



**Fascicule 2**

**MALADIES PULMONAIRES  
OBSTRUCTIVES CHRONIQUES**

Un portrait régional en soutien à la prévention  
et à la gestion des maladies chroniques

Hélène Bélanger  
Denis Coulombe  
Guy Huard  
Michelle Lafrance  
Guy Massicotte  
Louise Rochette  
Céline Tremblay

**Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**  
Direction régionale de la gestion intégrée de l'information et Secrétariat général  
Direction régionale de santé publique  
Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières

Novembre 2011

**Soutien administratif**

Hélène Rivière  
Louise Vézina

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet  
[www.rrsss03.gouv.qc.ca](http://www.rrsss03.gouv.qc.ca) ou [www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca), section « Documentation », rubrique « Publications ».

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

**Centre de documentation**  
**Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**  
**2400, avenue D'Estimauville**  
**Québec (Québec) G1E 7G9**  
**Tél. : 418 666-7000, poste 217 ou 521**  
**Télécopieur : 418 666-2776**  
**Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2011  
ISBN : 978-2-89616-121-8 (version imprimée)  
978-2-89616-122-5 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pour autant que la source soit mentionnée.

**Référence suggérée :**

BÉLANGER, H., Coulombe, D., Huard, G., Lafrance, M., Massicotte, G., Rochette, L. et C. Tremblay. *Maladies pulmonaires obstructives chroniques : un portrait régional en soutien à la prévention et à la gestion des maladies chroniques – Fascicule 2*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2011, 51 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## **Avant-propos**

La région de la Capitale-Nationale, par l'intermédiaire de son Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux, a décidé en 2008 de mettre en œuvre un plan d'action régional visant la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Afin de soutenir les établissements et les réseaux locaux dans leurs processus décisionnels et leur organisation clinique, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale s'est engagée à produire un portrait régional de certaines maladies chroniques sous forme de fascicules regroupant les données épidémiologiques et les données de consommation de services pour les maladies chroniques retenues par la Table régionale des directeurs généraux adjoints des établissements de la Capitale-Nationale.

En juin 2009, un premier fascicule présentant globalement la situation au regard de l'ensemble des maladies chroniques pour notre région a été produit. Il contient de l'information sur les caractéristiques communes aux maladies chroniques. On y trouve, entre autres, des données épidémiologiques pertinentes pour l'ensemble des maladies chroniques, des données sur la consommation de services par les personnes atteintes de ces maladies ainsi que des renseignements sur la population jointe par les activités de prévention concernant les habitudes de vie.

Ce deuxième fascicule s'intéresse à la maladie pulmonaire obstructive chronique.



## Faits saillants

### Mortalité

- En moyenne, chaque année, 266 résidents de la région décèdent d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Celle-ci est la cause principale d'un décès sur 20 (5 %).
- Les taux sont à la baisse chez les hommes, alors que chez les femmes, après une augmentation au début des années 90, les taux sont demeurés relativement stables au cours des dernières années.

### Prévalence

- En 2007-2008, on dénombrait, dans la région de la Capitale-Nationale, 8 283 personnes âgées de 40 ans et plus présentant une MPOC. Il s'agissait d'une diminution de 5 % par rapport à 2002-2003.
- En outre, 2,3 % de la population de 40 ans et plus était atteinte d'une MPOC, soit 4 263 femmes (2,2 %) et 4 020 hommes (2,4 %).
- La prévalence augmente avec l'âge, passant de 1 % dans le groupe des 40 à 54 ans à 6 % chez les 75 ans et plus.
- Près des deux tiers (65 %) des personnes atteintes d'une MPOC étaient âgées de 65 ans et plus.
- Tous les territoires de centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région présentent une prévalence de MPOC inférieure à celle observée en 2002-2003.
- La prévalence varie de 1,3 % à 5,4 % dans la région, selon le territoire de centre local de services communautaires (CLSC).

### Consommation de services médicaux ambulatoires

- En 2007-2008, 97 % des personnes atteintes d'une MPOC ont rencontré un médecin.
- On note que 74 % des personnes de la cohorte ont rencontré un médecin de famille et un médecin spécialiste; 17 % ont vu uniquement un médecin de famille et 6 %, seulement un médecin spécialiste.
- En outre, 77 % des personnes de la cohorte ont effectué 5 visites médicales et plus au cours de l'année.
- Un total de 2 016 personnes ont effectué 15 visites médicales et plus, ce qui représente 24 % comparativement à 32 % pour 2002-2003. Dans la majorité des cas, la personne a rencontré à la fois un médecin de famille et un spécialiste.
- Le nombre moyen de visites médicales ambulatoires par les personnes atteintes de la région de la Capitale-Nationale se situe à 12,6 visites pour le suivi conjoint, à 6,9

dans les cas d'un suivi effectué uniquement par un spécialiste et à 5,5 pour le suivi exclusif par un médecin de famille.

- Une personne atteinte peut rencontrer de 4 à 9 médecins différents au cours d'une même année.

### **Consommation de services hospitaliers**

- Afin de considérer la présence de la comorbidité chez les personnes atteintes de MPOC, nous avons analysé la consommation de services en retenant toutes les causes de consommation, ainsi que celle où la MPOC est la raison principale, que ce soit pour les visites à l'urgence ou les hospitalisations.
- En 2007-2008, 4 416 personnes (50 % de la cohorte) se sont présentées au moins une fois à l'urgence. De ce nombre, 1 283 personnes avaient comme raison principale la MPOC.
- Un total de 983 personnes ont consulté à l'urgence à 4 reprises et plus; seulement 48 personnes avaient pour raison principale la MPOC.
- Le nombre moyen de visites à l'urgence par personne se situe à 2,6; cependant, cette moyenne est à 1,4 lorsque la raison principale est la MPOC.
- En outre, 2 448 personnes (30 % de la cohorte) ont été hospitalisées au moins une fois; pour 859 personnes, la raison principale était la MPOC.
- Ce sont 174 personnes qui ont été hospitalisées à 4 reprises et plus, et pour 100 personnes, la raison principale était la MPOC.
- Parmi les personnes hospitalisées, une moyenne de 1,7 hospitalisation est notée. Lorsque la raison principale est la MPOC, cette moyenne se situe à 2 hospitalisations.

### **Consommation de services en CSSS (mission CLSC)**

- En 2007-2008, 1 579 personnes ont reçu des services en CLSC. Ont été considérés pour l'analyse des données tous les dossiers pour lesquels la raison d'intervention était la MPOC, comme cause principale ou secondaire. Ces personnes ont bénéficié en moyenne de 9 interventions pour un total régional de 14 396 interventions.
- Les femmes (55 %) sont un peu plus nombreuses que les hommes (45 %).
- On note que 81 % des personnes ayant reçu des services du CLSC étaient âgées de 65 ans ou plus, dont 57 % avaient 75 ans et plus.
- Près de 50 % des personnes ont bénéficié de 1 ou 2 interventions en 2007-2008, tandis qu'un nombre restreint de personnes (188 personnes) ont reçu un service plus intense de 20 interventions et plus.

- Les infirmières et les aides familiales ont été mises à contribution dans 75 % des situations, soit dans 10 828 interventions.
- La majorité des interventions ont été offertes au domicile (63 %) ou en résidence privée d'hébergement (15 %) comparativement à seulement 20 % des interventions faites sur place au CLSC.
- Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) entre en ligne de compte dans 68 % des interventions.

### **Autres services offerts**

- La région de la Capitale-Nationale s'est dotée d'une organisation de services intégrés pour la clientèle atteinte de MPOC. La trajectoire régionale de services pour cette clientèle est implantée depuis 2007.
- Les personnes atteintes de MPOC de la région de la Capitale-Nationale disposent, en plus des services déjà décrits, d'un ensemble de programmes diversifiés en soutien à leur état de santé, notamment les centres d'abandon du tabagisme, le service régional de soins respiratoires à domicile, les cliniques spécialisées pour la MPOC et l'asthme des centres hospitaliers de services généraux et spécialisés (CHSGS) ainsi que le programme régional de réadaptation Traité santé. Les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau Québec (CRQ) complètent le réseau de soutien.



## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	15
<b>1 La méthode</b> .....	17
1.1 Dénombrement des personnes atteintes de MPOC .....	17
1.2 Analyse de la prévalence associée aux MPOC .....	18
1.3 Analyse de la mortalité associée aux MPOC .....	18
1.4 Analyse de la consommation des services chez les personnes atteintes de MPOC.....	18
1.5 Limite des données .....	20
<b>2 La mortalité et la prévalence</b> .....	21
2.1 La mortalité .....	21
2.2 La prévalence .....	23
<b>3 La consommation des services médicaux ambulatoires</b> .....	31
3.1 Le type de consultations médicales .....	31
3.2 La distribution de la fréquence des visites médicales ambulatoires .....	32
3.3 Le nombre moyen de visites médicales.....	33
3.4 Le nombre moyen de médecins rencontrés.....	36
<b>4 La consommation de services en milieu hospitalier</b> .....	39
4.1 Les visites à l'urgence.....	39
4.2 Les hospitalisations.....	42
<b>5 La consommation de services en CSSS (mission CLSC)</b> .....	45
5.1 Le portrait de la clientèle en CSSS (mission CLSC).....	45
5.2 Le portrait des services.....	48
<b>6 Les autres services offerts</b> .....	51
6.1 Les centres d'abandon du tabagisme .....	51
6.2 Le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile .....	52
6.3 Les cliniques spécialisées pour MPOC et asthme des CHSGS .....	52
6.4 Les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseau et les guichets d'accès pour la clientèle orpheline .....	53
6.5 Le programme régional de réadaptation Traité santé.....	53
<b>Conclusion</b> .....	55
Références .....	57
Annexe I Nombre de personnes atteintes selon le sexe .....	59
Annexe II Trajectoire de services pour la clientèle atteinte de MPOC .....	60
Annexe III Trajectoire de la clientèle du programme régional de réadaptation Traité santé.....	61



## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b>	Personnes atteintes de la MPOC, population de 40 ans et plus et population de 65 ans et plus selon le territoire de CSSS et de CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008.....	26
<b>Tableau II</b>	Nombre de personnes atteintes et proportion selon le type de consultation médicale, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008 .....	31
<b>Tableau III</b>	Estimation du nombre de visites médicales à partir du nombre moyen par personne selon le type de consultations, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008.....	35
<b>Tableau IV</b>	Nombre moyen de médecins différents rencontrés selon le type de consultations médicales ambulatoires, en CSSS et en CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008 .....	37
<b>Tableau V</b>	Évolution de l'estimation du nombre total des visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause à partir du nombre moyen par personne, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	40
<b>Tableau VI</b>	Estimation du nombre de visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008.....	41
<b>Tableau VII</b>	Évolution de l'estimation du nombre total des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause à partir du nombre moyen par personne, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	43
<b>Tableau VIII</b>	Estimation du nombre d'hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008.....	44
<b>Tableau IX</b>	Nombre de personnes atteintes ayant reçu des services du CLSC, nombre total et nombre moyen d'interventions par territoire de CLSC, 2007-2008.....	47
<b>Tableau X</b>	Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes atteintes de MPOC, Capitale-Nationale, 2007-2008 .....	48

## Liste des figures

<b>Figure 1</b>	Nombre annuel moyen de décès dus à la MPOC et taux de mortalité ajusté pour l'âge selon le sexe, Capitale-Nationale, 1985-1987 à 2005-2007.....	21
<b>Figure 2</b>	Nombre annuel moyen de décès dus à la MPOC et taux de mortalité selon le groupe d'âge et le sexe, Capitale-Nationale, 2003-2007.....	22
<b>Figure 3</b>	Taux de mortalité par MPOC, ajusté pour l'âge, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2003-2007 .....	22
<b>Figure 4</b>	Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC et prévalence, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	23
<b>Figure 5</b>	Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	23
<b>Figure 6</b>	Prévalence de la MPOC selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	23
<b>Figure 7</b>	Prévalence de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	24
<b>Figure 8</b>	Nombre de personnes atteintes de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	24
<b>Figure 9</b>	Distribution des personnes atteintes de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2007-2008 .....	24
<b>Figure 10</b>	Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC et prévalence, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	25

<b>Figure 11</b>	Prévalence de la MPOC, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008 .....	26
<b>Figure 12</b>	Prévalence de la MPOC selon le sexe, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	27
<b>Figure 13</b>	Prévalence de la MPOC selon l'âge, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	28
<b>Figure 14</b>	Nombre de décès <sup>1</sup> et proportion chez les personnes atteintes de MPOC, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	29
<b>Figure 15</b>	Personnes atteintes de la MPOC décédées <sup>1</sup> en cours d'année selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	29
<b>Figure 16</b>	Répartition des personnes en fonction de la fréquence des visites médicales, selon le type de consultations médicales ambulatoires, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008.....	32
<b>Figure 17</b>	Évolution du nombre moyen de visites médicales selon le type de consultations médicales, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008 .....	33
<b>Figure 18</b>	Évolution du nombre de médecins différents, selon le type de consultations médicales, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008.....	36
<b>Figure 19</b>	Répartition des personnes selon la fréquence des visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008 .....	39
<b>Figure 20</b>	Distribution des personnes selon la fréquence des visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	40
<b>Figure 21</b>	Répartition des personnes selon la fréquence des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008 .....	42
<b>Figure 22</b>	Distribution des personnes selon la fréquence des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008 .....	43
<b>Figure 23</b>	Distribution des personnes atteintes de MPOC ayant reçu des services en CLSC selon le groupe d'âge, 2007-2008.....	46
<b>Figure 24</b>	Distribution des personnes atteintes de MPOC selon la fréquence des interventions en CLSC dans la région de la Capitale-Nationale, 2007-2008.....	46

## Liste des acronymes et des sigles

AIT	Accident ischémique transitoire
ASSS-CN	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CHA	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 <sup>e</sup> révision
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> révision
CLSC	Centre local de santé communautaire
CRQ	Clinique-réseau Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration CLSC (système d'information clientèle en CLSC)
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RQAM	Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC
SRSRSD	Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile



## Introduction

Selon O'Donnell et autres (2007), la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) « est une maladie respiratoire causée surtout par le tabagisme et caractérisée par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, de l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations de fréquence et de sévérité croissantes. On soupçonne habituellement une MPOC chez les gros fumeurs qui ont une dyspnée progressive à l'effort, toussent, produisent des expectorations et ont souvent des infections des voies respiratoires. [...] En 2004, la MPOC a été la quatrième cause de mortalité en importance tant chez les hommes que chez les femmes au Canada ».

L'objectif de ce fascicule est de décrire et d'analyser les données au regard de la prévalence de cette maladie dans la région, des caractéristiques des personnes qui en sont atteintes et des services de santé utilisés. Les données proviennent en grande partie du jumelage des banques de données sur les hospitalisations et les services médicaux payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il devient alors possible de suivre l'utilisation des services des personnes souffrant de cette maladie dans la région de la Capitale-Nationale, et par territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS) et de centre local de santé communautaire (CLSC).

Le premier chapitre expose la méthode utilisée pour l'analyse des données. Le deuxième chapitre informe sur la prévalence et la mortalité associées à la MPOC. Les données sont déclinées selon l'âge, le sexe et le territoire de résidence.

Le chapitre 3 porte sur la consommation des services médicaux ambulatoires et décrit le type de consultations médicales, le nombre et la fréquence des visites médicales ainsi que le nombre moyen de médecins rencontrés par une personne atteinte au cours d'une année.

Le chapitre 4 analyse la distribution des personnes atteintes selon la fréquence des visites à l'urgence et des hospitalisations, et selon le nombre moyen et le nombre total estimé par année de visites à l'urgence et d'hospitalisations.

Le chapitre 5 présente le portrait de la clientèle qui utilise les services en CLSC et la nature des services rendus.

Enfin, ce fascicule se termine par une description, au chapitre 6, de l'organisation régionale des services et des divers programmes offerts à la clientèle atteinte de MPOC.



# 1 La méthode

## 1.1 Dénombrement des personnes atteintes de MPOC

La population visée par la présente étude est celle atteinte d'une MPOC et résidant dans la région de la Capitale-Nationale. L'analyse concerne exclusivement la population âgée de 40 ans et plus, conformément aux études de même type portant sur cette maladie.

Pour estimer la prévalence des MPOC au sein de la population, nous avons opté pour une méthode qui utilise la consommation des services comme critère de dénombrement des personnes atteintes. Ce calcul de la prévalence se distingue des études de type enquête dont les résultats sont obtenus par déclaration lors d'un recensement sur la base d'un échantillon de répondants.

Deux fichiers sur la consommation des services ont été utilisés pour dénombrer la cohorte des personnes atteintes : le fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO) et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ). Ces deux fichiers ont été jumelés par l'intermédiaire d'une banque avec identifiant unique anonyme (la banque de données jumelées) disponible à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS-CN) et obtenue avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI). La banque de données jumelées permet le regroupement des épisodes de services pour un même usager, indépendamment des sources de données utilisées. Cela permet d'avoir un portrait très complet de la prestation de services à l'égard de chaque résidant de la région.

Les cas retenus dans la cohorte comprennent les personnes ayant reçu au moins un diagnostic médical de MPOC au cours d'une année, entre le 1<sup>er</sup> avril 2002 et le 31 mars 2008, dans le cadre d'un épisode de soins. La liste des diagnostics utilisés est la suivante :

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2006

- CIM-9 : 491 : Bronchite chronique  
492 : Emphysème  
496 : Obstruction chronique des voies respiratoires non classée ailleurs

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2006

- CIM-10 : J41 : Bronchite chronique simple et mucopurulente  
J42 : Bronchite chronique sans précision  
J43 : Emphysème  
J44 : Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques

Le balayage du fichier sur les hospitalisations a pris en considération à la fois le diagnostic principal et les diagnostics secondaires associés à l'épisode de soins hospitaliers. Quant au fichier sur les actes médicaux, nous avons utilisé le diagnostic identifié par le médecin lors de la consultation médicale.

La mise en relation avec le registre des décès nous a servi à retirer de la cohorte toutes les personnes décédées au cours de la période d'observation. Leur retrait de la cohorte s'effectue l'année suivant leur décès.

## **1.2 Analyse de la prévalence associée aux MPOC**

En vue de décrire l'ampleur de la MPOC dans la région, la prévalence, c'est-à-dire la proportion de personnes souffrant d'une MPOC au sein de la population, a été retenue. De façon plus précise, le nombre de personnes atteintes pour une année donnée correspond aux cas prévalents au début de l'année (c'est-à-dire les cas de l'année précédente moins les personnes décédées) plus les nouveaux cas diagnostiqués au cours de l'année.

Les données sur la population utilisées au dénominateur proviennent des estimations et des projections (après 2006) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elles ont été produites en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec.

Les résultats sont présentés par territoire de CSSS (4) et de CLSC (13) et comparés à ceux de l'ensemble de la région. Les mesures n'ont pas été ajustées pour l'âge et le sexe.

## **1.3 Analyse de la mortalité associée aux MPOC**

Les données concernant le nombre de décès proviennent du registre des décès du MSSS. L'évolution des taux porte sur des périodes triennales de 1985 à 2007. L'analyse plus détaillée selon l'âge ou le territoire de résidence au moment du décès couvre une période de cinq ans de 2003 à 2007.

Au cours de la période étudiée, deux classifications internationales des maladies ont été utilisées (CIM-9 : 490-492, 496; CIM-10 : J40-J44). Les décès ayant pour cause une « bronchite non précisée comme aiguë ou chronique » (CIM-9 : 490 ou CIM-10 : J40) ont été conservés, contrairement à ce qui a été fait pour la section sur la prévalence. Ce diagnostic n'est en cause que dans 3 % des décès par MPOC. Les taux ont été établis en utilisant la cause principale de décès et ils ont été ajustés pour l'âge avec la population du Québec en 2006, sexes réunis.

Enfin, précisons que les estimations et les projections de population utilisées au dénominateur proviennent du MSSS.

## **1.4 Analyse de la consommation des services chez les personnes atteintes de MPOC**

L'analyse de la consommation des services porte sur les épisodes de soins rapportés à la cohorte de personnes atteintes de MPOC sur 6 ans. Les années étudiées couvrent la période de 2002-2003 à 2007-2008, soit la dernière année disponible dans la banque de données jumelées. L'âge de la personne est celui au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année. Les groupes d'âge retenus sont les suivants : 40 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75 ans et plus.

Seules les personnes demeurant dans la région de la Capitale-Nationale au cours de l'année étudiée ont été retenues. Il s'agit du lieu de résidence de la personne pour chaque année, comme défini à la banque de données jumelées, et non du lieu où les services ont été reçus. Les résultats sont présentés par territoire de CSSS (4) et de

CLSC (13) et comparés à ceux de l'ensemble de la région. Les mesures n'ont pas été ajustées pour l'âge et le sexe. Précisons enfin que les personnes hébergées ont été incluses dans l'étude, au même titre que les personnes vivant dans des ménages privés.

- **Services médicaux ambulatoires**

Le suivi médical ambulatoire regroupe tous les services obtenus dans les milieux suivants : les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales privées, les cliniques-réseau Québec (CRQ) et les consultations externes des hôpitaux. Une visite médicale se calcule en tenant compte de l'identifiant anonyme de l'utilisateur, du lieu de la prestation de services, de l'identifiant anonyme du médecin et de la date où a été fait l'acte médical.

Les usagers ont été regroupés selon le mode de prise en charge médicale au cours de l'année. La catégorie « médecin de famille » désigne les usagers ayant consulté en mode ambulatoire et exclusivement en omnipratique dans l'année. De la même façon, la catégorie « spécialiste » rend compte des usagers ayant eu des consultations uniquement en spécialité. Enfin, la catégorie « médecin de famille et spécialiste » désigne la situation où un usager a consulté un médecin de famille et un spécialiste la même année.

Le nombre de médecins différents se calcule à partir du nombre de médecins distincts vus pendant l'année. Il est déterminé à partir d'un identifiant unique et anonyme propre à chaque médecin.

- **Services en milieu hospitalier**

L'analyse relative au milieu hospitalier se décline en deux volets de services : les visites à l'urgence et les hospitalisations.

Les visites à l'urgence se calculent en considérant la présence d'un acte médical au service des urgences d'un hôpital. Si plusieurs actes ont été faits le même jour, dans un même établissement, et ce, pour un même patient, une seule visite à l'urgence est alors comptabilisée. Si plusieurs dates consécutives pour un même usager sont recensées dans le même établissement, on présume alors que l'utilisateur a passé plusieurs jours dans le même service des urgences et l'on ne comptabilisera qu'une seule visite.

Pour le volet des hospitalisations, nous avons retenu les types d'admission suivants : les admissions non urgentes, semi-urgentes ou urgentes. Les chirurgies d'un jour ainsi que les périodes de soins intensifs et de soins palliatifs ont été exclues de l'analyse. Contrairement aux visites à l'urgence, l'épisode d'hospitalisation est identifié directement dans la banque de données jumelées par un code unique tiré du fichier MED-ÉCHO.

Nous avons analysé les diagnostics après chacune des visites à l'urgence et après chaque hospitalisation. Les épisodes de soins ont été attribués à la MPOC quand le diagnostic principal était celui de MPOC. Le terme *sans égard à la cause* est utilisé si l'épisode de soins a été engendré par une comorbidité associée ou non à la MPOC, par exemple une pneumonie ou une fracture de la hanche.

- **Services en CSSS (mission CLSC)**

Les données sur la consommation de services en CLSC présentées dans cette étude sont issues de la banque régionale de données I-CLSC et ne concernent que l'année 2007-2008. Au moment de la production du rapport, il a été impossible d'obtenir les renseignements sur la consommation de services en CLSC pour la cohorte de personnes définie préalablement à partir de la banque de données jumelées. Une deuxième cohorte a donc été constituée.

Les personnes ont été dénombrées à partir des raisons d'intervention rapportées au fichier. Deux codes de raison (1904 et 1913) ont servi à sélectionner les interventions associées aux MPOC. Comme pour les hospitalisations, nous avons considéré la raison principale et deux raisons secondaires.

Tout comme dans les analyses précédentes, le portrait des services en CLSC vise la population de 40 ans et plus qui résidait dans la région de la Capitale-Nationale au moment de recevoir les services. Le nombre d'interventions rapportées correspond au nombre d'enregistrements présents dans le fichier. Nous les avons réparties en fonction des catégories d'intervenants, des lieux de prestation de services et des profils d'intervention.

### **1.5 Limite des données**

La prévalence obtenue à partir des fichiers consultés ainsi que l'estimation du volume de services pourraient être sous-évaluées. En effet, les personnes atteintes de MPOC qui n'ont pas consulté un médecin pour cette maladie pendant la période d'analyse ou qui n'ont pas eu recours à des services médicaux rémunérés à l'acte (par exemple celles ayant consulté un médecin à salaire) n'ont pu être détectées par la méthode de repérage. Toutefois, comme la majorité des médecins sont payés à l'acte, nous estimons que les résultats obtenus sont suffisamment représentatifs pour servir au portrait qui suit.

Par ailleurs, la MPOC serait sous-diagnostiquée, puisqu'un bon nombre de personnes présentent une atteinte pulmonaire avancée au moment où le diagnostic est posé (O'Donnell et autres, 2007).

## 2 La mortalité et la prévalence

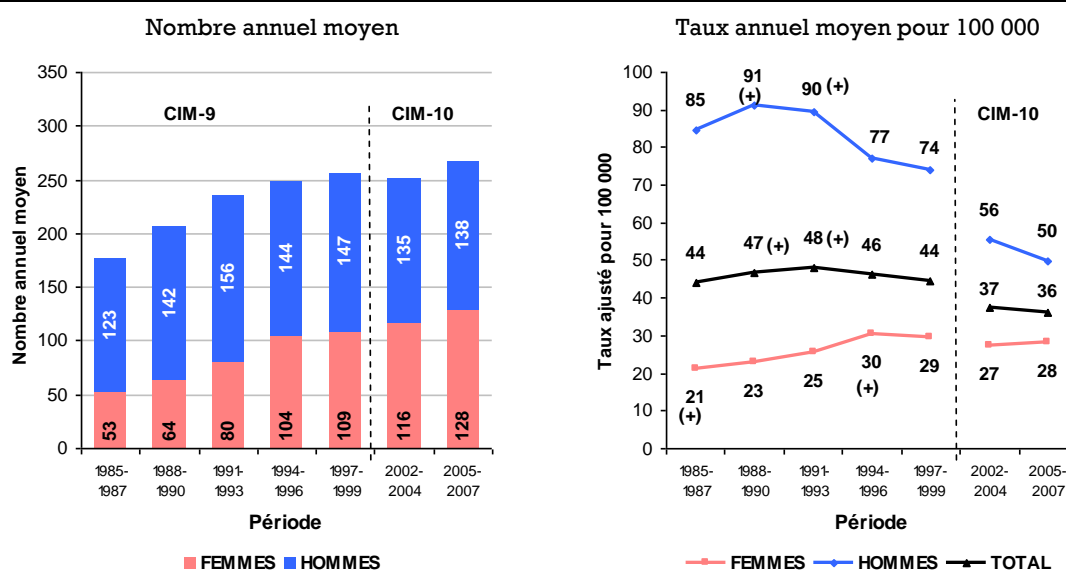
### 2.1 La mortalité

De 2005 à 2007, 266 résidents de la Capitale-Nationale sont décédés en moyenne chaque année d'une MPOC. Celle-ci était la cause principale d'un décès sur 20 (5 %). Près de la moitié de ces décès concernaient des femmes, alors qu'au milieu des années 80, près du tiers survenaient chez celles-ci.

Le taux de mortalité, ajusté pour l'âge, a diminué chez les hommes, alors que chez les femmes, après une augmentation au début des années 90, il est demeuré relativement stable au cours des dernières années. Le taux de mortalité par MPOC reste plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart de mortalité entre les deux sexes s'est considérablement rétréci.

**Figure 1**

Nombre annuel moyen de décès dus à la MPOC et taux de mortalité ajusté pour l'âge selon le sexe, Capitale-Nationale, 1985-1987 à 2005-2007



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des décès; MSSS, Estimations et projections démographiques (2011).

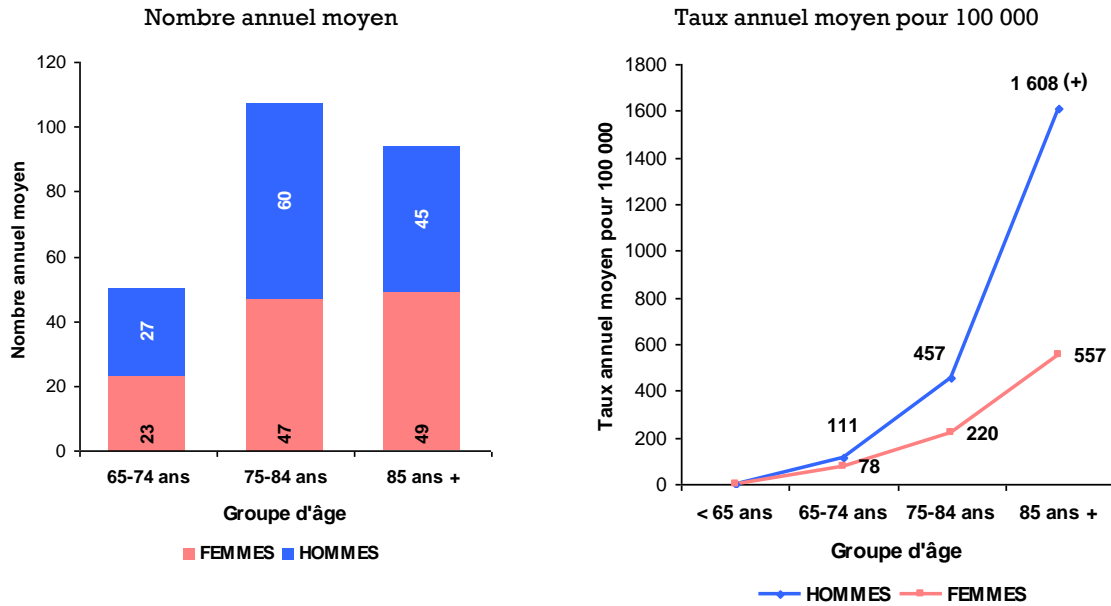
Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

La MPOC cause très peu de décès avant 65 ans; par la suite, le taux augmente avec l'âge. L'âge moyen au décès était de 80,2 ans (79,5 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes).

Dans la Capitale-Nationale, le taux de mortalité par MPOC, ajusté pour l'âge, n'est pas différent de celui des autres Québécois. Cependant, certains territoires de la région se démarquent. Les taux de mortalité par MPOC sont trois fois plus élevés dans Québec Basse-Ville et Charlevoix-Est que dans Sainte-Foy-Sillery.

**Figure 2**

Nombre annuel moyen de décès dus à la MPOC et taux de mortalité selon le groupe d'âge et le sexe, Capitale-Nationale, 2003-2007



(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

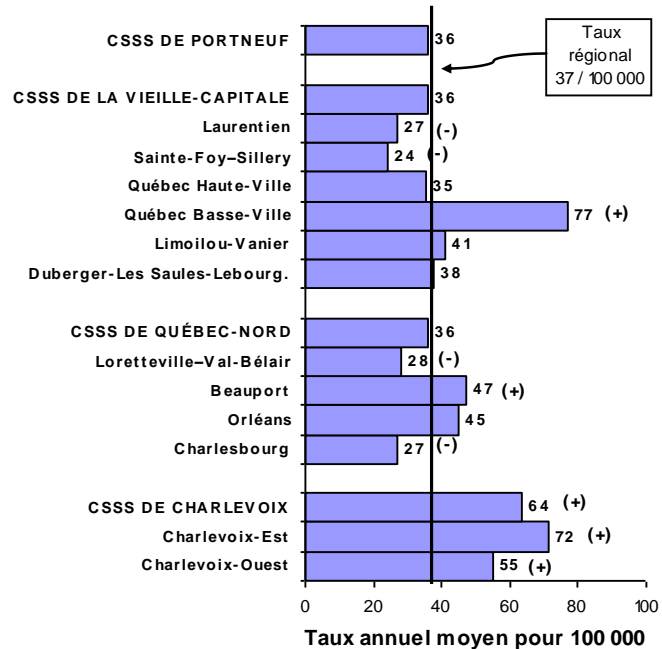
Sources : MSSS, Fichier des décès; MSSS, Estimations et projections démographiques (2011).

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Ces taux de mortalité s'appuient sur la cause principale du décès. Or, bon nombre de personnes souffrant d'une MPOC décèdent d'une autre maladie. Dans la région, cela représente environ 300 décès par année. Au total, ce sont en moyenne chaque année plus de 560 résidents de la région qui décèdent en raison de leur MPOC ou d'une autre maladie ou d'une autre cause. Dans ces cas, un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire est plus souvent enregistré comme la cause du décès.

**Figure 3**

Taux de mortalité par MPOC, ajusté pour l'âge, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2003-2007



(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Sources : MSSS, Fichier des décès; Estimations et projections démographiques (2011).

Produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

## 2.2 La prévalence

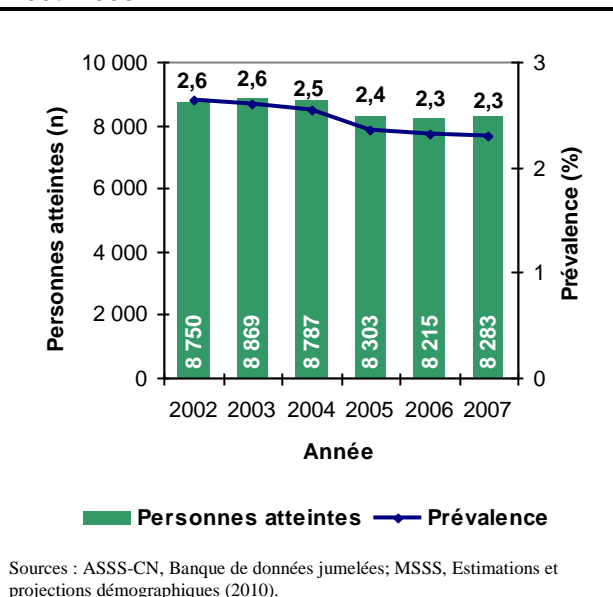
### Capitale-Nationale

En 2007-2008, 2,3 % de la population de 40 ans et plus était atteinte d'une MPOC, maladie qui touche un peu plus les hommes (2,4 %) que les femmes (2,2 %).

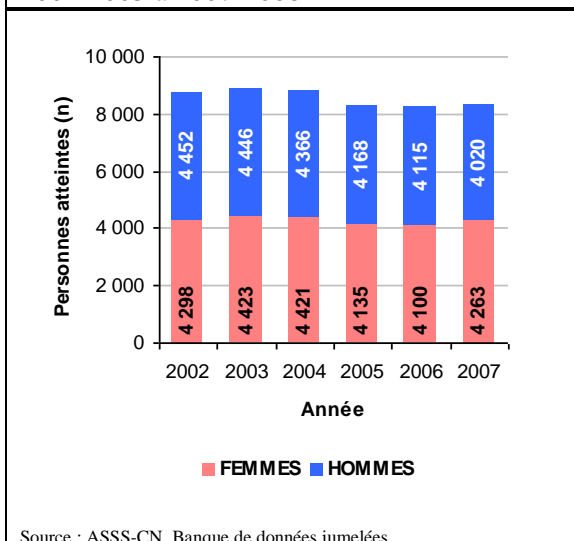
La prévalence de la MPOC a diminué comparativement à l'année 2002-2003, et ce, de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Par conséquent, l'écart entre les deux sexes a rétréci au cours de la période étudiée.

En 2007-2008, 8 283 personnes de 40 ans et plus de la région souffraient d'une MPOC, soit 467 personnes de moins qu'en 2002-2003. Les femmes étaient un peu plus nombreuses (51 %) que les hommes (49 %), à l'inverse de ce qui était observé en 2002-2003.

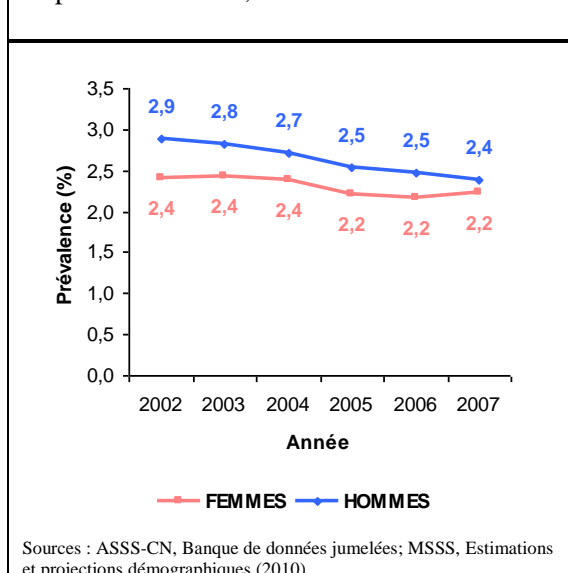
**Figure 4**  
Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC et prévalence, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



**Figure 5**  
Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



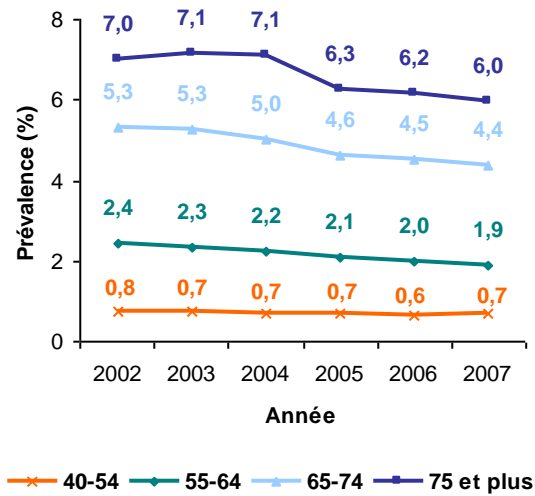
**Figure 6**  
Prévalence de la MPOC selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



La prévalence de la MPOC augmente avec l'âge, soit de 0,7 % chez les 40 à 54 ans à 6 % chez les 75 ans et plus. Au cours de la période étudiée, la prévalence a diminué dans presque tous les groupes d'âge retenus.

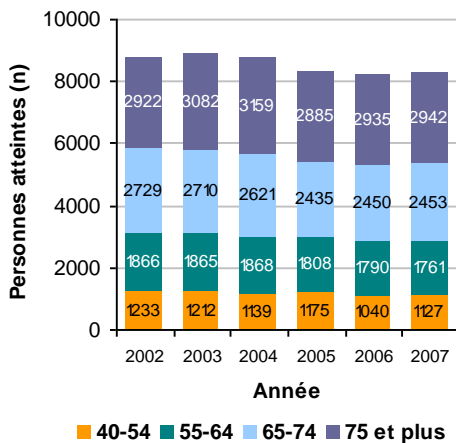
Près des deux tiers (65 %) des personnes atteintes d'une MPOC sont âgées de 65 ans ou plus, dont 36 % ont 75 ans ou plus. Bien que la prévalence de la MPOC ait diminué chez les 75 ans et plus, le nombre de personnes atteintes dans ce groupe d'âge est demeuré stable, à près de 3 000. Le nombre a surtout diminué chez les 65 à 74 ans.

**Figure 7**  
Prévalence de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



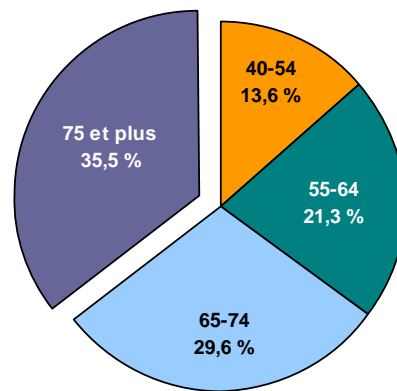
Sources : ASSS-CN, Banque de données jumelées; MSSS, Estimations et projections démographiques (2010).

**Figure 8**  
Nombre de personnes atteintes de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

**Figure 9**  
Distribution des personnes atteintes de la MPOC selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2007-2008



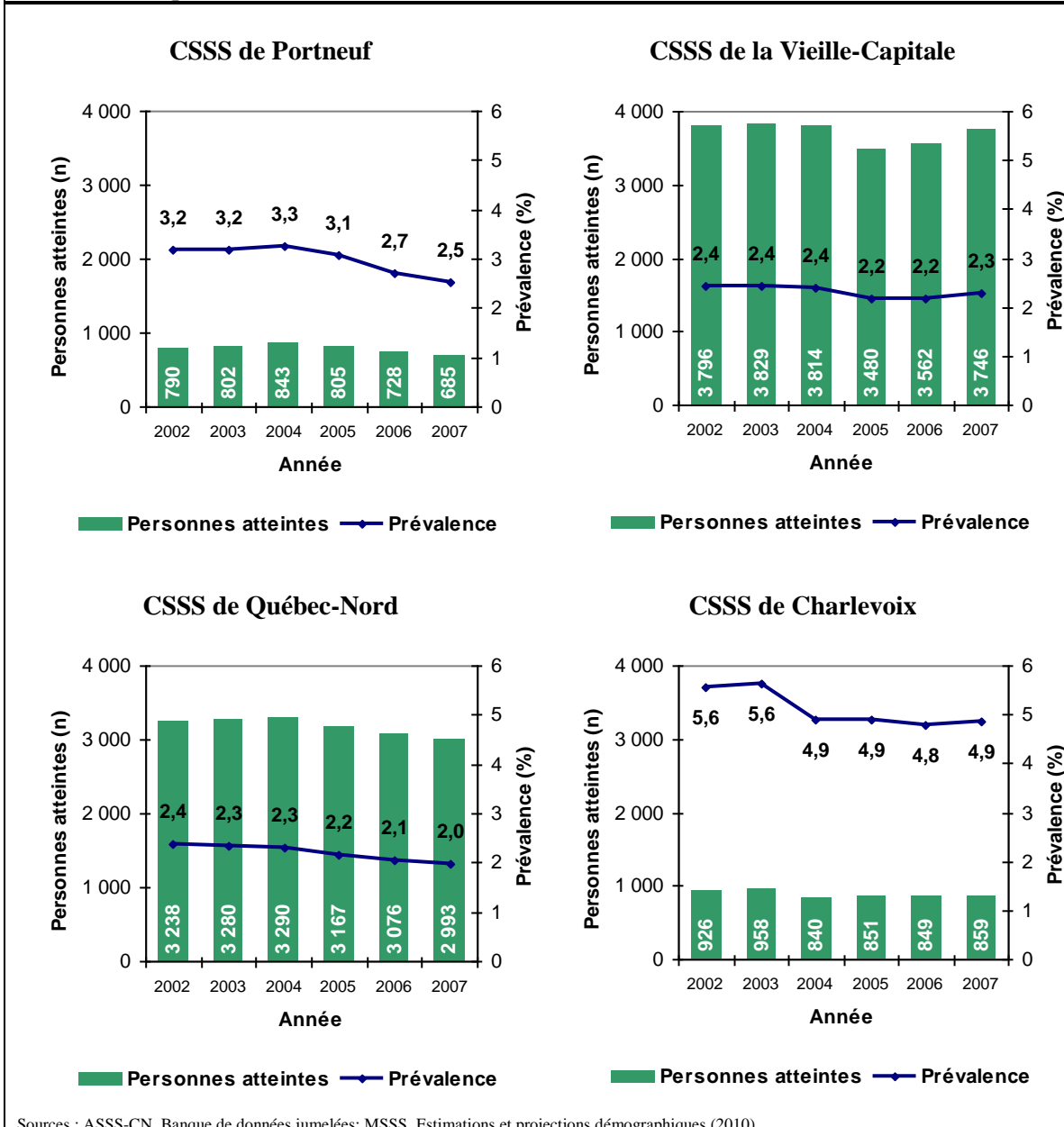
Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

## Territoires de CSSS et de CLSC

En 2007-2008, tous les territoires de CSSS de la région présentaient une prévalence de la MPOC inférieure à celle observée en 2002-2003. La prévalence la plus élevée était observée dans le territoire du CSSS de Charlevoix, où 5 % de la population de 40 ans et plus était atteinte d'une MPOC, comparativement à 2,3 % pour l'ensemble de la région.

**Figure 10**

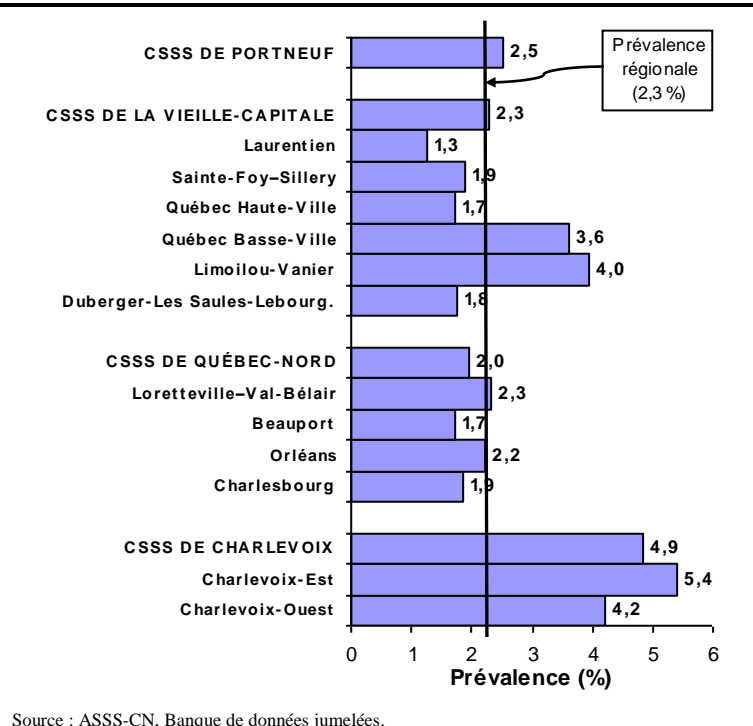
Personnes de 40 ans et plus atteintes d'une MPOC et prévalence, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



Les territoires de CLSC de Charlevoix présentent les prévalences les plus élevées de la région, respectivement 5,4 % et 4,2 % dans les secteurs est et ouest. Les territoires de Limoilou-Vanier et de Québec Basse-Ville montrent aussi une prévalence plus élevée que la moyenne régionale, à 4,0 % et à 3,6 %.

On dénombrait 859 personnes atteintes d'une MPOC dans Charlevoix au cours de la dernière année étudiée. Toutefois, on en comptait davantage dans Limoilou-Vanier (1 265), Charlesbourg (959) et Loretteville-Val-Bélair (893). Ces trois territoires regroupaient 38 % des personnes atteintes de la région.

**Figure 11**  
Prévalence de la MPOC, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008



**Tableau I**

Personnes atteintes de la MPOC, population de 40 ans et plus et population de 65 ans et plus selon le territoire de CSSS et de CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

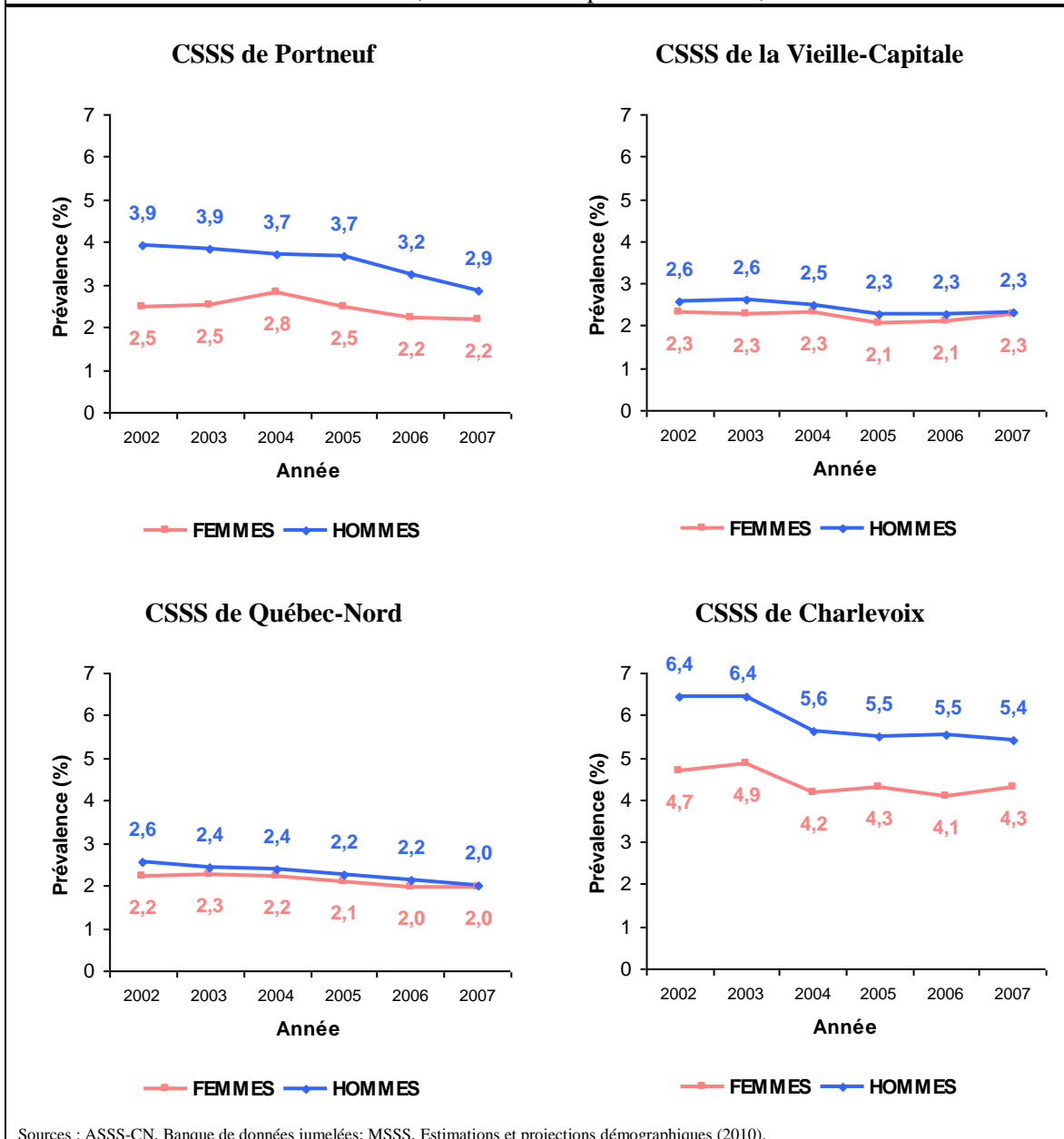
Territoire de CSSS et de CLSC	Personnes atteintes n	Population de 40 ans et plus <sup>1</sup> n	Prévalence %	Population de 65 ans et plus <sup>1</sup> n	65 et plus / 40 ans et plus %
<b>CSSS DE PORTNEUF</b>	685	27 172	2,5	8 141	30,0
<b>CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE</b>	3 746	164 090	2,3	52 839	32,2
Laurentien	401	32 041	1,3	5 865	18,3
Sainte-Foy-Sillery	804	42 264	1,9	16 464	39,0
Québec Haute-Ville	367	21 520	1,7	8 989	41,8
Québec Basse-Ville	526	14 629	3,6	4 689	32,1
Limoilou-Vanier	1 265	32 034	4,0	11 177	34,9
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	383	21 602	1,8	5 655	26,2
<b>CSSS DE QUÉBEC-NORD</b>	2 993	151 669	2,0	39 036	25,7
Loretteville-Val-Bélair	893	38 693	2,3	8 054	20,8
Beauport	755	43 855	1,7	11 648	26,6
Orléans	386	17 408	2,2	4 814	27,7
Charlesbourg	959	51 713	1,9	14 520	28,1
<b>CSSS DE CHARLEVOIX</b>	859	17 712	4,9	5 523	31,2
Charlevoix-Est	517	9 561	5,4	2 916	30,5
Charlevoix-Ouest	342	8 151	4,2	2 607	32,0
<b>CAPITALE-NATIONALE</b>	8 283	360 643	2,3	105 539	29,3

1. Projections de la population au 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Sources : ASSS-CN, Banque de données jumelées; MSSS, Estimation et projections démographiques (2010).

Tout comme pour l'ensemble de la région, on observe dans chacun des territoires de CSSS une diminution de la prévalence de la MPOC, principalement chez les hommes. Une réduction de l'écart entre les hommes et les femmes est constatée dans les quatre territoires de CSSS. Cet écart est même disparu dans la Vieille-Capitale et Québec-Nord, où proportionnellement autant d'hommes que de femmes étaient atteints d'une MPOC en 2007-2008.

**Figure 12**  
Prévalence de la MPOC selon le sexe, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008

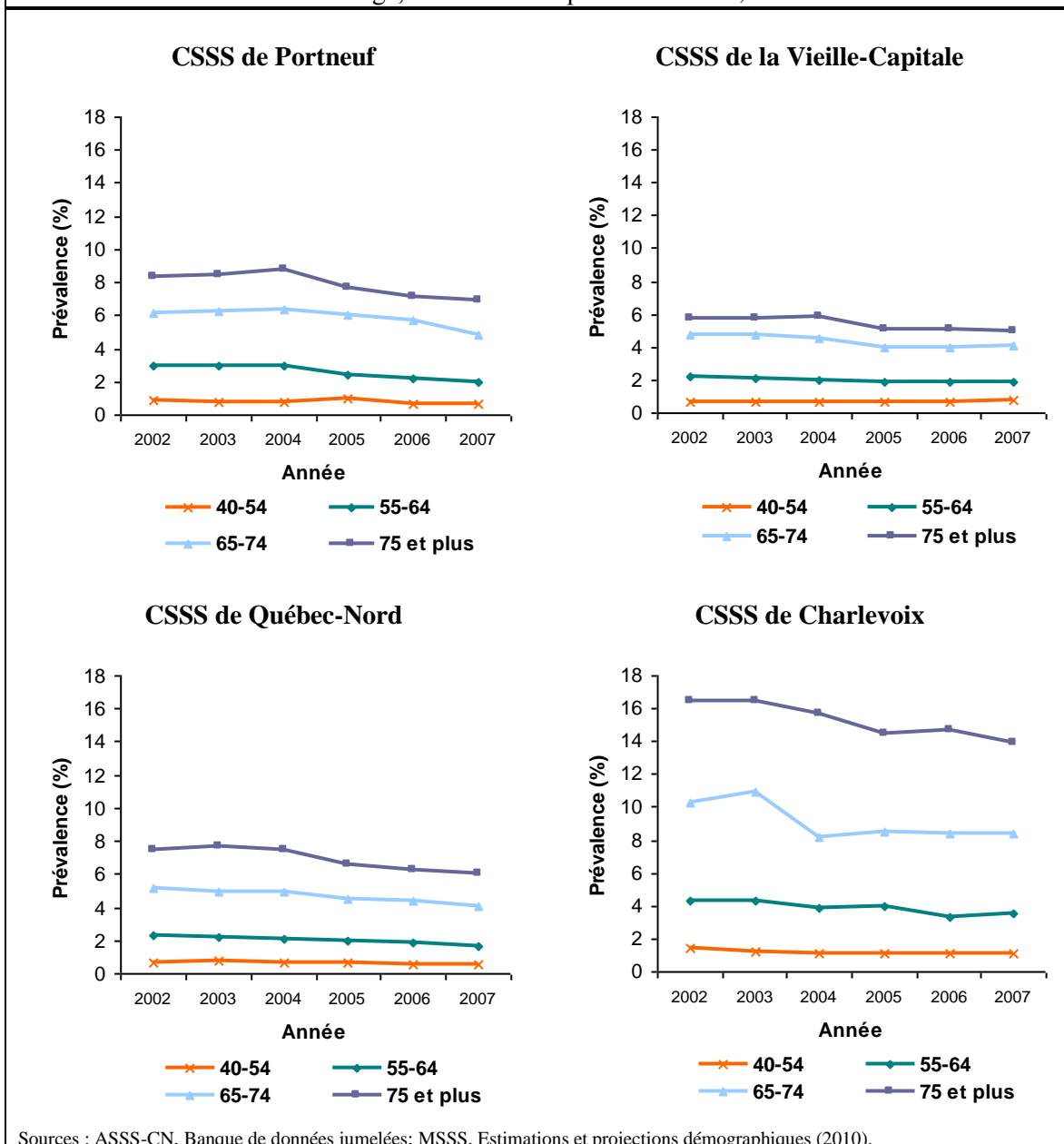


Dans la majorité des territoires de CLSC, la prévalence chez les hommes est supérieure ou semblable à celle chez les femmes, à l'exception de Québec Basse-Ville, où 4,0 %

des femmes sont atteintes de MPOC comparativement à 3,1 % des hommes (voir l'annexe I). Dans les territoires de CLSC où la prévalence de la MPOC est la plus élevée (Charlevoix-Est, Charlevoix-Ouest, Limoilou-Vanier et Québec Basse-Ville), tant les hommes que les femmes présentent des prévalences supérieures à la moyenne régionale. Dans Portneuf, seule la prévalence chez les hommes est supérieure à la moyenne régionale.

Tout comme pour l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale, la prévalence augmente avec l'âge dans chaque territoire de CSSS. En général, chaque groupe d'âge enregistre une prévalence plus basse à la fin de la période étudiée qu'au début.

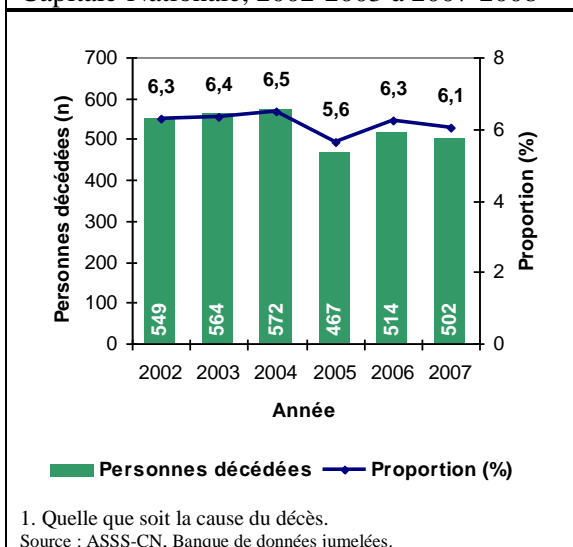
**Figure 13**  
Prévalence de la MPOC selon l'âge, CSSS de la Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



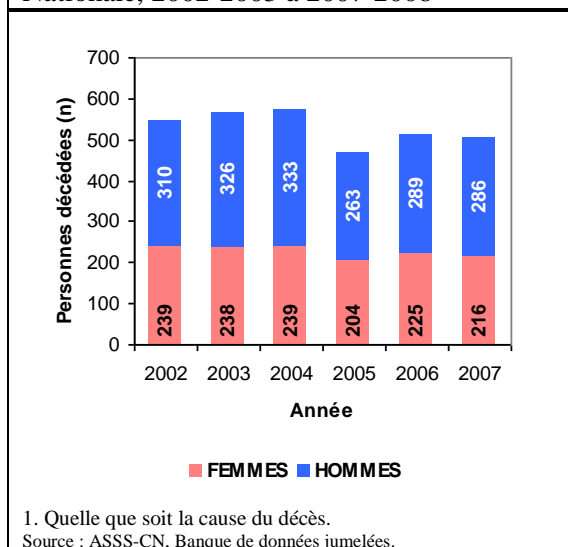
## Décès des personnes atteintes

En moyenne, chaque année, 6,2 % des personnes atteintes d'une MPOC décèdent, que ce soit de leur maladie ou de toute autre cause. En 2007-2008, 7,1 % (286) des hommes atteints d'une MPOC sont décédés au cours de l'année, comparativement à 5,3 % (216) des femmes.

**Figure 14**  
Nombre de décès<sup>1</sup> et proportion chez les personnes atteintes de MPOC, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



**Figure 15**  
Personnes atteintes de la MPOC décédées<sup>1</sup> en cours d'année selon le sexe, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



Rappelons que les personnes décédées sont incluses dans les résultats suivants sur la consommation des services, leur retrait étant effectué l'année qui suit leur décès.

La MPOC est un problème de santé important. Les fichiers consultés ont permis de dénombrer au moins 8 300 personnes de la région souffrant de cette maladie, soit 2,3 % des adultes de 40 ans et plus. De plus, 5 % de tous les décès sont causés par celle-ci. Fait encourageant, le taux de mortalité ainsi que la prévalence sont en diminution chez les hommes, alors que chez les femmes, tant le taux de mortalité que la prévalence sont demeurés stables au cours des dernières années.

Il demeure néanmoins que la situation semble plus préoccupante dans certains territoires de la région, notamment ceux de Québec Basse-Ville, de Limoilou-Vanier, de Charlevoix-Est et de Charlevoix-Ouest. Les fichiers consultés ne permettent pas de déterminer des facteurs qui pourraient expliquer ces variations territoriales. On pourrait penser que la consommation de cigarettes, principal facteur de risque de la MPOC, est en cause (O'Donnell et autres, 2007; Agence de la santé publique du Canada, 2007). À cet égard, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 montrent que la proportion de fumeurs était plus élevée dans le secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier (37,0 %) comparativement à l'ensemble du Québec (24,2 %), alors que les autres territoires de la région présentaient une proportion de fumeurs semblable ou inférieure à celle du Québec (Ferland et

Pageau, 2011). Comme la MPOC est une maladie qui peut évoluer sur une longue période, il est possible que les fumeurs aient déjà été relativement plus nombreux ou que d'autres facteurs soient en cause.

### 3 La consommation des services médicaux ambulatoires

L'analyse de la banque de données jumelées permet de décrire la consommation de services médicaux ambulatoires. Le suivi médical ambulatoire regroupe tous les services obtenus dans les milieux suivants : les GMF, les cliniques médicales privées, les CRQ et les consultations externes des hôpitaux. Quatre volets ont été analysés :

- Le type de consultations médicales;
- La distribution de la fréquence des visites médicales;
- Le nombre moyen de visites médicales;
- Le nombre moyen de médecins rencontrés par une personne atteinte au cours d'une année.

#### 3.1 Le type de consultations médicales

Le suivi médical des personnes atteintes de MPOC est effectué par un médecin de famille ou par un spécialiste. Certaines personnes rencontrent exclusivement un médecin de famille ou un spécialiste, tandis que d'autres sont suivies conjointement. Cela définit le type de consultations médicales. Pour les données relatives aux consultations avec un spécialiste, non seulement les consultations en pneumologie ont été considérées, mais aussi celles effectuées pour toutes les spécialités.

**Tableau II**

Nombre de personnes atteintes et proportion selon le type de consultation médicale, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008

	2002-2003		2007-2008	
	Nombre	%	Nombre	%
Personnes dans la cohorte	8 750	100,0	8 283	100,0
Personnes sans consultation médicale au cours d'une année	210	2,4	258	3,1
Personnes qui consultent un médecin	8 540	97,6	8 025	96,9
• Personnes qui consultent un médecin de famille et un spécialiste	6 460	73,8	6 146	74,2
• Personnes qui consultent un médecin de famille seulement	1 595	18,2	1 392	16,8
• Personnes qui consultent un spécialiste seulement	485	5,5	487	5,9

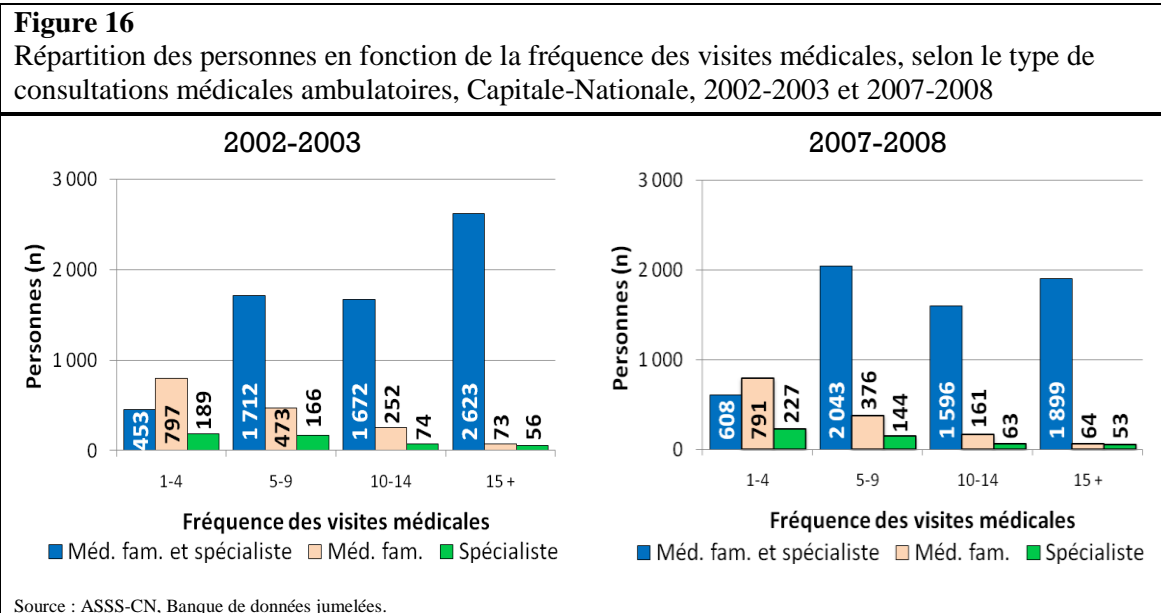
Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

Le modèle de consultations médicales des personnes atteintes est sensiblement le même au cours des deux années de référence, bien que l'on note, pour 2007-2008, une légère augmentation du nombre de personnes qui n'ont pas eu recours à une consultation médicale. Ce nombre est tout de même faible. Il peut s'agir de personnes

qui n'ont vraiment pas consulté ou de consultations qui n'ont pas été enregistrées à la RAMQ, selon le mode de rémunération du médecin consulté.

Le tableau met en évidence que 97 % des personnes atteintes ont consulté un médecin et que 74 % d'entre elles ont rencontré un médecin de famille et un spécialiste; 17 % ont consulté un médecin de famille seulement et 6 %, un spécialiste.

### 3.2 La distribution de la fréquence des visites médicales ambulatoires



Environ 80 % des personnes atteintes qui ont besoin d'un suivi médical effectuent 5 visites médicales et plus par année. Un nombre important de personnes nécessitent plus de 15 visites médicales, soit 32 % en 2002-2003 et 24 % en 2007-2008. Dans ces cas, le suivi est majoritairement conjoint, c'est-à-dire effectué par un médecin de famille et par un spécialiste.

Pour la fréquence de 4 visites et moins, le suivi médical est majoritairement effectué par un médecin de famille seul. Les personnes atteintes sont possiblement à un stade moins avancé de leur maladie.

L'analyse comparative des deux années montre une diminution, en 2007-2008, du nombre de personnes qui ont dû fréquenter leurs médecins à 15 reprises et plus. En contrepartie, on observe une augmentation du nombre de personnes pour la fréquence de 5 à 9 visites médicales.

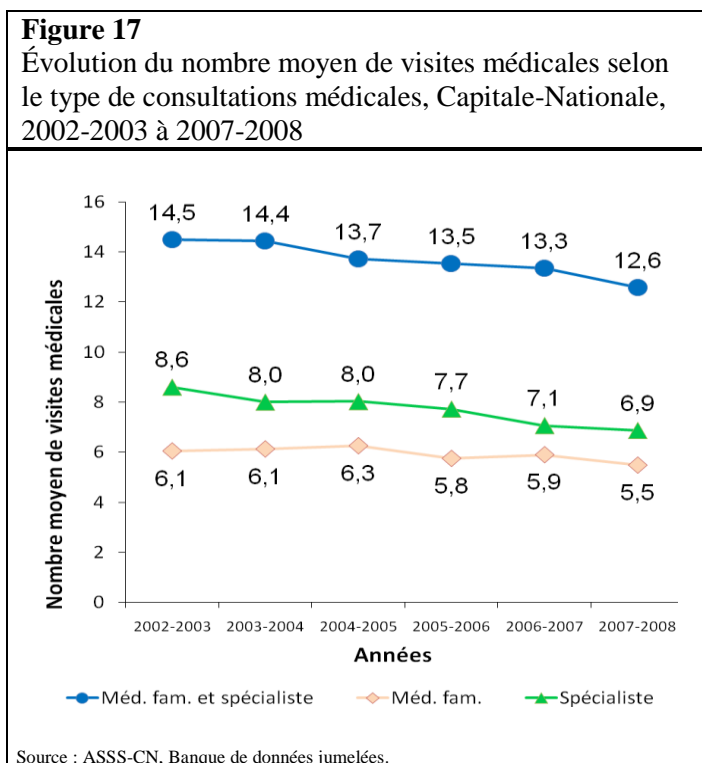
Il est difficile de trouver une raison précise à cette modification de la fréquence des visites médicales au cours des deux années étudiées. S'agit-il d'une diminution de la sévérité de la maladie, de l'effet bénéfique de nouvelles thérapies ou d'une meilleure prise en charge professionnelle liée à l'organisation des services, par exemple les GMF offrant un suivi infirmier? Y aurait-il un lien avec une possible diminution de l'accessibilité médicale?

### 3.3 Le nombre moyen de visites médicales

#### Capitale-Nationale

La figure 17 met en évidence la diminution du nombre moyen de visites médicales de 2002-2003 à 2007-2008 pour tous les types de consultations médicales.

Lorsque le suivi est fait uniquement par un médecin de famille, le nombre moyen de visites est le plus bas, soit 5,5 visites par année. Lorsque le suivi est exclusivement assuré en spécialité, le nombre moyen de visites se situe à 6,9 et il est de 12,6 dans les cas d'un suivi conjoint.



#### Territoires de CSSS et de CLSC

Le modèle de consommation des services médicaux ambulatoires est variable selon les territoires de CLSC, possiblement en raison de l'éloignement et de la distribution des ressources médicales. Ainsi, par rapport au profil de consommation pour l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale, les patients de la région de Charlevoix rendent en moyenne moins visite à un médecin spécialiste (4,8 comparativement à 6,9 visites) et consultent plus souvent un médecin de famille (6,7 par rapport à 5,5 visites). Toutefois, le petit nombre de personnes suivies uniquement par un spécialiste, tant dans Charlevoix que dans Portneuf, limite les comparaisons avec la moyenne régionale.

Le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, ayant le ratio le plus élevé de 65 ans et plus, enregistre le plus grand nombre moyen de visites médicales pour les personnes qui sont suivies exclusivement par des spécialistes, particulièrement pour les territoires de Sainte-Foy–Sillery, de Limoilou-Vanier et de Québec Haute-Ville.

Certaines particularités sont aussi à noter pour le CSSS de Québec-Nord. Dans le territoire du CLSC Orléans, le nombre moyen de visites auprès d'un médecin de famille est le plus élevé de tous les territoires (7,3 visites), tandis que son nombre moyen de visites auprès de spécialistes est l'un des plus bas (3,5 visites). La situation est inversée dans le territoire du CLSC de Beauport.

Le tableau III permet d'évaluer le poids de la MPOC sur l'activité médicale ambulatoire. En 2007-2008, 88 456 visites médicales ont été effectuées par les personnes atteintes de MPOC, peu importe le type de consultations médicales. Les personnes atteintes résidant sur le territoire du CLSC de Limoilou-Vanier ont effectué le plus grand nombre de visites pour tout type de consultations, soit 14 584 visites au cours de l'année 2007-2008. Il faut cependant noter que le nombre de personnes atteintes qui consultent est également élevé (1 265 personnes).

**Tableau III**

Estimation\* du nombre de visites médicales à partir du nombre moyen par personne selon le type de consultations, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Territoire	Cohorte totale		Médecin de famille et spécialiste				Médecin de famille				Spécialiste				Personne sans consultation médicale	
	Cohorte	%	Nombre de personnes	%	Nombre moyen de visites	Nombre de visites estimées	Nombre de personnes	%	Nombre moyen de visites	Nombre de visites estimées	Nombre de personnes	%	Nombre moyen de visites	Nombre de visites estimées	Nombre de personnes	%
CSSS DE PORTNEUF	685	8	492	72	12,9	6 347	149	22	6,0	894	18	3	6,3	113	26	3,8
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	3 746	45	2 787	74	13,0	36 231	591	16	5,4	3 191	258	7	7,3	1 883	110	2,9
Laurentien	401	5	312	78	12,5	3 900	69	17	4,9	338	16	4	5,4	86	4	1,0
Sainte-Foy-Sillery	804	10	583	73	12,5	7 288	133	17	4,9	652	54	7	8,1	437	34	4,2
Québec Haute-Ville	367	4	271	74	13,8	3 740	39	11	5,6	218	35	10	7,7	270	22	6,0
Québec Basse-Ville	526	6	367	70	12,6	4 624	100	19	5,8	580	45	9	6,1	275	14	2,7
Limoulou-Vanier	1 265	15	954	75	13,4	12 784	192	15	5,6	1 075	93	7	7,8	725	26	2,0
Dubouche-Les Saules-Lebourgneuf	383	5	300	78	13,1	3 930	58	15	5,1	296	15	4	6,0	90	10	2,6
CSSS DE QUÉBEC-NORD	2 993	36	2 223	74	11,9	26 454	480	16	5,1	2 448	195	7	6,5	1 268	95	3,2
Loretteville-Vai-Bélair	893	11	670	75	11,2	7 504	171	19	3,8	650	33	4	6,2	205	19	2,1
Beauport	755	9	539	71	11,4	6 145	119	16	4,8	571	58	8	7,7	447	39	5,2
Orléans	386	5	299	77	13,0	3 887	58	15	7,3	423	16	4	3,5	56	13	3,4
Charlesbourg	959	12	715	75	12,6	9 009	132	14	5,9	779	88	9	6,4	563	24	2,5
CSSS DE CHARLEVOIX	859	10	644	75	12,7	8 179	172	20	6,7	1 152	16	2	4,8	77	27	3,1
Charlevoix-Est	517	6	369	71	12,4	4 576	131	25	6,9	904	8	2	3,4	27	9	1,7
Charlevoix-Ouest	342	4	275	80	13,1	3 603	41	12	6,1	250	8	2	6,1	49	18	5,3
CAPITALE-NATIONALE	8 283	100	6 146	74	12,6	77 440	1 392	17	5,5	7 656	487	6	6,9	3 360	258	3,1

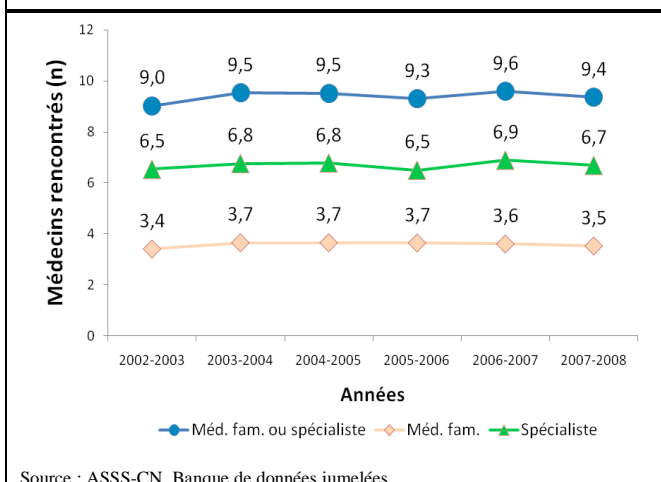
Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées

\* L'estimation est basée sur une moyenne de visites par individu.

### 3.4 Le nombre moyen de médecins rencontrés

De 2002-2003 à 2007-2008, le nombre moyen de médecins différents rencontrés au cours d'une année par une personne atteinte de MPOC a très peu varié. En 2007-2008, les personnes atteintes ont consulté en moyenne 9,4 médecins différents. Elles ont rencontré davantage de spécialistes différents (moyenne de 6,7) que de médecins de famille différents (moyenne de 3,5).

**Figure 18**  
Évolution du nombre de médecins différents, selon le type de consultations médicales, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008



### Territoires de CSSS et de CLSC

Tout comme pour le nombre moyen de visites médicales, le territoire de Charlevoix se démarque par un nombre plus élevé de médecins différents rencontrés (4,2) dans le cadre d'un suivi par un médecin de famille, comparativement à 3,5 pour la région de la Capitale-Nationale. Cependant, le nombre de spécialistes différents y est inférieur. Encore une fois, le petit nombre de personnes suivies uniquement par un spécialiste, tant dans Charlevoix que dans Portneuf, limite les comparaisons avec la moyenne régionale.

Les deux territoires de CSSS de la grande région de Québec ont un profil assez semblable au regard du nombre de médecins différents rencontrés selon le type de consultation. Ce nombre s'apparente à celui de la moyenne de la Capitale-Nationale.

**Tableau IV**

Nombre moyen de médecins différents rencontrés selon le type de consultations médicales ambulatoires, en CSSS et en CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

	Médecin de famille ou spécialiste	Médecin de famille	Spécialiste
	Nombre moyen	Nombre moyen	Nombre moyen
<b>CSSS DE PORTNEUF</b>	8,74	3,77	6,03
<b>CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE</b>	9,89	3,47	7,22
Laurentien	9,19	3,21	6,59
Sainte-Foy-Sillery	9,68	3,40	7,00
Québec Haute-Ville	10,85	3,86	7,75
Québec Basse-Ville	9,28	3,45	6,95
Limoilou-Vanier	10,18	3,51	7,47
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	10,07	3,37	7,36
<b>CSSS DE QUÉBEC-NORD</b>	9,37	3,36	6,80
Loretteville-Val-Bélair	8,37	3,15	6,08
Beauport	10,27	3,15	7,97
Orléans	9,54	4,07	6,27
Charlesbourg	9,52	3,45	6,74
<b>CSSS DE CHARLEVOIX</b>	7,50	4,17	4,22
Charlevoix-Est	7,07	4,29	3,75
Charlevoix-Ouest	8,18	3,98	4,85
<b>CAPITALE-NATIONALE</b>	9,36	3,53	6,69

Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.



## 4 La consommation de services en milieu hospitalier

La consommation de services en milieu hospitalier est définie par les visites à l'urgence et les hospitalisations dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la Capitale-Nationale. Cette consommation de services est analysée selon trois aspects, à savoir la fréquence des visites à l'urgence et des hospitalisations, l'estimation de leur nombre total ainsi que la répartition de leur nombre moyen par territoires de CSSS et de CLSC.

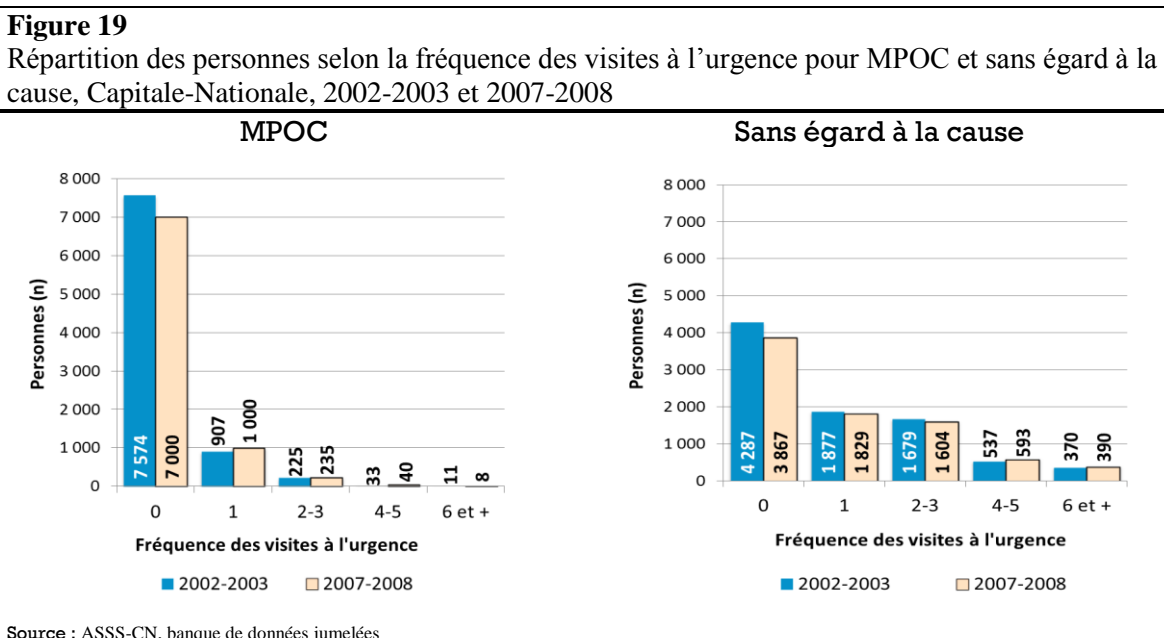
Comme il existe une certaine imprécision dans la codification de la raison de la consultation à l'urgence ou du diagnostic d'admission dans les cas de maladies pulmonaires, il a été décidé de considérer les données au regard des personnes qui consomment les services en raison de leur MPOC et de celles qui le font pour toutes autres raisons. La présence de comorbidité, souvent remarquée chez les personnes atteintes de MPOC, a aussi influencé la façon d'analyser la consommation de services en milieu hospitalier. Une visite à l'urgence ou une hospitalisation pour traiter une pneumonie chez une personne atteinte de MPOC n'aurait pas été considérée dans les données sur la consommation de services si les consultations sans égard à la cause n'avaient pas été retenues.

### 4.1 Les visites à l'urgence

#### Capitale-Nationale

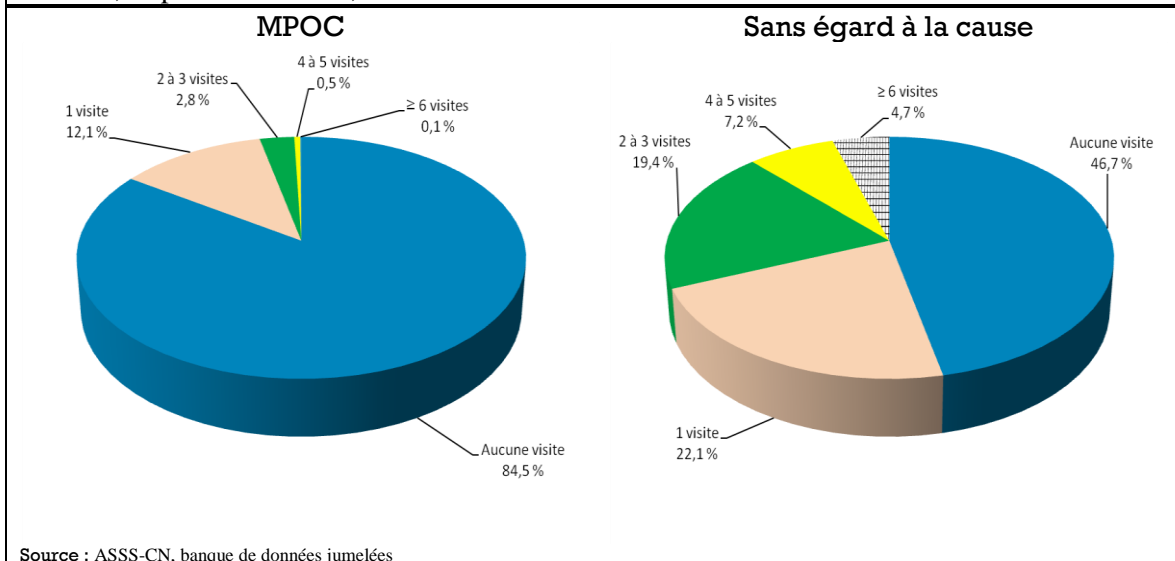
Globalement, en 2007-2008, 85 % des personnes n'ont pas consulté à l'urgence en raison de leur MPOC.

Si l'on considère les visites à l'urgence sans égard à la cause, on note que 4 416 personnes (53 % de la cohorte) se sont présentées à l'urgence au moins une fois. De ce nombre, 1 283 personnes avaient comme raison principale de consultation la MPOC.



**Figure 20**

Distribution des personnes selon la fréquence des visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008



En 2007-2008, 983 personnes (12 %) ont consulté à l'urgence à 4 reprises et plus, sans égard à la cause. Lorsque l'on regarde la consultation ayant comme raison principale la MPOC, ce sont 48 personnes (moins de 1 %) qui ont fréquenté l'urgence à 4 reprises et plus.

Le nombre moyen de visites à l'urgence est demeuré relativement stable au cours des années étudiées. Il se situait autour de 1,4 visite lorsque la raison principale était la MPOC, tandis qu'il était d'environ 2,6 visites sans égard à la cause.

Le tableau V permet de suivre l'évolution de la fréquentation de l'urgence par les personnes atteintes de MPOC. Le calcul du nombre total estimé de visites révèle que les personnes de la cohorte ont effectué, selon les différentes années, de 11 247 à 12 564 visites à l'urgence, mais qu'environ 1 800 de ces visites avaient comme raison principale la MPOC.

**Tableau V**

Évolution de l'estimation\* du nombre total des visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause à partir du nombre moyen par personne, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008

Années	MPOC			Sans égard à la cause		
	Nombre de personnes	Nombre moyen de visites	Nombre total estimé de visites	Nombre de personnes	Nombre moyen de visites	Nombre total estimé de visites
2002-2003	1 176	1,39	1 635	4 463	2,52	11 247
2003-2004	1 444	1,37	1 978	4 851	2,59	12 564
2004-2005	1 394	1,38	1 924	4 747	2,55	12 105
2005-2006	1 307	1,42	1 856	4 418	2,62	11 575
2006-2007	1 343	1,38	1 853	4 499	2,62	11 787
2007-2008	1 283	1,37	1 758	4 416	2,60	11 482

Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

\*L'estimation est basée sur une moyenne de visites par personne.

## Territoires de CSSS et de CLSC

En 2007-2008, les territoires de CSSS de Portneuf et de Charlevoix enregistraient un nombre moyen de visites à l'urgence en raison d'une MPOC supérieur à la moyenne régionale se situant à 1,37 visite. Le nombre moyen des autres territoires était légèrement inférieur à cette moyenne régionale.

En ce qui concerne le nombre moyen de visites sans égard à la cause, les deux territoires de CLSC de Charlevoix ainsi que celui d'Orléans (Côte-de-Beaupré et Île-d'Orléans) enregistraient une moyenne supérieure à la moyenne régionale (2,6 visites). L'organisation des services médicaux dans ces territoires pourrait expliquer ces écarts. Les territoires Laurentien et Sainte-Foy-Sillery avaient le nombre moyen le plus bas.

**Tableau VI**

Estimation\* du nombre de visites à l'urgence pour MPOC et sans égard à la cause, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Territoire	MPOC			Sans égard à la cause		
	Nombre de personnes	Nombre moyen de visites	Nombre total estimé de visites	Nombre de personnes	Nombre moyen de visites	Nombre total estimé de visites
CSSS DE PORTNEUF	75	1,53	115	369	2,58	952
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	483	1,32	638	1 873	2,41	4 514
Laurentien	58	1,34	78	182	2,10	382
Sainte-Foy-Sillery	82	1,22	100	352	2,19	771
Québec Haute-Ville	73	1,33	97	214	2,69	576
Québec Basse-Ville	66	1,44	95	269	2,43	653
Limoilou-Vanier	147	1,35	199	671	2,52	1 691
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	57	1,19	68	185	2,36	437
CSSS DE QUÉBEC-NORD	500	1,31	655	1 561	2,55	3 981
Loretteville-Val-Bélair	145	1,37	199	464	2,46	1 141
Beauport	114	1,36	155	372	2,48	923
Orléans	136	1,37	186	281	3,25	913
Charlesbourg	105	1,11	117	444	2,27	1 008
CSSS DE CHARLEVOIX	224	1,58	354	613	3,29	2 017
Charlevoix-Est	165	1,65	272	382	3,45	1 318
Charlevoix-Ouest	59	1,39	82	231	3,03	700
CAPITALE-NATIONALE	1 282	1,37	1 758	4 416	2,60	11 482

Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

\*L'estimation est basée sur une moyenne de visites par personne.

## 4.2 Les hospitalisations

### Capitale-Nationale

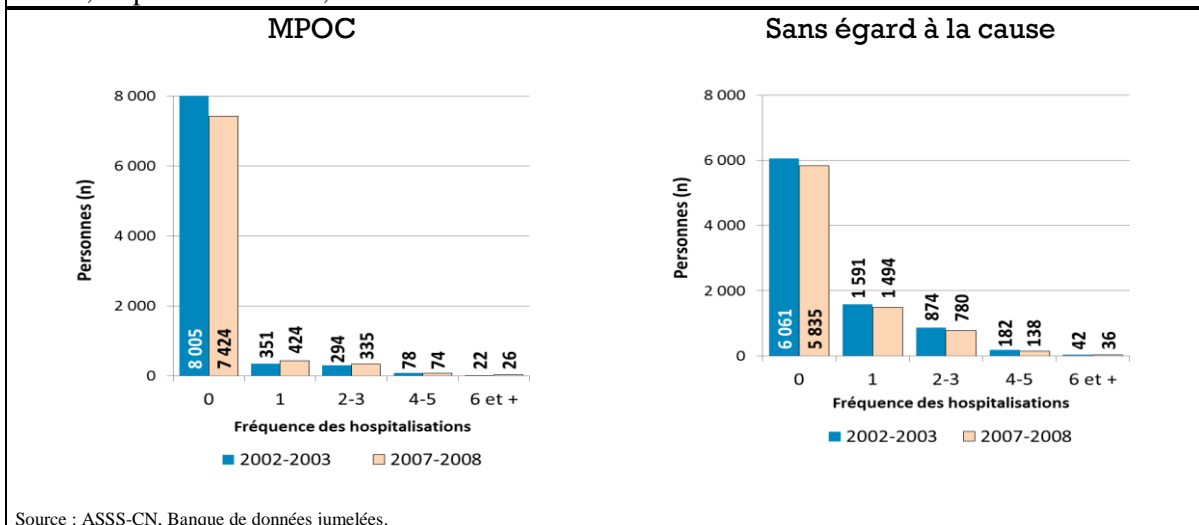
Parmi les personnes atteintes, la fréquence des hospitalisations a très peu varié au cours des années.

En 2007-2008, 90 % des personnes atteintes n'ont jamais été hospitalisées pour leur MPOC en raison principale.

L'observation des hospitalisations sans égard à la cause révèle que 2 448 personnes (30 % de la cohorte) ont eu au moins un épisode d'hospitalisation au cours de l'année étudiée. De ce nombre, 859 personnes avaient comme raison principale d'hospitalisation la MPOC.

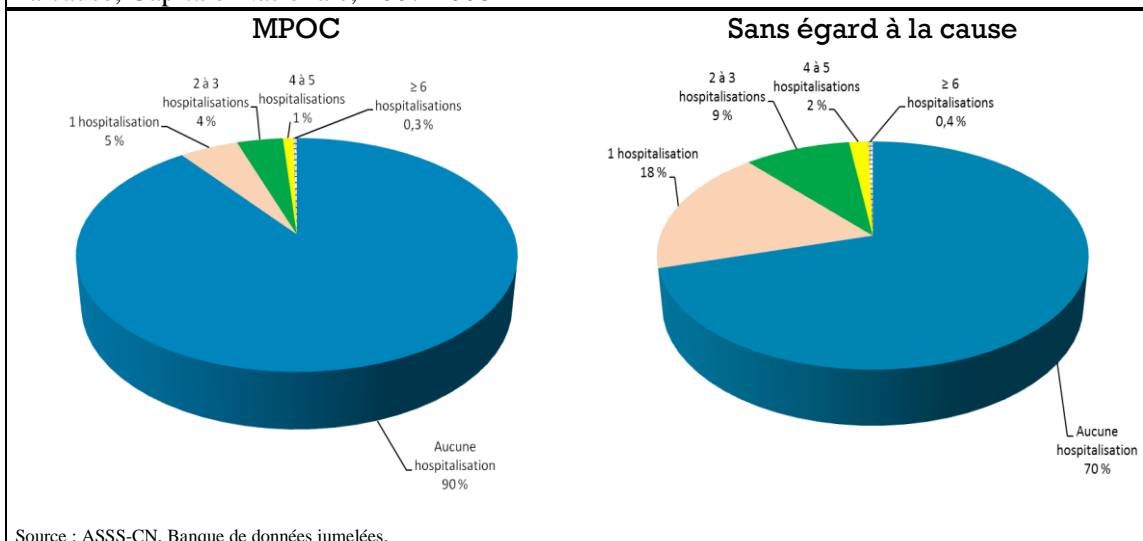
**Figure 21**

Répartition des personnes selon la fréquence des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2002-2003 et 2007-2008



**Figure 22**

Distribution des personnes selon la fréquence des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008



En 2007-2008, 174 personnes (2,4 %) ont été hospitalisées à 4 reprises et plus, sans égard à la cause. Lorsque l'on regarde l'hospitalisation ayant comme raison principale la MPOC, ce sont 100 personnes (1,3 %) qui ont été hospitalisées à 4 reprises et plus.

Le nombre moyen des hospitalisations est demeuré relativement stable au cours des années étudiées. Il se situait autour de 2 épisodes lorsque la raison principale était la MPOC, tandis qu'il était d'environ 1,7 épisode sans égard à la cause.

Le tableau VII permet de suivre l'évolution du nombre moyen des hospitalisations des personnes atteintes de MPOC. Le calcul du nombre total estimé d'hospitalisations révèle que les personnes de la cohorte ont été hospitalisées de 4 088 à 5 124 fois, selon les différentes années, mais qu'environ 1 600 de ces hospitalisations avaient comme raison principale la MPOC.

**Tableau VII**

Évolution de l'estimation\* du nombre total des hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause à partir du nombre moyen par personne, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2007-2008

Années	MPOC			Sans égard à la cause		
	Nombre de personnes	Nombre moyen d'hospitalisations	Nombre total estimé d'hospitalisations	Nombre de personnes	Nombre moyen d'hospitalisations	Nombre total estimé d'hospitalisations
2002-2003	745	2,06	1 535	2 689	1,74	4 679
2003-2004	866	2,07	1 793	2 945	1,74	5 124
2004-2005	867	1,97	1 708	2 932	1,71	5 014
2005-2006	631	2,11	1 331	2 497	1,73	4 320
2006-2007	840	2,04	1 714	2 604	1,74	4 531
2007-2008	859	1,98	1 701	2 448	1,67	4 088

Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

\*L'estimation est basée sur une moyenne de visites par personne.

## Territoires de CSSS et de CLSC

En 2007-2008, les territoires des CLSC de Québec Basse-Ville, de Québec Haute-Ville et de Loretteville–Val-Bélair ont enregistré un nombre moyen d'hospitalisations ayant comme raison principale une MPOC supérieur à la moyenne régionale (1,98 hospitalisation), tandis que le nombre moyen de la plupart des autres territoires a été légèrement inférieur à cette moyenne.

En ce qui concerne le nombre moyen d'hospitalisations sans égard à la cause, le territoire du CLSC de Charlevoix-Ouest s'est démarqué avec une moyenne supérieure à la moyenne régionale, qui se situait à 1,67 hospitalisation, tandis que les territoires des CLSC de Charlevoix-Est et d'Orléans ont eu le nombre moyen le plus bas.

**Tableau VIII**

Estimation\* du nombre d'hospitalisations pour MPOC et sans égard à la cause, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Territoire	MPOC			Sans égard à la cause		
	Nombre de personnes	Nombre moyen d'hospitalisations	Nombre total estimé d'hospitalisations	Nombre de personnes	Nombre moyen d'hospitalisations	Nombre total estimé d'hospitalisations
CSSS DE PORTNEUF	71	1,82	129	188	1,61	303
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	371	2,03	753	1 136	1,70	1 931
Laurentien	34	1,79	61	111	1,59	177
Sainte-Foy–Sillery	74	2,01	149	223	1,73	386
Québec Haute-Ville	43	2,28	98	140	1,77	248
Québec Basse-Ville	51	2,39	122	156	1,73	270
Limoilou-Vanier	134	1,93	259	395	1,66	656
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	35	1,89	66	111	1,77	197
CSSS DE QUÉBEC-NORD	317	1,99	631	860	1,67	1 436
Loretteville–Val-Bélair	87	2,23	194	235	1,73	407
Beauport	118	2,01	237	269	1,74	468
Orléans	30	1,77	53	96	1,52	146
Charlesbourg	82	1,80	148	260	1,58	411
CSSS DE CHARLEVOIX	100	1,87	187	264	1,64	433
Charlevoix-Est	49	1,76	86	156	1,52	237
Charlevoix-Ouest	51	1,98	101	108	1,81	196
CAPITALE-NATIONALE	859	1,98	1 701	2 448	1,67	4 088

Source : ASSS-CN, Banque de données jumelées.

\*L'estimation est basée sur une moyenne de visites par personne.

## **5 La consommation de services en CSSS (mission CLSC)**

Les données sur la consommation de services en CLSC présentées dans cette section sont issues de la banque de données régionale I-CLSC et ne concernent que l'année 2007-2008. Il a été impossible d'obtenir les renseignements sur la consommation de services en CLSC pour la cohorte de personnes définie préalablement à partir de la banque de données jumelées. Par contre, il est fort probable que plusieurs personnes identifiées dans la banque I-CLSC comme ayant reçu des services en CLSC fassent partie également de la cohorte issue de la banque de données jumelées.

Il est cependant important de connaître le portrait de la clientèle qui utilise les services des CLSC et la nature des services rendus. Ont été considérés pour l'analyse des données tous les dossiers pour lesquels la raison d'intervention était la MPOC, comme cause principale ou secondaire.

### **5.1 Le portrait de la clientèle en CSSS (mission CLSC)**

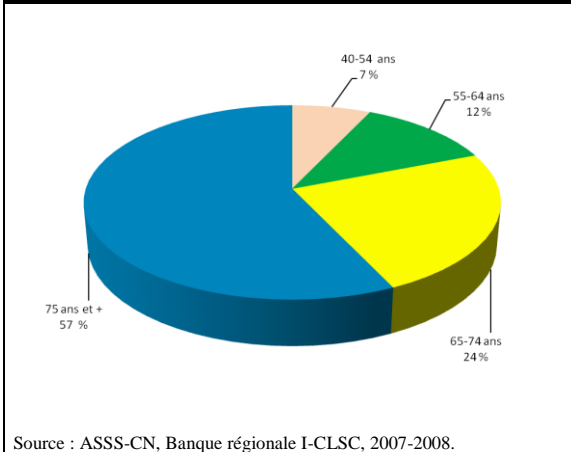
#### **Capitale-Nationale**

En 2007-2008, 1 579 personnes ayant une MPOC comme raison d'intervention principale ou secondaire ont eu recours aux services des CLSC de la région de la Capitale-Nationale, pour un total de 14 396 interventions.

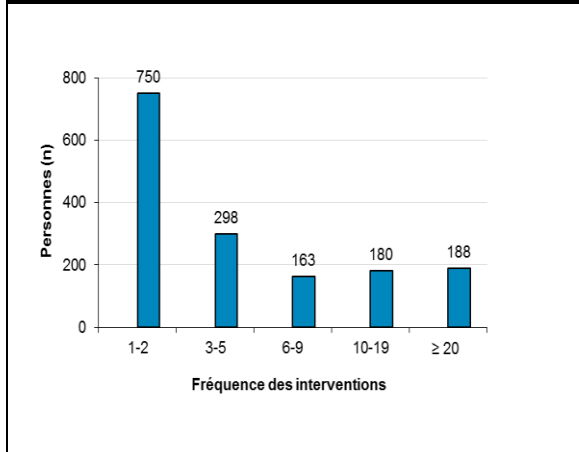
Les principales caractéristiques de cette population sont les suivantes :

- On remarque que 81 % des personnes sont âgées de 65 ans et plus, le groupe des 75 ans et plus étant le plus nombreux;
- On note une prédominance des femmes (868 femmes et 711 hommes);
- Les personnes ont bénéficié en moyenne de 9 interventions de la part du CLSC;
- Près de 50 % des personnes ont reçu 1 ou 2 interventions, alors qu'un groupe restreint de 188 personnes a nécessité 20 interventions et plus.

**Figure 23**  
Distribution des personnes atteintes de MPOC ayant reçu des services en CLSC selon le groupe d'âge, 2007-2008



**Figure 24**  
Distribution des personnes atteintes de MPOC selon la fréquence des interventions en CLSC dans la région de la Capitale-Nationale, 2007-2008



### Territoires de CSSS et de CLSC

Des écarts importants, au regard de la moyenne des interventions, existent dans plusieurs territoires de CLSC. Les territoires de Québec Haute-Ville et de Duberger-Les Saules-Lebourgneuf se distinguent par une moyenne nettement supérieure à celle de la région, tandis que pour Charlevoix-Ouest et Orléans, la moyenne des interventions est inférieure.

Comme la cohorte est différente de celle qui a permis d'établir la prévalence, il est difficile d'expliquer ces écarts. Une analyse plus approfondie par les gestionnaires des territoires permettrait probablement de comprendre les différences observées.

**Tableau IX**

Nombre de personnes atteintes ayant reçu des services du CLSC,  
nombre total et nombre moyen d'interventions par territoire de CLSC,  
2007-2008

Territoire de résidence	Nombre de personnes	Nombre total d'interventions	Nombre moyen d'interventions
<b>CSSS DE PORTNEUF</b>	<b>87</b>	<b>791</b>	<b>9,09</b>
<b>CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE</b>	<b>651</b>	<b>6 793</b>	<b>10,43</b>
Laurentien	58	424	7,31
Sainte-Foy-Sillery	126	880	6,98
Québec Haute-Ville	160	2 466	15,41
Québec Basse-Ville	71	626	8,82
Limoilou-Vanier	164	1 218	7,43
Duberges-Les Saules-Lebourgneuf	72	1 179	16,38
<b>CSSS DE QUÉBEC-NORD</b>	<b>774</b>	<b>6 394</b>	<b>8,26</b>
Loretteville-Val-Bélair	158	1 159	9,87
Beauport	220	1 674	7,61
Orléans	62	276	4,45
Charlesbourg	334	2 885	8,64
<b>CSSS DE CHARLEVOIX</b>	<b>67</b>	<b>418</b>	<b>6,24</b>
Charlevoix-Est	34	269	7,91
Charlevoix-Ouest	33	149	4,52
<b>CAPITALE-NATIONALE</b>	<b>1 579</b>	<b>14 396</b>	<b>9,12</b>

Source : ASSS-CN, Banque régionale I-CLSC, 2007-2008.

## 5.2 Le portrait des services

Le portrait des services offerts en CLSC aux personnes atteintes de MPOC est décrit en trois volets :

- Le type d'intervenant;
- Le lieu de prestation de services;
- Le profil d'intervention.

**Tableau X**

Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes atteintes de MPOC, Capitale-Nationale, 2007-2008

Caractéristiques	MPOC comme raison principale ou secondaire	
	Nombre d'interventions	Pourcentage
<b>TYPE D'INTERVENANT</b>		
Infirmière	6 769	47
Physiothérapeute	224	2
Ergothérapeute	1 477	10
Nutritionniste	67	1
Aide familiale	4 059	28
Travailleur social et psychologue	1 171	8
Médecin	608	4
Autre	21	0
<b>TOTAL</b>	<b>14 396</b>	<b>100</b>
<b>LIEU DE PRESTATION DE SERVICES</b>		
Domicile	9 084	63
Hébergement en résidence privée	2 175	15
CLSC	2 835	20
Autres lieux	303	2
<b>TOTAL</b>	<b>14 396</b>	<b>100</b>
<b>PROFIL D'INTERVENTION</b>		
Postchirurgie	527	4
Soins palliatifs	509	4
Santé physique court terme	1 180	8
Santé physique long terme	1 288	9
Santé mentale	343	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	9 786	68
Autres profils	762	5
<b>TOTAL</b>	<b>14 396</b>	<b>100</b>

Source : ASSS-CN, Banque régionale I-CLSC, 2007-2008.

Globalement, parmi les 14 396 interventions offertes à la clientèle atteinte de MPOC, il ressort que :

- les infirmières et les aides familiales sont mises à contribution dans 75 % des situations, soit 10 828 interventions;
- la majorité des interventions sont faites au domicile (63 %) ou en résidence privée d'hébergement (15 %). Seulement 20 % des interventions sont effectuées dans les locaux des CLSC;
- le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) entre en ligne de compte dans 68 % des interventions. Il faut rappeler que 80 % des personnes inscrites dans la banque de données I-CLSC sont âgées de 65 ans ou plus.



## **6 Les autres services offerts**

Dans le but d'améliorer les soins et les services à la clientèle atteinte de MPOC, l'ASSS-CN a effectué des travaux, en collaboration avec des gestionnaires et des cliniciens de CLSC et de CHSGS. Ces travaux avaient pour but de définir une trajectoire de soins coordonnés et adaptés aux besoins de la clientèle. La mise en œuvre de cette trajectoire a débuté en 2007. L'illustration de la trajectoire régionale se trouve à l'annexe II de ce document. Plusieurs outils destinés tant aux cliniciens qu'aux personnes atteintes ont ainsi été conçus avec l'approbation et la collaboration du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM).

Un comité régional pour l'organisation des soins et des services aux personnes atteintes de MPOC veille à l'application de la trajectoire et à son développement. Il regroupe des représentants des cliniques spécialisées pour la MPOC, des quatre CSSS, du Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD) et de l'ASSS-CN.

Les différents services régionaux soutenant les activités médicales ambulatoires, les activités hospitalières et les services offerts en CLSC sont décrits sommairement dans les sections qui suivent.

### **6.1 Les centres d'abandon du tabagisme**

Tous les CSSS de la région de la Capitale-Nationale offrent gratuitement des services de soutien aux personnes qui désirent cesser de fumer ou qui ont arrêté de fumer. L'offre de service des centres d'abandon du tabagisme (CAT) prend la forme d'un soutien individuel ou en groupe dans la démarche d'abandon du tabagisme ou dans la prévention de la rechute.

Les conseillers des CAT qui offrent les services sont des professionnels de la santé qui ont reçu une formation spécialisée en abandon du tabagisme reconnue par le MSSS. Les objectifs de leurs interventions sont d'aider les personnes à découvrir des outils et à mettre en pratique des stratégies efficaces pour se libérer du tabac ou s'aider à rester non-fumeurs, tels que :

- Faire face aux symptômes de sevrage;
- Prévenir la prise de poids;
- Gérer autrement le stress;
- Bénéficier du soutien de gens qui partagent le même but.

En 2007-2008, 320 personnes de la région de la Capitale-Nationale ont utilisé les services des CAT.

## **6.2 Le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile**

Le SRSRSD offre deux types de services distincts aux personnes atteintes de maladies pulmonaires, soit le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile et le Programme national d'oxygénothérapie à domicile.

Il a notamment pour mission d'offrir, principalement à domicile et également dans ses locaux, l'enseignement, les soins et les traitements requis par une clientèle adulte et pédiatrique aux prises avec des problèmes respiratoires chroniques ou aigus. Les professionnels du service collaborent étroitement avec les organismes du réseau de la santé au développement des services, à l'organisation du suivi des usagers et à la formation des intervenants du réseau.

La clientèle est principalement adulte. Elle reçoit majoritairement des services (90 %) concernant l'oxygénothérapie à domicile et l'assistance ventilatoire traditionnelle ou par CPAP nasale (*Continuous Positive Airway Pressure*). L'oxygénothérapie est sans contredit le service le plus réclamé, puisqu'elle constitue 75 % des demandes.

Bien que le SRSRSD ait une vocation suprarégionale, 92 % de la clientèle servie en 2007-2008, soit 1 452 personnes, venait de la région de la Capitale-Nationale.

## **6.3 Les cliniques spécialisées pour MPOC et asthme des CHSGS**

En 2004, l'ASSS-CN ajustait le financement des cliniques spécialisées pour la MPOC existantes au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et finançait l'implantation de celle du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA). Dans chacune des cliniques, on trouve des pneumologues, des infirmières, des inhalothérapeutes et des physiothérapeutes qui offrent des services aux clients atteints, prioritairement à ceux dont l'atteinte est modérée, sévère ou très sévère.

En 2009, le CSSS de Portneuf a mis en place une clinique spécialisée pour la MPOC pour la population de son territoire. Une infirmière et un kinésologue forment l'équipe, soutenue par un médecin de famille du territoire qui assure les services médicaux, en partenariat avec les pneumologues de l'IUCPQ.

Sur le territoire du CSSS de Charlevoix, les services s'organisent en collaboration avec les ressources des cliniques médicales, des GMF et des deux centres hospitaliers, avec la participation de pneumologues du CHA et du CHUQ.

#### **6.4 Les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseau et les guichets d'accès pour la clientèle orpheline**

En 2007-2008, la région de la Capitale-Nationale comptait 14 GMF. Actuellement, 28 GMF offrent des services à la population. Toutes ces cliniques médicales bénéficient des services professionnels d'infirmières cliniciennes, qui contribuent, conjointement avec les médecins de famille, à offrir un meilleur suivi aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont la MPOC. Il est également possible de rencontrer d'autres types de professionnels, notamment des inhalothérapeutes, des nutritionnistes et des psychologues.

Les personnes sans médecin de famille ou dont le médecin n'est pas disponible peuvent recevoir des services sans rendez-vous dans les CRQ. Ces CRQ sont un regroupement de médecins et d'infirmières offrant un accès à des consultations, comprenant une évaluation, une orientation et une liaison vers les services de deuxième ligne, si nécessaire.

Chaque CSSS a aussi son guichet d'accès, coordonné sur le plan local par un médecin, pour la clientèle sans médecin de famille. Cette structure permet d'attribuer un médecin de famille à une personne selon certains critères, notamment pour la clientèle vulnérable.

#### **6.5 Le programme régional de réadaptation Traité santé**

Depuis 2003, le programme régional Traité santé offre des services de réadaptation aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ce programme vise particulièrement le changement des habitudes de vie (activité physique, nutrition, tabagisme et observance du traitement), la réduction des facteurs de risque, l'amélioration de l'état de santé et de l'équilibre psychosocial ainsi que la réduction de la consommation non prévue de services de santé.

Présentes dans chaque CSSS, les équipes sont composées d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues. Les professionnels interviennent en interdisciplinarité et selon l'approche motivationnelle. Ils proposent un suivi et des services individuels et de groupe en collaboration avec différents partenaires privés et publics pour une durée allant jusqu'à 8 mois.

Les services s'adressent aux personnes atteintes de maladies cardiaques, de diabète, de MPOC ainsi qu'à celles ayant des problèmes vasculaires périphériques, dont les accidents ischémiques transitoires (AIT) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

La trajectoire de la clientèle est présentée à l'annexe III de ce document.



## Conclusion

La MPOC est liée à près de 10 % des décès dans la région de la Capitale-Nationale selon le registre des décès du Québec, soit parce qu'elle en est la principale cause, soit parce qu'elle est associée à des comorbidités entraînant le décès. Les répercussions de cette maladie affectent la qualité de vie des gens durant de nombreuses années et engendrent des coûts importants pour la société québécoise.

Le portrait présenté dans ce fascicule sous-estime probablement la prévalence de la maladie. Celui-ci, constitué à partir de l'analyse de la banque de données médico-administratives, situe la prévalence de la maladie à 2,3 % chez les gens de plus de 40 ans habitant la région de la Capitale-Nationale en 2007-2008. Cette sous-estimation probable de la prévalence de la maladie tient au fait que les gens qui n'ont pas consulté de médecin durant l'année, qui n'ont pas été hospitalisés ou qui ont consulté un médecin non rémunéré à l'acte ne sont pas présents dans les fichiers consultés. De plus, on constate que les gens affectés consultent souvent tardivement dans l'évolution de la maladie. Notons que, selon les résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes effectuée en 2009-2010 (Statistique Canada, 2011), 3,2 % des personnes de plus de 35 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC d'un professionnel de la santé.

Ce portrait permet toutefois de suivre l'évolution de la MPOC et met en évidence certaines disparités tant sur le plan de la prévalence que de la consommation de services entre les différents territoires de CSSS et de CLSC. Ces disparités pourraient être expliquées par l'âge de la population, par la prévalence du tabagisme actif ou ancien, par la défavorisation sociale et économique, par la répartition des ressources médicales en médecine de famille et en médecine spécialisée, par l'accessibilité des tests de fonction respiratoire et par l'éloignement de la population. Les données recueillies dans le cadre de cette étude ne permettent pas de valider ces hypothèses, notamment celles relatives à l'organisation des services. Les décideurs de la région devront considérer ces hypothèses afin d'apporter des solutions pour améliorer l'offre de service liée aux besoins de cette clientèle. Mais d'ores et déjà, comme il est reconnu que le tabagisme est le principal facteur de risque de la MPOC, une importance particulière devrait être accordée, d'une part, aux programmes de soutien à la cessation tabagique et, d'autre part, à la promotion de saines habitudes de vie.

Ce fascicule devrait donc permettre aux personnes concernées d'être mieux informées sur l'évolution de la prévalence et de la mortalité associées à la MPOC, sur la consommation des services par les personnes atteintes de cette maladie ainsi que sur les programmes offerts à cette clientèle. Ces renseignements seront certainement utiles à la réflexion concernant l'amélioration des services tant préventifs que curatifs relatifs à cette maladie chronique.



## Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *La vie et le souffle : les maladies respiratoires au Canada, 2007*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, p. 52-61.

FERLAND, M., et M. PAGEAU (2011). *Bilan de santé des Centres de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale : comparaison des cycles 2003 et 2007-2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 141 p.

O'DONNELL, D.E., et autres (2007). « Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2007 », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 14, suppl. B, septembre, p. 1B-31B.

STATISTIQUE CANADA (2007-2008 à 2009-2010). *Tableau 105-0502 – Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel*, réf. du 21 septembre 2011, [www5.statcan.gc.ca/cansim/](http://www5.statcan.gc.ca/cansim/).



## Annexe I Nombre de personnes atteintes selon le sexe

Nombre de femmes atteintes d'une MPOC, population féminine de 40 ans et plus et de 65 ans et plus, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Territoire de CSSS et de CLSC	Personnes atteintes	Population de 40 ans et plus <sup>1</sup>	Prévalence	Population de 65 ans et plus <sup>1</sup>	65 et plus / 40 ans et plus
	n	n	%	n	%
<b>CSSS DE PORTNEUF</b>	298	13 726	2,2	4 485	32,7
<b>CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE</b>	2 034	89 703	2,3	32 501	36,2
Laurentien	185	16 462	1,1	3 045	18,5
Sainte-Foy-Sillery	438	23 873	1,8	10 061	42,1
Québec Haute-Ville	187	12 603	1,5	6 163	48,9
Québec Basse-Ville	300	7 447	4,0	2 930	39,3
Limoilou-Vanier	713	17 764	4,0	7 018	39,5
Duberger-Les Saules-Lebourgneuf	211	11 554	1,8	3 284	28,4
<b>CSSS DE QUÉBEC-NORD</b>	1 543	79 043	2,0	21 973	27,8
Loretteville-Val-Bélair	456	19 848	2,3	4 388	22,1
Beauport	386	23 190	1,7	6 903	29,8
Orléans	172	8 635	2,0	2 509	29,1
Charlesbourg	529	27 370	1,9	8 173	29,9
<b>CSSS DE CHARLEVOIX</b>	388	9 038	4,3	3 045	33,7
Charlevoix-Est	248	4 896	5,1	1 581	32,3
Charlevoix-Ouest	140	4 142	3,4	1 464	35,3
<b>CAPITALE-NATIONALE</b>	4 263	191 510	2,2	62 004	32,4

1. Population au 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Sources : ASSS-CN, Banque de données jumelées; MSSS, Projections démographiques (2010).

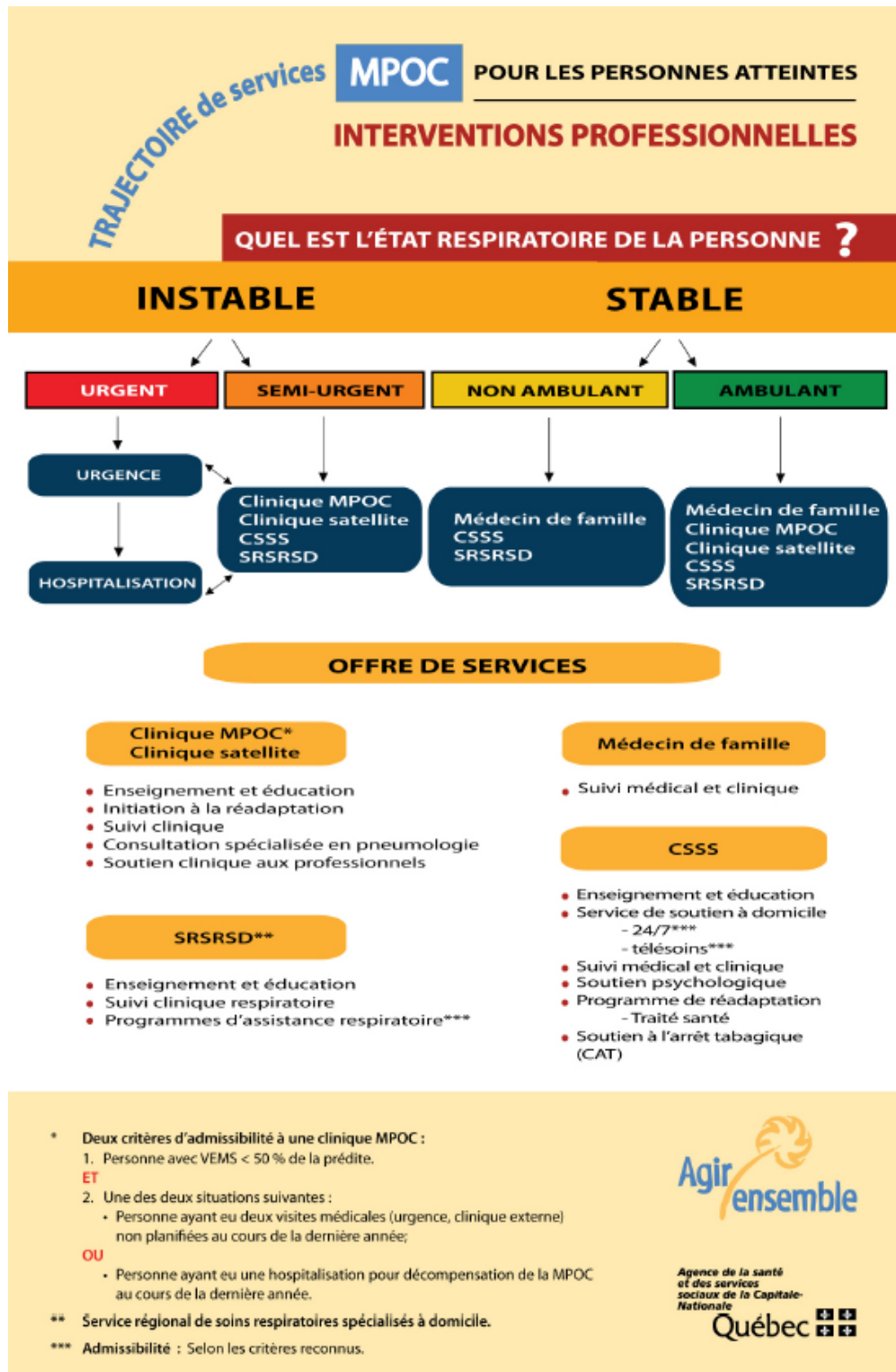
Nombre d'hommes atteints d'une MPOC, population masculine de 40 ans et plus et de 65 ans et plus, CSSS et CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Territoire de CSSS et de CLSC	Personnes atteintes	Population de 40 ans et plus <sup>1</sup>	Prévalence	Population de 65 ans et plus <sup>1</sup>	65 et plus / 40 ans et plus
	n	n	%	n	%
<b>CSSS DE PORTNEUF</b>	387	13 446	2,9	3 656	27,2
<b>CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE</b>	1 712	74 387	2,3	20 338	27,3
Laurentien	216	15 579	1,4	2 820	18,1
Sainte-Foy-Sillery	366	18 391	2,0	6 403	34,8
Québec Haute-Ville	180	8 917	2,0	2 826	31,7
Québec Basse-Ville	226	7 182	3,1	1 759	24,5
Limoilou-Vanier	552	14 270	3,9	4 159	29,1
Duberger-Les Saules-Lebourgneuf	172	10 048	1,7	2 371	23,6
<b>CSSS DE QUÉBEC-NORD</b>	1 450	72 626	2,0	17 063	23,5
Loretteville-Val-Bélair	437	18 845	2,3	3 666	19,5
Beauport	369	20 665	1,8	4 745	23,0
Orléans	214	8 773	2,4	2 305	26,3
Charlesbourg	430	24 343	1,8	6 347	26,1
<b>CSSS DE CHARLEVOIX</b>	471	8 674	5,4	2 478	28,6
Charlevoix-Est	269	4 665	5,8	1 335	28,6
Charlevoix-Ouest	202	4 009	5,0	1 143	28,5
<b>CAPITALE-NATIONALE</b>	4 020	169 133	2,4	43 535	25,7

1. Population au 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Sources : ASSS-CN, Banque de données jumelées; MSSS, Projections démographiques (2010).

## Annexe II Trajectoire de services pour la clientèle atteinte de MPOC



# Annexe III Trajectoire de la clientèle du programme régional de réadaptation Traité santé

