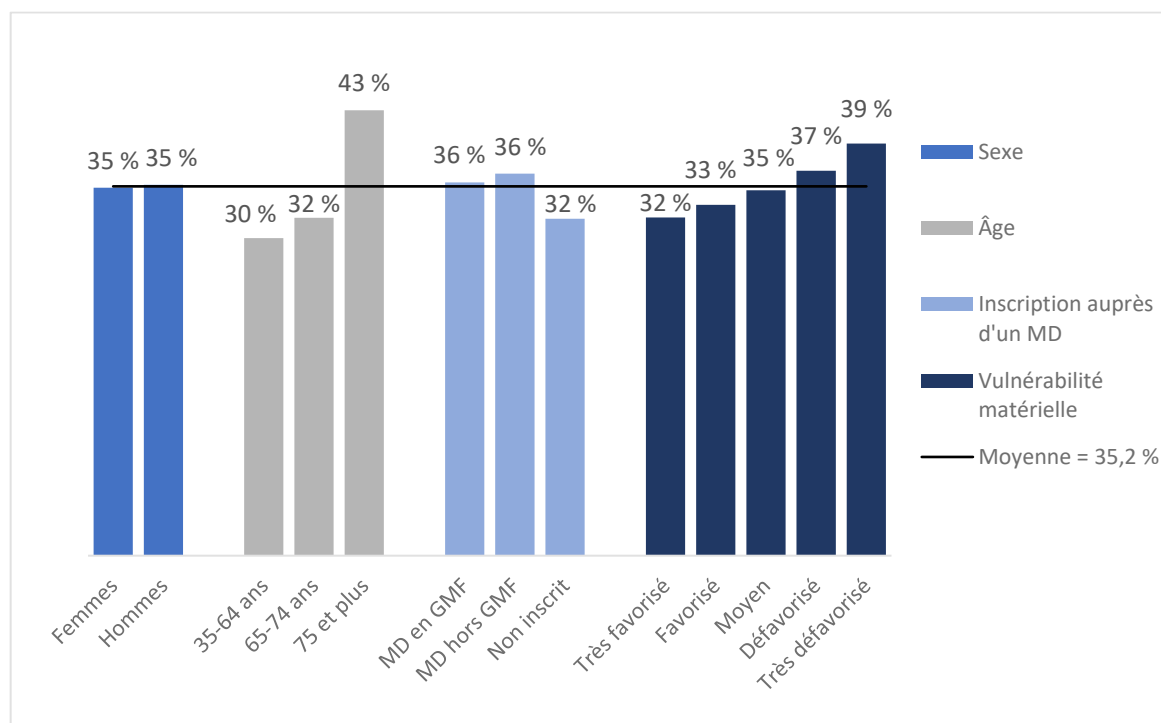
Figure 9 Proportion ajustée des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences en 2021-2022 selon la région de résidence



Données ajustées selon l'âge et le sexe.

En analysant la proportion de personnes avec MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences au Québec en 2021-2022 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, on constate qu'elle est plus élevée chez les personnes de 75 ans ou plus ainsi que chez les personnes défavorisées sur le plan matériel. À l'inverse, les cas de MPOC plus jeunes, ceux non inscrits auprès d'un médecin de famille et ceux qui sont plus favorisés fréquentent moins les urgences. Il n'y a pas de différence selon le sexe ([figure 10](#)).

Figure 10 Proportion de personnes avec MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



2.4.2 Hospitalisations

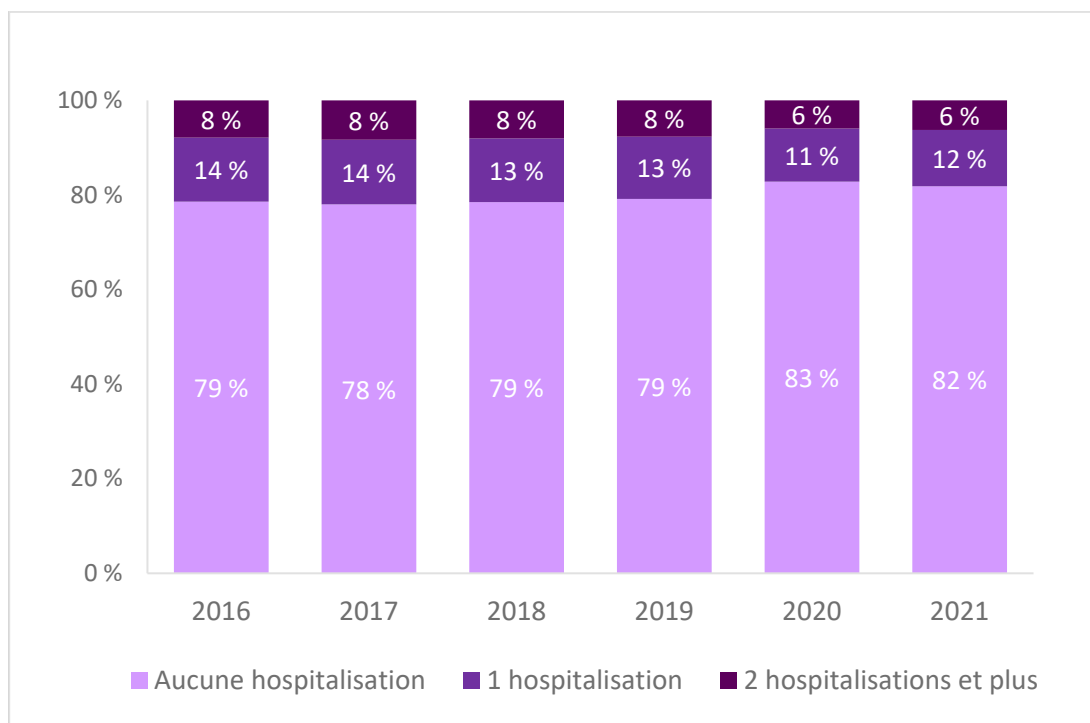
L'hospitalisation ne reflète pas uniquement l'état de santé, mais dépend également de facteurs comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, l'accessibilité physique (c.-à-d. la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier), les décisions administratives des directions hospitalières ou encore la spécialisation des hôpitaux. Néanmoins, l'hospitalisation demeure un indicateur indirect de la gravité d'une maladie. Rappelons que l'utilisation d'autres services devrait idéalement être prise en compte, comme celle des services en CLSC, en clinique privée, aux urgences ou autres.

Des taux élevés d'hospitalisation pour des complications de maladies chroniques peuvent être perçus comme le reflet d'un manque d'efficacité des soins de première ligne ou d'une mauvaise coordination des soins [Hodgson *et al.*, 2019]. Les hospitalisations liées à la MPOC servent également d'indicateur de la qualité des soins de première ligne, notamment dans les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il convient toutefois de noter que les patients concernés sont très fragiles et que les exacerbations aiguës, qui croissent inévitablement en fréquence et en sévérité, font de la MPOC une pathologie grave. Par conséquent, un nombre élevé d'hospitalisations liées à la MPOC est moins le reflet de mauvais soins de première ligne que celles liées à l'asthme ou au diabète, par exemple [Maertens de Noordhout *et al.*, 2022]. En plus du fait que chaque exacerbation accélère la progression à long terme de la MPOC et d'autres maladies graves, les hospitalisations dues à une exacerbation aiguë

doivent être évitées puisque le risque de décès dans l'année suivant une admission en centre hospitalier pour une insuffisance respiratoire est significativement augmenté [Camac *et al.*, 2021; Halpin *et al.*, 2012]. Au Canada, même après un ajustement selon l'âge et le sexe de la population, le taux d'hospitalisation pour une MPOC a augmenté de 10 % entre 2002 et 2017, alors que le taux ajusté d'hospitalisation toutes causes a diminué de 23 % pendant la même période [Amegadzie *et al.*, 2023].

Au Québec, plus de 94 000 personnes avec un diagnostic de MPOC, soit 18 % des cas, ont été hospitalisées à au moins une reprise pendant l'année 2021-2022, toutes causes confondues ([figure 11](#)). Cette proportion se situait autour de 21 % depuis 2016, avant de diminuer à 17 % en 2020 avec le début de la pandémie de COVID-19. À titre comparatif, l'Infocentre de santé publique révèle qu'environ 5 % des personnes de 35 ans et plus non atteintes de MPOC ont été hospitalisées en 2021-22 [SISMACQ]. Une méta-analyse portant sur les hospitalisations pour une exacerbation aiguë de MPOC à travers le monde a révélé une diminution de 50 % de celles-ci pendant la pandémie comparativement à la période prépandémique, probablement en lien avec une réduction des infections virales respiratoires qui sont à l'origine d'exacerbations [Alqahtani *et al.*, 2021].

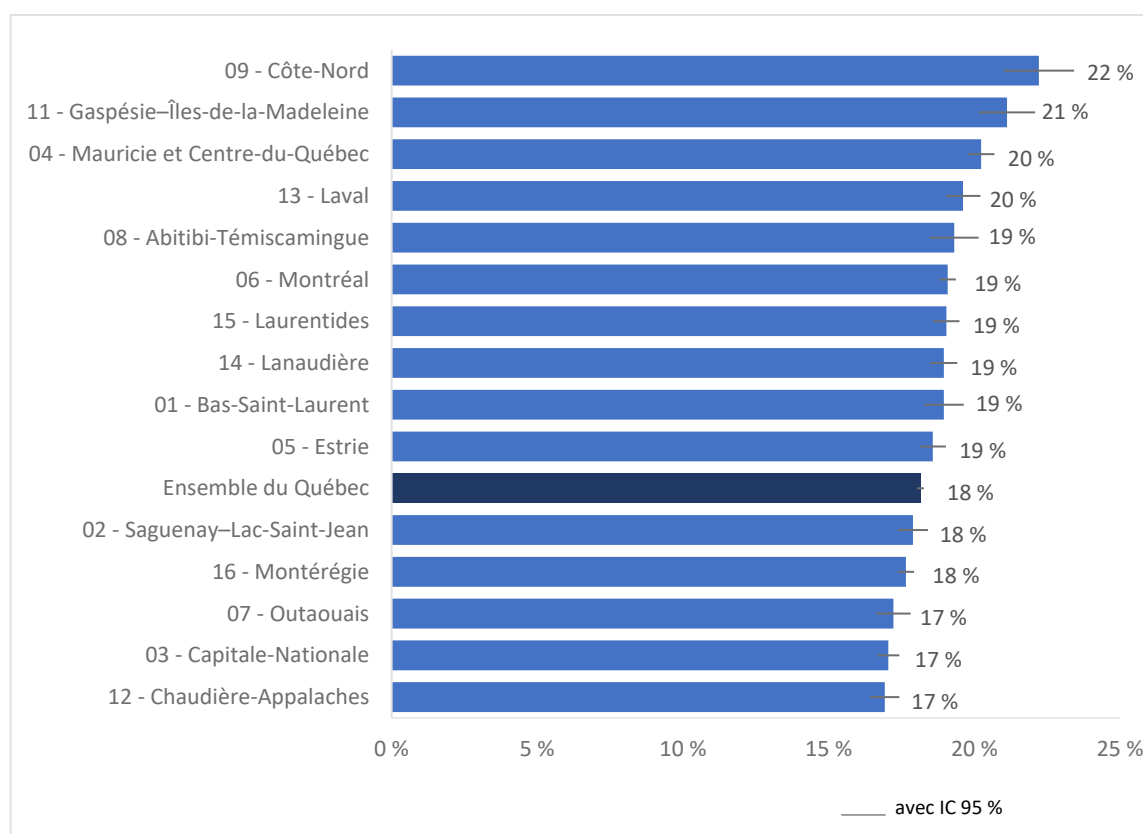
Figure 11 Évolution de la répartition des cas de MPOC selon le nombre annuel d'hospitalisations entre 2016-2017 et 2021-2022



Comme l'ont rappelé les cliniciens du comité consultatif, les hospitalisations étaient minimisées pendant les vagues épidémiques de COVID-19 à cause des lits qui devaient être réservés dans les établissements pour les personnes infectées. L'interprétation des données d'hospitalisation de la période pandémique est difficile et risquée.

On remarque toutefois que la proportion ajustée selon l'âge et le sexe des cas de MPOC ayant été hospitalisés au moins une fois en 2021-2022 varie peu d'une région à l'autre du Québec : elle va de 22 % sur la Côte-Nord à 17 % en Chaudière-Appalaches ([figure 12](#)). Pourtant, dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador, les personnes atteintes de MPOC vivant en régions rurales ont 1,3 fois plus de chance d'être hospitalisées que celles vivant dans les centres urbains [Ghaderi *et al.*, 2019]. Malgré le faible écart observé entre les régions sociosanitaires, il est vrai que celles avec une plus grande proportion de cas de MPOC hospitalisés sont plutôt rurales.

Figure 12 Proportion ajustée des cas de MPOC ayant été hospitalisés au moins une fois en 2021-2022 selon la région de résidence

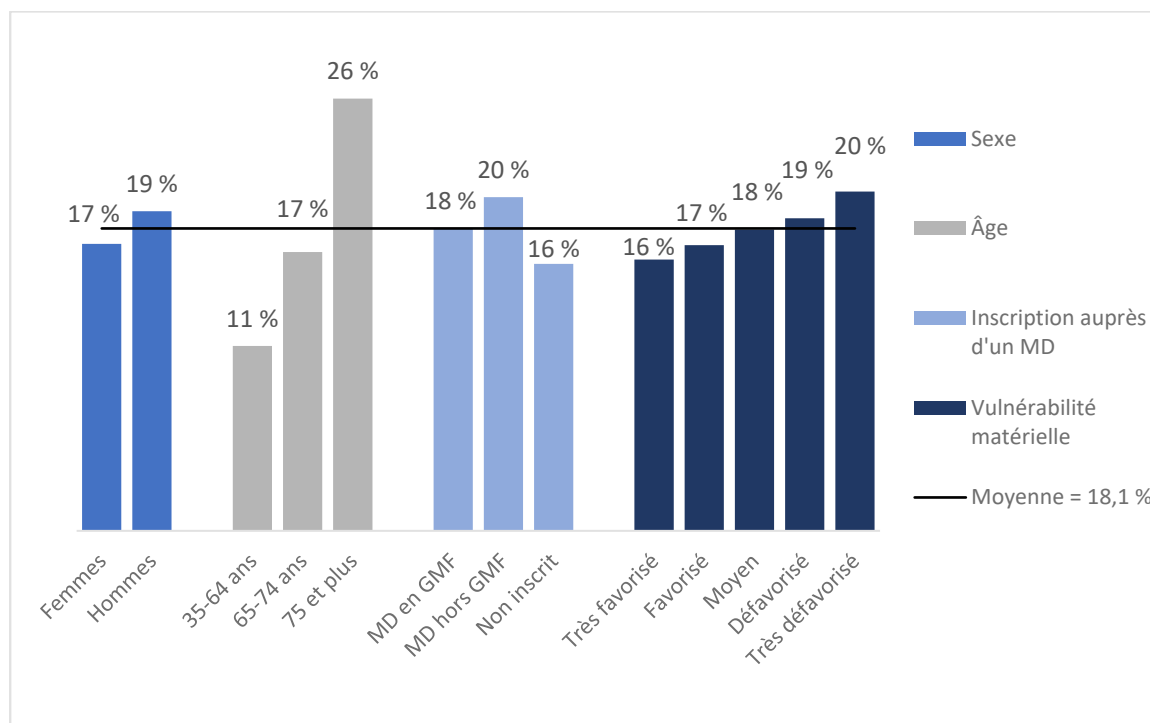


Données ajustées selon l'âge et le sexe.

En analysant selon certaines caractéristiques sociodémographiques la proportion de personnes avec MPOC ayant été hospitalisées au moins une fois en 2021-2022, on constate qu'elle est plus élevée chez les personnes de 75 ans ou plus ainsi que chez celles plus défavorisées sur le plan matériel. À l'inverse, les cas de MPOC plus jeunes, ceux non inscrits auprès d'un médecin de famille et ceux qui sont davantage favorisés ont été moins hospitalisés ([figure 13](#)). Même si l'indicateur recense les hospitalisations

pour toutes causes confondues, ces résultats concordent avec ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui a rapporté que le nombre d'hospitalisations à la suite d'une exacerbation aiguë de MPOC est plus élevé chez les personnes à plus faible revenu que chez celles dans le quintile de revenu le plus élevé [ICIS, 2019].

Figure 13 Proportion de personnes avec MPOC ayant eu au moins une hospitalisation en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte MPOC, soit 18,1 %.

Concernant l'utilisation moindre des services hospitaliers (urgences et hospitalisations) par les cas de MPOC qui ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, les cliniciens du comité expliquent que les personnes qui sont très malades et qui consomment beaucoup de services hospitaliers sont souvent priorisées pour une prise en charge par un médecin de famille. Les cas non inscrits sont donc potentiellement moins malades et auraient conséquemment moins recours aux services hospitaliers.

Faits saillants

Les personnes avec un diagnostic de MPOC sont de grands utilisateurs des services hospitaliers.

Visites aux urgences

- Plus du tiers (35 %) des personnes avec un diagnostic de MPOC ont visité les urgences à au moins une reprise en 2021-2022, soit environ 183 000 personnes. Cette proportion se situait autour de 41 % avant la pandémie, puis a chuté à 32 % pendant l'année 2020-2021.
- La proportion des cas de MPOC ayant fait au moins une visite aux urgences en 2021-2022 est :
 - très différente d'une région à l'autre, variant de 31 % (Montréal) à 54 % (Côte-Nord);
 - plus élevée chez les personnes de 75 ans ou plus ainsi que chez celles qui sont défavorisées sur le plan matériel.
- Dans l'ensemble de la province, 17 % des personnes avec un diagnostic de MPOC ont visité les urgences deux fois ou plus pendant l'année 2021-2022. Cette proportion varie grandement selon les régions, allant de moins de 14 % (Montréal) à plus de 34 % (Côte-Nord).

Hospitalisations

- Plus de 94 000 personnes avec un diagnostic de MPOC, soit 18 % des cas, ont été hospitalisées au moins une fois pendant l'année 2021-2022. Cette proportion se situait autour de 22 % avant la pandémie.
- La proportion des cas de MPOC ayant été hospitalisés à au moins une reprise en 2021-2022 est :
 - peu variable d'une région à l'autre, allant de 17 % (Chaudière-Appalaches) à 22 % (Côte-Nord);
 - plus élevée chez les personnes de 75 ans ou plus ainsi que chez celles qui sont défavorisées.

2.5 Intégration des soins

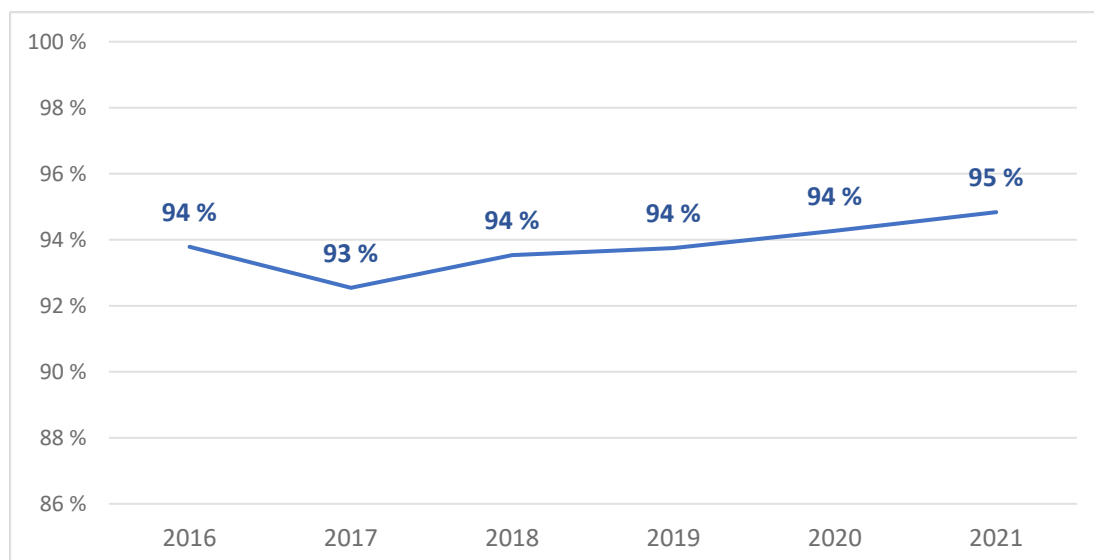
2.5.1 Continuité de lieu

La plupart des nouveaux modèles d'organisation des services de première ligne sont basés sur la mise en place d'équipes multidisciplinaires réunies en un même endroit, d'où l'importance de mesurer cet aspect de la continuité des soins. Au Québec, le taux d'assiduité, bien que calculé un peu différemment de l'indicateur de l'INESSS, fait partie du contrat GMF, ce qui reflète l'importance de cet indicateur pour le MSSS. Le taux d'assiduité inclut les visites à son médecin ainsi qu'aux autres médecins et IPS-PL du GMF [RAMQ, 2021].

La continuité de lieu est une façon d'accroître la continuité de l'information et la continuité de gestion des cas qui sont deux dimensions importantes de la continuité des soins [Haggerty *et al.*, 2003]. Il existe une association entre la continuité de l'information et la coordination des services, la prévention, la qualité de la gestion des maladies chroniques et la confiance des usagers [Kringos *et al.*, 2010]. Dans le contexte de la MPOC, faciliter la communication entre le médecin et le patient ainsi qu'entre les membres de l'équipe de soins grâce à la continuité de lieu constitue un des moyens pour réduire le nombre d'exacerbations aiguës [FPAGC et COPD Canada, 2012].

En considérant seulement la clientèle MPOC inscrite auprès d'un médecin de famille exerçant en GMF, on remarque que la proportion des visites en première ligne qui sont faites au GMF d'inscription est relativement stable depuis 2016. En 2021-2022, cette proportion était de 95 % (figure 14).

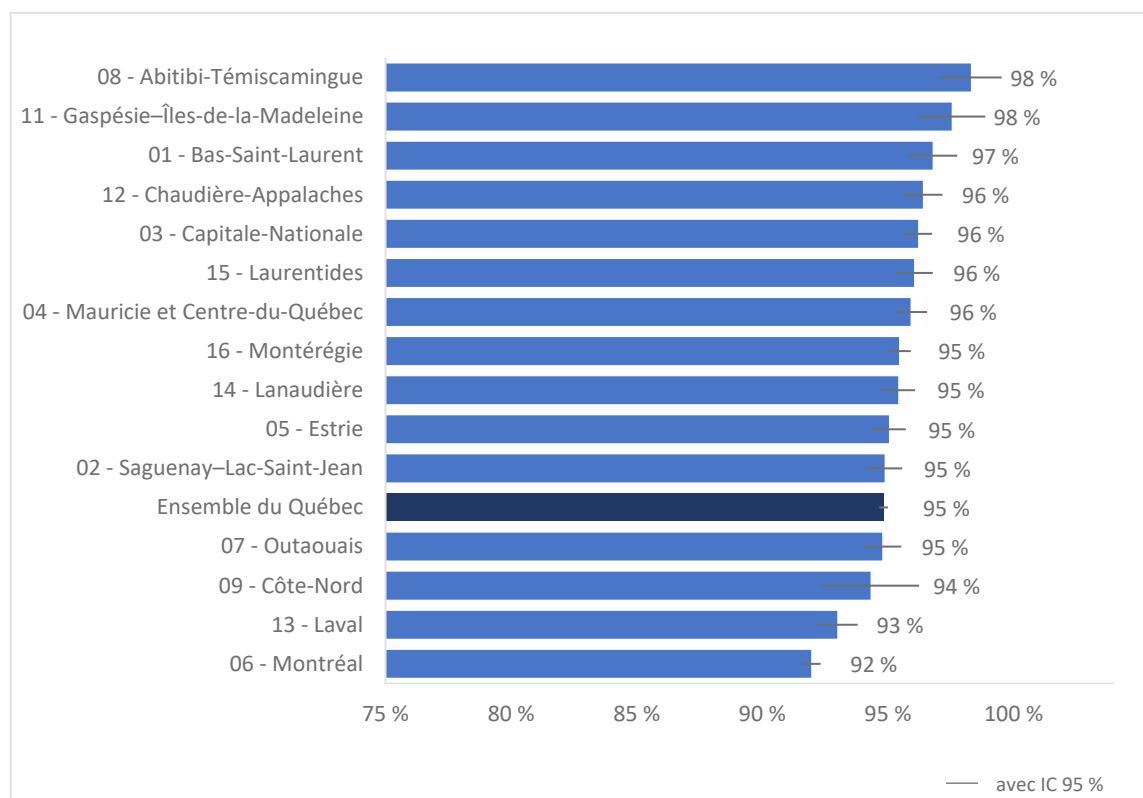
Figure 14 Évolution de la proportion des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription entre 2016-2017 et 2021-2022



De l'avis des cliniciens du comité consultatif, les résultats de continuité de lieu sont encourageants, mais comme le calcul de cet indicateur ne prend pas en compte les visites aux urgences, cela laisse peu d'options pour les patients autres que leur GMF d'inscription. Ces options se résumeraient à quelques cliniques ou GMF-R et à certains CLSC. Par ailleurs, une réflexion s'impose quant à la manière de mesurer la continuité des soins à l'avenir, car plus de 700 000 patients sont maintenant inscrits en « inscription collective » auprès d'un groupe de médecins et leurs demandes sont gérées par le GAP. Comme ce système de triage permet de diriger les personnes vers le service médical ou professionnel répondant le mieux à leur besoin, il pourrait aussi éventuellement diriger les patients vers une ressource diagnostique (p. ex. des tests de spirométrie).

La proportion ajustée (selon l'âge et le sexe) des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu au GMF d'inscription varie peu d'une région sociosanitaire à l'autre, allant de 98 % en Abitibi-Témiscamingue à 92 % à Montréal (figure 15). Ici, les données sont présentées selon la région du GMF et non selon la région de résidence des personnes.

Figure 15 Proportion ajustée des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription en 2021-2022, selon la région du GMF



Données ajustées selon l'âge et le sexe.

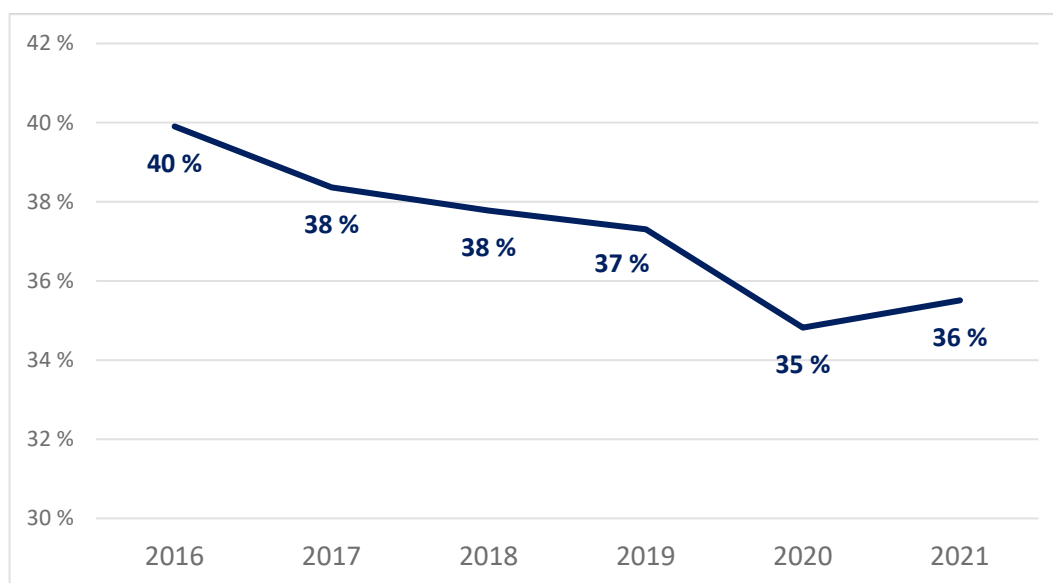
Certains éléments contextuels sont susceptibles d'influencer les résultats de continuité de lieu observés dans certaines régions plus éloignées. D'une part, l'indicateur est calculé à partir du fichier des Services médicaux rémunérés à l'acte (SMOD). Or, dans certains secteurs (p. ex. aux Îles-de-la-Madeleine et sur la Haute-Côte-Nord comme à Blanc-Sablon), les médecins de famille ne facturent pas leurs services à l'acte mais à tarif horaire, ce qui rend certaines visites indétectables.

2.5.2 Accessibilité

Les consultations aux urgences pour des problèmes non urgents (codes de priorité 4 et 5) sont utilisées comme indicateur indirect (proxy) d'une accessibilité déficiente aux services et soins de première ligne par le Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE, 2016] et le Vérificateur général du Québec [VGQ, 2020], ainsi que par Health Quality Ontario [HQO, 2023] et le Health Quality Council of Alberta (HQCA) [HQCA, 2023]. La littérature ne permet pas d'identifier une proportion attendue (ou acceptable) de visites P4-P5. Une proportion élevée peut indiquer une offre insuffisante de services, la présence de barrières administratives pour accéder à une offre en théorie suffisante ou une connaissance insuffisante chez les usagers de l'offre de services. Certaines particularités propres à la réalité des régions éloignées peuvent également affecter les résultats de cet indicateur. Par exemple, dans les territoires où la densité de la population est moindre, l'urgence est davantage capable de voir les cas moins urgents, et ce dans des délais raisonnables, ce qui encourage les patients à s'y présenter. Les GMF se voient aussi accorder des dérogations concernant les heures d'ouverture dites défavorables, ce qui réduit l'offre de consultations sans rendez-vous.

Au Québec, la proportion des visites aux urgences faites par les personnes atteintes de MPOC et qui ont été jugées au triage comme peu ou pas urgentes (P4-P5) diminue depuis les 6 dernières années. Le pourcentage est passé d'environ 40 % en 2016-2017 à 37 % en 2019-2020, suivi d'une baisse à peine plus marquée (35-36 %) lors des années pandémiques ([figure 16](#)). Puisque la proportion de visites P4-P5 faites par des personnes avec un diagnostic de MPOC a peu diminué entre 2019 et 2020, il semble que la baisse importante des consultations aux urgences par ces personnes à cette même période ne se soit pas traduite par une augmentation des cas plus urgents. Dans la population générale, la pandémie a entraîné une baisse du nombre absolu de visites P4-P5, mais le poids relatif de ces visites est demeuré le même que pendant la période de référence [INESSS, 2021b].

Figure 16 Évolution de la proportion des visites aux urgences par les personnes avec MPOC dont la priorité au triage était peu ou pas urgente (P4 ou P5) entre 2016-2017 et 2021-2022

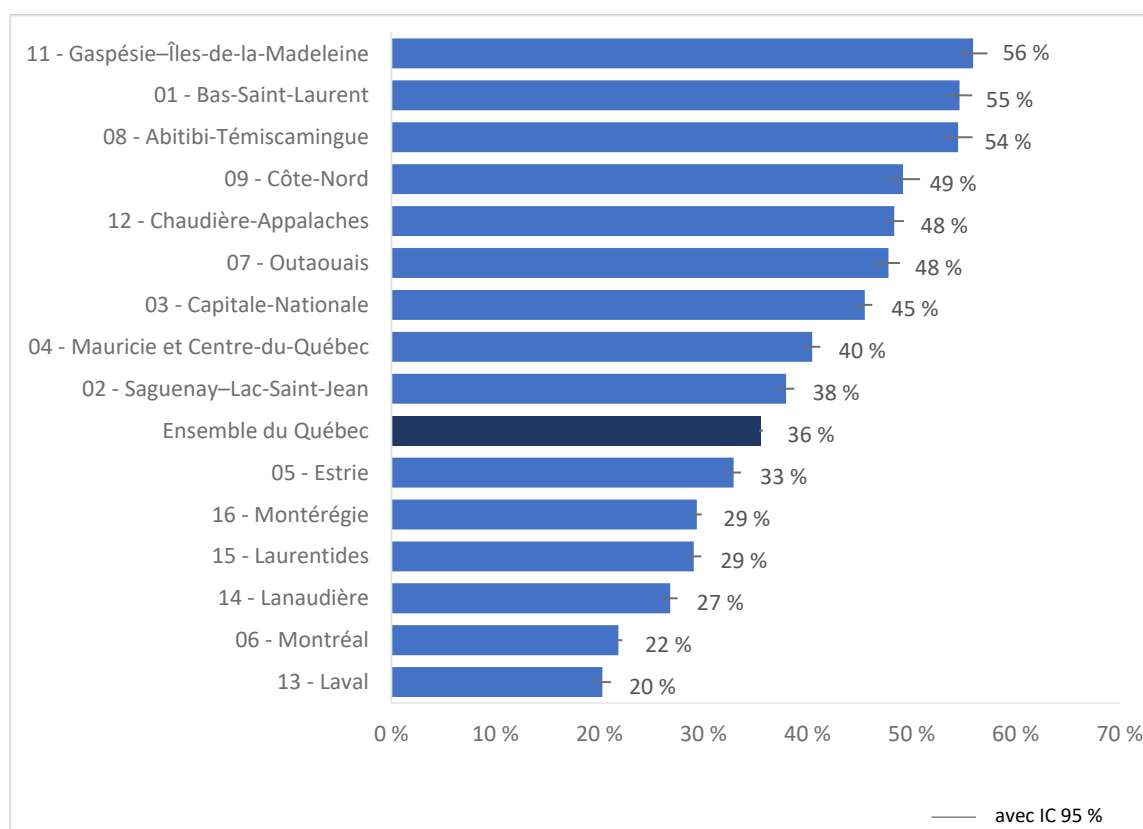


Selon la perspective des cliniciens impliqués dans ce projet, si cette absence de progression du poids relatif des cas plus urgents avait été propre à la population avec MPOC, elle aurait pu s'expliquer (en partie seulement puisque l'indicateur ne concerne pas exclusivement les visites en lien avec la MPOC) par la nature des symptômes associés à une exacerbation aiguë. En effet, la dyspnée est une sensation angoissante pouvant être amplifiée par des symptômes de détresse et qui peut pousser le patient à se rendre aux urgences [FPAGC et COPD Canada, 2012], sans pour autant que sa vie soit en danger (p. ex. sa saturation en O₂ est bonne). Une revue rapide de littérature a tout de même conclu que l'essoufflement est associé à un moins bon pronostic chez les personnes avec une exacerbation aiguë de MPOC [Anna Mackway-Jones et Howard, 2020]. Les cliniciens rappellent que l'interprétation de toutes données couvrant la période pandémique reste incertaine à cause des changements occasionnés dans les modes de pratiques. Ici, on peut par exemple citer l'utilisation majoritaire des téléconsultations pendant les vagues d'infection par les médecins de famille en cabinet qui pourrait avoir eu un effet sur les visites aux urgences.

La proportion, ajustée selon l'âge et le sexe, des visites aux urgences des personnes atteintes de MPOC ayant reçu un code de priorité P4 ou P5 varie grandement entre les régions sociosanitaires. Les visites peu ou pas urgentes représentent plus d'une consultation sur deux (56 %) en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine alors que, dans la région de Laval, elles représentent une visite sur cinq (20 %) ([figure 17](#)). L'offre très limitée, voire absente, pour les consultations sans rendez-vous dans les régions éloignées explique encore une fois ces résultats (ex. : entente de service afin d'alléger le nombre minimal d'heures à offrir sur place pour les GMF situés dans un territoire de moins de 50 000 habitants [MSSS., 2022]). Au-delà de cette réalité propre aux régions, une

enquête mondiale auprès de personnes atteintes de MPOC et de médecins a révélé que le taux moyen de recours aux services médicaux des patients canadiens lors d'une exacerbation est bien inférieur à la moyenne mondiale (55 % par rapport à 73 %), mais qu'il est supérieur quand il s'agit de recourir aux salles d'urgence pour traiter une telle exacerbation [FPAGC et COPD Canada, 2012]. Les résultats d'une étude au Royaume-Uni dénotent une problématique semblable : bien que la plupart des personnes avec MPOC soient inscrites auprès d'un médecin de famille, moins de 50 % d'entre elles ont consulté leur médecin avant de se présenter à l'hôpital pour leur exacerbation aiguë [Naqvi et Khachi, 2016].

Figure 17 Proportion ajustée des visites aux urgences faites par les personnes avec MPOC dont la priorité au triage était P4 ou P5 en 2021-2022, selon la région de résidence

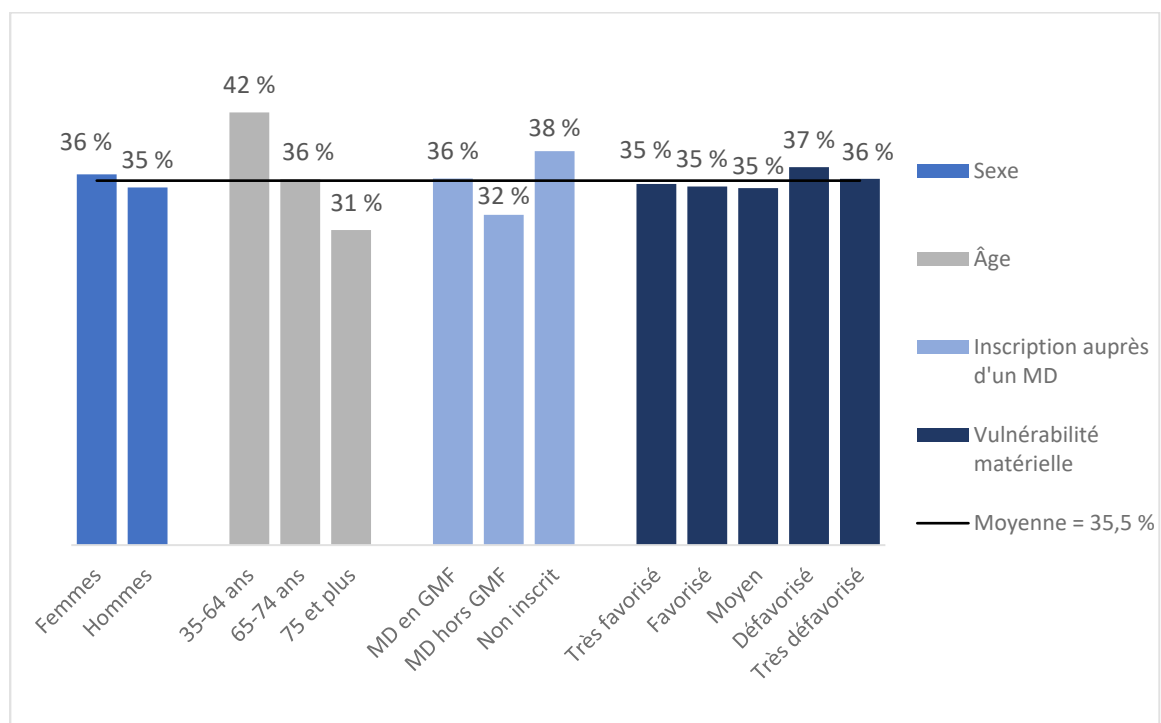


Données ajustées selon l'âge et le sexe.

En analysant les résultats selon certaines caractéristiques sociodémographiques, on remarque que la proportion des visites aux urgences faites par les personnes avec MPOC qui étaient peu ou pas urgentes est plus élevée chez les personnes de 35 à 64 ans et, dans une moindre mesure, chez celles qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. Il n'y a pas de différence selon le sexe ni selon le niveau de vulnérabilité matérielle des personnes ([figure 18](#)). Il a été mentionné dans la [section 2.4.1](#) que la proportion des cas de MPOC qui se retrouvent aux urgences augmente de façon marquée avec le niveau de vulnérabilité matérielle des personnes, mais ce n'est pas le

cas pour la proportion de consultations peu ou pas urgentes. Cela laisse croire que l'état de santé des personnes avec MPOC qui se présentent aux urgences est moins bon chez celles qui sont défavorisées que chez celles plus favorisées.

Figure 18 Proportion des visites à l'urgence des personnes avec MPOC dont la priorité au triage était P4 ou P5 en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte, soit 35,5 %.

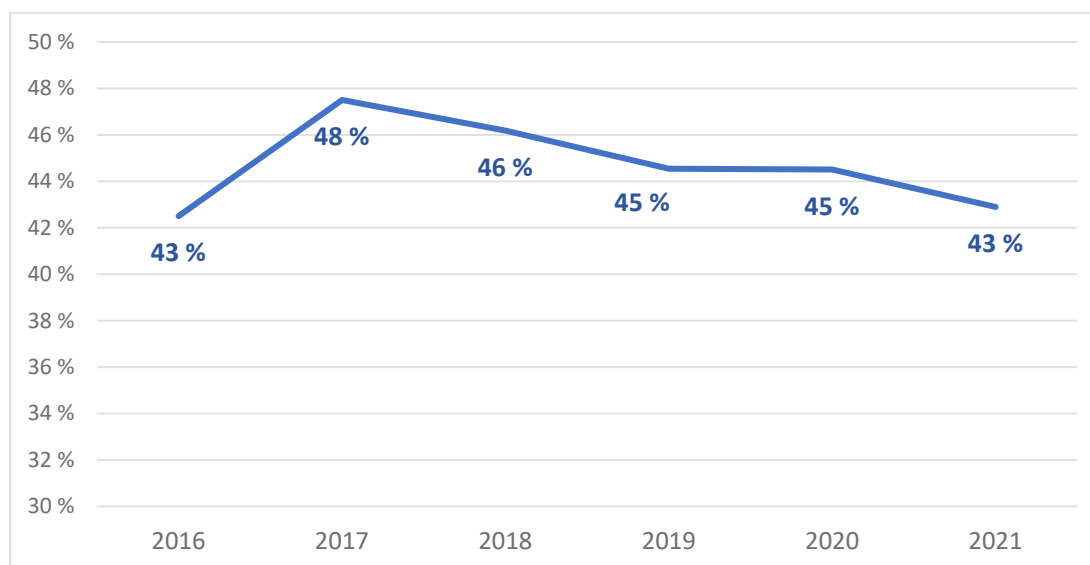
2.5.3 Suivi post-hospitalisation

La transition de soins entre l'hôpital et les services de première ligne après une hospitalisation est un enjeu important de la coordination (intégration) des soins et services [CIHR, 2023]. Le suivi précoce suivant un congé de l'hôpital par un professionnel de la santé a été associé à un risque plus faible de réadmission dans les 30 jours pour plusieurs conditions de santé dont l'insuffisance cardiaque et la MPOC, le moment optimal étant en moyenne de 7 jours [Tung *et al.*, 2017; Hernandez *et al.*, 2010; Sharma *et al.*, 2010]. D'après une étude québécoise, les réductions les plus remarquables dans les réadmissions (dans la population générale) sont observées chez les patients avec plus de problèmes de santé et chez ceux qui ont été vus par un médecin de famille plutôt que par un spécialiste. Le délai optimal observé était de 10 jours, alors qu'aucun effet n'a été observé si la visite avait lieu après 21 jours [Riverin *et al.*, 2018]. D'autres études ont conclu que les visites de suivi ne sont pas utiles pour prévenir les réadmissions chez les personnes hospitalisées pour une MPOC, mais qu'elles le sont pour prévenir la mortalité dans les 30 ou 90 jours [Budde *et al.*, 2019; Adamson *et al.*, 2016; Fidahussein et Klocke, 2012]. Néanmoins, le suivi du patient après

une hospitalisation pour une exacerbation de MPOC permet d'assurer la continuité des soins, d'éviter de nouveaux épisodes d'exacerbation, de surveiller la fonction respiratoire et d'ajuster les traitements du patient en dehors de la période aiguë [HAS, 2022a; Sundh *et al.*, 2013].

Au Québec, la proportion des cas de MPOC ayant eu un suivi ambulatoire avec un médecin de famille, une IPS-PL ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier (toutes causes d'hospitalisation) a connu une augmentation en 2017-2018. La proportion de personnes avec un tel suivi était alors passée de 43 % à 48 %, pour ensuite diminuer graduellement jusqu'en 2021-2022, se situant à nouveau à 43 % (figure 19). Il est essentiel de rappeler ici que tous les suivis effectués par d'autres professionnels de la santé, notamment par les infirmières cliniciennes et les inhalothérapeutes, ne sont pas inclus dans le calcul de cet indicateur.

Figure 19 Évolution de la proportion de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier entre 2016-2017 et 2021-2022

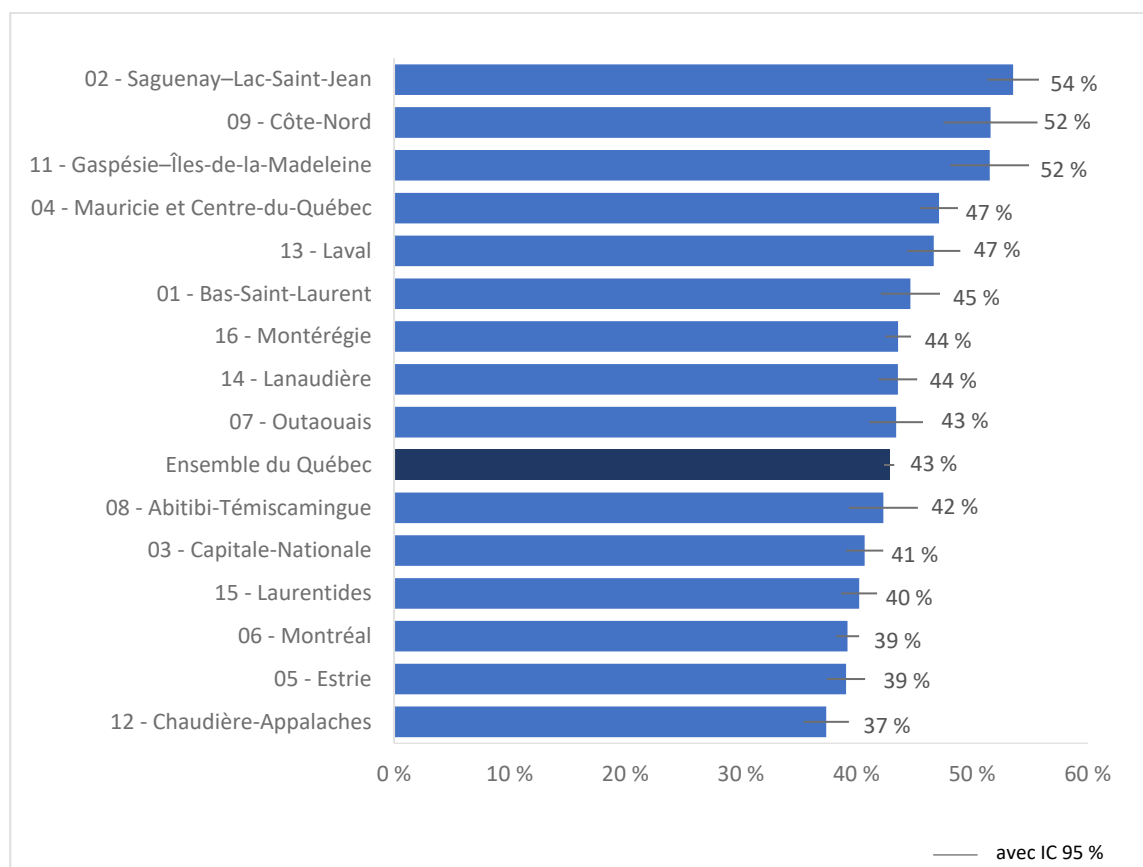


De l'avis des cliniciens du comité consultatif, les effets bénéfiques d'une visite de suivi en temps opportun ne sont pas nécessairement bien connus au sein de la première ligne. Ils croient par ailleurs que ce ne sont pas toutes les hospitalisations qui nécessitent un suivi par un médecin une fois la personne de retour à la maison. Cela dépend de la sévérité de l'atteinte, des facteurs de comorbidités présents et du développement de complications à la suite de l'hospitalisation. S'enquérir de l'évolution de l'état du patient, renforcer son autogestion ou optimiser sa médication sont des activités qui peuvent être déléguées aux infirmières, aux éducateurs respiratoires, aux inhalothérapeutes ou aux pharmaciens, qui jouent aussi un rôle clé dans le suivi des personnes atteintes de MPOC. Les membres du comité suggèrent donc de faire évoluer cet indicateur davantage vers une perspective interdisciplinaire.

La hausse des suivis post-hospitalisation recensés en 2017 pourrait être liée à la fin du moratoire en janvier 2016 qui suspendait l'obligation des médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un CLSC ou une unité de médecine familiale en centre hospitalier hors GMF d'inscrire au registre *Gestion des consultations* de la RAMQ les visites de leurs patients inscrits pour garder le caractère actif de ceux-ci [RAMQ, 2015]. Les cliniciens du comité pensent que la hausse pourrait aussi s'expliquer sur le terrain par le développement d'une meilleure prise en charge du suivi par l'équipe du CLSC (soutien à domicile) qui assiste le patient et fait le lien avec le médecin traitant ou le médecin de famille. En effet, pour que le suivi post-hospitalisation ait lieu, il faut la mise en place de mécanismes de coordination qui permettent à l'information d'être transmise entre les professionnels de la santé. Les milieux où existent de tels mécanismes sont très rares. Comme les dossiers médicaux ne communiquent pas entre eux, la transmission repose sur la présence de certains postes (ex. : agents de liaison). Les membres du comité rappellent toutefois que d'autres facteurs peuvent être en cause dans cet indicateur, comme la proportion de patients orphelins ou la surcharge de patients chez les médecins de famille. Pour ce qui est de la baisse des suivis observée à partir de 2018, elle pourrait être liée à une meilleure collaboration interprofessionnelle qui aurait généré davantage de suivis non repérables dans les banques de données. La pandémie en 2020, avec la réduction des visites en présentiel dans les cliniques, pourrait aussi avoir eu un impact sur les résultats de cet indicateur.

En examinant la proportion ajustée (selon l'âge et le sexe) des cas de MPOC ayant eu un suivi ambulatoire dans les 21 jours suivant une hospitalisation dans les différentes régions du Québec, on remarque qu'elle est généralement plus élevée dans les régions plus rurales ou éloignées que dans les centres urbains, variant de 54 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean à 37 % en Chaudière-Appalaches ([figure 20](#)).

Figure 20 Proportion ajustée de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier en 2021-2022, selon la région de résidence



Données ajustées selon l'âge et le sexe.

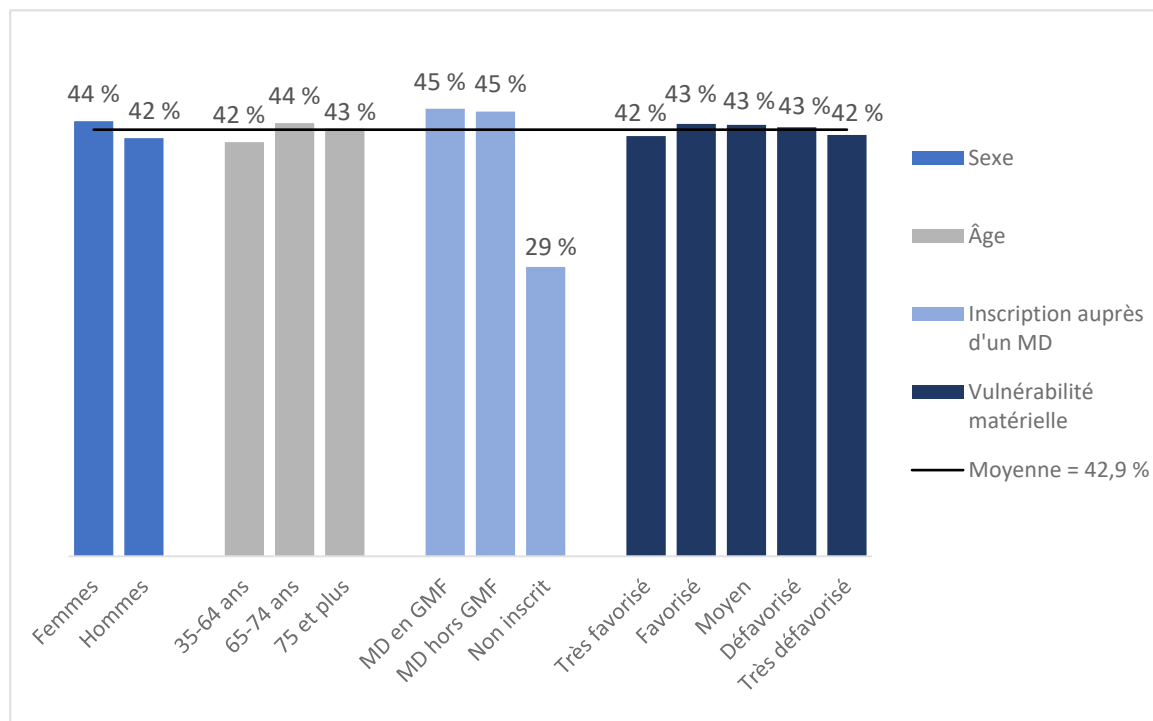
Aucun document présentant des résultats de suivi post-hospitalisation à 21 jours chez les personnes atteintes de MPOC n'a été repéré. Cependant, d'autres juridictions atteignent des proportions de suivi comparables à celles calculées pour la province, mais dans un délai plus court suivant le congé de l'hôpital. C'est le cas notamment de l'Ontario, où environ 38 % des personnes âgées de 40 ans et plus hospitalisées pour MPOC en 2016-2017 ont vu un médecin de famille ou un spécialiste dans les 7 jours suivant l'obtention de leur congé. Les taux de consultations de suivi variaient d'une région à l'autre de l'Ontario, allant de 29 % à 51 %, et étaient généralement plus élevés dans les régions centrales de la province [HQO, 2018c]. En France, le calcul de ce même indicateur en 2017-2018 a révélé un taux de suivi de 42 %, lui aussi variant grandement selon les régions (entre 29 % et 61 %) [HAS, 2022a].

Selon les cliniciens interrogés, la transmission d'informations entre les professionnels est beaucoup plus simple et rapide en région. Par exemple, le médecin de famille travaille aussi à l'hôpital, les sommaires d'hospitalisation parviennent plus souvent et plus rapidement aux médecins de famille (du moins dans des délais qui permettent d'intervenir au besoin), les professionnels se connaissent plus et ont plus d'échanges et

de demandes de façon informelle. Les membres des équipes multidisciplinaires en région se connaissent bien et quand les suivis sont faits par des infirmières ou des inhalothérapeutes, elles peuvent solliciter le médecin pour qu'il fasse aussi un suivi, qui lui sera repéré par l'indicateur. Bien qu'ayant certainement une influence sur le taux de suivi post-hospitalisation, la proportion de cas de MPOC inscrits auprès d'un médecin de famille selon les régions ne concorde pas toujours avec les résultats, notamment pour la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue ([figure 7](#)).

Au Québec, la proportion des personnes avec MPOC ayant eu un suivi ambulatoire dans les 21 jours suivant un congé hospitalier est relativement la même selon le sexe, l'âge et la vulnérabilité matérielle ([figure 21](#)). Sans surprise, on observe toutefois une baisse importante de la proportion des cas ayant eu un suivi ambulatoire post-hospitalisation chez les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille.

Figure 21 Proportion de personnes avec MPOC ayant eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant un congé hospitalier en 2021-2022, selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte, soit 42,9 %.

Comme l'ont souligné les cliniciens consultés, l'importance d'un suivi post-hospitalisation rapide augmente avec la complexité des besoins de santé de la personne. Cela explique qu'en France le taux de suivi dans les 7 jours suivant une hospitalisation pour une MPOC varie selon l'âge des personnes : de 38 % chez les moins de 50 ans, il grimpe à 47 % chez les 85 ans et plus [HAS, 2022a]. Selon les membres du comité consultatif, l'enjeu majeur ici est de savoir en temps opportun que les patients ont été hospitalisés. Avec les mécanismes de liaison actuels, il pourrait s'avérer difficile d'enrichir la proportion de suivis selon les besoins des personnes. En outre, les personnes âgées reçoivent probablement davantage de soins de la part des équipes de soutien à domicile, des interventions qui ne sont pas repérables dans les banques de données clinico-administratives utilisées pour le calcul de cet indicateur.

Faits saillants

Continuité de lieu

- En considérant seulement la clientèle inscrite à un GMF, 95 % des visites médicales en première ligne faites par les personnes avec un diagnostic de MPOC en 2021-2022 ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription.

Accessibilité aux soins de première ligne

- Parmi les visites aux urgences faites par les personnes atteintes de MPOC au Québec en 2021-2022, plus du tiers (36 %) ont été jugées au triage comme peu ou pas urgentes (code de priorité P4 ou P5).
- La proportion de visites de priorité P4 ou P5 chez les personnes avec un diagnostic de MPOC est :
 - en baisse graduelle depuis les six dernières années (environ 40 % en 2016);
 - très variable selon les régions, allant de 20 % (Laval) à 56 % (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) pour l'année 2021-2022;
 - plus élevée chez les personnes de 35 à 64 ans (42 %);
 - similaire chez les hommes et les femmes, ainsi que chez les personnes favorisées et défavorisées.

Suivi post-hospitalisation

- Parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC qui ont été hospitalisées en 2021-2022, 43 % ont eu un suivi avec un médecin de famille, une IPS ou un pneumologue dans les 21 jours suivant leur congé de l'hôpital.

- La proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant eu un suivi dans les 21 jours post-hospitalisation est :
 - graduellement revenue au niveau de 2016-2017 après avoir connu une légère hausse en 2017-2018 (48 %);
 - généralement plus élevée dans les régions plus rurales ou éloignées que dans les centres urbains, variant de 54 % (Saguenay–Lac-Saint-Jean) à 37 % (Chaudière-Appalaches);
 - relativement la même selon le sexe, l'âge et la vulnérabilité matérielle;
 - beaucoup plus faible chez les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille (29 %).

2.6 Traitement pharmacologique

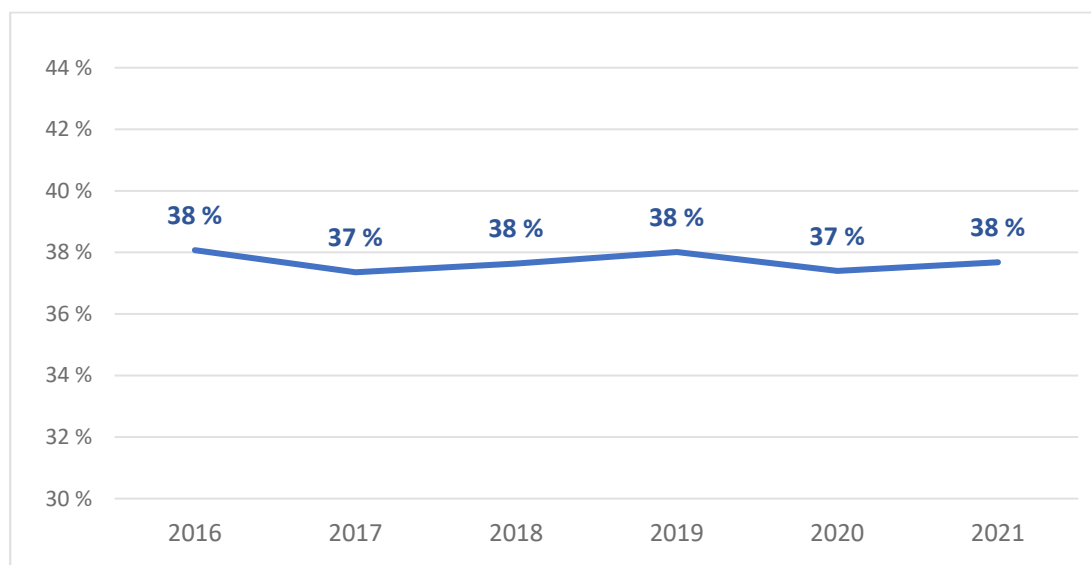
Pour les indicateurs portant sur les traitements pharmacologiques, seuls les cas de MPOC qui sont inscrits au RPAM sont considérés dans les calculs. Les cas inscrits au RPAM sont en moyenne plus âgés que l'ensemble des cas. Comme la sévérité de la MPOC augmente avec l'âge, on pourrait donc s'attendre à un biais des résultats à la hausse. Environ 70 % des personnes de 35 ans ou plus avec un diagnostic de MPOC qui ont été incluses dans le présent portrait sont inscrites au RPAM.

2.6.1 Utilisation d'un bronchodilatateur à longue durée d'action

Les bronchodilatateurs à longue action (BDLA) inhalés, tels que les β 2-agonistes à longue action inhalés (BALA) et les antagonistes muscariniques à longue action inhalés (AMLA), sont le traitement de référence de la MPOC. Selon les nouvelles lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie, toutes les personnes symptomatiques avec une MPOC confirmée par spirométrie devraient recevoir un BDLA en thérapie d'entretien [Bourbeau *et al.*, 2023]. Les BDLA peuvent améliorer la fonction pulmonaire et la qualité de vie et réduire les exacerbations. Ils peuvent également réduire l'hyperinflation et donc améliorer la dyspnée et la tolérance à l'activité physique [GOLD, 2023; Maqsood *et al.*, 2019; Aguilaniu, 2010].

Au Québec, la proportion des cas de MPOC ayant utilisé un BDLA est stable depuis les 6 dernières années et se situe à environ 38 % ([figure 22](#)). Rappelons qu'il suffit d'un seul service de BDLA (seul ou combiné) à la pharmacie dans l'année pour que la personne soit repérée dans le calcul de cet indicateur.

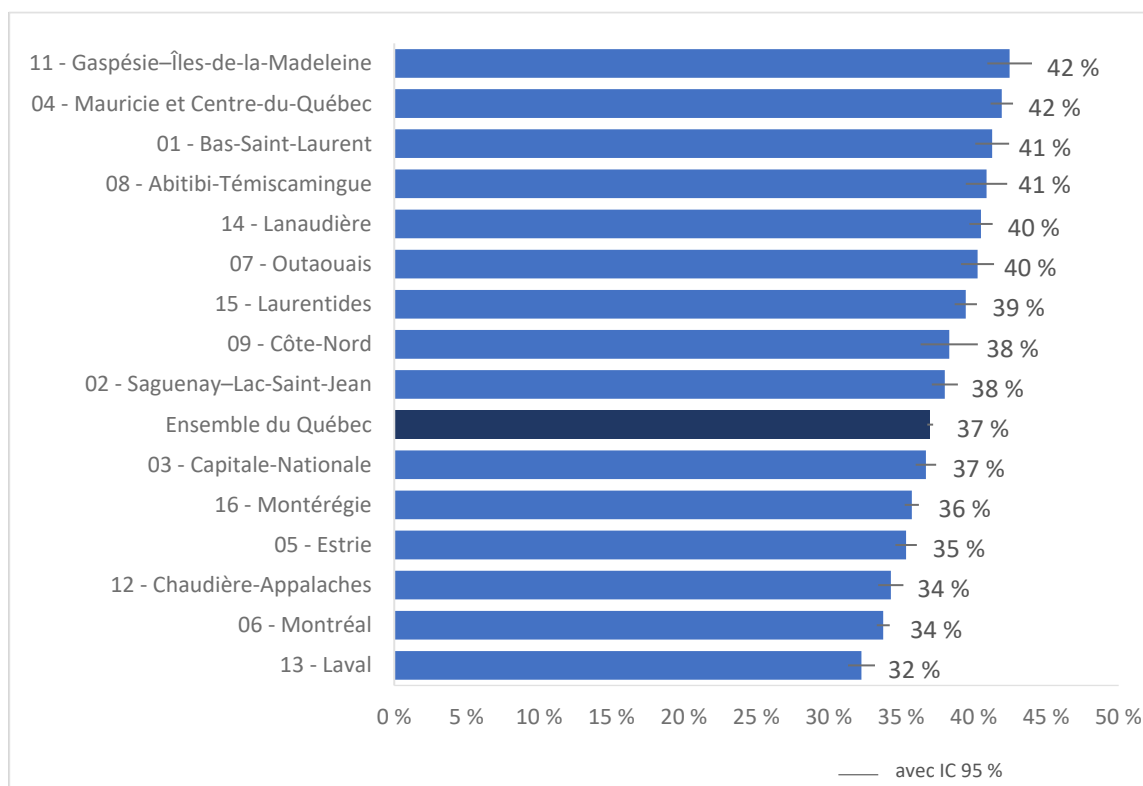
Figure 22 Évolution de la proportion des personnes avec MPOC qui ont pris un BDLA dans l'année entre 2016-2017 et 2021-2022



Considérant le fait que les personnes avec une MPOC légère n'ont pas nécessairement besoin de prendre un BDLA, la cible attendue n'est pas de 100 %. Cependant, selon la perspective des cliniciens du comité consultatif, les résultats pour cet indicateur semblent étonnamment bas. Selon un audit mené en Espagne sur la qualité des soins prodigués par la première ligne à la clientèle MPOC, 65 % des cas de MPOC prenaient un traitement de BDLA en 2016 [Abad-Arranz *et al.*, 2018]. Comme l'indicateur calculé par l'INESSS se base sur les réclamations des médicaments servis en pharmacie, il n'est pas possible de distinguer si les faibles proportions enregistrées au Québec découlent d'une sous-prescription des BDLA ou d'une mauvaise adhésion aux traitements. Selon les cliniciens du comité, il serait possible de faire cette distinction en retrouvant dans le DMÉ tous les médicaments prescrits.

La proportion ajustée selon l'âge et le sexe des cas de MPOC ayant utilisé un BDLA dans l'année 2021-2022 varie selon les régions de la province, allant d'environ 43 % en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine à 32 % à Laval ([figure 23](#)). On remarque que l'utilisation des BDLA est plus répandue dans les régions plus éloignées que dans celles comprenant des centres urbains. Parmi les pistes d'explications se trouvent entre autres des facteurs affectant l'observance, comme la confiance et la continuité relationnelle avec l'équipe traitante.

Figure 23 Proportion ajustée des cas de MPOC ayant pris un BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence



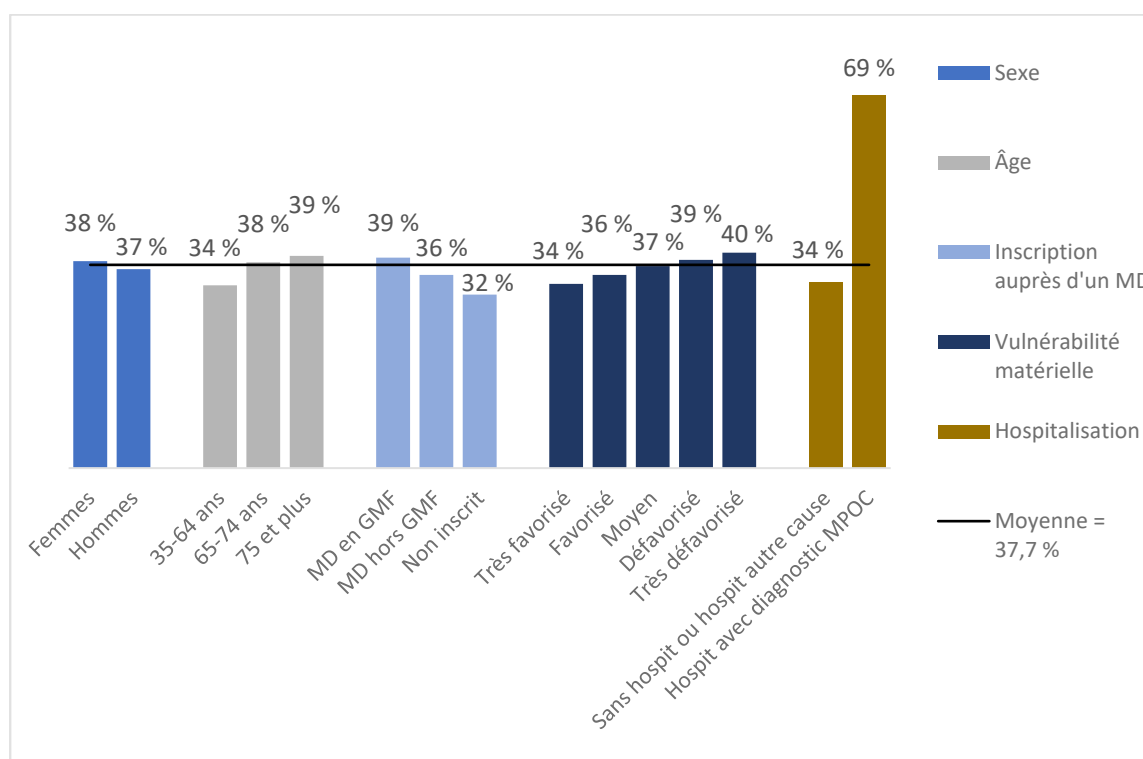
Données ajustées selon l'âge et le sexe.

L'amorce, la poursuite ou même l'intensification d'un traitement de BDLA sont recommandées à la sortie d'une hospitalisation pour la MPOC puisqu'il réduit les risques d'exacerbations [HAS, 2019]. En Alberta, une étude a rapporté que 74 % des personnes ayant reçu un diagnostic de MPOC lors d'une hospitalisation ont commencé un traitement de BDLA dans les 30 jours suivants, contre 53 % de celles qui ont reçu leur diagnostic en clinique ambulatoire [Tran *et al.*, 2019b]. En France, 74 % des patients ont reçu un traitement de BDLA dans les 90 jours suivant leur hospitalisation en 2017-2018. Cette proportion varie de 67 % à 80 % selon les régions et est plus élevée chez les patients moins âgés (80 % jusqu'à 75 ans, puis diminution à 58 % chez les 85 ans et plus) [HAS, 2022a].

Au Québec, la proportion de personnes avec un diagnostic de MPOC qui ont utilisé un BDLA en 2021-2022 est, à l'inverse, moins élevée chez les personnes de 35 à 64 ans (34 %) que chez celles plus âgées (39 % chez les 75 ans ou plus). Selon les parties prenantes consultées, il est possible que les BDLA soient moins utilisés chez les 35-64 ans parce que leur MPOC est peut-être moins sévère en général. De fait, la proportion de personnes qui ont pris un BDLA grimpe à 69 % chez celles qui ont été hospitalisées en lien avec la MPOC dans l'année. De façon globale, la proportion des cas ayant pris un BDLA est aussi moins élevée chez les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille et chez celles qui sont favorisées matériellement ([figure 24](#)). Parmi les explications possibles discutées avec les membres du comité

consultatif, il se pourrait que les personnes non inscrites consultent moins, réduisant ainsi les occasions de prescription de BDLA, ou qu'elles reçoivent moins d'enseignement pour soutenir leur observance au traitement. Une étude américaine qui visait à vérifier dans quelle proportion un traitement de BALA ou de CSI était amorcé suivant une exacerbation de la MPOC a par ailleurs établi que les patients plus âgés, fumeurs, avec un antécédent d'exacerbation ou atteints de dépression ou de diabète avaient moins de chance de se voir prescrire un médicament suivant une exacerbation, qu'elle soit traitée en ambulatoire ou qu'elle ait nécessité une hospitalisation [Melzer *et al.*, 2013].

Figure 24 Proportion de personnes avec MPOC ayant pris un BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte, soit 37,7 %.

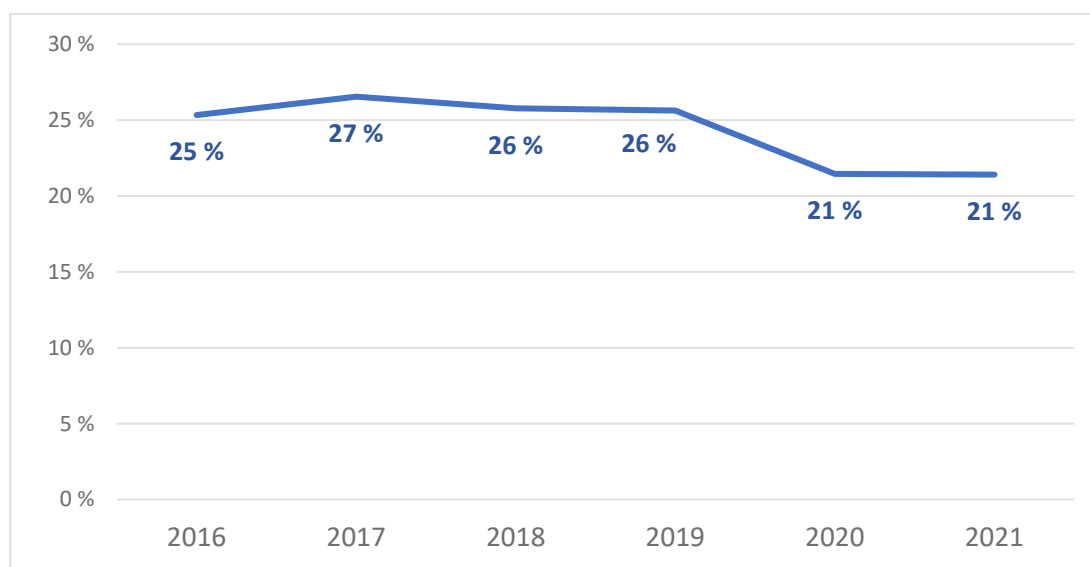
2.6.2 Utilisation d'un corticostéroïde inhalé en monothérapie

L'usage des corticostéroïdes inhalés (CSI) peut être indiqué chez certaines personnes atteintes de MPOC, en association avec au moins un BDLA : celles présentant un taux d'exacerbations élevé, une limitation sévère du débit d'air, et celles atteintes du syndrome de chevauchement asthme-MPOC [GOLD, 2023; Calzetta *et al.*, 2019; Montuschi *et al.*, 2014; Vestbo *et al.*, 2014]. Le traitement contenant des CSI augmente cependant le risque de pneumonie chez les personnes atteintes de MPOC à un âge plus avancé et avec une plus grande sévérité de la maladie (preuves de qualité élevée) [GOLD, 2023]. D'autre part, plusieurs études ont montré que les CSI n'ont aucun effet bénéfique sur le déclin de la fonction pulmonaire lorsqu'ils sont utilisés en monothérapie, mais qu'ils permettent de réduire les exacerbations et d'améliorer la fonction pulmonaire

et l'état de santé lorsqu'ils sont combinés à des BALA et à des AMLA [GOLD, 2023; Agusti *et al.*, 2018; Tashkin et Strange, 2018].

Au Québec, de 2016 à 2019, plus du quart des cas de MPOC ayant pris un CSI n'avaient aucune réclamation de BDLA durant la même année ([figure 25](#)). Cette proportion est passée à environ 21 % en 2020 et 2021. Il est possible que les nombreuses pénuries de médicaments survenues pendant la pandémie aient occasionné une révision obligatoire de la médication de certains patients. Deux corticostéroïdes en inhalation, le fluticasone et le mométasone, ont notamment fait l'objet d'avis de pénurie en avril 2020 [APhC, 2020; RAMQ, 2020]. Toutefois, l'interprétation de toute variation observée doit être faite avec prudence. En effet, en raison du faible nombre de personnes concernées par cet indicateur, les variations en pourcentage peuvent ne pas représenter de changements significatifs en pratique. Rappelons que l'indicateur ne vise pas les personnes couvertes par un régime d'assurance privé ni celles hébergées en CHSLD, et qu'il ne tient pas compte des médicaments fournis par les pharmacies des établissements lors d'un séjour à l'hôpital. Finalement, soulignons que cet indicateur ne permet pas d'évaluer un usage inapproprié des CSI, c'est-à-dire une prescription non indiquée.

Figure 25 Évolution de la proportion des personnes avec un diagnostic de MPOC ayant pris un CSI et qui n'ont pas utilisé un BDLA dans l'année entre 2016-2017 et 2021-2022

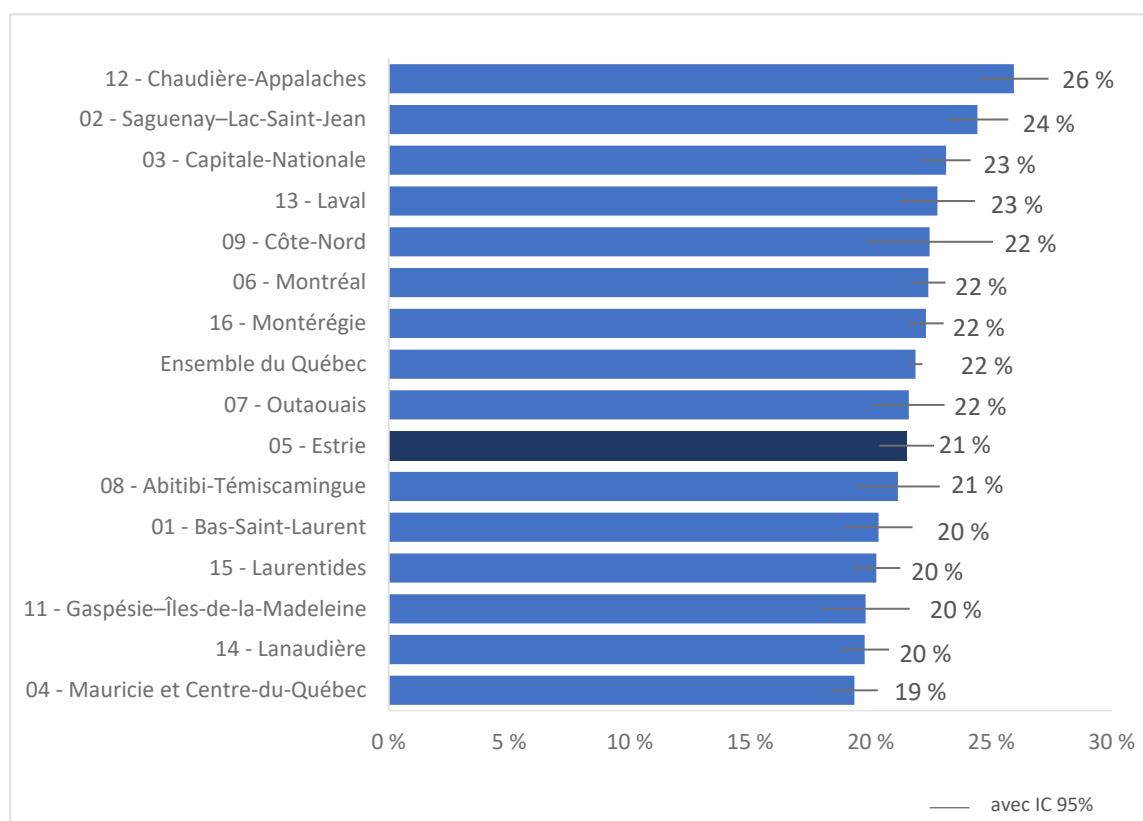


Bien que l'usage de CSI en monothérapie chez les personnes atteintes de MPOC soit un indicateur surveillé dans plusieurs pays, les résultats ne peuvent pas être comparés à ceux de l'INESSS puisque le plus souvent cet indicateur mesure la proportion des cas totaux de MPOC qui prennent un CSI seul. Une étude réalisée au Danemark à partir des informations contenues dans les DMÉ a rapporté que 2 % des cas de MPOC suivis en première ligne et prenant un CSI n'avaient pas de traitement de BDLA [Savran *et al.*, 2019]. Les cliniciens du comité consultatif confirment que des CSI pris en monothérapie sont encore vus sur le terrain par les équipes de soins. Ayant été sensibilisés à ce genre

d'aberrance, ils tentent normalement de contacter le médecin traitant pour faire modifier le traitement.

La proportion ajustée selon l'âge et le sexe des cas de MPOC avec un traitement de CSI qui n'ont pas pris de BDLA varie peu entre les régions du Québec, allant de 26 % (Chaudière-Appalaches) à 19 % (Mauricie et Centre-du-Québec) ([figure 26](#)).

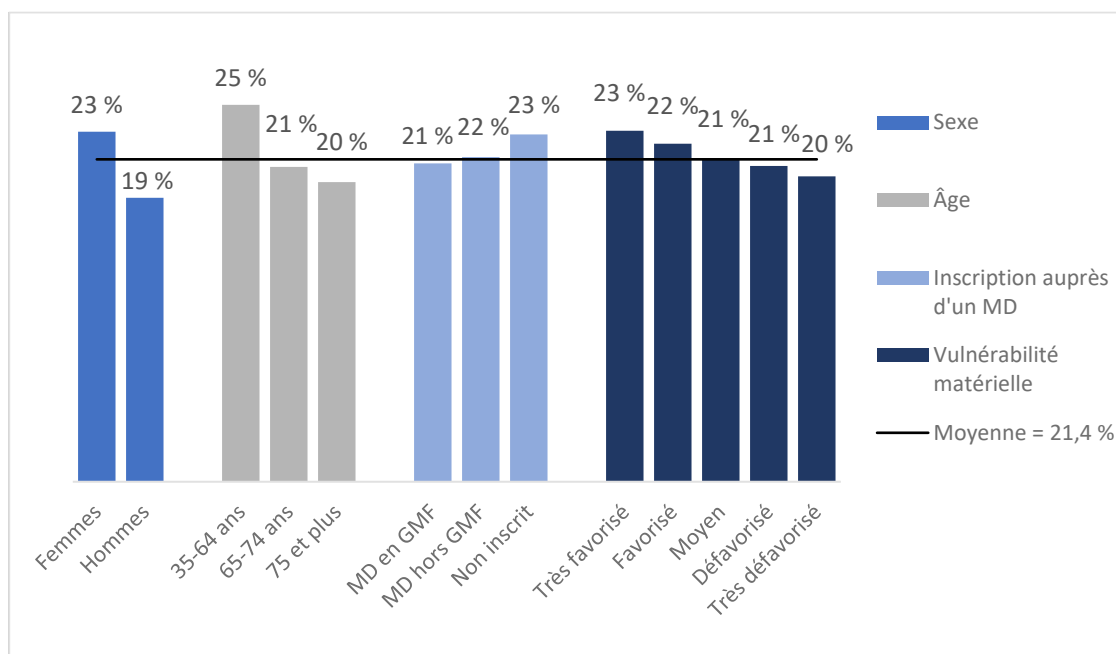
Figure 26 Proportion ajustée des cas de MPOC ayant utilisé un CSI et qui n'ont pas pris de BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence



Données ajustées selon l'âge et le sexe.

En analysant les résultats selon certaines caractéristiques sociodémographiques, on remarque que la proportion des cas ayant utilisé un CSI et qui n'ont pas pris de BDLA est plus élevée chez les femmes, chez les personnes de 35 à 64 ans et chez les personnes qui sont plus favorisées ([figure 27](#)).

Figure 27 Proportion de personnes avec MPOC ayant utilisé un CSI sans prendre un BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte, soit 21,4 %.

Pour expliquer pourquoi l'usage de CSI en monothérapie est plus grand chez les 35-64 ans, les cliniciens du comité suspectent qu'il y a peut-être une proportion de patients repérés dans la cohorte MPOC qui ont des composantes ou une histoire d'asthme et chez qui la prescription d'un CSI non accompagné d'un BDLA est plus courante. Néanmoins, les cliniciens sont d'avis que, même si la possibilité d'un chevauchement asthme-MPOC n'est pas exclu ici, il demeure difficile de justifier l'emploi des CSI seuls.

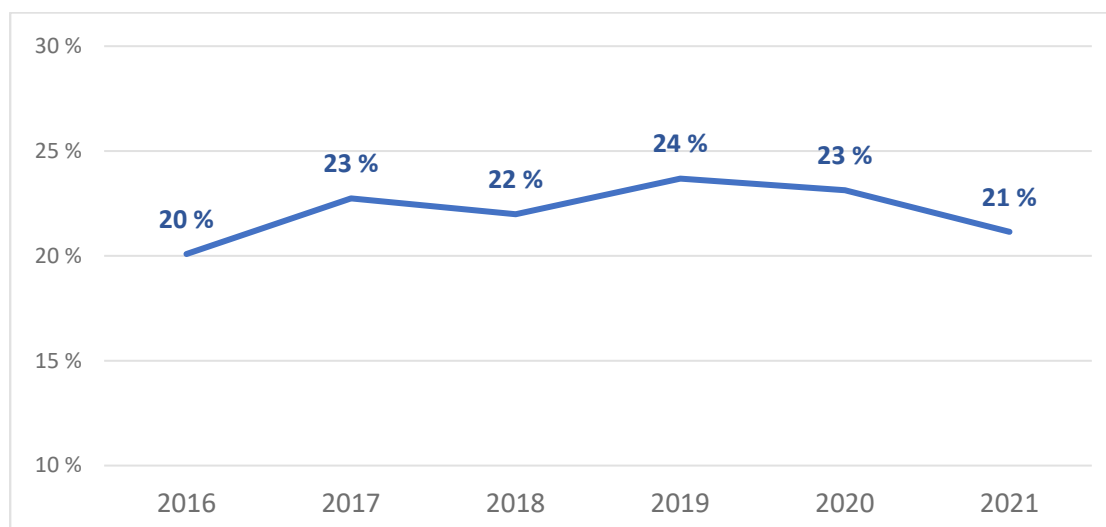
2.6.3 Persistance au traitement dans la première année

L'observance du traitement est un indicateur associé à la qualité des soins selon le rapport sur les « patient-reported outcome measures » (PROM) et les « patient reported experience measures » (PREM) de la Haute Autorité de Santé [HAS, 2021] puisqu'une bonne expérience de soins est associée à une meilleure observance. Une observance d'au moins 80 % est considérée comme nécessaire pour obtenir de bons résultats de santé pour les personnes atteintes de MPOC [Krack *et al.*, 2021; Lopez-Pintor *et al.*, 2021; Bogart *et al.*, 2019; López-Campos *et al.*, 2019; Mueller *et al.*, 2017; van Boven *et al.*, 2014]. La notion de persistance fait référence à la poursuite du traitement pendant une période recommandée (nombre de jours), sans arrêt ou interruption [GOLD, 2023; Savaria *et al.*, 2017]. Un grand nombre de personnes atteintes de MPOC nouvellement traitées avec un bronchodilatateur inhalé à longue durée d'action arrêtent le traitement pendant plus de 90 jours au cours de leur première année de traitement [Mueller *et al.*, 2017]. Le présent indicateur porte donc seulement sur les personnes avec un diagnostic de MPOC qui ont commencé un traitement de BDLA dans l'année (peu importe la durée

de la maladie). Ainsi, à cause des petits nombres bruts que cela représente, les variations en pourcentage peuvent ne pas représenter de changements significatifs en pratique.

La proportion des cas de MPOC ayant été persistants dans les 12 mois suivant le traitement initial de BDLA avec un seuil d'adhésion à 80 % semble plutôt stable d'une année à l'autre au Québec depuis 6 ans. En 2021, cette proportion était de 21 % ([figure 28](#)).

Figure 28 Évolution de la proportion des personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'adhésion à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA entre 2016-2017 et 2021-2022

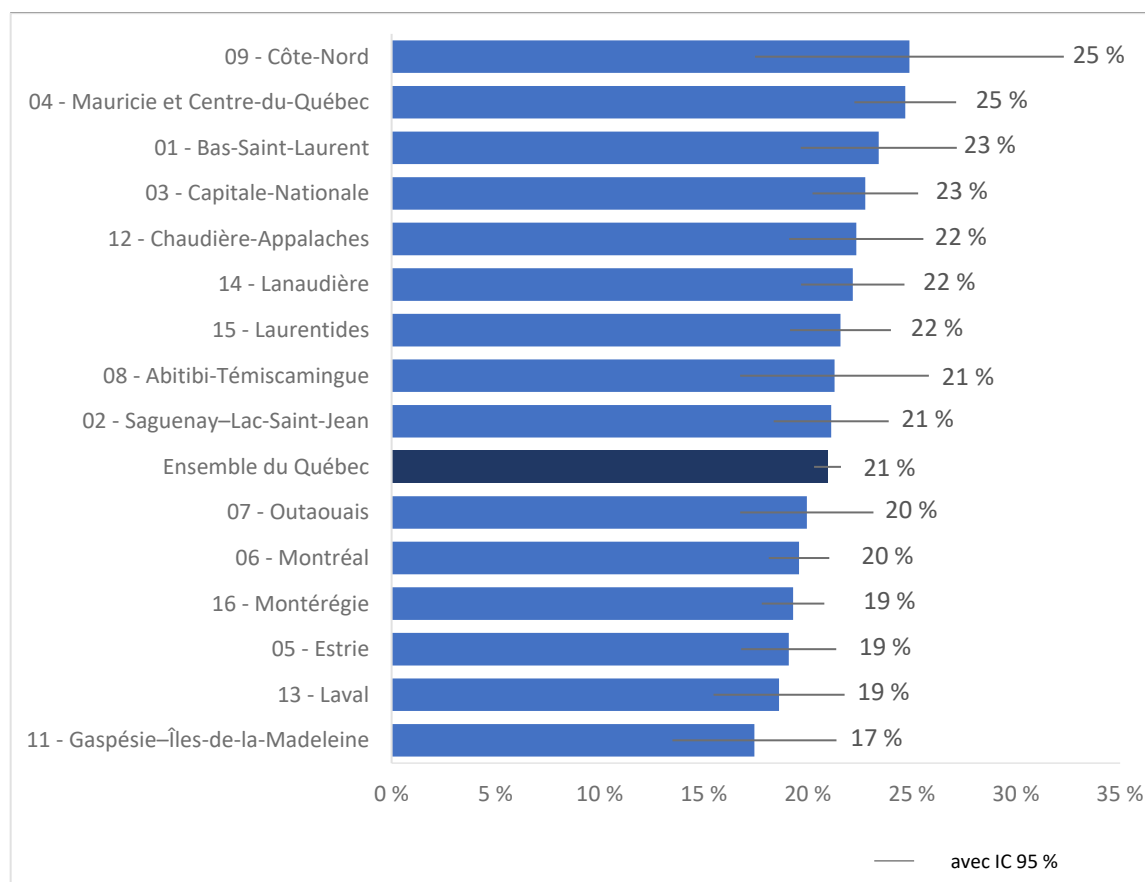


Dans une étude allemande, 35 % des personnes avec MPOC ayant commencé un traitement de BDLA ne l'ont pas arrêté pendant plus de 90 jours au cours des 12 premiers mois et 70 % d'entre elles ont respecté un seuil d'adhésion de 80 % pendant cette même période [Mueller *et al.*, 2017].

L'étude qualitative menée conjointement par COPD Canada et le Regroupement canadien des médecins de famille en santé respiratoire soulève peut-être une des causes possibles du faible taux de persistance au traitement de BDLA observé au Québec : les patients semblent ne pas savoir faire la distinction entre les inhalateurs à courte durée d'action qui soulagent les symptômes durant les épisodes aigus et les traitements d'entretien à longue durée d'action, avec la perception erronée que tous les types d'inhalateurs sont conçus pour avoir un effet immédiat [FPAGC et COPD Canada, 2012]. Comme l'ont souligné les parties prenantes consultées, il serait intéressant de mesurer les taux d'adhésion ou de persistance chez tous les cas de MPOC traités (pas seulement ceux qui ont commencé un traitement dans l'année) afin de voir si, avec plus d'occasions d'éducation thérapeutique, elles s'améliorent.

La proportion ajustée (selon l'âge et le sexe) des cas ayant été persistants au traitement avec un seuil d'adhésion à 80 % dans les 12 mois suivant le traitement initial de BDLA varie légèrement entre les régions du Québec, allant d'environ 25 % (Côte-Nord) à 17 % (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Les intervalles de confiance sont particulièrement larges en raison du faible nombre de cas concernés ([figure 29](#)).

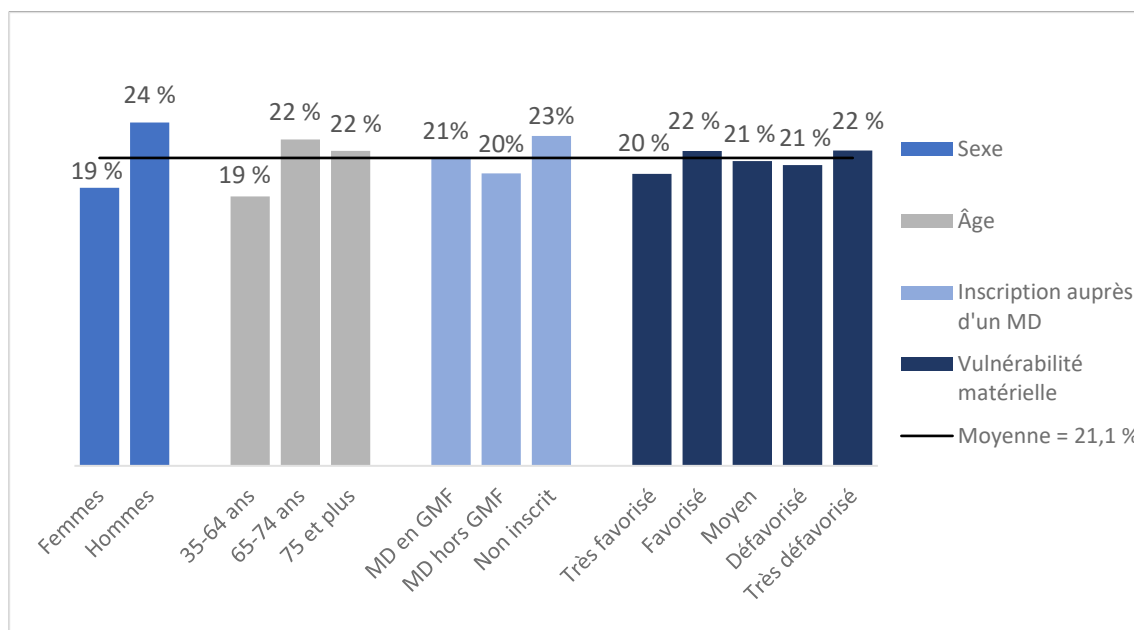
Figure 29 Proportion ajustée des personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'adhésion à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA en 2021-2022 selon la région de résidence



Données ajustées selon l'âge et le sexe.

La proportion des cas ayant été persistants dans les 12 mois suivant le traitement initial de BDLA avec un seuil d'adhésion de 80 % est moins élevée chez les femmes et chez les personnes de 35 à 64 ans ([figure 30](#)).

Figure 30 Proportion de personnes avec MPOC qui ont été persistantes (avec un seuil d'observance à 80 %) durant l'année suivant le traitement initial de BDLA en 2021-2022 selon certaines caractéristiques



La ligne horizontale représente le pourcentage observé dans l'ensemble de la cohorte, soit 21,1 %.

Selon les cliniciens du comité consultatif, le taux de persistance plus bas observé chez les personnes plus jeunes est peut-être dû à un impact fonctionnel qui est moins important en début de maladie, ce qui peut affecter la motivation du patient à être assidu à un traitement. Il serait alors intéressant de mesurer le taux d'adhésion ou de persistance chez les patients avec une MPOC plus sévère pour le comparer avec celui de la cohorte complète, mais il n'est pas possible pour l'instant de mesurer la sévérité de la maladie de façon fiable avec les données auxquelles l'INESSS a accès. Toutefois, une étude ontarienne a montré que les patients hospitalisés ont plus souvent une interruption involontaire (accidentelle) de leur traitement d'AMLA et de BALA-CSI que ceux qui ne sont pas hospitalisés [Gershon et al., 2021b].

Faits saillants

Bronchodilatateurs à longue durée d'action en traitement d'entretien

- Parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC inscrites au RPAM, une faible proportion (38 %) ont une réclamation de BDLA durant l'année 2021-2022.
- Cette proportion est :
 - stable depuis 2016;
 - variable selon les régions, allant d'environ 43 % (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) à 32 % (Laval);

- moins élevée chez les personnes de 35 à 64 ans, chez celles qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille et chez les personnes qui sont favorisées;
- beaucoup plus élevée (69 %) chez les personnes qui ont été hospitalisées pour cause de MPOC dans l'année comparativement à celles n'ayant pas été hospitalisées ou n'ayant pas eu de diagnostic de MPOC lors de l'hospitalisation (34 %).

Corticostéroïde inhalé en monothérapie

- Parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC inscrites au RPAM et qui ont pris un CSI en 2021-2022, 21 % n'ont aucune réclamation de BDLA inhalé durant la même année.
- Cette proportion est :
 - stable depuis la pandémie de COVID-19 en 2020, mais était légèrement plus élevée (autour de 26 %) auparavant;
 - peu variable selon les régions, allant d'environ 19 % (Mauricie et Centre-du-Québec) à 26 % (Chaudière-Appalaches);
 - plus élevée chez les femmes, chez les personnes de 35 à 64 ans et chez celles qui sont favorisées.

Persistance au traitement de BDLA dans la première année

- Parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC inscrites au RPAM et qui ont commencé un traitement de BDLA en 2021-2022 au Québec, 21 % ont été persistantes avec un seuil d'adhésion à 80 % dans les 12 mois suivant le traitement initial.
- La proportion de personnes persistantes au traitement de BDLA dans la première année est :
 - plus ou moins stable depuis 2016, oscillant entre 20 et 24 %;
 - légèrement variable selon les régions, allant d'environ 25 % (Côte-Nord) à 17 % (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine);
 - légèrement moins élevée chez les femmes et chez les personnes de 35 à 64 ans.

3 DONNÉES LOCALES

Les indicateurs présentés dans le présent portrait couvrent divers aspects de la prise en charge de la MPOC en première ligne :

- évaluation et interventions concernant le tabagisme;
- repérage et confirmation du diagnostic;
- gestion et suivi des exacerbations aiguës;
- suivi et intégration des soins et services;
- choix et ajustement des traitements pharmacologiques.

Pour chacun de ces volets, il existe des données locales (principalement contenues dans les DMÉ) pouvant compléter ou préciser les mesures fournies dans le présent portrait. Un certain nombre d'indicateurs calculés à partir des données colligées dans les DMÉ sont décrits dans la littérature.

3.1 Sommaire de la recherche documentaire

La recherche documentaire (stratégie et résultats détaillés aux annexes [C](#), [D](#) et [E](#)) a permis de repérer des documents décrivant des indicateurs à calculer à partir des DMÉ, mais seuls ceux provenant d'autres provinces canadiennes ou de pays occidentaux dont les systèmes de santé et de services sociaux peuvent se comparer à celui du Québec ont été considérés. Onze documents ont été retenus. Trois documents sont des normes de qualité et trois sont des avis, dont un publié par l'INESSS il y a plus de dix ans. Les autres documents sont des études. Un tableau descriptif des documents retenus est présenté à l'annexe D ([tableau D-2](#)).

3.2 Données locales – facteurs de risque de la MPOC

3.2.1 Indicateurs repérés dans la littérature

Les principaux indicateurs complémentaires disponibles dans les DMÉ et repérés dans la littérature en lien avec les facteurs de risque sont listés au [tableau 2](#).

Tableau 2 Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec les facteurs de risque de la MPOC issus de la littérature

Indicateurs	Références
Pourcentage des patients, avec ou sans MPOC, dont le dossier fait état d'une revue régulière du statut tabagique	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; MHSAL, 2020; Mahlknecht <i>et al.</i> , 2016; INESSS, 2012]
Pourcentage des patients avec MPOC dont le dossier fait état d'une exposition à la fumée secondaire	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a; INESSS, 2012]
Pourcentage des patients, avec ou sans MPOC, qui sont fumeurs	[HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage des patients qui fument, avec ou sans MPOC, ayant reçu du counseling sur l'abandon du tabagisme dans les 12 à 24 derniers mois	[HAS, 2022b; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; MHSAL, 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC qui fument ayant reçu une intervention pharmacologique pour cesser de fumer au cours des 12 derniers mois	[HAS, 2022b; Lee <i>et al.</i> , 2021; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b]
Pourcentage des patients avec MPOC qui fumaient et qui ont cessé pendant au moins 1 mois dans la dernière année	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]

3.2.2 Enjeux de faisabilité

Selon les membres du comité consultatif, les informations sur le statut tabagique ne sont pas documentées de façon systématique dans les DMÉ au Québec. Certains des indicateurs recensés ne peuvent simplement pas être calculés ici. Par exemple, les DMÉ ne contiendront jamais la date exacte de la cessation tabagique ni l'exposition à la fumée secondaire qu'il est trop difficile d'évaluer. Par ailleurs, le code de facturation pour un acte de soutien médical à l'abandon tabagique étant aboli depuis 2016, il n'est pas non plus possible de retracer ces événements dans les BDCA de la RAMQ. Pour ce qui est des interventions pharmacologiques pour cesser de fumer, elles peuvent être repérées dans les données de prescriptions du DMÉ. Dans un premier temps, il serait raisonnable d'observer le pourcentage de patients dont le dossier fait état du statut tabagique. Il serait aussi faisable de calculer la proportion des personnes atteintes de MPOC qui fument quotidiennement, mais compte tenu de l'aspect préventif de la cessation tabagique, il est préférable d'examiner les indicateurs reliés au tabagisme chez tous les patients, indépendamment d'un diagnostic de MPOC.

Comme le risque de MPOC augmente avec l'importance de la consommation de tabac, tant actuelle que passée, les membres du comité pensent aussi que l'information recueillie par les cliniciens et documentée dans les DMÉ devrait objectiver la consommation tabagique en paquets-années pour établir un risque significatif, même si aucun seuil minimal n'existe. D'ailleurs, la Société canadienne de thoracologie ainsi que

le registre américain de patients atteints de MPOC soignés en première ligne APEX le recommandent parmi les éléments à documenter dans les DMÉ ([Annexe A](#)) [Edwards *et al.*, 2021b; Lougheed *et al.*, 2018].

Même si ce n'est pas à des fins d'extraction ou de mesure parce que ces éléments sont plus difficiles à documenter, les cliniciens consultés croient que les DMÉ devraient contenir des informations sur l'histoire et les habitudes d'inhalation d'autres composés considérés comme des facteurs de risque non négligeables, notamment le cannabis, la fumée secondaire, la biomasse de chauffage ou de cuisson, les poussières ou produits chimiques d'origine occupationnelle et la pollution [INESSS, 2022]. L'usage de cannabis et l'exposition à la fumée secondaire sont des éléments listés comme optionnels dans l'initiative pancanadienne de standards de qualité de la documentation des DMÉ produits par la Société canadienne de thoracologie [Lougheed *et al.*, 2018] alors que l'usage de la cigarette électronique fait partie des éléments recommandés pour le registre américain de patients atteints de MPOC soignés en première ligne APEX [Edwards *et al.*, 2021b] ([Annexe A](#)).

3.3 Données locales – repérage des cas de MPOC

Les symptômes et les facteurs de risque de la MPOC ne sont pas spécifiques à cette pathologie. À cause de tous les enjeux liés au sous-diagnostic et au surdiagnostic de la MPOC, l'utilisation des tests de fonction pulmonaire par spirométrie nécessaires pour confirmer la présence d'une obstruction bronchique constitue un élément fondamental des guides cliniques et des standards de qualité portant sur cette maladie. Au Québec, les données sur l'utilisation de la spirométrie se trouvent uniquement aux dossiers des patients dans les centres hospitaliers ou les cliniques médicales.

3.3.1 Indicateurs repérés dans la littérature

Les principaux indicateurs complémentaires disponibles dans les DMÉ et repérés dans la littérature en lien avec le repérage et le diagnostic des cas apparaissent au [tableau 3](#).

Tableau 3 Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec le repérage et le diagnostic de la MPOC issus de la littérature

Indicateurs	Références
Pourcentage de patients de 40 ans ou plus fumeurs ou anciens fumeurs qui ont été questionnés pour la présence de symptômes compatibles avec la MPOC dans les 24 derniers mois	[MHSAL, 2020]
Pourcentage de patients avec une suspicion de MPOC	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022]
Pourcentage des patients de 35-40 ans ou plus, à risque de MPOC (fumeurs ou ex-fumeurs de tabac ou de cannabis, avec exposition secondaire ou en milieu de travail), ayant des symptômes (toux chronique ou dyspnée), qui ont subi une spirométrie pour diagnostiquer la MPOC	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; Dewaele <i>et al.</i> , 2022; HAS, 2022b; MHSAL, 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; NICE, 2016; INESSS, 2012]
Pourcentage des patients avec MPOC chez lesquels le diagnostic de MPOC est confirmé par une spirométrie ou dont le dossier fait mention d'épreuves fonctionnelles respiratoires	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; Mahlknecht <i>et al.</i> , 2016; INESSS, 2012]
Délai entre la première présentation des symptômes et le diagnostic confirmé par spirométrie ou proportion des patients pour qui le délai était de moins de 3 mois	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients atteints de MPOC	[Mahlknecht <i>et al.</i> , 2016]
Pourcentage de patients atteints de MPOC de chaque stade de sévérité spirométrique (GOLD 1, 2, 3 et 4) ou appartenant à chaque groupe (A, B, C et D) selon les symptômes et les exacerbations aiguës	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]

3.3.2 Enjeux de faisabilité

Pour figurer dans les DMÉ au Québec, les données de spirométrie (que ce soient les résultats de tests effectués au GMF ou le rapport envoyé par un pneumologue) sont numérisées sous format PDF puis identifiées avec une étiquette « spirométrie ». Selon les membres du comité consultatif, il n'est donc pas aisé pour les milieux de calculer de tels indicateurs à partir des DMÉ. En outre, lorsque les tests de fonction pulmonaire ou les spirométries sont effectués à l'hôpital, le pneumologue n'envoie pas toujours le rapport au médecin de famille. Il faudrait alors procéder à une recherche d'archives. Contrairement à d'autres résultats d'examen et d'analyses de laboratoire, les résultats de spirométrie n'apparaissent pas dans le Dossier Santé Québec (DSQ), ce qui représente un problème majeur selon les cliniciens du comité. En revanche, ceux-ci croient qu'il serait plus fiable d'interroger les banques de la RAMQ pour connaître la proportion de personnes avec un diagnostic de MPOC qui ont subi une spirométrie. En effet, l'interprétation d'une spirométrie en cabinet est un code d'acte facturable pour les médecins généralistes. Rappelons que toutes les spirométries doivent être lues par un

médecin, même lorsque l'inhalothérapeute utilise des outils d'interprétation pour produire son rapport, car seul le médecin peut poser le diagnostic. Ainsi, la rémunération pour cet acte devrait être accessible à tous les médecins, en établissement comme en cabinet. Les médecins de famille n'utilisent pas systématiquement ce code, mais il serait possible de les sensibiliser à l'importance et à l'utilité de facturer cet acte pour évaluer la qualité des soins prodigués à la clientèle MPOC.

3.4 Données locales – utilisation des services hospitaliers

3.4.1 Indicateurs repérés dans la littérature

Les principaux indicateurs complémentaires disponibles dans les DMÉ et repérés dans la littérature concernant l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de MPOC sont listés au [tableau 4](#).

Tableau 4 Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature

Indicateurs	Références
Pourcentage de patients avec MPOC qui ont été hospitalisés pour au moins une exacerbation aiguë dans l'année	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients qui ont été hospitalisés pour la MPOC moins d'un an après leur hospitalisation précédente	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients avec MPOC qui se sont rendus au service des urgences pour une exacerbation aiguë dans les 30 jours suivant leur congé d'une hospitalisation antérieure pour MPOC	[HQO, 2018b]
Pourcentage de personnes réadmisses à l'hôpital pour une MPOC dans les 3 mois suivant leur congé de l'hôpital	[HAS, 2022b; HQO, 2018b]

Bien que des indicateurs en lien avec les réadmissions aient été recensés dans la littérature, leur utilisation comme mesure de la qualité des soins a été remise en question par certains auteurs. En effet, il a été montré que les patients avec MPOC qui sont réadmis dans les 90 jours suivant leur hospitalisation sont ceux dont l'état est le moins bon, dont la MPOC est au stade le plus avancé et dont le pronostic est le moins favorable. Ainsi, il pourrait s'avérer impossible d'empêcher les réadmissions [Shani *et al.*, 2022].

3.4.2 Enjeux de faisabilité

Selon les membres du comité consultatif, tous les indicateurs énumérés au [tableau 4](#) sont pertinents cliniquement, mais ils sont conditionnels à la bonne pratique de documentation des dossiers médicaux, qui est d'inscrire l'historique d'exacerbations et d'hospitalisations avec les dates pour chaque épisode. Faire de cette bonne pratique

l'objet d'un indicateur de qualité de la documentation (p. ex. pourcentage de patients avec MPOC dont le dossier contient l'historique d'exacerbations) pourrait constituer un bon point de départ pour ensuite envisager la mesure des indicateurs suggérés dans la littérature. D'ailleurs, la Société canadienne de thoracologie (SCT) le recommande dans son initiative pancanadienne de standards de qualité de la documentation des DMÉ [Lougheed et al., 2018]. Pour les cliniciens, la difficulté majeure actuellement est d'être mis au courant des exacerbations pour pouvoir les noter au DMÉ, car la transmission de l'information repose le plus souvent sur le patient. À des fins de production d'indicateurs, les cliniciens proposent l'utilisation des données pharmacologiques pour déduire les exacerbations n'ayant pas nécessité une hospitalisation en recherchant les occurrences où une association de prednisone et d'antibiotiques a été servie à un patient.

Les parties prenantes consultées rapportent également que la pandémie a entraîné des vagues de départs à la retraite dans tous les services. Lorsque les suivis non urgents ont repris en janvier 2021, l'état des personnes avec MPOC s'était énormément dégradé. La première ligne ne s'occupe donc plus principalement comme avant la pandémie du dépistage et du suivi des cas de MPOC légère et modérée, mais est maintenant appelée à faire le suivi des cas de MPOC sévère et très sévère. Dans certains milieux de première ligne, environ un tiers des patients avec MPOC qui sont actuellement suivis seraient de stade 3 ou 4, alors qu'ils étaient l'exception avant la pandémie. Les parties prenantes soulignent par ailleurs que le nombre de demandes de consultation en spécialité acheminées au Centre de répartition des demandes de services (CRDS) a explosé depuis 2 ans et que les personnes avec MPOC de stades 3 et 4 n'ont plus nécessairement de suivi en pneumologie.

3.5 Données locales – intégration des soins

3.5.1 Indicateurs repérés dans la littérature

Les principaux indicateurs complémentaires disponibles dans les DMÉ et repérés dans la littérature concernant l'intégration des soins sont très nombreux et peuvent être groupés selon qu'ils concernent le suivi des personnes avec MPOC, les soins spécialisés, la réadaptation pulmonaire ou les soins palliatifs. Ces indicateurs suggérés dans la littérature sont réunis au [tableau 5](#).

Tableau 5 Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec l'intégration des soins pour les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature

Indicateurs	Références
Suivi	
Pourcentage de patients avec MPOC ayant reçu des soins primaires pour la MPOC au moins une fois au cours des 12 derniers mois	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; HQO, 2018b]
Pourcentage des patients avec MPOC dont le dossier fait mention d'une évaluation du risque d'exacerbation aiguë ou de la fréquence et de la	[HQO, 2018b; INESSS, 2012]

Indicateurs	Références
sévérité des exacerbations (p. ex. ayant nécessité une antibiothérapie, une hospitalisation) à chaque visite ou au cours des 12 derniers mois	
Pourcentage de patients avec MPOC qui ont subi une exacerbation aiguë et qui ont eu accès aux services de leur fournisseur de soins primaires ou d'un professionnel de la santé de leur équipe de soins	[HAS, 2022b; HQO, 2018b]
Pourcentage des patients avec MPOC soumis à une spirométrie tous les 1, 2 ou 3 ans	[HAS, 2022b; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC dont les symptômes ont une faible ou moyenne incidence sur leur vie (stratification : faible, moyenne, élevée, très élevée) selon un questionnaire validé (ex. : CAT)	[Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC dont le dossier fait état d'une évaluation du degré d'incapacité basée sur l'échelle de dyspnée MRC	[Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients hospitalisés pour une exacerbation de MPOC qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi en personne dans les 7 ou 14 jours suivant leur congé	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; HAS, 2022b; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC avec VEMS < 30 % OU CRM > 3 ou saturation en oxygène ≤ 92 % et dont le dossier indique une mesure de saturation ou de gaz artériels	[HAS, 2022b; NICE, 2016; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC chez qui le degré d'activité physique est déterminé	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]
Pourcentage de patients avec MPOC ayant fait l'objet d'une évaluation régulière des comorbidités	[HAS, 2022b; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC dont le dossier fait mention d'éducation sur la maladie	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC dont le dossier fait mention de la vérification de la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation	[Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; HQO, 2018b; NICE, 2016]
Pourcentage de patients avec MPOC qui ont un plan d'autogestion écrit	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC qui ont parlé de leurs objectifs de soins à leur équipe de soins interprofessionnelle	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b]
Pourcentage des patients avec MPOC ayant un VEMS < 40 % de la valeur prédite, OU un score de CRM de 4 ou 5, OU un IMC < 19, OU ayant été hospitalisés dans la dernière année, dont le dossier fait mention d'une discussion sur les niveaux de soins (fin de vie)	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; INESSS, 2012]

Indicateurs	Références
Soins spécialisés	
Pourcentage de patients avec MPOC pour lesquels une orientation vers des soins spécialisés est indiquée (p. ex. jeunes OU diagnostic incertain, symptômes sévères, détérioration rapide) et qui sont orientés vers un spécialiste	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; Dewaele <i>et al.</i> , 2022; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage des patients avec MPOC qui suivent un traitement de maintenance par corticostéroïde systémique et qui ne reçoivent pas les soins d'un spécialiste	[INESSS, 2012]
Pourcentage de patients hospitalisés pour une MPOC qui ont fait l'objet d'un suivi en soins spécialisés en personne dans les 30 ou 60 jours suivant leur congé de l'hôpital	[HAS, 2022b; HQO, 2018b]
Délai (moyen) entre l'orientation vers des soins respiratoires spécialisés et la première consultation pour de tels soins	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; HQO, 2018b]
Réadaptation pulmonaire	
Pourcentage de patients ayant été hospitalisés pour une MPOC qui sont orientés vers un programme de réadaptation pulmonaire	[Bhutani <i>et al.</i> , 2022; HAS, 2022b; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC modérée à sévère qui restent limités malgré un traitement pharmacologique optimal et qui sont orientés vers un programme de réadaptation pulmonaire	[HQO, 2018b; NICE, 2016; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients ayant été hospitalisés pour une MPOC qui ont commencé un programme de réadaptation pulmonaire dans le mois ou les 3 ou 4 mois suivant l'obtention de leur congé	[HAS, 2022b; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; NICE, 2016]
Pourcentage de patients avec MPOC dont le dossier fait mention de réadaptation pulmonaire à n'importe quel moment dans l'historique de leur maladie	[Lee <i>et al.</i> , 2021; Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients avec MPOC qui sont admissibles à un programme de réadaptation pulmonaire et/ou qui sont orientés vers un tel programme et le commencent	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a; NICE, 2016].
Pourcentage de patients avec MPOC modérée ou sévère qui ont déjà suivi un programme de réadaptation pulmonaire et qui font maintenant partie d'un programme de maintien d'exercices et de soutien social	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Soins palliatifs	
Pourcentage de patients avec MPOC sévère qui ont reçu des soins palliatifs comblant leurs besoins physiques, sociaux et émotionnels	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients avec MPOC qui ont vécu dans la collectivité au cours des derniers mois de leur vie (1, 3 ou 12 mois) et qui ont reçu au moins un service de soins à domicile, une consultation à domicile d'un professionnel de la santé ou des soins palliatifs pendant cette période	[HQO, 2018b]

3.5.2 Enjeux de faisabilité

Suivi – Selon les membres du comité consultatif, un suivi annuel en première ligne apportera peu de bénéfices à un patient avec une MPOC légère, sans exacerbation et qui a cessé de fumer. Cette responsabilité peut être confiée aux équipes sur le terrain, incluant le pharmacien communautaire.

Comme mentionné précédemment, les parties prenantes consultées ainsi que la Société canadienne de thoracologie [Lougheed *et al.*, 2018] jugent important que l'historique des exacerbations soit documenté et maintenu à jour dans le DMÉ. Cela permet d'ajuster le traitement pharmacologique, mais également de déterminer et de réviser le risque d'exacerbation de la personne.

Quant à un indicateur évaluant la réalisation de tests de spirométrie à un intervalle régulier, les cliniciens du comité consultatif rappellent qu'il est surtout utile de déterminer la gravité de l'obstruction des voies respiratoires pour suivre l'évolution de la MPOC lorsqu'une détérioration clinique rapide est observée [INESSS, 2022] ou à des fins d'ajustement de la thérapie pharmacologique (p. ex. début de traitement ou justification pour des médicaments d'exception). En outre, la spirométrie peut être impossible chez les personnes en perte d'autonomie ou avec des troubles cognitifs. D'ailleurs, les résultats pour un tel indicateur en France où la HAS juge primordiale la surveillance annuelle de la fonction respiratoire démontrent bien ces situations de pertinence variable : de 27 % chez les moins de 50 ans, le taux de spirométrie annuelle atteint 40 % entre 70 et 74 ans et redescend ensuite à 20 % chez les 85 ans et plus [HAS, 2022a].

À l'inverse, les cliniciens participant au projet croient que l'évolution des symptômes devrait être mesurée par le biais de l'échelle du Conseil de recherches médicales modifiée (CRMm) et du [COPD Assessment Test \(CAT^{MC}\)](#) qui sont des outils cliniques standardisés simples et rapides à utiliser. Leur utilisation est recommandée dans les [guides de pratique](#) [INESSS, 2022] et la documentation de leur utilisation dans le DMÉ est préconisée par la Société canadienne de thoracologie [Lougheed *et al.*, 2018]. Ces deux questionnaires seraient déjà disponibles dans les DMÉ au Québec (de certains fournisseurs, du moins), mais tout de même peu utilisés en pratique. Il faut donc en faire la promotion et les rendre disponibles et faciles d'utilisation pour tous les intervenants. Selon les cliniciens consultés, un indicateur sur la proportion de patients dont le dossier fait état d'une utilisation de ces questionnaires permettrait une sensibilisation au fait que ceux-ci devraient être davantage employés.

Un indicateur sur la proportion des dossiers faisant état du niveau de soins serait également important, toujours selon l'avis des parties prenantes consultées. Il est certain que cet élément est surtout pertinent pour les personnes avec une MPOC sévère, mais il n'est pas possible de repérer la sévérité ou le stade de la MPOC dans les DMÉ au Québec pour l'instant. Tant le niveau de soins que la sévérité de la MPOC font partie des éléments à inscrire au DMÉ selon la Société canadienne de thoracologie [Lougheed *et al.*, 2018]. Un moyen relativement simple de déduire la sévérité serait d'utiliser les traitements prescrits, mais cela tend à classer à tort les patients dans des catégories plus extrêmes de sévérité [Rebordosa *et al.*, 2019].

Soins spécialisés - Concernant un indicateur suggérant un suivi post-hospitalisation par un pneumologue, il est intéressant de considérer les résultats d'une étude ontarienne qui a montré que la proportion de personnes qui décèdent ou visitent les urgences ou l'hôpital dans une période d'un an pour leur MPOC est la même chez les patients qui reçoivent un suivi conjoint par un pneumologue et un médecin de famille et chez ceux qui ont un suivi par leur médecin de famille seulement. Un suivi par un pneumologue est toutefois associé à une plus grande probabilité de se voir prescrire des tests diagnostiques ou des médicaments [Gershon *et al.*, 2017].

Selon les parties prenantes consultées, il est possible d'interroger le CRDS pour connaître le délai entre la demande de référence et la consultation en pneumologie. À partir du DMÉ, on peut repérer les patients qui ont été dirigés vers la pneumologie. Cependant, comme l'accès à la pneumologie est difficile au Québec, il est plus ou moins utile selon eux d'aller vérifier si la première ligne oriente les patients lorsque c'est pertinent de le faire puisqu'il est fréquent que les médecins s'empêchent de demander une consultation en pneumologie à cause des délais trop longs.

Réadaptation pulmonaire - Selon les membres du comité consultatif, il n'est pas réaliste de considérer un indicateur sur la participation à un programme de réadaptation pulmonaire au Québec. Même l'orientation en réadaptation à la suite d'une hospitalisation n'est pas systématique. Elle dépend des hôpitaux, voire des médecins qui hospitalisent les patients, et l'information sera difficile à trouver, quoique parfois inscrite au sommaire d'hospitalisation.

La réadaptation pulmonaire n'est pas disponible ou accessible également d'une région à l'autre. Dans certaines régions, il n'y a simplement pas de services de réadaptation pulmonaire, cette ressource étant en général davantage structurée dans les centres urbains. Dans d'autres régions, seuls les pneumologues peuvent orienter une personne vers ce service. Ainsi, de l'avis du comité, il serait bien plus utile de dresser l'inventaire des services de réadaptation pulmonaire de chaque région et des modalités pour y accéder. Cela permettrait de prendre conscience des enjeux d'accessibilité, mais aussi de méconnaissance des cliniciens quant aux ressources disponibles dans leur milieu. Il serait alors envisageable de mettre en relation les capacités d'accueil de ces services dans une région avec le nombre de cas de MPOC de cette région (ex. : nombre de places en réadaptation par année/prévalence de la MPOC par région).

Les cliniciens du comité rappellent que la réadaptation peut aussi se faire à d'autres niveaux, comme l'encadrement et le soutien à participer à un programme d'exercice individuel ou en groupe.

Soins palliatifs - De l'avis des parties prenantes consultées, tout indicateur concernant les soins palliatifs serait difficile à cibler et à opérationnaliser au Québec. Selon leurs explications, les pneumologues se désengageraient à ce stade de la maladie et retourneraient le patient au médecin de famille. Beaucoup de patients recevraient leurs soins palliatifs en CHSLD ou en maisons de soins palliatifs, et les processus d'orientation vers les services de soins palliatifs varieraient considérablement. Ils précisent que des formulaires peuvent être employés et que certains sont disponibles dans les DMÉ. En

région, c'est le médecin de famille qui assurerait ces services avec les équipes multidisciplinaires des CLSC et les équipes de soutien à domicile (SAD).

3.6 Données locales – traitement pharmacologique

3.6.1 Indicateurs repérés dans la littérature

Les principaux indicateurs complémentaires disponibles dans les DMÉ et repérés dans la littérature concernant les traitements sont présentés au [tableau 6](#).

Tableau 6 Indicateurs calculés à partir de données locales en lien avec les traitements pour les personnes atteintes de MPOC issus de la littérature

Indicateurs	Références
Traitement MPOC stable	
Pourcentage de patients avec MPOC dont la médication a été révisée au cours des 12 derniers mois, ou plus fréquemment si cliniquement indiqué	[Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC (toute sévérité) qui ont commencé un traitement de bronchodilatateurs inhalés	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020]
Pourcentage de patients avec MPOC (toute sévérité) qui ont une prescription d'AMCA ou de BACA	[Lee <i>et al.</i> , 2021; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b]
Pourcentage de patients avec MPOC (toute sévérité ou sévérité modérée à grave, ou qui ont été hospitalisés) qui ont une prescription d'AMLA ou de BALA	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; HAS, 2022b; Lee <i>et al.</i> , 2021; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC de groupe A qui ont un traitement de bronchodilatateurs inhalés à courte ou longue durée d'action	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]
Pourcentage de patients avec MPOC de groupe B (ou GOLD 2-4) qui ont un traitement d'AMLA ou de BALA (seul ou combiné)	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients avec MPOC de groupe C qui ont un traitement d'AMLA	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]
Pourcentage des patients avec MPOC (score CRM ≥ 3 OU au moins 2 exacerbations par année nécessitant un corticostéroïde systémique OU une hospitalisation) qui reçoivent une trithérapie de AMLA/BALA/CSI	[Gershon <i>et al.</i> , 2018a; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC avec une prescription de CSI (seul ou combiné)	[Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage de patients avec MPOC présentant encore des exacerbations sous AMLA/BALA qui passent à AMLA/BALA/CSI si les éosinophiles sanguins ≥ 100 cellules/ μ L	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]

Indicateurs	Références
Pourcentage de patients avec MPOC non-fumeurs et présentant encore des exacerbations sous AMLA/BALA qui se font ajouter de l'azithromycine si les éosinophiles sanguins < 100 cellules/µL	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]
Traitement EAMPOC	
Pourcentage des patients avec MPOC présentant une exacerbation aiguë qui ont été traités avec un BACA, avec ou sans AMCA	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]
Pourcentage des patients présentant une exacerbation aiguë de MPOC qui ont été traités avec prednisone 40 mg/jour pour un maximum de 7 jours	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Gershon <i>et al.</i> , 2018a]
Pourcentage des patients présentant une exacerbation aiguë de MPOC qui ont été traités avec un antibiotique pour un maximum de 7 jours, sauf si bronchiectasie pour un maximum de 10 jours	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; INESSS, 2012]
Vaccination	
Pourcentage de patients avec MPOC ayant reçu un vaccin contre l'influenza au cours des 12 ou 18 derniers mois	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; HAS, 2022b; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; MHSAL, 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; INESSS, 2012]
Pourcentage de patients avec MPOC ayant reçu un vaccin contre le pneumocoque	[Dewaele <i>et al.</i> , 2022; Lee <i>et al.</i> , 2021; Heinmuller <i>et al.</i> , 2020; MHSAL, 2020; Gershon <i>et al.</i> , 2018a; HQO, 2018b; INESSS, 2012]

3.6.2 Enjeux de faisabilité

Les cliniciens du comité reconnaissent que les enjeux d'observance rencontrés chez la clientèle atteinte de MPOC sont particulièrement importants et réitèrent l'importance de l'éducation thérapeutique. La Société canadienne de thoracologie recommande d'ailleurs de préciser dans le DMÉ si un enseignement a été fourni au patient, incluant les techniques d'utilisation des dispositifs d'inhalation [Lougheed *et al.*, 2018].

Comme les indicateurs pharmacologiques basés sur les banques de données clinico-administratives ne ciblent que les personnes inscrites au RPAM, les parties prenantes consultées trouvent pertinent de vérifier plus localement l'usage des médicaments chez la clientèle MPOC. Cependant, même si les médicaments servis apparaissent dans le DSQ, il n'est pas possible pour l'instant de l'utiliser pour y retrouver tous les services de médicaments (pas seulement ceux des personnes inscrites au RPAM). Par ailleurs, plusieurs des indicateurs suggérés dans la littérature visent à vérifier que la prescription de médicaments est appropriée selon la sévérité de la maladie comme recommandé par les guides de pratique clinique. Or, les cliniciens rappellent que le stade de sévérité n'est pas une information documentée ou repérable pour l'instant dans le DMÉ de la plupart des patients avec MPOC.

Concernant les proportions de patients avec MPOC qui ont reçu les vaccins contre l'influenza et le pneumocoque, on ne pourrait pas vérifier la vaccination à partir du DMÉ puisque, le plus souvent, seuls les vaccins administrés par les utilisateurs du DMÉ y sont inscrits. Les données de vaccination peuvent être transférées du DMÉ vers le registre de vaccination du Québec, mais les données du registre ne peuvent pas être importées dans le DMÉ (synchronisation à sens unique). La possibilité d'interroger directement les données du registre de vaccination du Québec reste à vérifier, mais la faisabilité du calcul d'un tel indicateur localement est faible.

DISCUSSION

Le choix d'un bon indicateur de qualité des soins et services

Un indicateur devrait être basé sur des données probantes. Or, plusieurs recommandations et éléments du modèle de gestion des maladies chroniques reconnus comme étant des pratiques exemplaires sont appuyés par des preuves qui ne sont pas de haut niveau, souvent parce que l'action en question se prête mal à l'expérimentation contrôlée ou parce que l'âge et la multimorbidité ont exclu les personnes visées des populations à l'étude. Il est donc nécessaire de ne pas se limiter à un niveau de preuve élevé lors de l'évaluation d'un indicateur.

Les indicateurs présentés dans ce portrait provincial sont ceux qui constituent le volet « rétroaction » dans les ateliers de pratique réflexive CoMPAS+ sur la MPOC. Dans ces ateliers, qui s'appuient sur des cadres théoriques d'amélioration des soins de santé (ex. : *Model for Improvement, Quality Improvement Collaboratives*), le but de la rétroaction est de fournir une connaissance éclairée des écarts entre la « qualité voulue » basée sur les bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles et la « qualité observée » des soins offerts provenant de la mesure de l'utilisation des services, de l'expérience des patients et de l'expérience des professionnels. Ainsi, l'absence dans la littérature de cibles claires pour plusieurs indicateurs de qualité des soins complique leur interprétation, mais ne devrait pas être un frein absolu à la présentation des résultats pour ces indicateurs. Même lorsqu'ils sont choisis en fonction de la disponibilité ou de la fiabilité des données clinico-administratives, les indicateurs restent pertinents dans un contexte d'amélioration continue puisqu'ils permettent une lecture commune des écarts, nuancée par des éléments propres aux réalités locales, comme les facteurs de risque, les besoins populationnels ou les ressources des milieux.

Quelques enjeux de validité et de fiabilité des données

Dans le calcul des indicateurs de ce portrait provincial, l'utilisation d'un algorithme de repérage des cas qui se base sur la présence d'un seul diagnostic de MPOC lors d'une hospitalisation ou dans un acte de facturation entraîne deux principaux enjeux relatifs à la fiabilité des résultats. D'une part, cette définition de cas a une sensibilité de 85 % et une spécificité de 78 %, mais une valeur prédictive positive de plus de 57 % [Gershon *et al.*, 2009]. Comme des épreuves fonctionnelles respiratoires par spirométrie sont nécessaires au diagnostic de cette maladie, une difficulté d'accès à ce test affecte les résultats de prévalence et, indirectement, la validité de la cohorte de patients utilisée pour calculer la presque totalité des indicateurs présentés. Un faible taux d'utilisation de la spirométrie continue d'être observé dans beaucoup de juridictions, avec comme conséquences un manque d'information quant à la sévérité de la MPOC et à la réponse aux traitements ou pire, des diagnostics erronés qui entraînent l'administration de médicaments non nécessaires et les coûts qu'ils engendrent, alors que les véritables problèmes de santé demeurent non diagnostiqués et non traités [Pichurko et McCarthy, 2015]. D'ailleurs, une étude canadienne impliquant des participants choisis au hasard a

montré qu'environ 5 % des personnes de 40 ans ou plus avaient un diagnostic de MPOC qui s'est avéré erroné après un test de spirométrie alors que près de 14 % avaient une MPOC non diagnostiquée, contre moins de 4 % qui avaient reçu un diagnostic correct de MPOC. Les auteurs ont souligné que les personnes avec un diagnostic erroné de MPOC étaient plus hospitalisées, visitaient plus les urgences et consultaient davantage en première ligne que celles non atteintes de MPOC, car en plus des soins pour une présumée MPOC, leur véritable condition médicale n'était pas traitée adéquatement [Gershon *et al.*, 2018b]. Les cliniciens consultés ont confirmé qu'il est courant que les personnes qui se présentent à l'urgence parce qu'elles toussent repartent avec un diagnostic de MPOC si elles ont plus de 45 ans et qu'elles fument ou ont déjà fumé, et ce, sans qu'une spirométrie ait été faite. D'autres patients ont une mention de MPOC dans leur dossier antérieur sans que le diagnostic ait été objectivé. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) ont émis un avis conjoint en 2017 précisant qu'aucune ordonnance médicale n'est nécessaire pour procéder à la spirométrie de première intention, c'est-à-dire qui vise à détecter précocement une maladie respiratoire [CMQ et OPIQ, 2017]. Néanmoins, les cliniciens consultés dans le cadre des présents travaux ont révélé que l'accès à la spirométrie demeure une barrière importante et qu'il varie selon les régions ou les établissements du Québec. Les consultations effectuées pour ce projet ont par ailleurs permis de mettre en lumière le besoin d'ajouter les résultats de spirométrie (voire les résumés d'hospitalisation, de visites aux urgences et les rapports de consultation en spécialités) au DSQ pour réellement se donner les moyens d'accomplir une collaboration interprofessionnelle efficace et bénéfique pour les personnes atteintes de MPOC.

D'autre part, l'utilisation d'un algorithme de repérage des cas qui se base sur la présence d'un diagnostic de MPOC lors d'une hospitalisation ou dans un acte de facturation favorise la détection des cas plus sévères puisque ceux-ci nécessitent des soins, bien que l'identification des cas sur une aussi longue période (de 1996 à 2022) augmente les chances que les cas moins sévères aient aussi consulté un médecin. L'utilisation des codes de facturation pour identifier les cas de MPOC est néanmoins problématique puisqu'un seul diagnostic peut y être inscrit et que la RAMQ autorise les médecins à ne pas spécifier de diagnostic et à mettre le code V999 (autre diagnostic). Depuis 2017, une chute du taux d'inscription des codes de diagnostic a d'ailleurs été observée, passant d'environ 95 % à moins de 70 % [FMOQ, 2021].

Sont aussi absents des données les services non couverts par la RAMQ comme ceux des personnes qui ont cherché un traitement hors de la province, des populations des Premières Nations traitées dans les réserves et des personnes non assurées par la RAMQ.

Enfin, il existe un enjeu de fiabilité pour les indicateurs pharmacologiques puisque les données utilisées sont incomplètes. Celles-ci proviennent du fichier des services pharmaceutiques de la RAMQ qui contient toutes les demandes de paiement pour les médicaments sous prescription effectuées par les pharmaciens. Ainsi, les données omettent les personnes non inscrites au RPAM comme celles, souvent plus jeunes, qui ont des assurances médicaments privées. La couverture populationnelle du fichier des

services pharmaceutiques est donc meilleure à partir de 65 ans (environ 10 % des individus de 65 ans ou plus sont assurés par un régime d'assurance médicaments privé), mais diminue après 85 ans parce que les médicaments administrés en CHSLD ou lors d'une hospitalisation ne sont pas enregistrés dans ce fichier. Dans la cohorte de cas de MPOC utilisée pour broser le présent portrait, 70 % des personnes sont inscrites au RPAM.

Bien qu'imparfaits à cause de leur couverture incomplète des cas réels, les indicateurs présentés donnent une idée de l'évolution du fardeau qu'occasionne la MPOC à travers la province, tant pour le système de santé et ses intervenants que pour les personnes atteintes. Au-delà de la vision commune qu'ils procurent, les indicateurs identifient certains des points critiques du parcours de soins de la MPOC qui gagneraient à faire l'objet de démarches participatives d'amélioration de la qualité. En outre, une association positive a été démontrée pour la MPOC et le diabète entre l'utilisation accrue de rapports de rétroaction et l'engagement médical observé. Notamment, plus de rétroaction à l'aide d'indicateurs de qualité était associée à une augmentation des services offerts par la première ligne (spirométrie, vaccination contre l'influenza et suivi de la maladie) ainsi qu'à un nombre moindre de consultations par patient [Ahnfeldt-Mollerup *et al.*, 2018].

Une interprétation des données complexifiée par la pandémie de COVID-19

Les vagues successives de propagation de la COVID-19 ont amené une redistribution périodique des ressources professionnelles en santé. Le délestage ainsi que la pénurie générale d'inhalothérapeutes et d'infirmières aggravée par des démissions et des absences entraînent des conséquences sur les différents milieux de soins. La pandémie a également changé les habitudes des personnes lorsqu'elles ont besoin de consulter un médecin, de même que les modalités de consultation offertes [INESSS, 2021b]. L'analyse de ces changements de pratique et de leurs impacts possibles sur les indicateurs d'utilisation de services et de qualité des soins est difficile et demeure parfois hypothétique ou anecdotique. La consultation de cliniciens exerçant dans plusieurs régions sociosanitaires ainsi que la collecte de données avant et depuis l'apparition de la COVID-19 ont tout de même permis de dégager des constats en lien avec l'impact de la pandémie sur les soins et les services reçus par les personnes atteintes de la MPOC.

Autres limites méthodologiques

Compte tenu de la variabilité dans l'organisation des soins dans l'ensemble de la province, la validation de la réalité propre à chaque région aurait été souhaitée pour fournir une interprétation correcte et nuancée des données générées. Il ne fut toutefois pas possible de consulter des cliniciens de toutes les régions sociosanitaires. Il aurait aussi pu être pertinent d'intégrer à cet état des pratiques l'expérience des usagers tout au long du parcours de soins pour la MPOC, mais une consultation de patients ou d'usagers n'a pas pu être réalisée.

D'autre part, les données issues des BDCA auxquelles l'INESSS a accès n'ont pu être jumelées à celles colligées par d'autres sources, comme le Registre de vaccination du Québec et les DMÉ. En outre, la disponibilité et la qualité des données disponibles dans

les banques de données représentent un enjeu. Au Québec, les données sur l'utilisation de la spirométrie, de l'oxygénothérapie et de la réadaptation pulmonaire ne figurent souvent qu'aux dossiers des patients dans les centres hospitaliers ou les cliniques. Ces informations auraient été pertinentes pour avoir un portrait global des pratiques entourant la MPOC et du parcours de soins des patients.

Enfin, la qualité méthodologique des documents retenus à la suite de la recherche de la littérature n'a pas été évaluée. Ainsi, les résultats d'indicateurs provenant d'autres juridictions ne sont fournis qu'à titre informatif et non en tant que comparateurs directs. Parmi les limites potentielles associées à ces documents, on note la constitution de la cohorte utilisée (p. ex. la sélection d'un échantillon de personnes atteintes de MPOC, la sensibilité et la spécificité de la définition de cas employée) ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués pour le calcul des divers indicateurs.

Enjeux relatifs au calcul d'indicateurs locaux

Comme les banques de données clinico-administratives sur lesquelles s'appuie le portrait ne contiennent aucune information à propos de processus cruciaux comme la spirométrie et les suivis effectués par des professionnels autres que les médecins et les IPS (notamment les inhalothérapeutes, les infirmières cliniciennes et les physiothérapeutes), il est pertinent pour les milieux de compléter le portrait avec des indicateurs basés sur les données accessibles localement. Des enjeux relatifs à l'implantation d'indicateurs à des fins d'amélioration continue sont toutefois à prévoir puisque les structures, les processus et les moyens (informatiques ou autres) soutenant les soins de proximité au Québec varient d'un milieu à l'autre. Par exemple, l'utilisation d'indicateurs tirés des DMÉ pourrait être à géométrie variable. Bien que l'utilisation d'un DMÉ fasse partie des obligations stipulées dans le contrat GMF, certaines cliniques médicales (surtout en région) utilisent encore des dossiers médicaux papier, ce qui rend beaucoup plus complexe et difficile la mesure d'indicateurs à partir des données locales. Même s'ils sont informatisés, les dossiers médicaux ne sont pas nécessairement requêtables, et donc les calculs d'indicateurs ne peuvent pas être réalisés de façon automatique [HAS, 2022b]. Les cliniques médicales utilisent par ailleurs des DMÉ provenant de différents fournisseurs et dans lesquels la collecte de données est plus ou moins laborieuse. Ainsi, certains milieux pourraient bénéficier instantanément de tableaux de bord et de rapports sur leur clientèle inscrite atteinte de la MPOC, alors que d'autres pourraient devoir consacrer temps et ressources afin d'avoir accès à ces données essentielles à l'amélioration de la qualité de leur pratique. En outre, toutes les fonctionnalités des différents DMÉ sont souvent méconnues de la part des cliniciens et autres professionnels de la santé. Quoi qu'il en soit, remplir un champ spécifique d'une manière standardisée nécessite plus de temps pour les cliniciens utilisateurs des DMÉ et, pour l'instant, ils n'y trouvent aucun bénéfice personnel. Un travail avec les fournisseurs de DMÉ au Québec serait également à envisager afin de faciliter et d'uniformiser les processus d'extraction de données et ainsi de permettre l'évaluation de la qualité des soins à l'échelle locale. Une utilisation prochaine de l'intelligence artificielle (IA) pour identifier les cas de MPOC dans la population canadienne est aussi à considérer [Zafari *et al.*, 2022].

CONCLUSION

La MPOC, qui touche un Québécois de 35 ans ou plus sur dix, est une affection progressive ayant des répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes atteintes et sur les ressources du système de santé. Parce qu'elles précipitent la dégradation de l'état de santé, les exacerbations aiguës de la MPOC sont à éviter par tous les moyens possibles : traitement pharmacologique adéquat et ajusté, éducation à l'autogestion, réadaptation pulmonaire, vaccination, suivi et autres. Ainsi, les soins liés à la MPOC ont un effet immédiat sur l'évolution de la maladie, mais les patients autant que les médecins sous-estiment les conséquences des exacerbations [FPAGC et COPD Canada, 2012].

Les travaux entrepris dans le cadre du mandat confié à l'INESSS avaient pour objectif de décrire l'évolution de la prévalence de la MPOC à travers la province, les caractéristiques sociodémographiques des personnes atteintes, de même que certaines dimensions de la qualité des soins qu'elles reçoivent par le biais de leur utilisation de services médicaux et de médicaments. Les informations extraites des banques de données clinico-administratives ont permis de brosser un portrait partiel du parcours de soins de la clientèle MPOC. L'interprétation des résultats, qui étaient embrouillés par les bouleversements occasionnés par la pandémie de COVID-19, a été soutenue par la consultation de cliniciens de régions et de professions variées de même que par une revue sommaire de la littérature concernant les indicateurs de qualité relatifs à la MPOC. Cette revue a fourni des comparateurs aux résultats obtenus pour le Québec, en plus de compléter cet ensemble d'indicateurs par divers autres indicateurs mesurables à partir des données provenant des dossiers des patients. Présentés à titre informatif seulement, ces indicateurs ainsi que la liste d'éléments à consigner dans les DMÉ qui ont été assemblés dans le cadre de ce portrait peuvent servir de premier pas pour les milieux qui souhaitent contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins offerts aux personnes atteintes de MPOC. Rappelons en terminant qu'un projet pilote (CoMPAS+) est en cours au Québec, lequel propose à des GMF intéressés de recevoir un bilan personnalisé de leur clientèle atteinte de la MPOC, ainsi qu'un accompagnement dans les processus d'analyse réflexive de leur pratique et d'amélioration continue.

RÉFÉRENCES

- Abad-Arranz M, Moran-Rodriguez A, Mascaros Balaguer E, Quintana Velasco C, Abad Polo L, Nunez Palomo S, et al. Community Assessment of COPD Health Care (COACH) study: a clinical audit on primary care performance variability in COPD care. *BMC medical research methodology* 2018;18(1):68.
- Adamson SL, Burns J, Camp PG, Sin DD, van Eeden SF. Impact of individualized care on readmissions after a hospitalization for acute exacerbation of COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2016;11:61-71.
- Aguilaniu B. Impact of bronchodilator therapy on exercise tolerance in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2010;5:57-71.
- Agusti A, Fabbri LM, Singh D, Vestbo J, Celli B, Franssen FME, et al. Inhaled corticosteroids in COPD: friend or foe? *Eur Respir J* 2018;52(6)
- Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Barwell F, Mazelan PM, Spurgeon P, Kristensen T. The Relationships Between Use of Quality-of-Care Feedback Reports on Chronic Diseases and Medical Engagement in General Practice. *Quality Management in Health Care* 2018;27(4):191-8.
- Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Mendes RG, Alghamdi SM, Miravittles M, et al. Reduction in hospitalised COPD exacerbations during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2021;16(8):e0255659.
- Amegadzie JE, Lee TY, Sadatsafavi M, Lynd LD, Sin DD, Johnson KM. Trends in hospital admissions for chronic obstructive pulmonary disease over 16 years in Canada. *Cmaj* 2023;195(35):E1172-e9.
- Anna Mackway-Jones RN et Howard L. BET 1: is the patient's perception of shortness of breath a useful triage tool in exacerbations of COPD? *Emergency medicine journal* : *EMJ* 2020;37(2):112-3.
- APhC. Pénurie de propionate de fluticasone en aérosol-doseur. Association des pharmaciens du Canada; 2020. 9 avril 2020. Disponible à : https://www.pharmacists.ca/cpha-fr/assets/File/representation/MedSask_CPhA_Fluticasone_FR-%20Final.pdf.
- Bhutani M, Price DB, Winders TA, Worth H, Gruffydd-Jones K, Tal-Singer R, et al. Quality Standard Position Statements for Health System Policy Changes in Diagnosis and Management of COPD: A Global Perspective. *Advances in therapy* 2022;39(6):2302-22.
- Bogart M, Stanford RH, Laliberté F, Germain G, Wu JW, Duh MS. Medication adherence and persistence in chronic obstructive pulmonary disease patients receiving triple therapy in a USA commercially insured population. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019;14:343-52.
- Bourbeau J, Bhutani M, Hernandez P, Aaron SD, Beauchesne MF, Kermelly SB, et al. 2023 Canadian Thoracic Society Guideline on Pharmacotherapy in Patients With Stable COPD. *Chest* 2023;

- Budde J, Agarwal P, Mazumdar M, Braman SS. Follow-up Soon After Discharge May Not Reduce COPD Readmissions. *Chronic obstructive pulmonary diseases (Miami, Fla)* 2019;6(2):129-31.
- Calzetta L, Cazzola M, Matera MG, Rogliani P. Adding a LAMA to ICS/LABA Therapy: A Meta-analysis of Triple Combination Therapy in COPD. *Chest* 2019;155(4):758-70.
- Camac ER, Voelker H, Criner GJ. Impact of COPD exacerbations leading to hospitalization on general and disease-specific quality of life. *Respir Med* 2021;186:106526.
- CDC. Chronic Disease Indicators (CDI) Data Centers for Disease Control and Prevention; 2020.
- CIHR. Canadian Institutes of Health Research Transitions in Care Initiative [site Web]. 2023. Disponible à : <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50971.html>.
- CMQ et OPIQ. Non-pertinence d'assujettir certains tests à une obligation d'ordonnance collective. 2017. 28 avril 2017. Disponible à : https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/04/OPIQ_CMQ_AvisConjoint_AVR2017_VF.pdf.
- Crighton EJ, Ragetlie R, Luo J, To T, Gershon A. A spatial analysis of COPD prevalence, incidence, mortality and health service use in Ontario. *Health reports* 2015;26(3):10-8.
- CSBE. Apprendre des meilleurs: étude comparative des urgences du Québec. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être; 2016. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf.
- Dewaele S, Van den Bulck S, Gerne L, Vaes B. Development of primary care quality indicators for chronic obstructive pulmonary disease using a Delphi-derived method. *NPJ Prim Care Respir Med* 2022;32(1):12.
- Doucet M, Emond V, Pouliot S, Gamache P, Gagné ME, Rochette L. Développement de la surveillance des maladies respiratoires au Québec à partir des données médico-administratives. *Bull Epidemiol Hebd* 2013;Hors-série:36-42.
- Edwards CL, Kaplan AG, Yawn BP, Kocks JWH, Bulathsinhala L, Carter VA, et al. Development of the Advancing the Patient Experience in COPD Registry: A Modified Delphi Study. *Chronic obstructive pulmonary diseases (Miami, Fla)* 2021a;8(1)
- Edwards CL, Kaplan AG, Yawn BP, Kocks JWH, Bulathsinhala L, Carter VA, et al. Development of the Advancing the Patient Experience in COPD Registry: A Modified Delphi Study. *Chronic Obstr Pulm Dis* 2021b;8(1):135-51.
- Fidahussein S et Klocke D. Readmissions for chronic obstructive pulmonary disease: Is postdischarge follow-up the solution? *Chest* 2012;142(4 SUPPL. 1)
- FMOQ. Facturation et diagnostic: précisions à la suite d'une lettre de la RAMQ envoyée aux médecins [site Web]. 2021. Disponible à : <https://www.fmoq.org/pratique/facturation/organismes-gouvernementaux/ramq-facturation-et-diagnostic/> (consulté le 2 juin 2023).

- Fox C, Pace W, Brandt E, Carter V, Chang K-L, Edwards C, et al. Variation in Demographic and Clinical Characteristics of Patients with COPD Receiving Care in US Primary Care: Data from the Advancing the Patient EXperience (APEX) in COPD Registry. *Pragmatic and observational research* 2022;13:17-31.
- FPAGC et COPD Canada. Remonter à la surface – Rompre le silence : Incidence de l'insuffisance de notification des « crises pulmonaires » au Canada sur les résultats pour les patients souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique (« MPOC »). Family Physician Airways Group of Canada and COPD Canada; 2012. Disponible à : <http://www.copdcanada.info/resources/Remonter+à+la+surface+-+Rompre+le+silence+2012.pdf>.
- Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD* 2012;9(3):216-26.
- Gershon AS, Macdonald EM, Luo J, Austin PC, Gupta S, Sivjee K, et al. Concomitant pulmonologist and primary care for chronic obstructive pulmonary disease: a population study. *Family practice* 2017;34(6):708-16.
- Gershon AS, McGihon RE, Luo J, Blazer AJ, Kendzerska T, To T, Aaron SD. Trends in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevalence, Incidence, and Health Services Use in Younger Adults in Ontario, Canada, 2006-2016. *Am J Respir Crit Care Med* 2021a;203(9):1196-9.
- Gershon AS, McGihon RE, Thiruchelvam D, To T, Wu R, Bell CM, Aaron SD. Medication Discontinuation in Adults With COPD Discharged From the Hospital: A Population-Based Cohort Study. *CHEST* 2021b;159(3):975-84.
- Gershon AS, Mecredy GC, Aaron SD, Camp PG, Tu K, Hernandez P, To T. Development of quality indicators for chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A modified RAND appropriateness method. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2018a;3(1):30-8.
- Gershon AS, Thiruchelvam D, Chapman KR, Aaron SD, Stanbrook MB, Bourbeau J, et al. Health Services Burden of Undiagnosed and Overdiagnosed COPD. *Chest* 2018b;153(6):1336-46.
- Gershon AS, Wang C, Guan J, Vasilevska-Ristovska J, Cicutto L, To T. Identifying individuals with physician diagnosed COPD in health administrative databases. *Copd* 2009;6(5):388-94.
- Ghaderi G, Asghari S, Mahdavian M. Do COPD patients living in rural areas have higher rate of hospitalization? *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2019;3(Supplement 1):28-9.
- GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2023 report). Global initiative for chronic obstructive lung disease 2023. Disponible à : https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/03/GOLD-2023-ver-1.3-17Feb2023_WMV.pdf

- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj* 2003;327(7425):1219-21.
- Hahn EJ, Rayens MK, Adkins S, Simpson N, Frazier S, Mannino DM. Fewer hospitalizations for chronic obstructive pulmonary disease in communities with smoke-free public policies. *American journal of public health* 2014;104(6):1059-65.
- Halpin DM, Decramer M, Celli B, Kesten S, Liu D, Tashkin DP. Exacerbation frequency and course of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012;7:653-61.
- HAS. Résultats des indicateurs de qualité du parcours des patients à risque ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Haute Autorité de Santé; 2022a. mars 2022. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3329312/fr/iq-parcours-resultats-des-indicateurs-de-qualite-du-parcours-des-patients-a-risque-ou-atteints-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco-synthese-mars-2022#:~:text=Ainsi%20il%20est%20de%2015,et%20il%20est%20de%2030%25.
- HAS. Parcours du patient à risque ou atteint de BPCO : Définition des indicateurs de qualité du parcours de soins. Haute Autorité de Santé; 2022b. 31 mars 2022. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/rapport_bpco_iqss_parcours.pdf.
- HAS. Guide du parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive. Haute Autorité de Santé; 2019. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf.
- Heinmuller S, Schaubroeck E, Frank L, Hofle A, Langer M, Saggau K, et al. The quality of COPD care in German general practice-A cross-sectional study. *Chronic respiratory disease* 2020;17:1479973120964814.
- Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *Jama* 2010;303(17):1716-22.
- Hill K, Goldstein RS, Guyatt GH, Blouin M, Tan WC, Davis LL, et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. *Cmaj* 2010;182(7):673-8.
- Hodgson K, Deeny SR, Steventon A. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Qual Saf* 2019;28(6):429-33.
- HQCA. Primary Healthcare Panel Report Data Dictionary- 2023 Calgary : Health Quality Council of Alberta; 2023. Disponible à : <https://viya.hqca.ca/phpr-resources/Data-Dictionary-2023.pdf>.
- HQO. MyPractice: Primary Care [site Web]. Health Quality Ontario; 2023. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Practice-Reports/Primary-Care>
- HQO. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Quality Standard - data table. 2018a.

- HQO. Quality Standards - Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Care in the Community for Adults. Health Quality Ontario; 2018b. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-chronic-obstructive-pulmonary-disease-quality-standard-en.pdf>.
- HQO. À la hauteur 2018. Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Toronto : Health Quality Ontario; 2018c. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2018-fr.pdf>.
- HQO. Effect of Early Follow-Up After Hospital Discharge on Outcomes in Patients With Heart Failure or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. Ontario health technology assessment series 2017a;17(8):1-37.
- HQO. À la hauteur 2017 Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Health Quality Ontario; 2017b. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2017-fr.pdf>.
- HQO. Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario: Rapport du Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario : Étape 1. Toronto : Health Quality Ontario; 2014. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/Cadre-de-mesure-du-rendement-des-soins-primaires-en-ontario-fr.pdf>.
- ICIS. Séjours hospitaliers au Canada 2021a. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/dad-hmdb-childbirth-2019-2020-data%20table-en.xlsx.
- ICIS. Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence. 2021b. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/visites-a-lurgence>.
- ICIS. Taux d'hospitalisations à la suite d'une MPOC dans les villes canadiennes [infographie]. Institut canadien d'information sur la santé. ; 2019. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/taux-dhospitalisations-a-la-suite-dune-mpoc-dans-les-villes-canadiennes> (consulté le 6 mai 2023).
- INESSS. Exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique : démarche diagnostique, usage optimal des traitements et suivi. . Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 2023. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/INESSS_Rapport_appui_GUO_EAMPOC.pdf.
- INESSS. Maladie pulmonaire obstructive chronique : repérage, diagnostic, usage optimal des médicaments et des dispositifs d'inhalation, et prise en charge globale. . Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2022. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_MPOC_GN.pdf.
- INESSS. Plan stratégique 2021-2024 : Appuyer la création de valeur pour la collectivité. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 2021a. Disponible à :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS_Plan_strategie_2021_2024.pdf.

INESSS. COVID-19: regard sur la fréquentation dans les urgences au Québec. . Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2021b. Disponible à :

<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/INESSS Covid Urgences EP.pdf>.

INESSS. Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Document technique d'accompagnement. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2012. Disponible à :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS_indicateursmaladieschroniques_documentaccompagnement.pdf.

Ingebrigtsen TS, Marott JL, Nordestgaard BG, Lange P, Hallas J, Dahl M, Vestbo J. Low use and adherence to maintenance medication in chronic obstructive pulmonary disease in the general population. *Journal of general internal medicine* 2015;30(1):51-9.

INSPQ. Proportion de fumeurs actuels de cigarettes, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Années d'enquête couvrant la période 2000-2018 (données tirées de l'Infocentre de l'INSPQ). Québec, Qc. : Institut national de santé publique du Québec; 2020. Disponible à :

<https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-desimpacts-sur-la-sante-mentale/portails-de-diffusion-de-statistiques/infocentresante-publique-onglet-pns>. .

INSPQ. Cadre de qualité des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec. Rapport méthodologique. 2017a. Disponible à :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2241_cadre_donnees_systeme_surveillance_maladies_chroniques.pdf.

INSPQ. Surveillance de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : prévalence, incidence et mortalité au Québec de 2001 à 2011 Institut national de santé publique du Québec; 2017b. Disponible à :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2232_surveillance_maladie_pulmonaire_obstructive_chronique.pdf.

INSPQ. Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016. 2016. Disponible à :

<https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>.

IRIS. Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Abitibi-Témiscamingue. Montréal, Qc. : INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES; 2022. Disponible à :

https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/Abitibi_WEB.pdf.

- ISQ. Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. Québec : Institut de la statistique du Québec; 2023. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>.
- Kamal R, Srivastava AK, Kesavachandran CN. Meta-analysis approach to study the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among current, former and non-smokers. *Toxicology reports* 2015;2:1064-74.
- Krack G, Kirsch F, Schwarzkopf L, Schramm A, Leidl R. Can Adherence to and Persistence with Inhaled Long-acting Bronchodilators Improve the Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease? Results from a German Disease Management Program. *Clin Drug Investig* 2021;41(11):989-98.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010;10(1):65.
- Lee TM, Tu K, Ivers NM, Barnsley J, Gershon AS. Measuring chronic obstructive pulmonary disease (COPD) quality indicators using primary care electronic medical records (EMRs) in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2021;6(3):169-83.
- López-Campos JL, Quintana Gallego E, Carrasco Hernández L. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019;14:1503-15.
- Lopez-Pintor E, Grau J, Gonzalez I, Bernal-Soriano MC, Quesada JA, Lumbreras B. Impact of patients' perception of COPD and treatment on adherence and health-related quality of life in real-world: Study in 53 community pharmacies. *Respiratory medicine* 2021;176:106280.
- Lougheed MD, Taite A, ten Hove J, Morra A, Van Dam A, Ducharme FM, et al. Pan-Canadian asthma and COPD standards for electronic health records: A Canadian Thoracic Society Expert Working Group Report. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 2018;2(4):244-50.
- Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerken S. Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. KCE Reports 352B. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Health Services Research (HSR); 2022. Disponible à : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-04/KCE_352B_HSPA_Soins_Maladies_Chroniques_Rapport.pdf.
- Mahlknecht A, Abuzahra ME, Piccoliori G, Enthaler N, Engl A, Sönnichsen A. Improving quality of care in general practices by self-audit, benchmarking and quality circles. *Wien Klin Wochenschr* 2016;128(19-20):706-18.
- Manitoba Health. Manitoba Health's Annual Statistics report 2020-2021. Manitoba Health; 2023. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/annstats/as2021.pdf> (consulté le juin 2023).

- Maqsood U, Ho TN, Palmer K, Eccles FJR, Munavvar M, Wang R, et al. Once daily long-acting beta2-agonists and long-acting muscarinic antagonists in a combined inhaler versus placebo for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;(3)
- Melzer AC, Feemster LM, Uman JE, Ramenofsky DH, Au DH. Missing potential opportunities to reduce repeat COPD exacerbations. Journal of general internal medicine 2013;28(5):652-9.
- MHSAL. Manitoba Primary Care Quality Indicators Guide version 4. Manitoba Health, Seniors and Active Living; 2020. April 2020. Disponible à : https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pin/docs/indicator_guide.pdf.
- Montuschi P, Malerba M, Santini G, Miravittles M. Pharmacological treatment of chronic obstructive pulmonary disease: from evidence-based medicine to phenotyping. Drug Discov Today 2014;19(12):1928-35.
- MOPH Qatar. National Clinical Guideline: The Assessment and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults. Ministry of Public Health Qatar; 2020. Disponible à : https://www.moph.gov.qa/_layouts/download.aspx?SourceUrl=/Admin/Lists/ClinicalGuidelinesAttachments/Attachments/6/The%20Assessment%20and%20Management%20of%20Chronic%20Obstructive%20Pulmonary%20Disease%20in%20Adults.pdf.
- MSSS. Le tableau de bord Performance du réseau de la santé et des services sociaux [site Web]. 2023. Disponible à : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzMjNDZjNmZllwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZlWFIMjRiZTFhNzk5MiJ9> (consulté le août 2023).
- MSSS. Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 – Répercussions de la pandémie de la covid-19 sur les habitudes de vie des québécois. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-202-03W.pdf>.
- MSSS. Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF). 2022. Février 2022. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-920-01W.pdf>.
- Mueller S, Wilke T, Bechtel B, Puneekar YS, Mitzner K, Virchow JC. Non-persistence and non-adherence to long-acting COPD medication therapy: A retrospective cohort study based on a large German claims dataset. Respiratory medicine 2017;122:1-11.
- Naqvi M et Khachi H. The barriers to accessing primary care resulting in hospital presentation for exacerbation of asthma or chronic obstructive pulmonary disease in a large teaching hospital in London. Respiratory medicine 2016;117:162-5.
- NICE. Chronic obstructive pulmonary disease in adults - Quality standard. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs10>.

- OHID. Public health profiles. Inhale - INteractive Health Atlas of Lung conditions in England [site Web]. Office for Health Improvement and Disparities; 2023. Disponible à : <https://fingertips.phe.org.uk> (consulté le Juin 2023).
- Osei AD, Mirbolouk M, Orimoloye OA, Dzaye O, Uddin SMI, Benjamin EJ, et al. Association Between E-Cigarette Use and Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Smoking Status: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2016 and 2017. *American journal of preventive medicine* 2020;58(3):336-42.
- Pace WD, Brandt E, Carter VA, Chang K-L, Edwards CL, Evans A, et al. COPD Population in US Primary Care: Data From the Optimum Patient Care DARTNet Research Database and the Advancing the Patient Experience in COPD Registry. *Annals of family medicine* 2022;20(4):319-27.
- Perez MF, Atuegwu NC, Mead EL, Oncken C, Mortensen EM. Adult E-Cigarettes Use Associated with a Self-Reported Diagnosis of COPD. *International journal of environmental research and public health* 2019;16(20)
- PHO. The burden of chronic diseases in Ontario: key estimates to support efforts in prevention. Toronto : CCO and Public Health Ontario; 2019. Disponible à : <http://www.publichealthontario.ca/cdburden>.
- Pichurko B et McCarthy K. Spirometry utilization in COPD; One health system's experience. *Chest* 2015;148(4 MEETING ABSTRACT)
- Raju S, Keet CA, Paulin LM, Matsui EC, Peng RD, Hansel NN, McCormack MC. Rural Residence and Poverty Are Independent Risk Factors for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the United States. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2019;199(8):961-9.
- RAMQ. Avis de rupture de stock mométasone (furoate de), Pd. pour Inh. 200 mcg/dose. 2020.
- RAMQ. Fin du moratoire pour l'entente particulière – services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle. Régie de l'assurance maladie du Québec; 2015. 18 décembre 2015. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2015/info219-5.pdf>.
- Rebordosa C, Plana E, Aguado J, Thomas S, Garcia-Gil E, Perez-Gutthann S, Castellsague J. GOLD assessment of COPD severity in the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2019;28(2):126-33.
- Requena G, Banks V, Czira A, Wood R, Tritton T, Wild R, et al. Treatment Patterns, Healthcare Utilization and Clinical Outcomes of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Initiating Single-Inhaler Long-Acting beta2-Agonist/Long-Acting Muscarinic Antagonist Dual Therapy in Primary Care in England. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2023;18:231-45.
- Riverin BD, Strumpf EC, Naimi AI, Li P. Optimal Timing of Physician Visits after Hospital Discharge to Reduce Readmission. *Health Serv Res* 2018;53(6):4682-703.

- Sansbury LB, Lipson DA, Bains C, Anley GA, Rothnie KJ, Ismaila AS. Disease Burden and Healthcare Utilization Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in England. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2022;17:415-26.
- Savaria F, Beauchesne M-F, Forget A, Blais L. Adherence and Persistence to Long-Acting Anticholinergics Treatment Episodes in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Annals of pharmacotherapy* 2017;51(12):1063-8.
- Savran O, Godtfredsen N, Sorensen T, Jensen C, Ulrik CS. COPD patients prescribed inhaled corticosteroid in general practice: Based on disease characteristics according to guidelines? *Chronic respiratory disease* 2019;16:1479973119867949.
- SCT et SCTR. Reprise des tests de fonction pulmonaire en phase post-pic de la pandémie de COVID-19. Société canadienne de thoracologie, Société canadienne des thérapeutes respiratoires,; 2020. Disponible à : https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2020/10/F-CTS_CSRT_COVID_PFT_Final-July12_2020.pdf.
- SCTR. Énoncé de position sur les procédures qui augmentent le risque d'infection pendant une épidémie de maladie respiratoire transmissible. Société canadienne des thérapeutes respiratoires; 2020. Disponible à : <https://www.csrt.com/wp-content/uploads/fr-CSRT-procedures-during-an-outbreak-avril-2020.pdf>.
- Shani M, Comaneshter D, Segel MJ. The importance of having good quality indicators for care of patients with COPD: a look at hospital readmission rates. *Israel journal of health policy research* 2022;11(1):17.
- Sharma G, Kuo YF, Freeman JL, Zhang DD, Goodwin JS. Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010;170(18):1664-70.
- Singer AG, Katz A, LaBine L, Lix LM, Yogendran M, Sinha I, Abrams EM. Primary prescription adherence for obstructive lung disease in a primary care population. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology* 2021;17(1):57.
- SISMACQ. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), actualisation découpage territorial version M34-2020. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.
- Statistique Canada. Maladie pulmonaire obstructive chronique sous-diagnostiquée chez les adultes canadiens : résultats des cycles 3 et 4 (2012 à 2015) de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé [site Web]. 2017. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2017001/article/14701-fra.htm>.
- Steurer-Stey C, Dallalana K, Jungi M, Rosemann T. Management of chronic obstructive pulmonary disease in Swiss primary care: room for improvement. *Quality in primary care* 2012;20(5):365-73.

- Sundh J, Osterlund Efraimsson E, Janson C, Montgomery S, Stallberg B, Lisspers K. Management of COPD exacerbations in primary care: a clinical cohort study. Primary care respiratory journal : journal of the General Practice Airways Group 2013;22(4):393-9.
- Tashkin DP et Strange C. Inhaled corticosteroids for chronic obstructive pulmonary disease: what is their role in therapy? Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2018;13:2587-601.
- Terzikhan N, Verhamme KMC, Hofman A, Stricker BH, Brusselle GG, Lahousse L. Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. European journal of epidemiology 2016;31(8):785-92.
- Tran D, Nguyen T, Ohinmaa A, Mayers I, Jacobs P. Current and future direct healthcare cost burden of chronic obstructive pulmonary disease in Alberta, Canada. Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine 2019a. Disponible à : <https://www.ihe.ca/advanced-search/current-and-future-direct-healthcare-cost-burden-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease-in-alberta-canada>.
- Tran DT, Akpinar I, Mayers I, Makhinova T, Jacobs P. Temporal Trends Of Pharmacologic Therapies For Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Alberta, Canada. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2019b;14:2245-56.
- Tu K, Widdifield J, Young J, Oud W, Ivers NM, Butt DA, et al. Are family physicians comprehensively using electronic medical records such that the data can be used for secondary purposes? A Canadian perspective. BMC Medical Informatics and Decision Making 2015;15(1):67.
- Tung YC, Chang GM, Chang HY, Yu TH. Relationship between Early Physician Follow-Up and 30-Day Readmission after Acute Myocardial Infarction and Heart Failure. PLoS One 2017;12(1):e0170061.
- van Boven JF, Chavannes NH, van der Molen T, Rutten-van Mölken MP, Postma MJ, Vegter S. Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review. Respir Med 2014;108(1):103-13.
- Varmaghani M, Dehghani M, Heidari E, Sharifi F, Moghaddam SS, Farzadfar F. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit 2019;25(1):47-57.
- Vestbo J, Vogelmeier C, Small M, Higgins V. Understanding the GOLD 2011 Strategy as applied to a real-world COPD population. Respiratory medicine 2014;108(5):729-36.
- VGQ. Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021. Vérificateur général du Québec; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf.

Winhusen T, Theobald J, Kaelber DC, Lewis D. Regular cannabis use, with and without tobacco co-use, is associated with respiratory disease. *Drug and Alcohol Dependence* 2019;204:107557.

Zafari H, Langlois S, Zulkernine F, Kosowan L, Singer A. AI in predicting COPD in the Canadian population. *Bio Systems* 2022;211:104585.

ANNEXE A

Éléments à consigner dans les DMÉ

Préalablement à l'utilisation d'indicateurs calculables localement par les milieux de soins en première ligne, la documentation des informations cliniques nécessaires dans les DMÉ est essentielle. Le [tableau A-1](#) rassemble les principaux éléments à consigner dans les dossiers des patients atteints de MPOC tirés de deux publications de groupes d'experts.

L'article d'Edwards et ses collaborateurs décrit les éléments qu'il est jugé cliniquement pertinent de documenter dans les DMÉ pour créer le registre américain de patients atteints de MPOC (APEX COPD) qui a pour but d'améliorer la prise en charge en première ligne de cette maladie. Les informations documentées sont utiles aux médecins ainsi qu'aux patients pour encourager la prise de décision partagée et une meilleure adhésion aux lignes directrices cliniques.

L'article de Loughheed et ses collaborateurs énumère pour sa part les éléments à inclure dans les DMÉ pour l'asthme et la MPOC, tels qu'établis par l'initiative pancanadienne sur les normes respiratoires pour les dossiers de santé électroniques (PRESTINE) de la Société canadienne de thoracologie. La documentation de ces éléments permet de soutenir les soins primaires et tertiaires pour ces maladies, le suivi des résultats, ainsi que l'évaluation comparative de la performance.

Tableau A-1 Principaux éléments à consigner dans le DMÉ des personnes atteintes de MPOC selon les groupes d'experts de la Société canadienne de thoracologie et du registre américain de MPOC en première ligne APEX

Éléments	Définitions ou exemples	Références
Taille	s.o.	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Loughheed <i>et al.</i> , 2018]
Poids	s.o.	
Indice de masse corporelle	s.o.	
Oxymétrie	%	
Sexe biologique	Sexe à la naissance	
Âge	s.o.	
Ethnicité	Groupe ethnique autodéclaré : a) Autochtone; b) Arabe; c) Noir; d) Caucasien; e) Chinois; f) Philippin; g) Japonais; h) Coréen; i) Latino-Américain; j) Sud-Asiatique; k) Sud-Est-Asiatique; l) Ouest-Asiatique; m) Minorité visible	

Éléments	Définitions ou exemples	Références
Plus haut niveau d'éducation	Niveau d'études le plus élevé obtenu : a) Moins que le secondaire; b) Diplôme d'études secondaires; c) Diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat; d) Baccalauréat; e) Diplôme d'études supérieur au baccalauréat	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Lieu de résidence géographique	a) Urbain; b) Rural ou éloigné	
Situation personnelle ou familiale	a) Conjoint; b) Soignant; c) Vit seul	
Occupation	s.o.	
Exposition à des irritants respiratoires d'origine occupationnelle	s.o.	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Exposition à la fumée secondaire	a) Oui; b) Non	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Histoire familiale d'asthme, d'allergies ou de MPOC	Si oui, a) parent; b) frère/sœur; c) parent et frère/sœur	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Autres facteurs de risque	Ex. : Infections respiratoires infantiles, âge d'apparition des symptômes	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Comorbidités	Si oui, spécifier (anxiété, dépression, trouble de panique, cancer, rhinoconjonctivite allergique, asthme, bronchite chronique, emphysème, tabagisme actuel, cœur pulmonaire, hypertension pulmonaire, insuffisance respiratoire, hypoxémie, apnée du sommeil, arythmie ventriculaire, hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, éosinophilie, eczéma, reflux gastro-œsophagien pathologique, diabète, glaucome, cataractes, ostéopénie, ostéoporose, syndrome métabolique, anémie, autres)	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Diagnostic de MPOC	a) Inconnu; b) Confirmé objectivement; c) Suspecté; d) Exclu	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Méthode de confirmation du diagnostic de MPOC	a) Spirométrie post-bronchodilatateur montrant VEMS/CVF < 0,7; b) Scan thoracique montrant emphysème; c) Les deux (spirométrie et scan)	
Phénotype de MPOC	a) MPOC; b) Bronchite chronique; c) Emphysème; d) Déficit en alpha-1-antitrypsine	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Résultats de la spirométrie diagnostique attachés	a) Oui; b) Non	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Statut tabagique	a) Non-fumeur; b) Ancien fumeur; c) Fumeur actuel Dernier usage; date de l'arrêt tabagique Nombre moyen de cigarettes fumées par jour	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b;

Éléments	Définitions ou exemples	Références
	Nombre d'années de tabagisme Nombre de paquets-années	Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Cessation tabagique	a) Recommandée; b) Conseils donnés; c) Organisée (ex. : orientation vers un programme, thérapie de remplacement de nicotine, intervention pharmacologique)	
Intention d'arrêter de fumer	Avez-vous l'intention de cesser de fumer ? a) Au cours du prochain mois; b) Au cours des 6 prochains mois; c) Dans un futur au-delà de 6 mois; d) Non, je ne planifie pas de cesser de fumer.	
Consommation de cannabis	a) Oui; b) Non	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Admission aux soins intensifs dans les 12 derniers mois	Si oui, nombre d'admissions Si oui, nombre de fois intubé	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Infections respiratoires	Nombre de pneumonies dans les 2 dernières années Nombre d'infections respiratoires dans les 2 dernières années	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Histoire d'EAMPOC	Si oui, nombre et date des exacerbations	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Prise d'antibiotiques pour traiter une EAMPOC dans le passé	Si oui, nombre de traitements d'antibiotiques pour EAMPOC dans la dernière année Si oui, date du dernier traitement d'antibiotiques	
Prise de corticostéroïdes oraux dans le passé	Si oui, nombre de traitements dans les 2 dernières années Si oui, date du dernier traitement	
	Si oui, pour quelle indication : a) asthme; b) MPOC; c) les deux	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Déclencheurs d'exacerbation aiguë	Si connus, préciser Sont-ils contrôlés ?	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Plan d'action	Médicaments à utiliser en cas d'EAMPOC Stratégies d'adaptation	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
	Utilisation du plan	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Objectifs d'autogestion	s.o.	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Plan de soins de fin de vie	s.o.	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Éducation sur la maladie	Enseignement fourni lors de cette visite ? Si oui, préciser à quel propos : pathophysiologie, reconnaissance rapide et traitement des exacerbations, techniques d'inhalation, technique d'utilisation du dispositif d'inhalation,	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]

Éléments	Définitions ou exemples	Références
	médicaments, cessation tabagique, compréhension du patient, exercices et techniques de respiration, fin de vie, conservation d'énergie, activité physique, nutrition, réadaptation pulmonaire, observance thérapeutique, déclencheurs, matériel éducatif fourni, autres	
Évaluation de la dyspnée avec le questionnaire MRCm	a) Grade 1 : À bout de souffle uniquement avec exercice intense; b) Grade 2 : Essoufflement en se dépêchant sur un terrain plat ou en montant une légère colline; c) Grade 3 : Plus lent que la plupart des gens du même âge sur un terrain plan ou doit s'arrêter lorsque marche à son propre rythme sur un terrain plat; d) Grade 4 : Arrêt pour reprendre son souffle lorsque marche sur quelques mètres ou marche à son rythme sur un terrain plat pour quelques minutes; e) Grade 5 : Trop essoufflé pour quitter la maison	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Évaluation de l'impact des symptômes avec le questionnaire CAT	Date, résultat	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Évaluation de la qualité de vie	s.o.	
Évaluation nutritionnelle	s.o.	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Identification des barrières	Ex. : Observance, précarité financière, assurance médicaments, particularités culturelles, familiales ou sociales, langage, littéracie, effets secondaires, dépendances	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Symptômes	Préciser (essoufflement, douleur thoracique, oppression thoracique, rhumes fréquents – indiquer la fréquence – ou de plus de 7 jours, toux, expectorations, symptômes pires la nuit ou au réveil, respiration sifflante, limitation des activités quotidiennes, sommeil bruyant, niveau d'énergie bas)	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Examen physique	Si anormal, spécifier : a) Bruits respiratoires anormaux (ex. : bronchique); b) Réduction des bruits respiratoires; c) Crépitants ou râles crépitants ; d) Respiration sifflante; e) Autre	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Perte de masse musculaire généralisée	a) Oui; b) Non	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Utilisation actuelle ou passée d'un appareil BiPAP	Si oui, date de la dernière utilisation	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Analyse des gaz du sang	a) Normale; b) Anormale	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Taux sanguin d'éosinophiles	s.o.	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]

Éléments	Définitions ou exemples	Références
Résultats de spirométrie	Date de la dernière spirométrie Résultats pré et post-bronchodilatateur : CVF, VEMS, VEMS/CVF, CPT, CRF, VR, VRE, DLCO	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
	% de réversibilité, DIP	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Investigations	Préciser les tests diagnostiques effectués, les résultats et la date : Culture d'expectoration et coloration de Gram Évaluation du besoin d'oxygénothérapie à domicile Dépistage du déficit en alpha-1 antitrypsine Ostéodensitométrie	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
	Formule sanguine complète Pression artérielle	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
	Radiographie des poumons Tomodensitométrie des poumons Test de 6 minutes de marche	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Gravité de la MPOC selon le degré d'obstruction bronchique (spirométrie post-bronchodilatateur)	a) Légère : VEMS/CVF < 0,7 et VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite; b) Modérée : VEMS/CVF < 0,7 et VEMS entre 50 et 79 % de la valeur prédite; c) Sévère : VEMS/CVF < 0,7 et VEMS entre 30 et 49 % de la valeur prédite; d) Très sévère : VEMS/CVF < 0,7 et VEMS < 30 % de la valeur prédite	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Gravité de la MPOC selon les symptômes et le risque d'exacerbation aiguë (stades ABCD ¹ GOLD)	Dans la dernière année a) A : 0 ou 1 exacerbation ne nécessitant pas d'hospitalisation et MRCm 0-1, CAT < 10 b) B : 0 ou 1 exacerbation ne nécessitant pas d'hospitalisation et MRCm ≥ 2, CAT ≥ 10 c) C : 2 exacerbations ou plus ne nécessitant pas d'hospitalisation ou 1 exacerbation ou plus nécessitant une hospitalisation et MRCm 0-1, CAT < 10 d) D : 2 exacerbations ou plus ne nécessitant pas d'hospitalisation ou 1 exacerbation ou plus nécessitant une hospitalisation et MRCm ≥ 2, CAT ≥ 10	
Médication respiratoire (orale et inhalée)	Si oui, spécifier la catégorie (de secours, d'entretien, combinaison des deux, d'arrêt tabagique, etc.), la date de prescription, le dosage, la formulation, la voie d'administration, le nombre de renouvellements	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Utilisation de corticostéroïdes inhalés	s.o.	
Autres médicaments	Traitement des comorbidités	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Utilisation d'une chambre d'espacement	s.o.	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b;

Éléments	Définitions ou exemples	Références
		Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Présence ou suspicion de problèmes relatifs à l'observance	Ex. : préférences, niveau de satisfaction, technique d'utilisation du dispositif d'inhalation, effets secondaires	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Utilisation de l'oxygénothérapie	s.o.	[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Réadaptation pulmonaire	Accès, participation	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]
Vaccination	Le sujet a-t-il été discuté ? Vaccin contre l'influenza donné ? Sinon, date de la dernière immunisation ? Vaccin contre le pneumocoque (reçu au moins une fois, puis répété tous les 5-10 ans). Date de la dernière immunisation ? Quel type de vaccin a été donné (conjugué ou polyvalent antipneumococcique) ?	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Orientation	Orientation vers un programme (éducation sur la MPOC, réadaptation pulmonaire, cessation tabagique, oxygénothérapie à domicile, soins palliatifs), un spécialiste (éducateur en santé respiratoire, nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, psychologue, pneumologue, interniste, chirurgien)	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b; Lougheed <i>et al.</i> , 2018]
Diagnostics différentiels	Asthme (allergies, rhinites, polypes nasaux, eczéma, sinusites) Insuffisance cardiaque (œdème chevilles, échocardiogramme, taux élevé de BNP) Cancer du poumon (perte de poids, hémoptysie) Autres (pneumonie)	[Edwards <i>et al.</i> , 2021b]

Abréviations : BNP : B-type natriuric peptide; CAT : COPD assessment test; EAMPOC : exacerbation aiguë de MPOC; CVF : capacité vitale forcée; CPT : capacité pulmonaire totale; CRF : capacité résiduelle fonctionnelle; DIP : débit inspiratoire de pointe; DLCO : capacité de diffusion du monoxyde de carbone; MRCm : Modified Medical Research Council; VEMS : volume expiratoire maximal par seconde; VR : volume résiduel; VRE : volume de réserve expiratoire

¹ En 2023, le GOLD a remplacé les stades ABCD par les stades ABE : les définitions des groupes A et B restent inchangées, mais les groupes C et D ont été fusionnés en un seul groupe dit « E » pour souligner la pertinence clinique des exacerbations.

ANNEXE B

Méthodologie détaillée

La méthodologie utilisée pour réaliser ces travaux respecte l'énoncé de principes et les normes de qualité de l'INESSS.

Tableau B-1 Sommaire des sources d'information selon les questions d'évaluation

QUESTIONS D'ÉVALUATION	REVUE RAPIDE DONNÉES SCIENTIFIQUES (LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ET GRISE)	DONNÉES CONTEXTUELLES (SMOD, MED-ECHO BDCU, ETC.)	DONNÉES EXPÉRIENTIELLES (COMITÉS, ENTRETIENS)
1) Quelle est la prévalence de la MPOC depuis les six dernières années dans a. l'ensemble de la province ? b. les différentes RSS ?		X	X
2) Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes atteintes de la MPOC au Québec ?		X	X
3) Quelle est l'utilisation des services hospitaliers faite par la clientèle MPOC au Québec ?		X	X
4) Dans quelle mesure la clientèle MPOC du Québec reçoit-elle les traitements pharmacologiques selon les recommandations cliniques actuelles ?		X	X
5) Dans quelle mesure la continuité est-elle assurée dans les soins et services prodigués à la clientèle MPOC au Québec ?		X	X
6) Quels sont les autres indicateurs qui pourraient être produits à partir des DMÉ pour mesurer la qualité des soins et services de première ligne offerts à la clientèle MPOC au Québec ?	X		X
7) Existe-t-il des données clinico-administratives sur la clientèle MPOC issues de systèmes de santé d'autres juridictions avec lesquelles les données québécoises pourraient être comparées ?	X		

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

Type de revue de la littérature

Une revue rapide de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée pour répondre aux questions 6 et 7.

Stratégie de repérage de l'information scientifique

La stratégie de repérage a été élaborée et documentée en collaboration avec une conseillère en information scientifique de l'INESSS. Plusieurs bases de données ont été interrogées : MEDLINE, Embase, CINAHL et certaines bases de données de la collection EBM Reviews, incluant Cochrane Database of Systematic Reviews. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre janvier 2012 et mai 2023. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues (la stratégie est disponible à l'[annexe C](#)). D'autres sources spécialisées en lien avec la thématique des travaux, dont des sources de littérature grise, ont été consultées. Seuls les documents provenant de pays occidentaux dont les systèmes de santé et de services sociaux peuvent se comparer à celui du Québec (certains pays européens, Angleterre, Écosse, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande) ou susceptibles d'influencer les pratiques québécoises (États-Unis) ont été considérés. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

Critères et processus de sélection des documents

La gestion des références a été effectuée avec le logiciel bibliographique EndNote. Une première étape d'identification des publications pertinentes par rapport aux sujets traités s'est faite à partir des titres et résumés. Une seconde lecture a permis de reconnaître les documents qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le [tableau B-2](#). Les publications ont été classées par groupes identifiés selon les questions d'évaluation. La sélection a été effectuée par une seule professionnelle scientifique, et l'avis d'une deuxième professionnelle a été sollicité en cas de doute. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente et complète pour les données d'intérêt a été retenue pour analyse. La dimension économique, comme les coûts des traitements, des soins et des services ou l'impact budgétaire de la MPOC au Québec, a également été exclue de l'analyse puisque ces éléments ne font pas partie des indicateurs présentés localement aux équipes de soins, et qu'elle était trop complexe compte tenu des ressources allouées pour ce projet. Par ailleurs, les dimensions éthique et juridique n'ont pas été des aspects recherchés dans la revue de la littérature scientifique. Aucune sélection de guides de pratique clinique n'a été réalisée puisque ce processus a été mené dans le cadre de l'élaboration du récent GUO sur la MPOC. Les guides qui avaient été retenus ont été consultés. Un diagramme de flot selon le modèle de PRISMA [Moher et al., 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à l'[annexe D](#).

Tableau B-2 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

Paramètres	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Clientèle MPOC	Clientèle pédiatrique, grossesse
Intervention	Prise en charge, suivi ou soins et services en lien avec la MPOC	s.o.
Résultats	Résultats d'indicateurs comparables portant sur la MPOC provenant d'autres juridictions : indicateurs de qualité des soins, d'accessibilité, de coordination, de continuité, d'efficacité, d'efficience, de sécurité ou d'équité ou Indicateurs portant sur la MPOC calculés à partir des DMÉ	Coûts des soins et services, dimensions éthique et juridique
Contexte d'intervention	Cliniques externes, cliniques médicales, cliniques MPOC, cabinets, groupes de médecine familiale, unités de médecine familiale, supercliniques, soins ambulatoires, soins à domicile, urgence, hospitalisation	Soins critiques, soins de longue durée
Langue	Français ou anglais	s.o.
Type de documents	Étude primaire, revue systématique, rapport de consensus, conférence consensuelle, lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques ou organisationnelles	Guide de pratique clinique, éditorial, thèse, mémoire, lettre à l'éditeur, résumé de congrès, rapport de cas, commentaire
Année de publication	2012 et plus	s.o.

Extraction des données issues de la littérature

L'extraction des données pertinentes des documents retenus a été effectuée par une professionnelle scientifique selon une grille spécifique préétablie. Une validation des données extraites à partir de quelques études prises au hasard a été effectuée par une deuxième professionnelle scientifique. Les données extraites ont été présentées aux différentes parties prenantes pour alimenter les discussions.

Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les données extraites des documents retenus ont été analysées et présentées selon les paramètres d'intérêt. Les principaux résultats ont été présentés sous la forme de tableaux et ont fait l'objet d'une synthèse analytique pour chacune des questions d'évaluation.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Repérage des variables disponibles

Les contenus développés à partir des BDCA pour les ateliers CoMPAS+ ont été utilisés. Aucune revue, analyse ou procédure de priorisation additionnelle des indicateurs présents dans la littérature n'a été effectuée.

Sources de données

L'INESSS a accès aux données des BDCA conformément à l'entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation de l'étude et de l'évaluation faites en application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux — entente tripartite entre le MSSS, l'INESSS et la RAMQ. L'ensemble des données employées a été anonymisé.

- Le **fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)** de la RAMQ fournit les caractéristiques démographiques (âge, sexe, date de décès, etc.) des personnes bénéficiaires de l'assurance maladie du Québec ainsi que l'historique de leurs adresses et de leur admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments. Ce fichier couvre plus de 99 % de la population résidant au Québec. Le régime d'assurance maladie couvre les arrivants présents depuis trois mois dans la province et exclut les militaires en service. Bien que leurs services de santé soient remboursés par le fédéral, les Autochtones sont couverts par la RAMQ.
- Le **fichier d'inscription auprès des médecins de famille (GMF-GRL)** de la RAMQ contient les informations sur la relation entre les patients et leur médecin de famille. Il renferme entre autres les données sur les inscriptions auprès des médecins, les consultations avec ces médecins, le profil de santé des personnes inscrites (codes de vulnérabilité), les dispensateurs membres d'un GMF, les informations requises pour identifier les GMF, le lieu principal où s'effectue la relation dispensateur/clientèle et les différents points de service des GMF.
- Le **fichier sur les services rémunérés à l'acte (SMOD)** de la RAMQ contient l'ensemble des services rémunérés à l'acte par la RAMQ qui sont réalisés par les médecins de même que par les dentistes, denturologistes, spécialistes en chirurgie buccale et optométristes inscrits à la RAMQ. Par conséquent, les services non couverts par le régime d'assurance maladie du Québec ou les services rendus par des professionnels rémunérés selon un autre mode (ex. : salaire ou honoraires) ne sont pas inclus dans ce fichier, comme les

médecins exerçant dans un CHSLD. Par ailleurs, les données relatives aux services médicaux reçus à l'extérieur du Québec par des résidents québécois sont incomplètes. Bien que le fichier contienne l'information provenant des services médicaux rendus par des médecins inscrits à la RAMQ exerçant hors Québec, ceux des médecins non inscrits (représentant un peu plus de la moitié des services rendus aux résidents québécois hors Québec) sont absents du fichier. Pour chacun des actes, la banque contient l'information sur la spécialité du médecin traitant et référent, le lieu de dispensation, le code de l'acte médical, le diagnostic ainsi que le coût payé par la RAMQ. Les diagnostics dans ce fichier sont codifiés selon la CIM-9 et de manière optionnelle selon la CIM-10-CA à partir de l'année 2019. Seulement un diagnostic est codé dans ce fichier, et ce, même si un individu se présente avec plusieurs conditions de santé.

- Le **fichier des services pharmaceutiques (SMED)** de la RAMQ contient toutes les demandes de paiement pour les médicaments sous prescription effectuées par les pharmaciens propriétaires. Ces prescriptions concernent les personnes assurées au RPAM. La couverture populationnelle du fichier des services pharmaceutiques est plus complète à partir de 65 ans (environ 10 % des individus de 65 ans et plus sont assurés par un régime d'assurance médicaments privé). De plus, les médicaments administrés lors d'une hospitalisation ou pendant le séjour dans un CHSLD ne sont pas enregistrés dans ce fichier.
- La **banque de données communes des urgences (BDCU)** du MSSS contient des informations sur l'ensemble des visites dans chacune des salles d'urgence du Québec. En plus des caractéristiques des patients (ex. : âge, sexe, lieu de résidence), la banque contient la date de la visite ainsi que les différents délais à l'urgence (ex. : triage, prise en charge médicale, demande d'hospitalisation). Cette banque contient également des informations sur le niveau de priorité du patient, l'utilisation des civières et les consultations de spécialistes.
- Le **fichier numérique sur la maintenance et l'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)** du MSSS contient des informations sur chacune des hospitalisations en courte durée et des chirurgies d'un jour dans les centres hospitaliers du Québec. On y trouve, en autres, les caractéristiques de l'utilisateur (ex. : âge, sexe, lieu de résidence), les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital, les services par lesquels le patient est passé, les interventions et les diagnostics (CIM-10-CA) associés à l'hospitalisation, les traitements reçus et, le cas échéant, les informations sur le décès.

D'autres sources de données existent, comme le DSQ, les DMÉ et les résultats d'audits et d'enquêtes. Bien qu'elles ne soient pas disponibles pour l'INESSS, elles sont, à divers degrés, accessibles aux différentes parties prenantes (p. ex. les établissements, les GMF, les décideurs).

Extraction des variables descriptives de la clientèle MPOC

Les données ont été colligées par un professionnel scientifique en gestion et analyse des données clinico-administratives, puis validées par une deuxième professionnelle. Elles ont permis de définir la population faisant l'objet de cet état des pratiques, soit les personnes âgées de 35 ans ou plus qui sont atteintes de MPOC. Pour qu'elles soient identifiées, ces personnes doivent être admissibles au régime d'assurance maladie du Québec au moins un jour (FIPA), et un diagnostic doit être repéré à partir d'un acte de facturation (SMOD) ou au cours d'une hospitalisation (MED-ÉCHO) selon l'adaptation d'un algorithme de l'INSPQ utilisé dans le cadre du SISMACQ. Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de MPOC (CIM-9 : 491-492, 496 ; CIM-10-CA : J41-J44). Une personne est donc atteinte de MPOC depuis l'année d'identification du premier diagnostic jusqu'à l'année de son décès (prévalence à vie). La période d'identification de la maladie est comprise entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 2022.

Pour calculer la prévalence, le nombre de cas identifiés a été divisé par les estimations populationnelles par année produites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et diffusées par le MSSS. Les effectifs ainsi que les proportions calculées ont été validés en les comparant aux chiffres rapportés par le plan de surveillance de l'INSPQ pour les années financières de 2016-2017 à 2020-2021 [SISMACQ].

La population à l'étude a été caractérisée grâce à des variables sociodémographiques et d'utilisation des services. Les variables ont été segmentées selon leur nature et leur contexte d'interprétation.

- 1) L'âge et le sexe. Différents groupes d'âge ont été créés : 35 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus. Ces groupes facilitent notamment l'interprétation en lien avec les données provenant du fichier des services pharmaceutiques, puisque la complétude des données sur les médicaments est imparfaite pour certains d'entre eux, notamment à cause d'une proportion importante de personnes couvertes par des assurances privées chez les moins de 65 ans ou hébergées en CHSLD chez les plus de 75 ans.
- 2) La région sociosanitaire (RSS) de résidence. La proportion de personnes avec un diagnostic de MPOC est présentée pour chacune des RSS, sauf pour les régions 10 (Nord-du-Québec), 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) à cause de la faible densité de la population et de la plus grande proportion de médecins rémunérés à salaire ou à honoraires.
- 3) L'indice de vulnérabilité matérielle. Il permet de caractériser le territoire de résidence des personnes selon la défavorisation matérielle. Le recensement canadien fournit des variables écologiques à propos du lieu de résidence d'un individu qui permettent une analyse des données clinico-administratives sous l'angle socioéconomique ainsi qu'une surveillance des inégalités sociales de santé à partir du code postal. L'indice de vulnérabilité matérielle est un « proxy » construit à partir d'indicateurs se rapportant à la scolarité, à l'emploi et au revenu, et est calculé en s'inspirant des procédures élaborées par l'INSPQ [INSPQ, 2016]. Son plus récent calcul utilise les

données du recensement de 2021. Pour déterminer la prévalence de la MPOC par quintile de défavorisation, il est à noter que ce sont les données du FIPA qui ont été utilisées au dénominateur et qu'environ 200 000 personnes à travers la province ne sont associées à aucun quintile puisqu'elles n'ont pas d'aire de diffusion attribuée.

- 4) Le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille. Il est défini au 31 mars de l'année financière d'intérêt et se décline selon que le médecin auprès duquel la personne est inscrite exerce en GMF, hors GMF ou que la personne est non inscrite.
- 5) Le nombre annuel de visites aux urgences. La banque de données BDCU du MSSS a été utilisée pour dénombrer parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC celles ayant effectué une visite à l'urgence pendant l'année financière, toutes causes confondues. La distribution de la population atteinte de MPOC en fonction du nombre de visites aux urgences s'est faite selon les catégories suivantes : aucune visite, une visite, deux visites et plus. Les visites aux urgences réorientées vers la première ligne et les visites avec un code de priorité absent ont été exclues. Les personnes avec plus de 50 visites pendant l'année ont également été exclues.
- 6) Le nombre annuel d'hospitalisations de courte durée. La banque de données MED-ÉCHO a été utilisée pour dénombrer parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC celles ayant été hospitalisées pendant l'année financière. La distribution de la population atteinte de MPOC en fonction du nombre d'hospitalisations s'est faite selon les catégories suivantes : aucune hospitalisation, une hospitalisation, deux hospitalisations et plus. Seulement les séjours de courte durée ont été retenus dans cette analyse. Ainsi, les chirurgies d'un jour et les soins post-mortem ont été exclus, de même que les centres hospitaliers de soins psychiatriques, les centres de réadaptation ou de convalescence et les CHSLD. Les séjours espacés de 1 jour ont été considérés comme un seul épisode hospitalier. Aucune restriction n'a été appliquée quant à la cause principale d'hospitalisation.

Extraction des variables descriptives de la qualité des soins

La liste des indicateurs qui ont servi à brosser le portrait de la qualité des soins et services de proximité pour la clientèle MPOC est celle utilisée dans les ateliers pilotes du projet CoMPAS+ menés en 2023.

Intégration des soins

- 1) Continuité de lieu. La proportion des visites en première ligne faites par les personnes avec MPOC qui ont eu lieu auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS du GMF d'inscription a été calculée en déterminant d'abord le nombre total des visites faites par les personnes avec MPOC auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS-PL au cours d'une année. L'identification des visites a été faite à partir du fichier GMF/GRL (consultations selon le code de classe du dispensateur) et du fichier SMOD (actes payés, facturés par un médecin de famille, ou pour lesquels un médecin est responsable de l'acte et réalisés en première ligne, par exemple dans les GMF, les CLSC/cliniques ou les UMF/GMF-U). Les différents actes posés par un même médecin à la même date et dans le même lieu ont été comptés comme une

seule visite. Du nombre total de visites, celles faites auprès d'un des médecins ou d'une des IPS-PL du GMF d'inscription du patient ont ensuite été recensées. Cet indicateur concerne uniquement les cas de MPOC qui sont inscrits auprès d'un médecin exerçant en GMF.

- 2) Proportion des visites aux urgences dont la priorité au triage était P4 ou P5. La banque de données BDCU du MSSS a été utilisée pour dénombrer toutes les visites aux urgences effectuées par les personnes avec un diagnostic de MPOC pendant l'année financière (P1 à P5). Ensuite, la proportion de ces visites qui étaient de priorité P4 ou P5 a été calculée. Pour cet indicateur, les visites réorientées et les visites qui représentaient un départ avant la prise en charge ont été incluses. Les visites avec un code P4 ou P5 qui ont mené à une admission ou à une constatation de décès, qui étaient demandées par un médecin ou qui constituaient une visite de suivi ont, quant à elles, été exclues du calcul.
- 3) Suivi dans les 21 jours suivant une hospitalisation. La proportion annuelle de personnes avec MPOC ayant eu une consultation avec un médecin de famille, une IPS-PL ou un pneumologue dans les 21 jours suivant le congé d'une hospitalisation a été calculée en repérant, parmi les personnes avec un diagnostic de MPOC ayant été hospitalisées dans l'année financière (indicateur décrit plus haut), celles qui ont eu une consultation dans les 21 jours suivant la fin de ce séjour hospitalier. Pour identifier les consultations avec un médecin de famille, les actes payés, facturés par un médecin de famille, ou réalisés en première ligne (par exemple dans les GMF, les CLSC/cliniques ou les UMF/GMF-U) et pour lesquels un médecin est responsable de l'acte ont été extraits du fichier SMOD. Le code de spécialité des actes facturés et payés du fichier SMOD a également permis d'identifier les consultations avec un pneumologue dans la période donnée. Tous les lieux de facturation des actes posés par des pneumologues sont retenus pour cet indicateur. Par ailleurs, le fichier GMF/GRL a permis de recenser les consultations par un médecin de famille ou par une IPS-PL en utilisant le code de classe du dispensateur. En utilisant la date de facturation (SMOD) ou de consultation (GMF/GRL), toutes les personnes avec au moins une visite identifiée au cours d'une période de 21 jours suivant la date de congé hospitalier ont été retenues.

Traitements pharmacologiques

- 4) Prise d'un bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA). La proportion de personnes avec MPOC inscrites au RPAM pendant toute l'année financière qui ont reçu à au moins une reprise pendant cette période un bronchodilatateur inhalé à longue durée d'action d'une pharmacie communautaire a été calculée à partir du fichier des services pharmaceutiques (SMED). Les codes de dénomination commune, les DIN et les codes de forme utilisés pour identifier les médicaments d'intérêt couvrent les anticholinergiques à longue durée d'action (ACLA ou AMLA) seuls, les bêta-2 agonistes à longue durée d'action (BALA) seuls, les ACLA et BALA en combinaison et les BALA et corticostéroïdes inhalés (CSI) en combinaison. Les personnes couvertes par un régime d'assurance médicaments privé ainsi que celles hébergées en CHSLD ne sont pas visées par cet indicateur

puisqu'elles ne sont pas inscrites au RPAM. De plus, l'indicateur ne tient pas compte des médicaments fournis par les pharmacies des établissements lors d'un séjour à l'hôpital.

- 5) Prise d'un corticostéroïde inhalé (CSI) sans bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA). La proportion annuelle de personnes avec MPOC ayant utilisé un CSI sans un traitement de bêta-agoniste à longue action inhalé (BALA) ou d'antagoniste muscarinique à longue action inhalé (AMLA) dans les 12 mois précédant l'utilisation du CSI a été calculée, à partir des données du fichier des services pharmaceutiques (SMED), en dénombrant d'abord les personnes avec MPOC qui étaient inscrites au RPAM pendant toute l'année financière et qui ont reçu à au moins une reprise un CSI d'une pharmacie communautaire. Puis, la proportion d'entre elles qui, durant cette même année, n'ont eu aucune réclamation de bronchodilatateur inhalé à longue durée d'action a été calculée. Les personnes couvertes par un régime d'assurance médicaments privé ainsi que celles hébergées dans un CHSLD ne sont pas visées par cet indicateur puisqu'elles ne sont pas inscrites au RPAM. De plus, l'indicateur ne tient pas compte des médicaments fournis par les pharmacies des établissements lors d'un séjour à l'hôpital.
- 6) Persistance dans les 12 mois suivant le début du traitement de bronchodilatateur à longue durée d'action (BDLA). La proportion des personnes avec MPOC ayant reçu un traitement de BDLA au moins 80 % du temps au cours des 365 jours suivant le traitement initial a été calculée en utilisant les données du fichier des services pharmaceutiques (SMED). Parmi les personnes avec MPOC qui étaient inscrites au RPAM durant toute l'année financière d'intérêt ainsi que durant toute l'année précédente, celles qui ont amorcé un traitement de BDLA pendant l'année financière d'intérêt ont été identifiées. La période de latence pour déterminer un début de traitement (traitement initial) est de 12 mois. Les personnes qui ont eu une réclamation de BDLA dans les 365 jours précédant la première réclamation de l'année financière ciblée ont donc été exclues. Pour calculer la persistance au traitement, toutes les réclamations qui ont été faites dans les 365 jours suivant le premier service de BDLA ont été identifiées, puis les durées de traitement ont été additionnées. Si le nombre total de jours de traitement était supérieur à 292, soit l'équivalent de 80 % de l'année, la personne était considérée comme persistante au traitement. Aucune distinction n'a été faite entre les médicaments à molécules uniques et ceux à molécules combinées. Encore une fois, les personnes couvertes par un régime d'assurance médicaments privé ainsi que celles hébergées dans un CHSLD ne sont pas visées par cet indicateur, et les médicaments fournis par les pharmacies des établissements lors d'un séjour à l'hôpital n'ont pas été pris en compte.

Analyse et synthèse des données clinico-administratives

Le portrait décrit les caractéristiques de la clientèle MPOC au Québec et son utilisation des services hospitaliers. Les résultats ont d'abord été présentés de manière brute afin de décrire la réalité provinciale. Toutefois, afin de pouvoir comparer adéquatement les régions entre elles, les données ont été ajustées selon le sexe et l'âge (4 catégories) de la population de référence 2021-2022. Les données par année, quant à elles, n'ont pas été ajustées afin d'illustrer l'impact réel sur le réseau. Les données extraites des BDCA ont par ailleurs été croisées avec diverses variables lorsque cela a été jugé pertinent. Pour l'analyse des indicateurs selon certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes, les tranches d'âge présentées ont été choisies parce qu'elles contiennent chacune un tiers des cas de MPOC de la cohorte repérée, ce qui facilite les comparaisons. Les données ont été analysées de façon descriptive, sans qu'il y ait eu de comparaisons statistiques.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTES PERSPECTIVES RECUEILLIES À PARTIR DE CONSULTATIONS

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Ces échanges ont permis notamment de comparer les données scientifiques et informations recensées dans la littérature à celles issues de la pratique clinique québécoise, ou encore d'obtenir un éclairage concernant des questions d'évaluation demeurées sans réponse (ou n'ayant obtenu qu'une réponse partielle) par la lecture des documents retenus. Afin d'enrichir l'interprétation des indicateurs, les parcours de soins existants pour la clientèle MPOC au Québec, les barrières à l'implantation des recommandations cliniques ou organisationnelles, de même que les enjeux éthiques et sociétaux en lien avec l'objet des présents travaux ont aussi été abordés avec les parties prenantes consultées.

Comité consultatif

Pour accompagner l'INESSS dans la réalisation de cet état des pratiques, un comité consultatif a été créé avec le mandat de fournir des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux afin d'assurer la qualité scientifique, la pertinence clinique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré.

Le comité était composé de médecins de famille, d'un pneumologue, d'une infirmière, d'inhalothérapeutes, de pharmaciens et de gestionnaires. Certains d'entre eux étaient des experts chevronnés de la MPOC au sein d'une RSS, ce qui a permis de bien comprendre les particularités d'organisation des soins pour la clientèle MPOC de leur région. Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes-rendus, qui ont été rédigés par un professionnel scientifique, indiquent la date, le lieu, la synthèse des points saillants de la rencontre et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes-rendus ont été validés par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres.

Le comité a notamment été appelé à participer au processus de validation des indicateurs et à leur interprétation. Il a aidé à bien décrire les éléments de structure et de processus des soins offerts à la clientèle MPOC selon les régions du Québec, à les analyser à la lumière des recommandations cliniques ou organisationnelles et à les contextualiser selon les savoirs expérientiels des membres.

VALIDATION EXTERNE

L'état des pratiques a été envoyé à trois lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale du document. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes sont présentés dans les pages liminaires du présent rapport.

Les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés au document final, s'il y avait lieu.

CONFIDENTIALITÉ ET ASPECTS ÉTHIQUES

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des personnes participantes. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer à ce dossier a dû déclarer les intérêts personnels qui pouvaient la placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elle a également été invitée à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient la placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. Pour ce projet, aucune gestion n'a été requise. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires de ce document, par souci de transparence.

ANNEXE C

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to May 03, 2023	
Date du repérage : 4 mai 2023	
Limites : 2012-2023 ; anglais, français	
1	*Asthma-Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome/ OR *Lung Diseases, Obstructive/ OR Exp *Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/
2	((chronic ADJ2 obstruct* ADJ2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) ADJ2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD).ti,kf,bt
3	Benchmarking/ OR Performance Measurement/ OR Quality Indicators, Health Care/ OR "Statistics & Numerical Data".fs.
4	(benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) ADJ2 (assess* OR index* OR indicator* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))).ti,ab,kf,bt
5	(Case Reports OR Comment OR Editorial OR Letter).pt OR (case report* OR case stud* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
6	(1 AND 3) OR (2 AND 4)
7	Exp Medical Records Systems, Computerized/
8	((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) ADJ3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) ADJ3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs).ti,ab,kf,bt
9	7 OR 8
10	(1 OR 2) AND 9
11	(6 OR 10) NOT 5

Embase (Ovid)	
Segment : 1974 to 2023 May 03	
Date du repérage : 4 mai 2023	
Limites : 2012-2023 ; anglais, français	
1	*Chronic Obstructive Lung Disease/ OR *Obstructive Lung Disease/
2	((chronic ADJ2 obstruct* ADJ2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) ADJ2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD).ti,kf,bt
3	Benchmarking/ OR Chronic Disease Indicator/ OR Clinical Indicator/ OR Exp Performance Indicator/ OR Performance Measurement System/ OR Statistical Analysis/ OR Statistical Significance/ OR Statistics/ OR Health Statistics/
4	(benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) ADJ2 (assess* OR index* OR indicator* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))).ti,ab,kf,bt
5	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editor* OR letter* OR replies OR reply).ti
6	(1 AND 3) OR (2 AND 4)
7	Electronic Health Record/ OR Electronic Medical Record System/ OR Electronic Patient Record/
8	((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) ADJ3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) ADJ3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs).ti,ab,kf,bt
9	7 OR 8
10	(1 OR 2) AND 9
11	(6 OR 10) NOT 5

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews Segment : 2005 to May 2, 2023 Date du repérage : 4 mai 2023 Limites : 2012-2023	
1	((chronic ADJ2 obstruct* ADJ2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) ADJ2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD).ti,kw
2	(benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) ADJ2 (assess* OR index* OR indicator* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))).ti,ab,kw
3	1 AND 2
4	((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) ADJ3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) ADJ3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs).ti,ab,kw
5	1 AND 4
6	3 OR 5

EBM Reviews (Ovid) : Health Technology Assessment Segment : Health Technology Assessment 4th Quarter 2016 Date du repérage : 4 mai 2023 Limites : 2012-2023 ; anglais, français	
1	Asthma-Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome/ OR Lung Diseases, Obstructive/ OR Exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/
2	((chronic ADJ2 obstruct* ADJ2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) ADJ2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD).ti
3	Benchmarking/ OR Performance Measurement/ OR Quality Indicators, Health Care/ OR "Statistics & Numerical Data".fs.
4	(benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) ADJ2 (assess* OR index* OR indicator* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))).ti,tw
5	(1 OR 2) AND (3 OR 4)
6	Exp Medical Records Systems, Computerized/
7	((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) ADJ3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) ADJ3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs).ti,tw
8	5 AND (6 OR 7)
9	5 OR 8

EBM Reviews (Ovid) : NHS Economic Evaluation Database Segment : 1st Quarter 2016 Date du repérage : 4 mai 2023 Limites : 2012-2023 ; anglais, français	
1	Asthma-Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome/ OR Lung Diseases, Obstructive/ OR Exp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/
2	((chronic ADJ2 obstruct* ADJ2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) ADJ2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD).ti
3	Benchmarking/ OR Performance Measurement/ OR Quality Indicators, Health Care/ OR "Statistics & Numerical Data".fs.
4	(benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) ADJ2 (assess* OR index* OR indicator* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))).ti,tw
5	((1 OR 2) AND (3 OR 4))
6	Exp Medical Records Systems, Computerized/
7	((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) ADJ3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) ADJ3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs).ti,tw
8	6 OR 7
9	(1 OR 2) AND 8

10	5 OR 9
----	--------

CINAHL (EBSCO) Date du repérage : 4 mai 2023 Limites : 2012-2023 ; anglais, français	
S1	MM (Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+ OR Lung Diseases, Obstructive)
S2	TI (((chronic N2 obstruct* N2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) N2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD) OR SU (((chronic N2 obstruct* N2 (airflow OR airway OR bronch* OR lung OR pulmonary OR respirat*) N2 (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR COPD)
S3	MH (Benchmarking OR Performance Measurement Systems OR Clinical Indicators OR Statistics)
S4	TI (benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) N2 (assess* OR indicator* OR index* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))) OR AB (benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) N2 (assess* OR indicator* OR index* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*))) OR SU (benchmark* OR bench-mark* OR ((efficiency OR performance OR quality) N2 (assess* OR indicator* OR index* OR indices OR measure* OR metric* OR monitor* OR profile* OR score*)))
S5	PT (commentary OR editorial OR letter) OR TI (case report* OR case stud* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*)
S6	(S1 AND S3) OR (S2 AND S4)
S7	MH (Electronic Health Records)
S8	TI (((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) N3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) N3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs) OR AB (((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) N3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) N3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs) OR SU (((computer* OR digital* OR electronic* OR internet OR online OR on-line OR web) N3 (clinical* OR health* OR hospital* OR medical* OR patient*) N3 (chart? OR data? OR database? OR record? OR registr*)) OR eHealth OR EHRs OR EHR OR EMR OR EMRs)
S9	S7 OR S8
S10	(S1 OR S2) AND S9
S11	(S6 OR S10) NOT S5

Sites Web, registres, moteurs de recherche et autres registres de données consultés

Date de la consultation : mai 2023

Limites : 2012-; anglais, français

[Agency for Healthcare Research and Quality](#) (AHRQ)

[BCGuidelines.ca](#)

[Centre fédéral d'expertise en santé](#) (KCE)

[ECRI Guidelines Trust](#)

[Guidelines International Network](#) (GIN)

[Haute Autorité de Santé](#) (HAS)

[Health Quality Ontario](#) (HQO)

[Infobanque AMC](#) (Association médicale canadienne)

[Institute for Clinical Evaluative Sciences](#)

[Institute of Health Economics](#) (IHE)

[New Zealand Guidelines Group](#) (NZGG)

[NHS National Institute for Health and Care Excellence](#) (NICE)

[Scottish Intercollegiate Guidelines Network](#) (SIGN)

[Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews](#)

[Accelerating Change Transformation Team](#) (ACTT, anciennement TOP)

[World Health Organization](#) (WHO)

ANNEXE D

Documents retenus

Figure D-1 Sélection des documents – Diagramme de flux

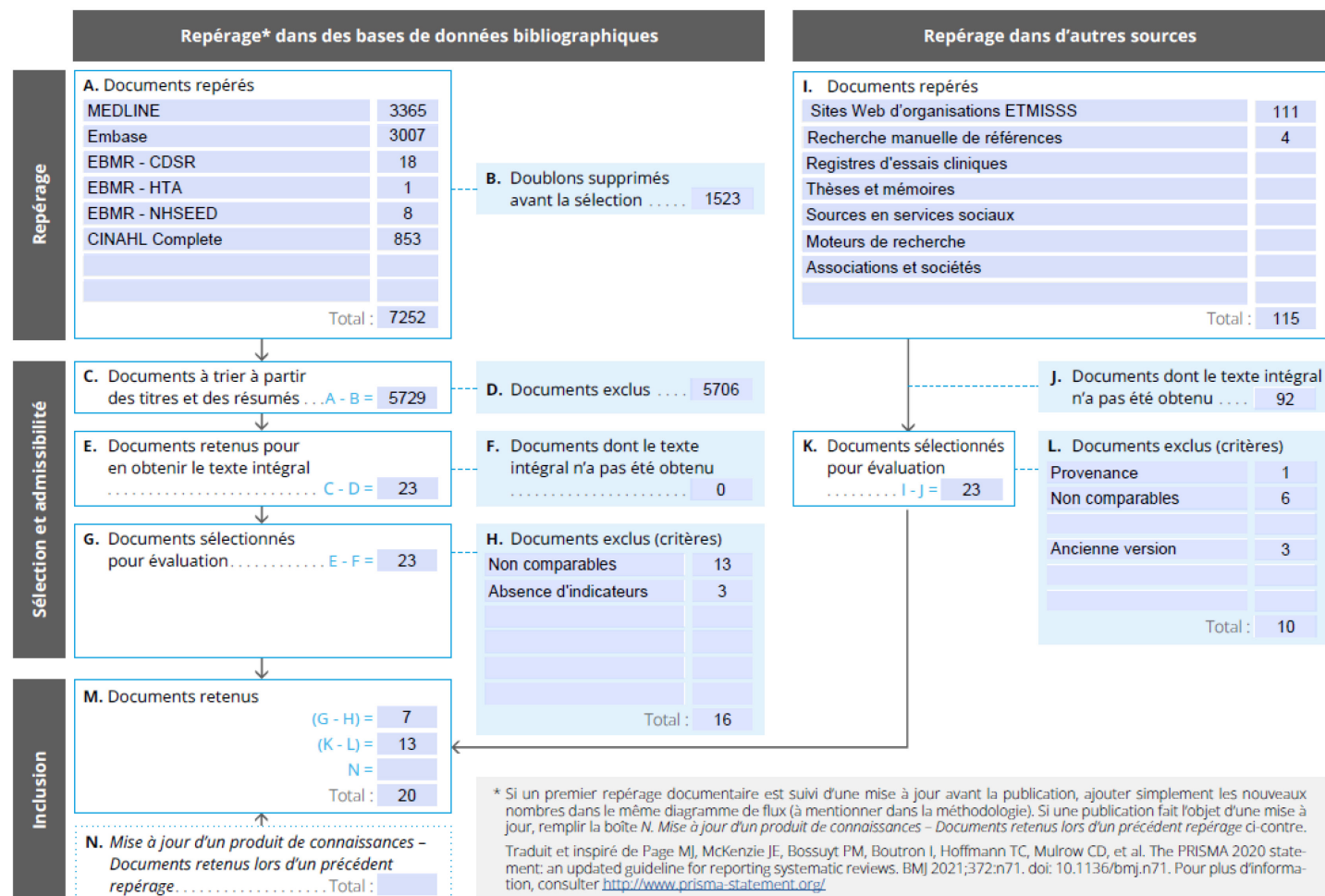


Tableau D-1 Description des documents retenus à la suite de la recherche de littérature pour des résultats d'indicateurs comparables

	Pays ou région	Nom de l'étude/ agence	Type d'étude	Source de données	Nombre de cas MPOC	Définition de la cohorte MPOC	Exclusions	Période d'étude	Indicateurs d'intérêt
[Abad-Arranz <i>et al.</i> , 2018]	Espagne	Spanish Primary Care Respiratory Group Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery	Audit clinique observationnel rétrospectif national (multicentrique)	Dossiers médicaux	4 307 cas aléatoires / 63 cliniques aléatoires	1 Dx de MPOC	Aucune	1 ^{er} janvier 2015 - 31 décembre 2016	Traitements pharmacologiques
[Gershon <i>et al.</i> , 2021a]	Canada (Ontario)	Institute for Clinical Evaluation Sciences (ICES)	Longitudinale rétrospective	BDCA	s.o.	≥ 35 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 3 Dx en 2 ans-actes facturés	Personnes non couvertes par le régime public ontarien	1 ^{er} avril 2006 - 31 mars 2017	Prévalence MPOC
[HAS, 2022a]	France	Haute Autorité de Santé (HAS)	Observationnelle rétrospective	BDCA	1 229 963	≥40 ans avec 1 Tx de BDLA ou 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 1 code vulnérabilité (ALD) MPOC	s.o.	2017-2018	▪ Spirométrie ou EFR annuelle chez les patients avec MPOC ▪ Suivi dans les 7 jours post-hospitalisation pour MPOC ▪ Suivi par un pneumologue dans les 60 jours post-hospitalisation pour MPOC ▪ Traitement de BDLA dans les 90 jours post-hospitalisation pour MPOC
[HQO, 2018c]	Canada (Ontario)	Health Quality Ontario (HQO)	Observationnelle rétrospective	BDCA	s.o.	≥ 40 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation	Personnes non couvertes par le régime public ontarien	2016-2017	Suivi dans les 7 jours post-hospitalisation pour MPOC (par tout professionnel de la santé, un médecin de famille ou un médecin spécialiste)
[Manitoba Health, 2023]	Canada (Manitoba)	Manitoba Health	Observationnelle rétrospective	BDCA	s.o.	≥ 35 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 1 Dx-actes facturés	s.o.	2020-2021	Prévalence MPOC

	Pays ou région	Nom de l'étude/ agence	Type d'étude	Source de données	Nombre de cas MPOC	Définition de la cohorte MPOC	Exclusions	Période d'étude	Indicateurs d'intérêt
[Mueller <i>et al.</i> , 2017]	Allemagne	s.o.	Observationnelle rétrospective	Régime légal d'assurance maladie allemand	52 585	Personnes ≥ 40 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 2 Dx-actes facturés	Personnes non assurées Personnes avec un Dx concomitant d'asthme	1 ^{er} janvier 2010 - 31 décembre 2011	- Observance au Tx de BDLA (proportion de jours couverts par les ordonnances servies) - Persistance au Tx de BDLA chez les patients naïfs (interruption ≤ 90 jours)
[PHO, 2019]	Canada (Ontario)	Cancer Care Ontario (CCO) Public Health Ontario (PHO)	Observationnelle rétrospective	BDCA	883 440	≥ 35 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 1 Dx-actes facturés	Personnes non couvertes par le régime public ontarien	2015-2016	Prévalence MPOC selon le niveau de défavorisation matérielle
[Savran <i>et al.</i> , 2019]	Danemark	s.o.	Observationnelle rétrospective	DMÉ	12 560 (2 289 cas aléatoires parmi ceux prenant un CSI)	1 Dx de MPOC	Cliniques n'utilisant pas le DMÉ <i>Electronic Patient Journal</i> depuis 3 ans	2017	Utilisation d'un CSI seul
[Tran <i>et al.</i> , 2019b]	Canada (Alberta)	s.o.	Observationnelle rétrospective	BDCA	33 169	≥ 35 ans avec 1 Dx de MPOC-hospitalisation ou 1 Dx-actes facturés entre le 1 ^{er} avril 2010 et le 31 mars 2017	Personnes non couvertes par le système public albertain. Cas de MPOC non incidents (2 ans)	1 ^{er} avril 2010 - 31 mars 2017	Taux d'utilisation de BDLA

Abréviations : ALD : affection de longue durée; BDCA : banques de données clinico-administratives; BDLA : bronchodilatateur à longue action; CSI : corticostéroïde inhalé; Dx : diagnostic; EFR : épreuve fonctionnelle respiratoire; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; s.o. : sans objet; Tx : traitement.

Tableau D-2 Description des documents retenus à la suite de la recherche de littérature pour des indicateurs calculés à partir des données locales

	Pays/région	Nom de l'étude/agence	Type de document	Méthode	Nombre d'indicateurs d'intérêt	Volets de la prise en charge visés
[Bhutani <i>et al.</i> , 2022]	Canada, Royaume-Uni, Singapour, États-Unis, Allemagne, Portugal, Belgique, Suisse	s.o.	Normes de qualité	Consensus	11	▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins
[Dewaele <i>et al.</i> , 2022]	Belgique	s.o.	Étude	Processus RAND/Delphi modifié	19	▪ Évaluation/Interventions tabagisme ▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins ▪ Gestion/Suivi des exacerbations ▪ Choix/Révision des traitements
[Gershon <i>et al.</i> , 2018a]	Canada (Ontario)	s.o.	Étude	Processus RAND/Delphi modifié	28	▪ Évaluation/Interventions tabagisme ▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins ▪ Gestion/Suivi des exacerbations ▪ Choix/Révision des traitements
[HAS, 2022b]	France	Haute Autorité de Santé	Avis	Consensus	12	▪ Évaluation/Interventions tabagisme ▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins ▪ Gestion/Suivi des exacerbations ▪ Choix/Révision des traitements
[HQO, 2018b]	Canada (Ontario)	Health Quality Ontario	Normes de qualité	Consensus	29	▪ Évaluation/Interventions tabagisme ▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins ▪ Gestion/Suivi des exacerbations ▪ Choix/Révision des traitements
[Heinmuller <i>et al.</i> , 2020]	Allemagne	s.o.	Étude	Consensus	13	▪ Évaluation/Interventions tabagisme ▪ Repérage/Diagnostic ▪ Suivi/Intégration des soins ▪ Choix/Révision des traitements

	Pays/région	Nom de l'étude/agence	Type de document	Méthode	Nombre d'indicateurs d'intérêt	Volets de la prise en charge visés
[INESSS, 2012]	Canada (Québec)	INESSS	Avis	Processus RAND/Delphi modifié	21	- Évaluation/Interventions tabagisme - Repérage/Diagnostic - Suivi/Intégration des soins - Choix/Révision des traitements
[Lee <i>et al.</i> , 2021]	Canada (Ontario)	s.o.	Étude	Observationnelle rétroactive	11	- Évaluation/Interventions tabagisme - Repérage/Diagnostic - Suivi/Intégration des soins - Choix/Révision des traitements
[Mahlknecht <i>et al.</i> , 2016]	Autriche, Italie	s.o.	Étude	Consensus	3	- Évaluation/Interventions tabagisme - Repérage/Diagnostic
[MHSAL, 2020]	Canada (Manitoba)	Manitoba Health, Seniors and Active Living	Avis	s.o.	6	- Évaluation/Interventions tabagisme - Repérage/Diagnostic - Choix/Révision des traitements
[NICE, 2016]	Royaume-Uni	National Institute for Health and Care Excellence	Normes de qualité	Consensus	6	- Repérage/Diagnostic - Suivi/Intégration des soins

Abréviations : s.o. : sans objet.

ANNEXE E

Raisons d'exclusion des documents

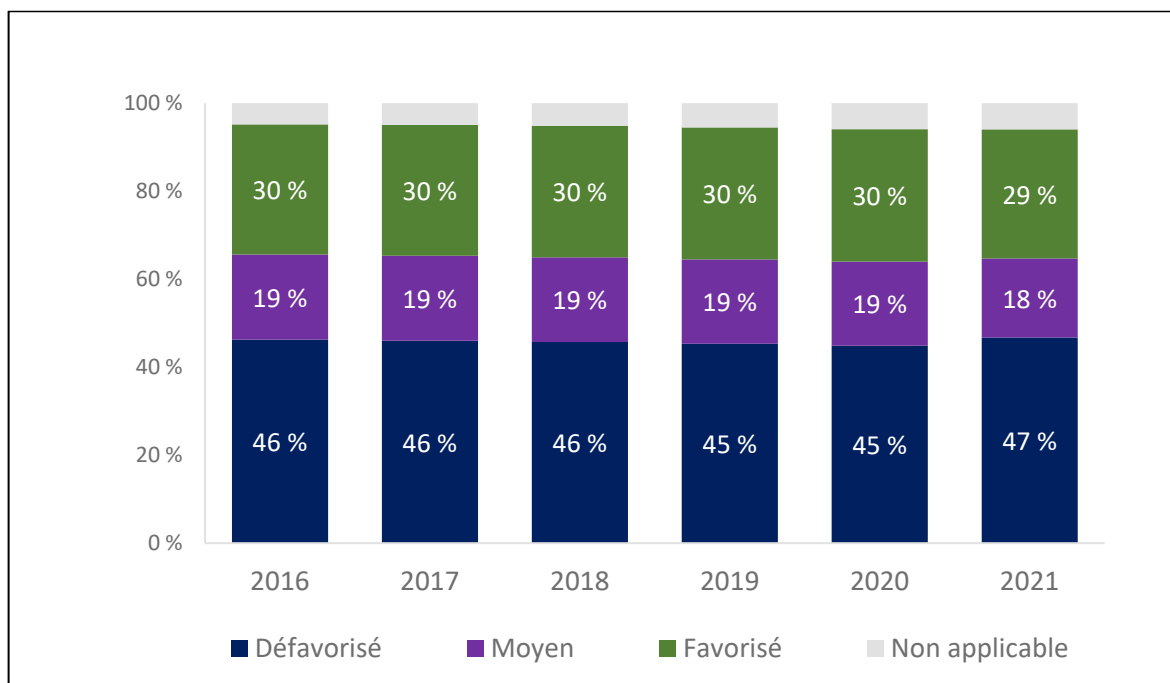
Tableau E-1 Documents exclus et raison de l'exclusion

Documents exclus	Raison d'exclusion
Résultats d'indicateurs	
[CDC, 2020]	Indicateurs non comparables
[Crighton <i>et al.</i> , 2015]	Indicateurs non comparables
[Fox <i>et al.</i> , 2022]	Indicateurs non comparables
[Gershon <i>et al.</i> , 2018b]	Indicateurs non comparables
[Ghaderi <i>et al.</i> , 2019]	Indicateurs non comparables
[HQO, 2017a]	Indicateurs non comparables
[HQO, 2017b]	Version antérieure ou redondante d'un document retenu
[HQO, 2018a]	Indicateurs non comparables
[Ingebrigtsen <i>et al.</i> , 2015]	Indicateurs non comparables
[ICIS, 2019]	Indicateurs non comparables
[Maertens de Noordhout <i>et al.</i> , 2022]	Indicateurs non comparables
[OHID, 2023]	Indicateurs non comparables
[Pace <i>et al.</i> , 2022]	Indicateurs non comparables
[Requena <i>et al.</i> , 2023]	Indicateurs non comparables
[Sansbury <i>et al.</i> , 2022]	Indicateurs non comparables
[Savaria <i>et al.</i> , 2017]	Indicateurs non comparables
[Singer <i>et al.</i> , 2021]	Indicateurs non comparables
[Steurer-Stey <i>et al.</i> , 2012]	Indicateurs non comparables
[Tran <i>et al.</i> , 2019a]	Indicateurs non comparables
[Varmaghani <i>et al.</i> , 2019]	Indicateurs non comparables
Indicateurs calculés à partir des DMÉ	
[Edwards <i>et al.</i> , 2021a]	Absence d'indicateurs
[HAS, 2019]	Version antérieure ou redondante d'un document retenu
[HQO, 2014]	Version antérieure ou redondante d'un document retenu
[Lougheed <i>et al.</i> , 2018]	Absence d'indicateurs
[MOPH Qatar, 2020]	Provenance
[Tu <i>et al.</i> , 2015]	Absence d'indicateurs

ANNEXE F

Données supplémentaires

Figure F-1 Évolution de la répartition des cas de MPOC selon l'indice de vulnérabilité matérielle entre 2016-2017 et 2021-2022



La somme des pourcentages pour chaque année est inférieure à 100 %, car les données du recensement sont incomplètes pour un certain nombre de personnes et ne peuvent pas être utilisées pour le calcul de l'indice.

La catégorie *Défavorisé* correspond aux deux plus bas quintiles et la catégorie *Favorisé*, aux deux plus hauts quintiles.

Tableau F-1 Résultats des indicateurs sur l'utilisation des services hospitaliers selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022

		Au moins une visite à l'urgence	Au moins deux visites à l'urgence	Au moins une hospitalisation
		Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)
Tous		35,3 (35,1-35,4)	17,1 (17,0-17,2)	18,2 (19,0-18,3)
Sexe	Femmes	35,1 (34,9-35,3)	16,9 (16,7-17,0)	17,2 (17,1-17,4)
	Hommes	35,4 (35,2-35,6)	17,3 (17,1-17,5)	19,2 (19,0-19,4)
Âge	35-64 ans	30,3 (30,0-30,6)	13,9 (13,8-14,1)	11,1 (10,9-11,3)
	65-74 ans	32,2 (32,0-32,5)	15,0 (14,8-15,2)	16,7 (16,5-16,9)
	75 ans et plus	42,5 (42,2-42,8)	21,8 (21,6-22,1)	25,9 (25,7-26,2)
Inscription auprès d'un médecin	Médecin en GMF	35,6 (35,4-35,8)	17,2 (17,1-17,3)	18,2 (18,0-18,3)
	Médecin hors GMF	36,5 (36,0-36,9)	18,1 (17,8-18,3)	20,0 (19,7-20,3)
	Non inscrit	32,2 (31,8-32,6)	15,5 (15,2-15,8)	16,0 (15,7-16,3)
Vulnérabilité matérielle	Très favorisé	32,3 (31,9-32,7)	14,7 (14,5-15,0)	16,3 (16,0-16,6)
	Favorisé	33,5 (33,1-33,9)	15,4 (15,2-15,7)	17,1 (16,9-17,4)
	Moyen	34,9 (34,5-35,3)	16,5 (16,2-16,8)	18,1 (17,8-18,3)
	Défavorisé	36,7 (36,4-37,1)	18,2 (17,9-18,4)	18,8 (18,5-19,0)
	Très défavorisé	39,3 (39,0-39,7)	20,0 (19,8-20,2)	20,4 (20,1-20,6)
Régions*	01-Bas-Saint-Laurent	44,3 (43,2-45,3)	23,6 (22,8-24,3)	19,0 (18,3-19,6)
	02-Saguenay–Lac-Saint-Jean	42,2 (41,4-43,0)	21,6 (21,0-22,2)	17,9 (17,4-18,4)
	03-Capitale-Nationale	38,2 (37,6-38,7)	19,2 (18,8-19,6)	17,0 (16,7-17,4)
	04-Mauricie et Centre-du-Québec	36,8 (36,2-37,5)	17,5 (17,1-17,9)	20,2 (19,8-20,7)
	05-Estrie	36,4 (35,7-37,0)	17,4 (17,0-17,9)	18,6 (18,1-19,0)
	06-Montréal	34,8 (34,5-35,2)	16,7 (16,4-16,9)	19,1 (18,8-19,4)
	07-Outaouais	36,7 (35,8-37,5)	18,4 (17,8-19,0)	17,2 (16,6-17,8)
	08-Abitibi-Témiscamingue	45,1 (43,9-46,4)	24,8 (23,9-25,8)	19,3 (18,5-20,1)
	09-Côte-Nord	54,1 (52,2-56,0)	34,4 (32,9-35,9)	22,2 (21,0-23,4)
	11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	53,1 (51,6-54,6)	31,9 (30,7-33,1)	21,1 (20,2-22,1)
	12-Chaudière-Appalaches	39,4 (38,7-40,2)	19,6 (19,0-20,1)	16,9 (16,4-17,4)
	13-Laval	32,1 (31,4-32,9)	14,8 (14,3-15,3)	19,6 (19,0-20,2)
	14-Lanaudière	32,0 (31,4-32,6)	14,5 (14,1-14,9)	19,0 (18,5-19,4)
	15-Laurentides	33,5 (32,9-34,1)	15,3 (14,9-15,7)	19,0 (18,6-19,5)
	16-Montérégie	31,2 (30,8-31,6)	13,8 (13,6-14,1)	17,7 (17,4-17,9)

*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Tableau F-2 Résultats des indicateurs sur l'intégration des soins selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022

		Continuité de lieu	Visites aux urgences de priorité P4-P5	Suivi post-hospitalisation
		Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)
Tous		94,8 (94,7-95,0)	35,5 (35,3-35,7)	42,9 (42,5-43,3)
Sexe	Femmes	94,8 (94,6-95,0)	36,1 (35,9-36,4)	43,7 (43,2-44,3)
	Hommes	94,9 (94,6-95,2)	34,8 (34,6-35,1)	42,0 (41,5-42,6)
Âge	35-64 ans	94,1 (93,8-94,4)	42,2 (41,8-42,5)	41,6 (40,7-42,6)
	65-74 ans	95,4 (95,1-95,7)	35,7 (35,3-36,0)	43,6 (42,8-44,3)
	75 ans et plus	94,9 (94,7-95,2)	30,7 (30,4-31,0)	43,0 (42,4-43,6)
Inscription auprès d'un médecin	Médecin en GMF	NA	35,7 (35,5-36,0)	45,0 (44,5-45,5)
	Médecin hors GMF	NA	32,2 (31,7-32,6)	44,7 (43,7-45,7)
	Non inscrit	NA	38,4 (37,8-38,9)	29,1 (28,2-30,1)
Vulnérabilité matérielle	Très favorisé	95,0 (94,5-95,5)	35,2 (34,6-35,8)	42,3 (41,1-43,4)
	Favorisé	94,9 (94,5-95,4)	34,9 (34,4-35,5)	43,5 (42,4-44,6)
	Moyen	94,8 (94,4-95,2)	34,8 (34,3-35,2)	43,4 (42,4-44,4)
	Défavorisé	94,7 (94,3-95,1)	36,8 (36,4-37,2)	43,1 (42,2-44,0)
	Très défavorisé	94,8 (94,5-95,2)	35,7 (35,3-36,0)	42,4 (41,6-43,1)
Régions*	01-Bas-Saint-Laurent	96,8 (95,8-97,8)	54,6 (53,4-55,8)	44,6 (42,1-47,2)
	02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	94,9 (94,2-95,6)	37,9 (37,1-38,7)	53,5 (51,3-55,8)
	03-Capitale-Nationale	96,2 (95,6-96,8)	45,5 (44,8-46,2)	40,7 (39,1-42,3)
	04-Mauricie et Centre-du-Québec	95,9 (95,2-96,6)	40,4 (39,7-41,2)	47,1 (45,5-48,8)
	05-Estrie	95,0 (94,4-95,7)	32,9 (32,2-33,6)	39,1 (37,4-40,7)
	06-Montréal	91,9 (91,6-92,3)	21,8 (21,5-22,2)	39,2 (38,2-40,2)
	07-Outaouais	94,8 (94,0-95,5)	47,8 (46,7-48,9)	43,4 (41,1-45,7)
	08-Abitibi-Témiscamingue	98,3 (97,1-99,5)	54,5 (53,1-55,8)	42,3 (39,3-45,3)
	09-Côte-Nord	94,3 (92,4-96,2)	49,2 (47,5-50,8)	51,6 (47,5-55,6)
	11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	97,5 (96,2-98,9)	55,9 (54,5-57,3)	51,5 (48,1-54,9)
	12-Chaudière-Appalaches	96,4 (95,6-97,2)	48,3 (47,4-49,3)	37,4 (35,4-39,3)
	13-Laval	93,0 (92,2-93,8)	20,3 (19,4-21,1)	46,7 (44,4-49,0)
	14-Lanaudière	95,4 (94,7-96,1)	26,8 (26,1-27,5)	43,6 (41,9-45,2)
	15-Laurentides	96,0 (95,3-96,8)	29,1 (28,3-29,8)	40,2 (38,7-41,8)
	16-Montérégie	95,4 (95,0-95,9)	29,3 (28,9-29,8)	43,6 (42,5-44,7)

*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Tableau F-3 Résultats des indicateurs sur les traitements pharmacologiques selon les caractéristiques sociodémographiques et les régions sociosanitaires en 2021-2022

		Utilisation d'un bronchodilatateur à longue durée d'action	Utilisation d'un corticostéroïde inhalé en monothérapie	Persistance au traitement dans la première année
		Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)	Valeur (IC 95 %)
Tous		37,7 (37,5-37,9)	21,4 (21,1-21,7)	21,2 (20,5-21,8)
Sexe	Femmes	38,4 (28,1-38,6)	23,2 (22,9-23,6)	19,1 (18,3-19,9)
	Hommes	36,9 (36,6-37,2)	18,9 (18,5-19,2)	23,6 (22,6-24,6)
Âge	35-64 ans	33,9 (33,5-34,3)	25,0 (24,4-25,6)	18,5 (17,4-19,7)
	65-74 ans	38,2 (37,9-38,5)	20,9 (20,5-21,3)	22,4 (21,4-23,5)
	75 ans et plus	39,4 (39,0-39,7)	19,9 (19,5-20,3)	21,6 (20,5-22,8)
Inscription auprès d'un médecin	Médecin en GMF	39,0 (38,8-39,3)	21,1 (20,8-21,4)	21,1 (20,4-21,9)
	Médecin hors GMF	35,8 (35,3-36,3)	21,6 (20,9-22,2)	20,1 (18,5-21,8)
	Non inscrit	32,2 (31,6-32,7)	23,1 (22,2-23,9)	22,7 (20,8-24,6)
Vulnérabilité matérielle	Très favorisé	34,1 (33,6-34,7)	23,3 (22,5-24,1)	20,1 (18,3-21,9)
	Favorisé	35,8 (35,3-36,3)	22,4 (21,7-23,2)	21,6 (20,0-23,3)
	Moyen	37,4 (37,0-37,9)	21,4 (20,8-22,1)	20,9 (19,5-22,4)
	Défavorisé	38,6 (38,2-39,0)	21,0 (20,4-21,5)	20,7 (19,3-22,1)
	Très défavorisé	39,9 (39,5-40,3)	20,3 (19,8-20,8)	21,7 (20,5-22,9)
Régions*	01-Bas-Saint-Laurent	41,3 (40,1-42,4)	20,3 (18,9-21,7)	23,4 (19,7-27,2)
	02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	38,0 (37,1-38,9)	24,4 (23,1-25,7)	21,1 (18,4-23,9)
	03-Capitale-Nationale	36,7 (36,0-37,4)	23,1 (22,1-24,1)	22,8 (20,2-25,3)
	04-Mauricie et Centre-du-Québec	41,9 (41,2-42,7)	19,3 (18,3-20,3)	24,7 (22,2-27,1)
	05-Estrie	35,3 (34,6-36,1)	21,5 (20,4-22,6)	19,1 (16,8-21,4)
	06-Montréal	33,8 (33,3-34,2)	22,4 (21,7-23,1)	19,6 (18,1-21,0)
	07-Outaouais	40,3 (39,1-41,4)	21,6 (20,1-23,1)	19,9 (16,7-23,1)
	08-Abitibi-Témiscamingue	40,9 (39,4-42,3)	21,1 (19,4-22,9)	21,3 (16,7-25,8)
	09-Côte-Nord	38,3 (36,3-40,3)	22,4 (19,8-25,1)	24,9 (17,5-32,3)
	11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	42,5 (40,9-44,0)	19,8 (18,0-21,6)	17,4 (13,5-21,4)
	12-Chaudière-Appalaches	34,3 (33,4-35,1)	25,9 (24,5-27,4)	22,3 (19,1-25,5)
	13-Laval	32,2 (31,3-33,2)	22,8 (21,2-24,3)	18,6 (15,5-21,8)
	14-Lanaudière	40,5 (39,7-41,3)	19,7 (18,7-20,8)	22,2 (19,7-24,6)
	15-Laurentides	39,4 (38,7-40,2)	20,2 (19,2-21,2)	21,6 (19,1-24,0)
	16-Montérégie	35,7 (35,2-36,2)	22,3 (21,5-23,0)	19,3 (17,8-20,8)

*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

