

LES MALADIES RESPIRATOIRES

2^e édition



Source : Istockphoto

Abdoul Aziz Gbaya
collaboration Christine Garand

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques affectent une part appréciable de la population lanaudoise. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, près de 40 % des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9 % déclarent être affectés par deux problèmes de santé chroniques et environ 7 % disent en subir trois ou plus. Quelles que soient leur gravité et leur nature, ces maladies ralentissent les activités, nuisent à la qualité de vie, génèrent du stress et mobilisent des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux.

La prévalence élevée des maladies chroniques peut s'expliquer par la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que leur apparition dépend de facteurs de risque comportementaux, physiques, économiques et sociaux sur lesquels il est possible d'intervenir. C'est pourquoi il importe de mieux comprendre les particularités de la population lanaudoise pour prévenir efficacement ces maladies et réduire leurs conséquences.

Pour mieux connaître les maladies chroniques, le Service de surveillance, recherche et évaluation produit une série de monographies. Elles regroupent des données actualisées sur les principales maladies chroniques et leurs déterminants. Ce document traite des maladies respiratoires chroniques. Les autres explorent le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies musculosquelettiques, les maladies neurodégénératives, les maladies mentales et les facteurs de risque associés.

Ces documents s'adressent à la population, aux intervenants et aux décideurs des établissements, des communautés, des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés, tant en matière de prévention et de promotion de la santé que de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Le service souhaite ainsi soutenir la planification sociosanitaire et la prise de décision des organisations pour lesquelles la prévention et la gestion des maladies chroniques sont une priorité régionale.



TABLE DES MATIÈRES

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique en bref	4
Faits saillants	4
Introduction	5
Les maladies chroniques	6
1. L'ASTHME.....	7
1.1 La définition.....	7
1.2 Les facteurs de risque	7
1.3 L'ampleur de l'asthme.....	8
1.3.1 La prévalence	8
1.3.2 Les projections de prévalence.....	9
1.4 Les conséquences de l'asthme.....	9
1.4.1 Sur l'état de santé.....	10
1.4.2 Sur la morbidité hospitalière	10
1.4.3 Sur la mortalité	11
1.4.4 Sur la mortalité prématurée	12
1.4.5 Sur l'espérance de vie en absence d'asthme.....	12
1.4.6 Sur les plans économique et social	12
1.5 Les inégalités sociales et l'asthme.....	13
1.6 Pistes d'action	14
2. LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE.....	15
2.1 La définition.....	15
2.2 Les facteurs de risque	15
2.3 L'ampleur de la MPOC	16
2.3.1 La prévalence	16
2.3.2 Les projections de prévalence.....	17
2.4 Les conséquences de la MPOC	18
2.4.1 Sur l'état de santé.....	18
2.4.2 Sur la morbidité hospitalière	19
2.4.3 Sur la mortalité	20
2.4.4 Sur la mortalité prématurée	21
2.4.5 Sur l'espérance de vie en absence de MPOC	21
2.4.6 Sur les plans économique et social	21
2.5 Les inégalités sociales et la MPOC	22
2.6 Pistes d'action	23
Conclusion	24
Références bibliographiques	25
Annexe 1	30



L'ASTHME ET LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) EN BREF

- **L'ASTHME** est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par une obstruction épisodique et réversible de ces voies et une hyperréactivité bronchique.
- L'atopie, les antécédents d'allergie, la pollution atmosphérique et le tabagisme sont les facteurs de risque majeurs de l'asthme.
- L'asthme se manifeste par une toux, des sifflements à la respiration, une sensation d'oppression thoracique et une gêne respiratoire.
- **La MPOC** est caractérisée par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies aériennes associée à une réponse inflammatoire anormale des poumons à des particules ou gaz nocifs.
- Les principaux facteurs de risque de la MPOC sont le tabagisme (actif ou passif), le déficit en alpha-1 antitrypsine et l'exposition aux polluants chimiques.
- Les manifestations cliniques de la MPOC associent une toux chronique, une gêne respiratoire à l'effort, des expectorations, des sifflements, une perte de poids et des anomalies nutritionnelles.

FAITS SAILLANTS

ASTHME

- En 2007-2008, 34 600 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus sont aux prises avec l'asthme.
- Trois asthmatiques sur cinq sont âgés de moins de 45 ans.
- Annuellement, l'asthme est associé à un peu moins de 1 000 hospitalisations et 8 décès dans la région.
- La morbidité hospitalière par asthme est plus élevée dans Lanaudière qu'au Québec, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

MPOC

- En 2007-2008, 13 300 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus ont déclaré souffrir d'une bronchite chronique, d'un emphysème ou d'une bronchopneumopathie chronique obstructive. La prévalence de la MPOC chez les hommes est égale à celle des femmes.
- La prévalence de la MPOC est plus élevée chez les personnes âgées de 45 ans et plus.
- La MPOC est directement ou indirectement liée à près de 3 200 hospitalisations et 260 décès survenus chaque année dans la région.
- La morbidité hospitalière due à la MPOC est moindre dans Lanaudière par rapport au Québec.

Pour des informations statistiques plus détaillées, le lecteur est invité à consulter le SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca



INTRODUCTION

Les maladies respiratoires chroniques sont des troubles hétérogènes qui affectent les voies respiratoires et les autres structures pulmonaires (WHO, 2007). Elles englobent communément la bronchite chronique, l'emphysème, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'obstruction chronique des voies aériennes non classée (Wang et autres, 2007). On y inclut également le cancer du poumon, la tuberculose, la fibrose kystique, le syndrome de détresse respiratoire et l'apnée du sommeil (ASPC, 2007). Ces maladies attirent une grande attention du fait de l'augmentation de leur prévalence, de la mortalité qu'elles entraînent et de leur fardeau économique. Elles sont, dans bien des cas, évolutives avec de légères manifestations au stade précoce où le diagnostic n'est pas encore établi (Mannino et autres, 2000).

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies respiratoires chroniques affectent des centaines de millions d'individus dans le monde et causent annuellement près de quatre millions de décès (WHO, 2007). Ces affections affaiblissent de façon insidieuse la santé des malades et, lorsqu'elles sont mal contrôlées, elles occasionnent de nombreux séjours hospitaliers et des visites à l'urgence. Le tabagisme et la pollution atmosphérique constituent les facteurs de risque majeurs des maladies respiratoires. C'est donc dire qu'elles peuvent être évitées ou efficacement traitées, une fois qu'elles sont diagnostiquées, par des mesures visant la cessation tabagique, la protection de l'environnement physique et l'amélioration des conditions socioéconomiques.

Le présent document vise à faire l'état des lieux en matière de surveillance des maladies respiratoires chroniques dans Lanaudière. Il traite spécifiquement de l'asthme et de la MPOC. Le cancer du poumon est abordé dans une autre monographie (Guillemette et Garand, 2010), alors que les autres maladies respiratoires chroniques ne sont pas étudiées, faute de données régionales suffisantes. Les données proviennent de plusieurs sources. Les statistiques de prévalence viennent des résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Les données de morbidité et de mortalité sont tirées du système *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalisée* (MED-ECHO) et du *Fichier des décès* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Le document rappelle d'abord la définition et les principaux facteurs de risque de l'asthme et de la MPOC. Il décrit ensuite leur ampleur à travers les données de prévalence actuelles et celles projetées à court terme. L'asthme, tout comme la MPOC, affecte de façon significative non seulement la personne atteinte, mais également sa famille et la communauté dans son ensemble. Ces maladies exercent par ailleurs des pressions sur le système de soins et de santé. Les conséquences de ces deux maladies respiratoires en termes de morbidité hospitalière et de mortalité, mais également de répercussions sur l'état de santé des patients sont abordées dans le chapitre suivant. Cette section donne également des indications sur le fardeau social et économique que représentent l'asthme et la MPOC. Ensuite, les relations entre la défavorisation socioéconomique et les données de morbidité et de mortalité dues à l'asthme et à la MPOC sont explorées afin de mesurer les liens entre les inégalités sociales et l'état de santé des Lanaudoises et Lanaudois aux prises avec ces deux affections. Enfin, quelques pistes d'action utiles à la prise en charge de l'asthme et de la MPOC sont décrites dans le dernier chapitre.



LES MALADIES CHRONIQUES

Pendant longtemps, les maladies chroniques ont été considérées comme des problèmes de santé évoluant lentement et sur une longue durée. Cette définition semble, de nos jours, incomplète et pas tout à fait adaptée aux préoccupations de la santé publique. C'est pourquoi il a été jugé pertinent de retenir une définition plus large des maladies chroniques et, surtout, intégrant aussi les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Donc, les « maladies chroniques » :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie);
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée » (Fortin, 2007, p. 5).

Le terme « maladies chroniques » réfère habituellement aux maladies dégénératives à forte prévalence comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer et les maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est maintenant admis d'inclure dans ce cadre tous les problèmes de santé entraînant les mêmes besoins en matière de soins pour les patients et des défis semblables en termes de prise en charge pour les services de santé. C'est le cas, par exemple, des maladies transmissibles persistantes à déclaration obligatoire, telles la tuberculose et l'infection à VIH/sida, des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie et des handicaps physiques permanents (OMS, 2003).

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés (MSSS, 2008).



1. L'ASTHME

1.1 La définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une obstruction épisodique et réversible des voies aériennes et une hyperréactivité bronchique. Les manifestations cliniques incluent la respiration sifflante, la toux, la gêne respiratoire et l'oppression thoracique (CDC, 2007; ASPC, 2007; GINA, 2009).

Les symptômes apparaissent particulièrement la nuit ou au petit matin. L'asthme est aussi caractérisé par la survenue de « crises », épisodes d'essoufflement sévère, entre lesquelles la respiration est normale. La prise en charge de l'asthme repose sur une approche globale associant le traitement médicamenteux, l'évitement des facteurs déclenchant les crises et l'autogestion des soins par l'éducation thérapeutique du patient.

« Le diagnostic d'asthme nécessite une évaluation des symptômes cliniques, une mesure objective de la fonction respiratoire, une appréciation de la réponse au traitement et parfois, des tests de provocation. Puisqu'il n'existe pas de test particulier ni une série de variables cliniques fiables, on doit s'attendre à de larges variations dans la fréquence et l'exactitude des diagnostics, à moins de considérer l'ensemble de ces facteurs. » (GTNLA, 2000, p. 3)

Selon le cas, la 9e ou la 10e Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a servi pour définir les cas d'asthme. Les codes utilisés sont la CIM-9 493 et la CIM-10 J45.

1.2 Les facteurs de risque

L'asthme est une maladie multifactorielle. Son étiologie est encore mal connue puisque plusieurs facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux interviennent dans sa genèse ou contribuent à l'exacerber.

Les facteurs prédisposants surviennent tôt dans la vie et exposent à une certaine vulnérabilité à l'égard de la maladie.

L'atopie ou la réaction immunitaire exagérée face aux allergènes présents dans le milieu ambiant semble être le plus puissant facteur lié au développement de l'asthme.

Le sexe jouerait aussi un rôle, car chez les plus jeunes, les garçons semblent être plus affectés que les filles, « probablement parce que leurs voies aériennes sont de plus petit calibre. Ce déséquilibre s'inverse avec l'âge, car plus de femmes adultes que d'hommes développent l'asthme » (GTNLA, 2000, p. 21).

Les antécédents génétiques familiaux d'affections allergiques tels que l'asthme, l'eczéma et la rhinite saisonnière exposent les enfants à développer l'asthme à leur tour (GINA, 2009).

Les facteurs étiologiques peuvent déclencher les crises chez les asthmatiques. Ils sont nombreux et regroupent :

- les allergènes intérieurs, tels que l'exposition à la poussière de maison (acariens domestiques), aux poils des animaux de compagnie, aux coquerelles et aux champignons;
- les allergènes extérieurs, comme les pollens et les sensibilisants professionnels (résines, colles, aldéhydes, isocyanates, etc.).

Les facteurs favorisants ne provoquent pas l'asthme, mais augmentent la probabilité de sa survenue après une exposition à un facteur étiologique. Ils peuvent également accroître la susceptibilité à la maladie ou contribuer à ses exacerbations. On y retrouve :

- les infections respiratoires, d'origine virale pour la plupart, qui surviennent dans les premières années de la vie;
- la pollution atmosphérique, notamment le smog industriel et photochimique, ainsi que les polluants intérieurs provenant des vapeurs de cuisson, des sources de chauffage et des matériaux de construction;
- le tabagisme, qu'il soit passif chez le fœtus, le nourrisson et le jeune enfant ou actif chez l'adulte.



1.3 L'ampleur de l'asthme

L'asthme est la plus fréquente des maladies respiratoires chroniques au Canada. Le nombre d'asthmatiques a triplé depuis 1980. Aujourd'hui, près de 3 millions de Canadiens en souffrent et au Québec, on estime à plus de 700 000 le nombre de personnes aux prises avec l'asthme, dont 300 000 enfants (APQ, 2009).

Environ 5 à 10 % de la population canadienne souffriront d'asthme à un moment ou à un autre de leur vie. C'est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant et l'une des plus courantes chez l'adulte. Plusieurs études suggèrent que les maladies allergiques et l'asthme sont aujourd'hui plus répandus qu'il y a vingt ans. Les raisons de cette augmentation sont méconnues, mais il semble que certains facteurs environnementaux pourraient en être la cause (Asthme Québec, 2009).

1.3.1 La prévalence

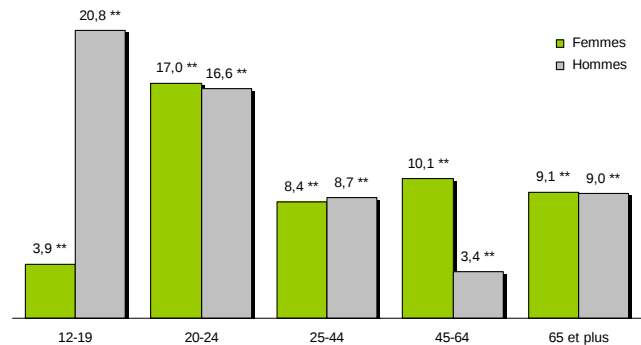
La prévalence de l'asthme correspond au nombre total de cas dans une population au cours d'une période donnée. Au Canada une des méthodes employées pour l'estimer est celle de la déclaration de la maladie par les sujets eux-mêmes, dans le cadre d'enquêtes sur la santé de la population. La prévalence réelle de l'asthme peut cependant être sous-estimée dans ces enquêtes. Pour certaines personnes, le diagnostic peut ne pas encore avoir été établi et pour d'autres, il peut être erroné. L'interprétation des données de prévalence issues de ces enquêtes requiert donc de la prudence.

Dans Lanaudière, en 2007-2008, 17 500 hommes et presque autant de femmes, soit 9 % de la population âgée de 12 ans et plus, ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme de la part d'un médecin. L'asthme est une maladie qui touche tous les âges. Toutefois, trois personnes asthmatiques sur cinq sont âgées de moins de 45 ans.

La prévalence relative de l'asthme autodéclaré semble être plus importante chez les enfants et les jeunes Lanaudois que chez les aînés. Par ailleurs, les garçons semblent être plus affectés que les filles avant l'âge de 20 ans, alors que la tendance s'inverse entre 45 et 64 ans. Pour les autres groupes d'âge, les taux bruts de prévalence de l'asthme des hommes ne diffèrent pas de ceux des femmes.

Graphique 1

Taux bruts de prévalence de l'asthme selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

L'asthme infantile est une préoccupation majeure en santé publique. La surveillance de sa prévalence et de ses facteurs de risque a fait l'objet d'études tant au Québec qu'ailleurs au Canada au cours des dernières décennies.

La prévalence estimée de l'asthme chez les enfants québécois âgés de 5 à 8 ans était de 3,3 % selon une étude pancanadienne effectuée en 1988 (Dales et autres, 1994). Plus récemment, la prévalence de l'asthme infantile et des sifflements au Québec s'élevait à 9,4 % chez les enfants de 9 ans et 13 ans (Lévesque et autres, 2004).

Dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997*, dans le groupe des 0 à 14 ans, l'asthme était signalé chez 13,3 % des garçons contre 9,5 % des filles (ASPC, 2009). En 2000, la prévalence de l'asthme diagnostiqué par un médecin chez les enfants canadiens âgés de 4 à 11 ans était à 15,6 %, soit 18,9 % chez les garçons et 12,1 % chez les filles (ASPC, 2007).



1.3.2 Les projections de prévalence

Les tendances observées au cours des dernières décennies montrent que la prévalence de l'asthme autodéclaré a connu une hausse tant au Québec que dans le reste du Canada (ASPC, 2007; Laberge et autres 2000) et ailleurs dans le monde (WHO, 2007; Anandan et autres, 2010). Pourtant, l'asthme se distingue de la majorité des maladies chroniques, car, sa prévalence ne croît habituellement pas avec l'avancée en âge. Les problèmes d'urbanisation, les modifications environnementales et l'évolution démographique pourraient, entre autres raisons, expliquer l'ampleur de cette maladie. (Bousquet et autres, 2005; Hartert et Peebles, 2000).

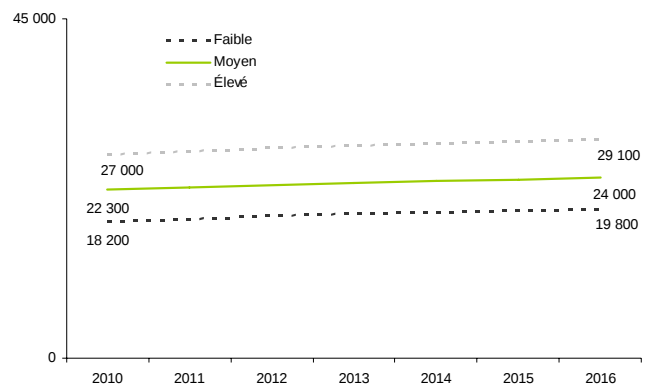
Lanaudière est une des régions du Québec ayant connu entre 2002 et 2008 la plus forte croissance de sa population (ISQ, 2009; ASSS de Lanaudière, 2009a). Tout porte à croire que l'accroissement démographique régional devrait se poursuivre au cours des prochaines années. En se basant sur les données de prévalence de l'asthme issues de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada (ESCC 2000-2001, ESCC 2003, ESCC 2005 et ESCC 2007-2008) et sur les projections de la population lanaudaise, on peut estimer le nombre de cas d'asthme attendus pour les années à venir selon trois scénarios.

Le scénario moyen consiste à appliquer à la population lanaudaise projetée entre 2010 et 2016, selon le groupe d'âge et le sexe, les taux moyens de prévalence de l'asthme des quatre cycles de l'ESCC. Les scénarios faible et élevé utilisent respectivement les taux de prévalence d'asthme par groupes d'âge les plus faibles et les plus élevés lors des quatre cycles d'enquête.

Chez les femmes, le nombre d'asthmatiques pourrait s'accroître de près de 8 % entre 2010 et 2016, passant de 22 300 à 24 000 cas. Durant la même période, les Lanaudois asthmatiques pourraient augmenter de 5 %. Au total, un peu plus de 40 000 asthmatiques seraient dénombrés dans Lanaudière en 2016.

Graphique 2

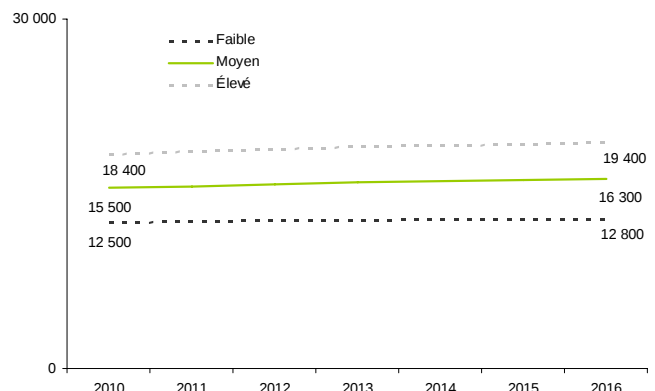
Évolution du nombre de cas d'asthme chez les femmes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, décembre 2009.
ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009.
STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008.
Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Graphique 3

Évolution du nombre de cas d'asthme chez les hommes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, décembre 2009.
ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009.
STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008.
Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

1.4 Les conséquences de l'asthme

L'asthme impose des limites considérables sur la condition physique et émotionnelle des malades. Il peut aussi avoir des répercussions sur leur vie sociale et professionnelle. Ces conséquences peuvent être plus graves lorsque les symptômes ne sont pas adéquatement contrôlés. Le fardeau de l'asthme peut être lourd pour le patient et ses proches, mais aussi pour la société tout entière.



1.4.1 Sur l'état de santé

Certains patients, chez qui la maladie est mal maîtrisée, éprouvent continuellement ou assez souvent des symptômes respiratoires inconfortables ou souffrent de troubles du sommeil. De plus, lors des périodes de crise (exacerbation des symptômes), les asthmatiques vivent un état d'intense anxiété; expérience qui s'accompagne de sensations de suffocation, d'essoufflement et de perte de contrôle pouvant être fatale (GTNLA, 2000; Carbonneau, 2007). L'asthme cause aussi des problèmes de dépression et peut gravement affecter la santé physique et fonctionnelle de l'individu (Arif, Rohrer et Delclos, 2005; Hopman et autres, 2009).

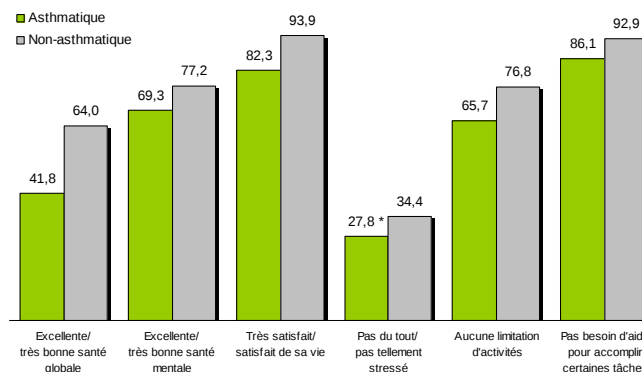
En 2007-2008, parmi la population lanaudaise asthmatique âgée de 12 ans et plus, plus de la moitié (56 %) a déclaré avoir souffert de symptômes d'asthme ou avoir eu une crise d'asthme au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce qui traduit le caractère plutôt actif de leur maladie. Aussi, un peu plus de quatre patients sur cinq ont déclaré avoir utilisé des médicaments pour traiter l'asthme au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les données de l'ESCC 2007-2008 renseignent également que les asthmatiques sont, en proportion, moins nombreux à percevoir positivement leur état de santé globale et mentale comparativement aux non-asthmatiques. En partie, cela pourrait s'expliquer par une plus grande probabilité de présence de comorbidités chez les asthmatiques, en dehors du fait que les symptômes de la maladie sont en soi affligeants et inconfortables pour les patients.

Comparativement au reste de la population lanaudaise, les asthmatiques sont, en proportion, moins nombreux à déclarer n'avoir aucune limitation de leurs activités, et donc à ne pas avoir besoin d'aide pour effectuer certaines tâches. Ils sont aussi moins nombreux à être satisfaits de leur vie, et sont plus nombreux à éprouver un stress.

Graphique 4

Population âgée de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard de l'asthme, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

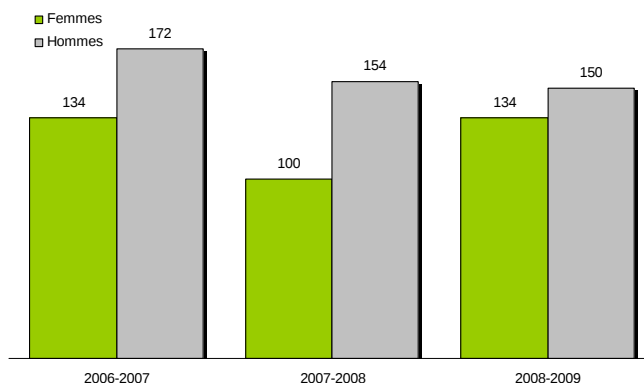
Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

1.4.2 Sur la morbidité hospitalière

Entre 2006-2007 et 2008-2009, 844 hospitalisations en établissements de soins physiques de courte durée pour lesquelles l'asthme est retenu comme diagnostic principal¹ ont été comptabilisées dans Lanaudière. La durée moyenne de séjour s'élève à près de trois jours. Les hommes totalisent plus de la moitié (56 %) des hospitalisations.

Graphique 5

Hospitalisations causées par l'asthme (diagnostic principal) selon le sexe et l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (N)



Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

¹ « Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation. » (INSPQ et autres, 2006, p. 216)



Le potentiel morbide de l'asthme est supérieur à ce que l'on peut imaginer. En effet, en tenant compte des cas où l'asthme figure également en diagnostic secondaire², le nombre d'hospitalisations pour lesquelles il contribue, même de façon subsidiaire, grimpe à 2 966 pour la période 2006-2007 à 2008-2009.

Graphique 6

Hospitalisations causées par l'asthme selon le type de diagnostic et l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (N)

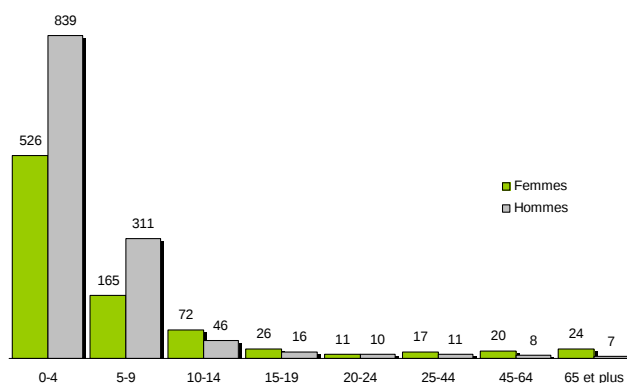


Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

La morbidité hospitalière due à l'asthme concerne tous les groupes d'âge. Toutefois, ce sont les enfants et les jeunes adultes qui semblent être les plus touchés. En effet, dans Lanaudière, c'est chez les moins de 20 ans qu'on enregistre les taux bruts d'hospitalisation pour asthme les plus élevés. Les femmes affichent des taux d'hospitalisation pour asthme légèrement supérieurs à ceux des hommes pour tous les groupes d'âge, à l'exception de ceux des 0-4 ans et des 5-9 ans.

Graphique 7

Taux bruts d'hospitalisation par asthme (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

Les données sur les hospitalisations comptabilisent des événements (congé des hôpitaux), mais ne permettent pas de préciser le nombre de patients hospitalisés. Dans le cas de l'asthme, elles reflètent néanmoins les cas les plus graves ou mal contrôlés de la maladie. Elles constituent aussi une mesure du degré de prise en charge de l'asthme au sein de la collectivité. L'éducation des patients, surtout les plus jeunes, mais aussi la sensibilisation de l'entourage font partie des conditions de réussite de la maîtrise de la maladie. Tous les guides thérapeutiques au sujet de l'asthme incluent ces volets dans le traitement.

Au cours de la période triennale 2006-2007 à 2008-2009, la population de Lanaudière présente une morbidité hospitalière à l'égard de l'asthme significativement supérieure à celle du Québec, et ce, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Cette relation s'est aussi avérée pour les résidents des réseaux locaux de services (RLS), à l'exception des femmes du RLS de Lanaudière-Sud qui affichent un taux d'hospitalisation pour l'asthme similaire à celui des Québécoises.

À l'échelle des municipalités régionales de comté (MRC), celles de Joliette et des Moulins se différencient du Québec en affichant une surmorbidity par asthme, et ce, aussi bien pour les femmes que les hommes. Ce constat s'applique également aux hommes de la MRC de Montcalm (voir Annexe 1).

1.4.3 Sur la mortalité

Comparé à d'autres maladies chroniques, l'asthme a une létalité moindre. Selon les estimations de l'OMS, des 300 millions d'asthmatiques répertoriés dans le monde en 2005, 255 000 en seraient décédés (OMS, 2008; Bousquet et autres, 2005). Plus que la morbidité, les décès qui surviennent chez les asthmatiques constituent l'indicateur le plus éloquent d'un défaut de prise en charge adéquate de la maladie.

² « Les diagnostics secondaires sont distincts du diagnostic principal et servent à désigner une affection pour laquelle le bénéficiaire aurait été diagnostiqué ou aurait reçu des traitements au cours de son hospitalisation. » (INSPQ et autres, 2006, p. 270)

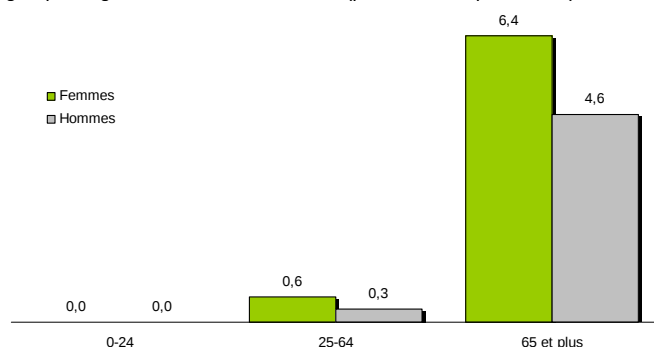


Dans Lanaudière, entre 2000 et 2006, on déplore 16 décès pour lesquels l'asthme était directement la cause. Même s'il n'était pas retenu comme cause initiale³, 39 autres personnes décédées dans la région au cours de la même période étaient des asthmatiques connus. Ainsi, l'asthme contribue de façon insidieuse à la mortalité due à d'autres maladies graves telles que la grippe, les pneumonies ou les maladies cardiovasculaires.

En 2003-2005, aucun décès directement imputable à l'asthme n'a été constaté chez les enfants et les jeunes adultes lanaudois. La mortalité par asthme était aussi relativement faible entre 25 et 64 ans. Par contre, les aînés de 65 ans et plus affichaient des taux bruts de mortalité par asthme de 6 et 5 cas pour 100 000, respectivement chez les Lanaudoises et les Lanaudois.

Graphique 8

Taux bruts de mortalité par asthme (cause initiale) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

1.4.4 Sur la mortalité prématurée

La mortalité par asthme en cause initiale est négligeable avant l'âge de 75 ans. De ce fait, l'asthme a peu d'influence sur la mortalité prématurée⁴ dans Lanaudière. Il représente, respectivement, 0,2 % et 0,1 % des années de vie perdues chez les Lanaudoises et les Lanaudois en 2003-2005. Depuis 2000-2002, la mortalité prématurée due à l'asthme n'a sensiblement pas varié.

1.4.5 Sur l'espérance de vie en absence d'asthme

En 2003-2005, l'exclusion des décès par asthme ne permet pas d'accroître pour autant l'espérance de vie à la naissance des Lanaudoises et des Lanaudois. Cela est attribuable à la faible mortalité enregistrée pour l'asthme chez les personnes âgées de moins de 75 ans. Cependant, même si l'asthme a un impact limité sur leur durée de vie, il n'en demeure pas moins qu'il affecte la qualité de vie des patients qui en souffrent.

1.4.6 Sur les plans économique et social

L'évaluation du fardeau de l'asthme dans une perspective sociale et économique est nécessaire pour opérer une allocation optimale des ressources, mais aussi pour améliorer la prise en charge des patients (Bahadori et autres, 2009). Les personnes qui souffrent d'asthme ont une qualité de vie inférieure et composent avec des limitations des activités de la vie quotidienne. Chaque année, une proportion non négligeable d'asthmatiques doit recourir aux soins d'urgence ou être hospitalisée à cause de la maladie. De plus, lorsque l'asthme est mal maîtrisé, les malades doivent souvent s'absenter de l'école ou du travail et s'abstenir de participer à des activités sportives ou autres. La persistance des symptômes et les effets secondaires des médicaments peuvent également nuire à la bonne santé des malades. L'asthme a par ailleurs une incidence sur le travail en affectant la concentration et le rendement. Aussi, les restrictions qu'impose l'asthme ont des répercussions sur la qualité de vie de leur famille (GTNLA, 2000; Delmas et autres, 2008).

L'Organisation mondiale de la Santé estime que les coûts économiques associés à l'asthme excèdent ceux de la tuberculose et de l'infection au VIH/SIDA combinés. Les pays développés peuvent dépenser 1 à 2 % de leur budget de santé pour faire face à l'asthme (OMS, 2000; Masoli et autres, 2004).

³ « La cause initiale du décès représente la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. » (INSPQ et autres, 2006, p. 256)

⁴ La mortalité prématurée se rapporte aux décès chez les personnes âgées de moins de 75 ans. Elle correspond à la différence entre un âge considéré comme une durée de vie moyenne (75 ans) et l'âge au décès.



Le fardeau économique de l'asthme est considérable aussi bien en termes de coûts directs médicaux, pour le traitement médicamenteux et les soins à l'urgence ou en hospitalisations, qu'en termes de coûts indirects incluant la perte de productivité due aux journées de travail perdues ou à la mortalité prématurée (Bousquet et autres, 2005; WHO, 2007).

Au Canada, les coûts totaux pour la prise en charge de l'asthme s'élevaient à un peu moins de 1,2 milliard de dollars en 1998. Ce montant comprenait les coûts des soins et des hospitalisations (102 millions), des médicaments (301 millions) et les coûts indirects. Ces derniers étaient liés à la mortalité due à l'asthme (70 millions) et à la morbidité du fait d'une incapacité de longue durée (680 millions) (Santé Canada, 2002).

Chaque année, l'asthme occasionne au Canada plus de 760 000 visites chez le médecin, environ 100 000 visites à l'urgence, 11 000 hospitalisations, 56 000 jours d'hospitalisation, 325 000 journées de travail perdues, 4 000 appels pour des services ambulanciers et près de 150 décès (Laberge et autres, 2000; APQ, 2009).

1.5 Les inégalités sociales et l'asthme

Bien que la susceptibilité génétique soit un déterminant majeur de l'asthme, les facteurs environnementaux et le mode de vie jouent un rôle important dans son histoire naturelle. Il est par ailleurs établi que ces derniers sont étroitement liés aux conditions socioéconomiques (Arif, Rohrer et Delclos, 2005).

En effet, l'évidence est faite que les populations les plus démunies sont les plus susceptibles de vivre dans de moins bonnes conditions environnementales, incluant une mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur. À long terme, l'exposition à cette pollution atmosphérique est associée à des effets néfastes sur la fonction respiratoire.

Elle aurait également d'autres conséquences graves telles que l'augmentation des hospitalisations et des décès chez les personnes souffrant de maladies chroniques comme les asthmatiques (Hoek, 2002).

Les effets de la pollution de l'air sur la santé semblent davantage affecter les personnes qui sont au bas de l'échelle sociale (Wheeler et Ben-Shlomo, 2005). De plus, celles qui sont moins nanties économiquement et socialement sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque comme le tabagisme (Lemire et Garand, 2010).

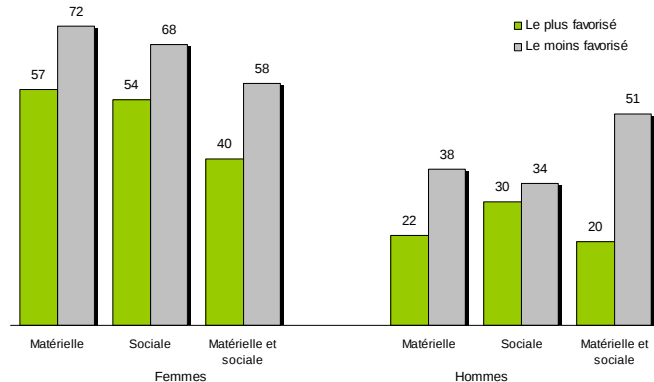
Les données de morbidité hospitalière due à l'asthme ont été examinées à la lumière de la distribution des résidents lanaudois âgés de 25 à 74 ans selon le milieu socioéconomique dans lequel ils vivent. Ceci, dans le but d'explorer les liens qui pourraient exister entre les inégalités sociales et la santé. Le niveau socioéconomique dont il est question ici est mesuré par l'indice de défavorisation matérielle et sociale⁵. Une étude récente a montré que la défavorisation économique et sociale est associée à une morbidité et une mortalité accrues, pour la plupart des causes de maladie considérées, soit le diabète, la cirrhose du foie, les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire et les traumatismes (Guillemette et Leclerc, 2008).

Au cours de la période allant de 1999-2000 à 2003-2004, la population lanaudoise affiche des taux d'hospitalisation pour l'asthme qui augmentent selon le gradient croissant de l'indice de défavorisation, et ce, pour les dimensions matérielle et sociale de l'indicateur. Les femmes et les hommes des milieux les plus défavorisés affichent une morbidité hospitalière pour asthme supérieure à ceux des milieux plus aisés socialement et économiquement. Ces écarts sont significatifs à l'exception de ceux relevés chez les hommes pour la dimension sociale et ceux des femmes pour la composante combinée (matérielle et sociale) de l'indice (Graphique 9).

⁵ La défavorisation matérielle et sociale correspond à un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient un individu, une famille ou un groupe de personnes. Cet indice regroupe six indicateurs répartis selon des dimensions matérielle et sociale. La défavorisation matérielle prend en considération la scolarité, l'emploi et le revenu et peut être assimilée au concept de pauvreté. La défavorisation sociale tente de mesurer l'isolement « potentiel » des individus en vertu d'une séparation, d'un divorce, d'un veuvage, de la monoparentalité ou du fait de vivre seul (Guillemette et Leclerc 2008).

**Graphique 9**

Taux standardisés⁶ d'hospitalisation par asthme dans la population âgée de 25 à 74 ans selon le quartile de défavorisation et le sexe, Lanaudière, 1999-2000 à 2003-2004 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 1999-2000 à 2003-2004.
INSPQ, Indice de défavorisation 2001. Table d'équivalence, Québec, 2004.
STATISTIQUE CANADA, Recensement canadien, 2001.

Les données relatives à la mortalité sont insuffisantes pour permettre une analyse du lien entre ce paramètre et le niveau socioéconomique. Toutefois, les résultats sur la morbidité confirment le rôle contributif des inégalités sociales sur le fardeau que constitue l'asthme au sein de la population lanaudoise. Les résultats d'une étude québécoise sur l'asthme ont trouvé à ce sujet que la morbidité était associée à certaines caractéristiques socioéconomiques comme la proportion d'assistés sociaux, celle des personnes à faibles revenus et celle de familles monoparentales (Laberge et autres, 2000).

1.6 Pistes d'action

Une des pistes prometteuses parmi les stratégies de prise en charge efficace de l'asthme consiste en la promotion de saines habitudes de vie, notamment la pratique de l'activité physique, accompagnée d'actions d'éducation à la santé à l'intention des malades, de leur entourage et des équipes de soins. Cette stratégie fait partie intégrante de la gestion thérapeutique. Celle-ci est une approche novatrice visant la gestion optimale de la santé en cherchant à améliorer la pratique des professionnels et la santé de leurs patients. L'évaluation répétée des pratiques et des habitudes de traitement entraîne une amélioration continue de la qualité des soins par des interventions préventives et curatives appropriées.

Un des objectifs déclinés dans le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* est « de réduire de 15 % la morbidité et la mortalité liées à l'asthme » (ASSS de Lanaudière, 2009b, p. 71). Cela est possible en s'appuyant sur plusieurs leviers. Du point de vue médical, il faudra adapter les paliers de traitement à l'intensité des symptômes du patient, tout en s'assurant de l'adhésion de ce dernier et de sa bonne observance du traitement. De plus, une vision globale du malade est nécessaire pour intégrer dans le traitement toutes les conditions morbides pouvant coexister avec l'asthme. Dans une approche de santé publique, il faudra, entre autres mesures, contribuer à la réduction des inégalités socioéconomiques qui ont un impact sur l'adoption de moins bonnes habitudes de vie ou encore sur les conditions de vie et l'environnement physique dans lequel vivent les personnes défavorisées. De plus, il faudra poursuivre les actions de prévention et de promotion de la santé à l'endroit de la population pour bien l'informer sur la maladie et l'impliquer dans le traitement au moyen de l'autogestion des soins. La Direction de santé publique et d'évaluation et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux s'inscrivent déjà dans cette voie. Ils peuvent également compter sur la mobilisation des ressources communautaires régionales, dont les centres d'enseignement sur l'asthme, qui sont répartis sur tout le territoire lanaudois et sur le soutien de quelques organismes provinciaux et fédéraux qui s'intéressent à cette problématique (Réseau québécois pour l'asthme et la MPOC, Asthme Québec, Association pulmonaire du Canada, Association pulmonaire du Québec).



⁶ Pour l'ensemble du document, le fait d'établir une différence significative indique que l'écart observé a été confirmé statistiquement avec un niveau de confiance de 95 %. La comparaison repose sur l'estimation des intervalles de confiance calculée pour les rapports de taux standardisés.



2. LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

2.1 La définition

Le terme « maladie pulmonaire obstructive chronique » (MPOC) désigne un groupe d'affections chroniques caractérisées par une obstruction des voies aériennes partiellement réversible et des symptômes respiratoires. La limitation des voies respiratoires est habituellement progressive et associée à une réponse inflammatoire anormale des poumons à des particules ou gaz nocifs (CDC, 2002; ASPC, 2007; GOLD, 2009).

Dans le cadre de cette monographie, la MPOC réfère à la bronchite chronique, à l'emphysème et à la bronchopneumopathie chronique obstructive. Selon le cas, la 9^e ou la 10^e version de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a servi pour définir les cas de MPOC. Les codes utilisés sont la CIM-9 490 à 492 et 496 et la CIM-10 J40 à J44.

L'emphysème, qui désigne « la destruction des alvéoles pulmonaires », est un terme pathologique souvent utilisé cliniquement, mais de façon inappropriée, pour décrire une seule des nombreuses anomalies structurales présentes chez les patients souffrant de MPOC. La bronchite chronique ou « la présence pendant au moins trois mois, chaque année pendant deux ans consécutifs, d'une toux et d'une production de mucus », reste une définition clinique et épidémiologique utile. Cependant, elle ne reflète pas à elle seule, l'impact majeur de l'obstruction des voies aériennes sur la morbidité et la mortalité des patients ayant une MPOC. Enfin, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) combine pour sa part, l'atteinte bronchique à celle du tissu pulmonaire (GOLD, 2009; Roche et autres, 2007).

Les manifestations cliniques pulmonaires de la MPOC associent une toux chronique, une gêne respiratoire à l'effort, des expectorations et des sifflements. La MPOC cause aussi d'importants effets systémiques qui accroissent sa sévérité chez les patients (perte de poids, anomalies nutritionnelles et dysfonctionnement du tissu musculaire squelettique) (GOLD, 2009).

La MPOC est une maladie prévisible dont il est possible d'atténuer les symptômes, de freiner l'évolution et de limiter la mortalité.

La spirométrie est le moyen le plus efficace pour poser un diagnostic précis de MPOC. Il s'agit d'un test respiratoire simple qui mesure la quantité d'air que les poumons du patient peuvent retenir et le débit auquel l'air peut être expiré. La limitation du débit expiratoire est le signe physiopathologique le plus caractéristique d'une MPOC.

La spirométrie est indiquée chez tout patient de plus de 40 ans, fumeur (actuel ou ancien) qui tousse et expectore régulièrement, s'essouffle lors de l'exécution de tâches simples et dont l'expiration est sifflante à l'effort ou pendant la nuit.

L'évaluation de la gravité de la maladie est basée sur l'intensité des symptômes, la sévérité des anomalies spirométriques et la présence de complications comme la détresse respiratoire, l'insuffisance cardiaque droite, la perte de poids et l'hypoxémie artérielle (O'Donnell et autres, 2008; GOLD, 2009).

2.2 Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs concourent à la survenue de la MPOC. Les nombreuses études épidémiologiques menées sur le sujet ont surtout permis de découvrir de puissants liens d'association plutôt que des relations de causalité directe entre ces facteurs et la maladie (GOLD, 2009).

Au Canada, le tabagisme serait associé à 80 voire 90 % des cas de MPOC. On estime qu'entre 15 et 25 % des fumeurs développeront la MPOC au cours de leur vie. Cependant, du fait des prédispositions génétiques propres à chaque individu, chez deux personnes ayant la même histoire de tabagisme, seule une pourrait être atteinte par la maladie. Ce qui traduit une interaction complexe entre le patrimoine génétique et les conditions environnementales (ASPC, 2007; O'Donnell et autres, 2007; APQ, 2009).

Le facteur de risque génétique le mieux documenté est le déficit héréditaire sévère en alpha-1 antitrypsine (AAT), une antiprotéase qui protège les tissus pulmonaires. « Lorsqu'il y a défaillance de cette protéine d'AAT, il se produit une destruction de l'élasticité des tissus pulmonaires, causant un emphysème génétique » (APQ, 2009).

Parmi les nombreuses expositions par inhalation pouvant causer ou aggraver la maladie, on note les expositions professionnelles aux poussières et produits chimiques (vapeurs, produits irritants et fumée), la pollution atmosphérique extérieure et l'exposition passive à la fumée de cigarette. La pollution intérieure, en particulier celle des combustibles de cuisson ou de chauffage dans les espaces confinés et mal ventilés, est aussi associée à un risque accru de MPOC (GOLD, 2009).

D'autres facteurs, dont le rôle n'est pas encore formellement établi, pourraient intervenir dans le développement de la MPOC :

- Il s'agit des troubles de la croissance du poumon qui surviennent pendant la gestation ou l'enfance. Par exemple, le petit poids à la naissance qui est positivement associé aux mauvaises performances à la spirométrie à l'âge adulte (Lawlor, Ebrahim et Davey Smith, 2005).
- Les femmes seraient, selon certains auteurs, plus sensibles aux effets du tabagisme que les hommes, du fait probable de leurs plus petites voies aériennes (Martinez et autres, 2007).
- Les infections pulmonaires chez les enfants, qu'elles soient virales ou bactériennes, sont associées à la réduction des fonctions pulmonaires à l'âge adulte (Morris, Sciurba et Norris, 2008).
- Un bas statut socioéconomique, un mauvais état nutritionnel ou la présence d'asthme contribueraient aussi au risque d'avoir une MPOC (GOLD, 2009).

Depuis une vingtaine d'années, l'évolution du tabagisme parmi la population lanaudaise âgée de 15 ans et plus montre un taux plus élevé qu'au Québec et une baisse moins accentuée, en particulier chez les femmes.

Alors que le taux de tabagisme des Québécoises s'abaissait entre 1987 et 1992-1993 (de 39 % à 33 %), celui des Lanaudoises restait stable à 40 %. Déjà en 1992-1993, les Lanaudoises fumaient plus que les Québécoises. La même tendance est observée en 2007-2008.

La baisse du tabagisme chez les hommes s'est amorcée dès 1987, soit bien avant que chez les femmes de Lanaudière. En 2007-2008, les taux de tabagisme s'élèvent respectivement à 30 % et 29 % chez les Lanaudois et les Lanaudoises âgés de 15 ans et plus.

En 2007-2008, 90 200 personnes, soit environ le quart de la population âgée de 12 ans et plus, sont exposées tous les jours ou presque à la fumée secondaire du tabac dans leur domicile. Les deux cinquièmes des Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus déclarent avoir cessé de fumer. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à faire partie des anciens fumeurs (Guillemette et autres, 2001; Lemire et Garand, 2010; INSPQ, 2010).

2.3 L'ampleur de la MPOC

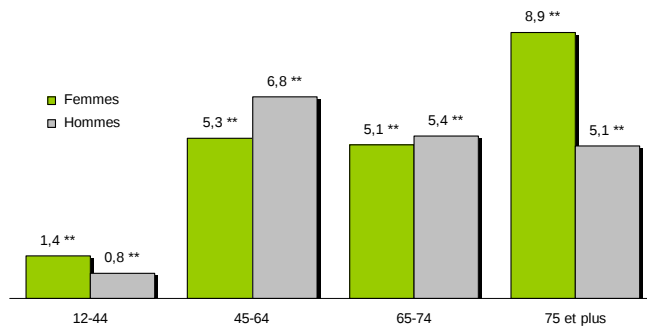
2.3.1 La prévalence

En 2007-2008, un peu plus de 13 300 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus, soit 3,5 % de la population, ont déclaré avoir reçu un diagnostic de MPOC de la part d'un médecin. La bronchite chronique, qui sévit à tous les âges, est le diagnostic le plus fréquemment signalé (55 %), alors que l'emphysème (32 %) et la bronchopneumopathie obstructive chronique (13 %) sont rares avant l'âge de 45 ans. Environ 30 % des personnes souffrant de MPOC combinent au moins deux des trois diagnostics. La population adulte âgée de 45 à 64 ans totalise plus des trois cinquièmes des cas de MPOC. C'est habituellement à cet âge que le diagnostic est posé.

La proportion de cas de MPOC diagnostiqués chez les femmes suit une tendance croissante à mesure que l'âge avance. Par contre, chez les Lanaudois, le pic de prévalence relative est atteint dans le groupe des 45-64 ans. Quoique présente chez les plus jeunes, la MPOC affecte davantage les personnes âgées.

**Graphique 10**

Taux bruts de prévalence de la MPOC⁷ selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Le tabagisme a vraisemblablement joué un rôle important dans l'ampleur de la MPOC dans Lanaudière. En effet, tout près de neuf Lanaudois sur dix et presque autant de Lanaudoises, qui ont déclaré avoir reçu d'un professionnel de la santé le diagnostic de MPOC en 2007-2008, étaient ou avaient été des fumeurs. Au moment de l'enquête, les trois cinquièmes d'entre eux avaient affirmé qu'ils faisaient encore usage du tabac. Ce constat, s'il était conforté par des études épidémiologiques plus poussées, viendrait encore une fois confirmer le rôle du tabagisme comme facteur déterminant dans la survenue de la MPOC.

Au Canada et ailleurs dans le monde, les comportements à l'égard du tabac ont beaucoup évolué au fil du temps. Il y a une cinquantaine d'années, beaucoup plus d'hommes que de femmes s'adonnaient au tabagisme. En revanche, depuis trois décennies environ, les habitudes de vie ont changé et les femmes font de plus en plus usage du tabac. Cette situation a conduit à la poussée actuelle de la prévalence de la MPOC chez les femmes. Certaines hypothèses sont émises voulant qu'elles soient plus sensibles aux méfaits du tabac. Elles seraient ainsi plus susceptibles de développer une hyperréactivité bronchique du fait d'une prédisposition anatomique à avoir de plus petites voies respiratoires que les hommes. À cela s'ajoute une plus grande propension des femmes à utiliser les services de consultations médicales et, par conséquent, à bénéficier de tests diagnostics appropriés. Ce qui contribue à faire diagnostiquer la maladie plus

souvent et plus rapidement que chez les hommes (Carbonneau, 2007; ASCP, 2007).

La surveillance de la MPOC à l'échelle populationnelle fait appel aux enquêtes fondées sur l'autodéclaration de la maladie par les patients. Cependant, tout comme pour l'asthme, sa prévalence est fort probablement sous-estimée.

Plusieurs personnes interrogées peuvent ignorer leur état du fait de l'évolution insidieuse de la maladie et de l'apparition tardive des symptômes (ASPC, 2007). Les résultats d'un sondage pancanadien révèlent que 1,6 million de Canadiens pourraient être atteints d'une MPOC non diagnostiquée, selon leurs réponses au *Test canadien de santé pulmonaire*⁸ (APC, 2009).

Une étude récente menée en France concluait également à ce sujet à un sous-diagnostic de la MPOC chez les répondants d'un questionnaire autoadministré après analyse des données recueillies à domicile par les enquêteurs. D'après les auteurs, le problème relevait d'un défaut de concordance entre les symptômes de bronchite chronique et la maladie déclarée (Fuhrman et autres, 2008).

2.3.2 Les projections de prévalence

L'ampleur passée du tabagisme dans la population lanaudoise, associée au phénomène du vieillissement de la population et à la croissance démographique, laisse croire que la prévalence régionale de la MPOC pourrait augmenter au cours des prochaines années.

Les projections de prévalence de la MPOC sont calculées à partir des données issues des enquêtes antérieures de Statistique Canada (ESCC 2005 et ESCC 2007-2008) et des projections de croissance de la population lanaudoise. Cela permet d'établir le nombre de cas de MPOC attendus pour les années à venir selon trois scénarios.

Le scénario moyen consiste à appliquer sur la population lanaudoise attendue entre 2010 et 2016, selon le groupe d'âge et le sexe, les taux moyens de prévalence de MPOC.

⁷ Les données de la prévalence de la MPOC contiennent des informations partielles sur certains répondants. En effet, les questions de l'ESCC sur la bronchite chronique concernaient la population âgée de 12 ans et plus, alors que celles sur l'emphysème et la bronchopneumopathie chronique obstructive n'étaient posées qu'aux personnes âgées de 30 ans et plus.

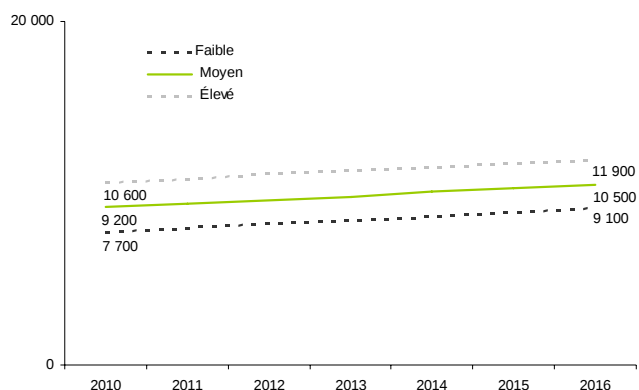
⁸ « Le *Test canadien de santé pulmonaire* consiste à vérifier chez tout sujet âgé de plus de 40 ans, fumeur (actuel ou ancien) la présence d'au moins un de ces éléments : une toux régulière, des expectorations, un essoufflement, des sifflements respiratoires à l'effort ou au repos et des épisodes fréquents de rhume ». Si le test est positif, il est prédictif du risque de développer la MPOC, qu'il faudra confirmer par la spirométrie (APC, 2009).

Les scénarios faibles et élevés utilisent respectivement les taux de prévalence de MPOC par groupes d'âge les plus bas et les plus hauts lors des deux cycles d'enquête.

Les projections de la prévalence régionale de la MPOC pourraient atteindre 9 200 et 6 400 cas respectivement chez les femmes et les hommes en 2010. À moyen terme, les cas de MPOC pourraient s'accroître de 14 %, autant chez les Lanaudoises que les Lanaudois pour atteindre, en 2016, 10 500 et 7 300 cas.

Graphique 11

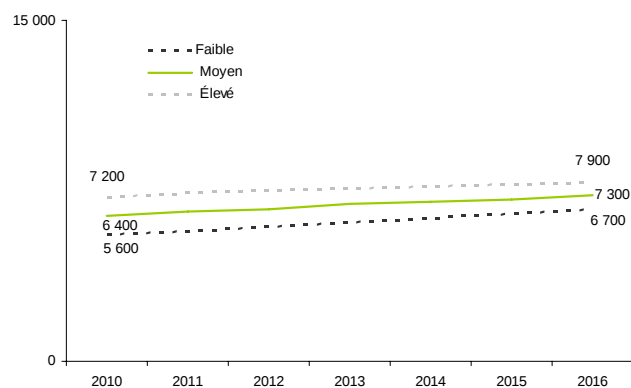
Évolution du nombre de cas de MPOC chez les femmes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009.
STATISTIQUE CANADA, ESCC, 2005 et 2007-2008.
Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006 et 2009.

Graphique 12

Évolution du nombre de cas de MPOC chez les hommes de 12 ans et plus selon trois scénarios, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2031, 2009.
STATISTIQUE CANADA, ESCC, 2005 et 2007-2008.
Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006 et 2009.

2.4 Les conséquences de la MPOC

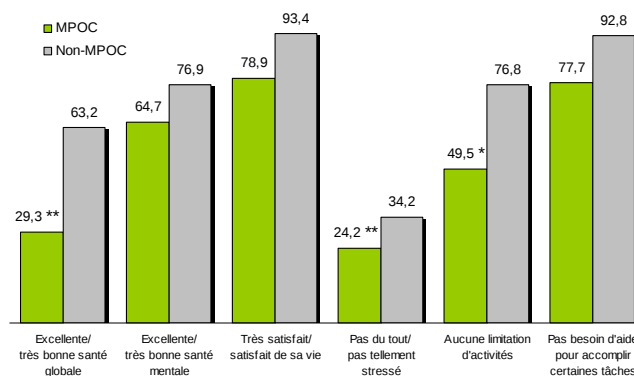
2.4.1 Sur l'état de santé

La MPOC est grave de par ses manifestations cliniques et physiologiques pulmonaires et systémiques. Elle est associée à une qualité de vie altérée et à des restrictions dans les activités quotidiennes. À long terme, les complications respiratoires (insuffisance respiratoire et hypertension pulmonaire) et extrapulmonaires (perte de poids, atrophie musculaire squelettique, maladies cardiovasculaires, anémie et ostéoporose) sont fréquentes et affectent négativement la perception des malades envers leur état de santé. De plus, plusieurs états morbides tels que les cancers ou la dépression peuvent coexister avec la MPOC (O'Donnell et autres, 2008; Fuhrman et autres, 2008; GOLD, 2009).

Dans Lanaudière, les données de l'ESCC 2007-2008 indiquent que les malades souffrant de MPOC sont, en proportion, moins nombreux à percevoir leur état de santé globale et mentale comme étant excellent ou très bon. Cette dépréciation de l'état de santé perçue est très fréquente dans les stades avancés de la maladie qui imposent des contraintes majeures à certaines fonctions de l'organisme telles que l'autonomie. Cela traduit en outre le caractère incapacitant de la MPOC. Comparativement au reste de la population lanaudoise, les malades ayant déclaré une MPOC sont, en proportion, moins nombreux à dire n'avoir aucune limitation de leurs activités, et donc ne pas avoir besoin d'aide pour effectuer certaines tâches. Ils sont aussi moins nombreux à être satisfaits de leur vie en général.

Graphique 13

Population âgée de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard de la MPOC, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.



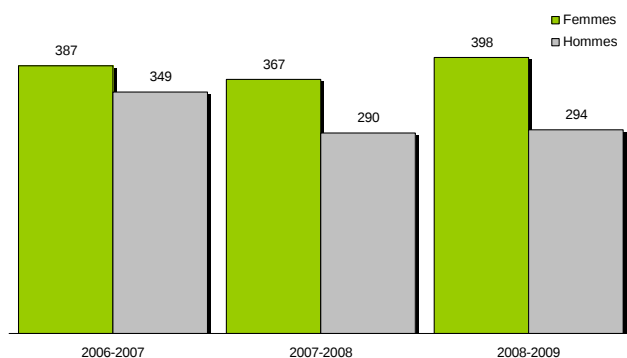
2.4.2 Sur la morbidité hospitalière

L'évolution lente et progressive de la MPOC, avec des risques d'aggravations surtout en période d'activité grippale hivernale, fait que le traitement de la maladie peut nécessiter des consultations médicales, des visites à l'urgence et des hospitalisations. Les exacerbations traduisent une amplification de la réponse inflammatoire dans les voies respiratoires et peuvent être déclenchées par une infection bactérienne ou virale ou par des polluants environnementaux (Viegi et autres, 2006; GOLD, 2009). Au Québec, la MPOC est responsable de 13 000 hospitalisations par année (RQAM, 2009). Les hospitalisations pour MPOC requièrent souvent des soins en inhalothérapie pour pallier la défaillance de la fonction respiratoire. En plus des soins d'oxygénothérapie, un suivi posthospitalier de la part d'une équipe pluridisciplinaire est parfois utile pour accompagner le patient pendant sa phase de réadaptation respiratoire. Donc, au-delà du séjour régulier en institution, des soins ambulatoires ou à domicile contribuent à alourdir le fardeau de la MPOC.

Entre 2006-2007 et 2008-2009, 2 085 hospitalisations en soins physiques de courte durée pour lesquelles la MPOC était retenue comme diagnostic principal ont été comptabilisées dans Lanaudière, soit une moyenne annuelle de près de 700 hospitalisations. La durée moyenne de séjour hospitalier est de neuf jours. Un peu plus de la moitié des hospitalisations dues à la MPOC concernait les femmes. En tenant compte des cas où la MPOC était inscrite comme diagnostic secondaire, le total des hospitalisations monte à 9 582 entre 2006-2007 et 2008-2009.

Graphique 14

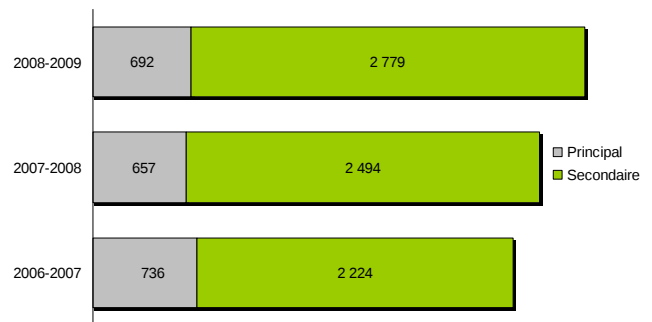
Hospitalisations causées par la MPOC (diagnostic principal) selon le sexe et l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (N)



Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

Graphique 15

Hospitalisations causées par la MPOC selon le type de diagnostic et l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (N)

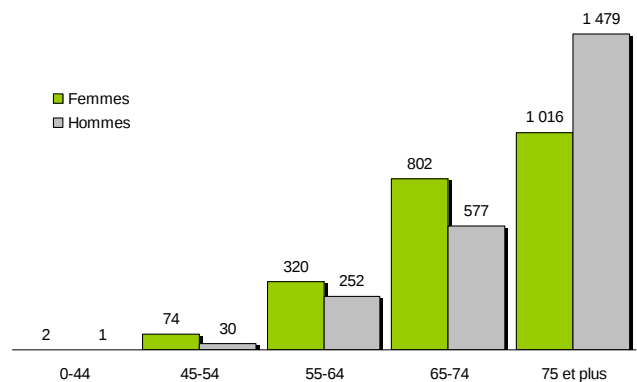


Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

Très faibles jusqu'à l'âge de 44 ans, les taux bruts d'hospitalisation pour la MPOC augmentent progressivement avec l'âge et sont plus élevés chez les aînés de 75 ans et plus. Chez les moins de 75 ans, la prévalence de l'hospitalisation semble plus élevée chez les femmes alors que chez les 75 ans et plus, le taux est plus élevé chez les hommes.

Graphique 16

Taux bruts d'hospitalisation par MPOC (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

Au cours de la période 2006-2007 à 2008-2009, la région de Lanaudière présente une morbidité hospitalière due à la MPOC inférieure à celle du Québec, et ce, pour les hommes et les femmes. Cela s'applique aussi dans trois des six MRC de la région, soit D'Autray, Joliette et Matawinie. En revanche, les femmes de la MRC des Moulins affichent une morbidité hospitalière significativement plus élevée que celle des Québécoises.

Le RLS de Lanaudière-Nord affiche aussi une sous-morbidité hospitalière due à l'asthme comparativement au Québec (voir Annexe 1).

La population souffrant de MPOC est une grande utilisatrice des services institutionnels, que ce soit les unités d'hospitalisation ou l'urgence hospitalière. En effet, les hospitalisations dues à la MPOC sont possiblement affectées et amplifiées par les autres conditions de comorbidité (maladies musculosquelettiques, diabète, cancer, etc.) non directement liées à la MPOC, mais qui pourraient avoir un impact sur l'état de santé des patients, ou pourraient négativement interférer avec le traitement de la MPOC (GOLD, 2009). D'autres études ont mis en évidence le rôle majeur que jouent les maladies cardiovasculaires dans l'hospitalisation des patients atteints de MPOC (Hughes, Muldoon et Tollerud, 2006; O'Donnell et autres, 2007; Fuhrman et autres, 2008). Enfin, une étude montréalaise révélait qu'au cours de l'année 2003-2004, plus de la moitié des personnes souffrant de MPOC était hospitalisée au moins une fois. De plus, les auteurs notaient que plus de trois patients sur cinq étaient allés à l'urgence durant l'année (Lemoine et autres, 2008).

2.4.3 Sur la mortalité

Les statistiques de mortalité ne rendent pas compte du poids réel de la MPOC dans les causes de décès. En effet, le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires s'avèrent être les principales causes de mortalité retenues dans les cas de MPOC légère ou modérée, tandis que dans les cas qui ont atteint un stade avancé, l'insuffisance respiratoire devient la principale cause de décès (Hughes, Muldoon et Tollerud, 2006; O'Donnell et autres, 2007).

En dépit des problèmes liés à l'imprécision des données de mortalité par MPOC, il est clair qu'elle est l'une des plus importantes causes de décès dans la plupart des pays développés. Les études sur le fardeau mondial des maladies prévoient que la MPOC, sixième cause de mortalité en 1990, deviendrait la troisième cause de décès dans le monde d'ici 2020. Elle occupe actuellement le quatrième rang des plus grandes causes de décès au Canada tout comme aux États-Unis (CDC, 2002; O'Donnell et autres, 2008).

Cette augmentation de la mortalité est due au tabagisme et à l'évolution démographique dans la plupart des pays. Le tabagisme serait, à lui seul, responsable d'au moins 75 % des décès par MPOC (CDC, 2005; Lopez et autres, 2006; GOLD, 2009).

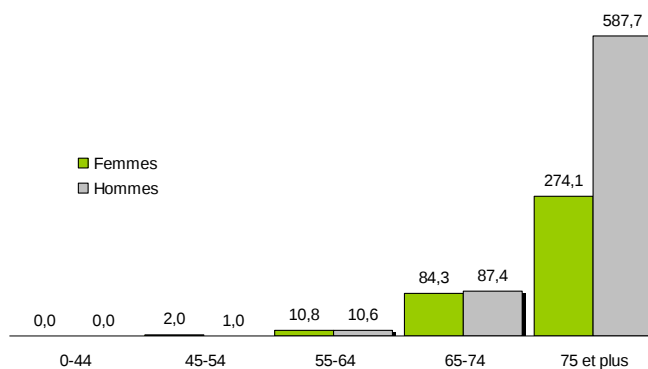
Au Canada, une personne décède toutes les heures de la MPOC, soit le tiers des personnes qui meurent d'une maladie pulmonaire au pays. C'est au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que le taux de mortalité attribuable à la MPOC est le plus élevé (APQ, 2009).

Entre 2000 et 2006, 733 décès sont directement attribuables à la MPOC (cause initiale), soit 4 % de l'ensemble des décès enregistrés dans la région. Toutefois, le nombre de décès pour lesquels la MPOC est retenue comme cause sous-jacente ou secondaire s'élève à 1 087. Sa part relative réelle dans les causes de mortalité régionale se situe ainsi à 10 %. Les décès concernaient davantage les hommes dans une proportion de 57 %.

En 2003-2005, la distribution des décès selon l'âge montre que la mortalité par MPOC est nulle avant 45 ans et reste relativement faible entre 45 et 64 ans. Au-delà de 75 ans, le pic de mortalité est atteint pour les deux sexes, mais il est plus prononcé chez les hommes puisque leur taux de mortalité dépasse le double de celui des femmes.

Graphique 17

Taux bruts de mortalité par MPOC (cause initiale) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2003-2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.
STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.



Pour cette période, la mortalité par MPOC enregistrée dans Lanaudière est similaire au Québec. En revanche, les hommes des MRC de Matawinie, affichent une mortalité moindre comparativement aux Québécois (voir Annexe 1).

La réduction de la mortalité due à la MPOC requiert des programmes de santé publique qui poursuivent des efforts de lutte efficace contre toutes les expositions personnelles au tabac (incluant le tabagisme passif), aux poussières et produits chimiques professionnels, et aux autres polluants intérieurs et extérieurs liés à la MPOC (Miller et autres, 2005).

Une fois le diagnostic de MPOC établi, la prise en charge de la maladie doit inclure des mesures de prévention des détériorations futures de la fonction pulmonaire pour en corriger l'évolution fatale (Celli, 2008).

2.4.4 Sur la mortalité prématurée

La MPOC est souvent sous-estimée dans les causes initiales lorsque survient un décès. La plupart du temps, ce sont ses complications ou les conditions morbides qui coexistent avec elles qui sont retenues comme ayant conduit directement au décès. Cet état de fait atténue grandement l'influence que pourrait réellement avoir la MPOC sur la mortalité prématurée.

Dans Lanaudière, 1,4 % et 0,7 % des années de vie perdues respectivement chez les femmes et les hommes sont attribuables à la MPOC en 2003-2005. Peu de décès par MPOC (cause initiale) ont été comptabilisés durant cette période et ceux-ci concernaient majoritairement les aînés de 75 ans et plus. Ces derniers ne sont d'ailleurs pas pris en compte dans le calcul de cet indicateur, car il concerne seulement les décès survenus chez les personnes de 25 à 74 ans.

En 2000-2002, la mortalité prématurée se chiffrait respectivement à 1,6 % et 1,1 % chez les Lanaudoises et les Lanaudois.

2.4.5 Sur l'espérance de vie en absence de MPOC

En 2003-2005, l'hypothèse d'absence de la MPOC aurait permis de réaliser de faibles gains d'années de vie à la naissance, de l'ordre de 0,4 an et 0,3 an, respectivement chez les Lanaudoises et les Lanaudois. L'espérance de vie passerait ainsi de 82,1 à 82,5 ans chez les femmes et de 76,5 à 76,9 ans chez les hommes.

En 2000-2002, le gain hypothétique d'espérance de vie à la naissance en absence de MPOC était du même ordre de grandeur. Cela signifie que la MPOC, en plus d'altérer la qualité de vie des malades, grève légèrement le temps que ces derniers pourraient espérer vivre si cette affection n'existait pas.

Les patients qui souffrent de MPOC ont un risque plus élevé de mortalité prématurée comparativement à ceux qui n'en sont pas atteints, et ce, avec une réduction de l'espérance de vie. Cet effet est par ailleurs amplifié chez les patients fumeurs (Shavelle et autres, 2009).

2.4.6 Sur les plans économique et social

Plus de la moitié des répondants à un sondage Canadien rapportaient que la MPOC perturbait leur sommeil et leurs activités quotidiennes. Chez certains, la maladie affectait les relations avec leurs amis, leur famille et leur capacité à travailler (APC, 2009).

La MPOC est une cause importante de recours aux soins, de handicap et de mortalité. En alternative à l'hospitalisation, des soins à domicile sont parfois proposés aux malades souffrant de MPOC légère ou modérée. Cette prise en charge non institutionnelle des patients implique souvent de la part des proches aidants un soutien constant, ce qui contribue à accroître le fardeau de la maladie.

Les personnes souffrant de MPOC rencontrent davantage de difficultés dans leur vie professionnelle que les non malades. Elles sont plus nombreuses que les autres à ne pas travailler pour des raisons de santé, à être au chômage ou à interrompre leurs activités à cause de leur maladie (Fuhrman et autres, 2008).

La MPOC est une maladie qui coûte cher, que ce soit en termes de coûts directs monétaires ou de coûts intangibles. Les coûts indirects associés à la MPOC – perte de productivité et besoin de services additionnels – constituent un fardeau pour la famille, le système de santé et la collectivité en général. En 1998, les coûts totaux de la MPOC s'élevaient à quelque 1,7 milliard de dollars pour le Canada. Cette somme incluait les coûts directs en soins hospitaliers et en médicaments d'un montant de 468 millions et les coûts indirects liés à la mortalité et à la morbidité dues à la MPOC estimés à 1,2 milliard de dollars (Santé Canada, 2002). Selon le Réseau québécois pour l'asthme et la MPOC (RQAM), le coût total de la MPOC était estimé à 418 millions de dollars pour le Québec en 1998 (RQAM, 2009).

2.5 Les inégalités sociales et la MPOC

Les conditions socioéconomiques, telles que la pauvreté, le faible niveau de scolarité ou l'isolement social, sont associées à un mauvais état de santé et à un risque accru de survenue de maladies chroniques (CDC, 2004; Fang et autres, 2009). En règle générale, l'état de santé suit un gradient selon lequel les personnes dont la situation socioéconomique est moins avantageuse ne sont pas en aussi bonne santé que celles qui occupent des niveaux d'aisance supérieurs (Wilkins et autres, 2008). Les déterminants socioéconomiques seraient ainsi perçus comme étant « les causes des causes » des perturbations de la santé des individus (Marmott, 2007).

L'association entre le niveau socioéconomique et les symptômes de la MPOC est assez bien documentée. Elle traduit les expositions plus élevées des milieux défavorisés aux différents facteurs de risque de la maladie (infections respiratoires dans la petite enfance, tabagisme actif, exposition passive au tabac, exposition aux poussières professionnelles, exposition à la pollution atmosphérique). Le niveau socioéconomique jouerait un rôle intermédiaire entre la pollution de l'air et la détérioration de la santé des patients (Fuhrman et autres, 2008; Delmas et autres, 2008; GOLD, 2009).

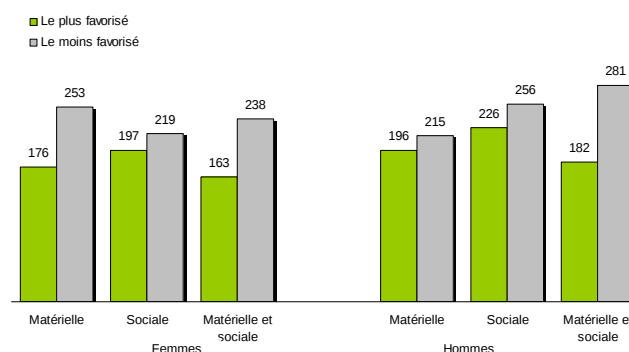
Tout comme pour l'asthme, la défavorisation socioéconomique peut être un facteur contributif dans la prévalence, la morbidité et la mortalité de la MPOC.

Dans Lanaudière, entre 1999-2000 et 2003-2004, les populations du quartile le plus défavorisé sur le plan matériel affichent des taux d'hospitalisation pour MPOC supérieurs en comparaison à ceux des populations des quartiles les plus favorisés, et ce, pour les deux sexes. Ce constat est aussi valable chez les hommes en ce qui a trait à la défavorisation sociale.

De même, en combinant les deux composantes de l'indice de défavorisation, les Lanaudoises et les Lanaudois du quartile le plus aisé affichent une morbidité à l'égard de la MPOC inférieure à celle des populations des milieux défavorisés.

Graphique 18

Taux standardisés d'hospitalisation par MPOC dans la population âgée de 25 à 74 ans selon le quartile de défavorisation et le sexe, Lanaudière, 1999-2000 à 2003-2004 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 1999-2000 à 2003-2004.
INSPQ, Indice de défavorisation 2001. Table d'équivalence, Québec, 2004.
STATISTIQUE CANADA, Recensement canadien, 2001.

En ce qui a trait à la mortalité, le lien avec l'indice de défavorisation serait moins évident. En effet, la seule association notée concerne la défavorisation sociale et les taux standardisés de mortalité par MPOC chez les femmes.



2.6 Pistes d'action

Réduire de 15 % la morbidité et la mortalité dues à la MPOC figure parmi les objectifs régionaux à court terme de lutte contre cette affection (ASSS de Lanaudière, 2009b). Même s'il est vrai que Lanaudière affiche des taux d'hospitalisation et de décès significativement inférieurs à ceux du Québec, les efforts doivent se poursuivre en vue d'en amoindrir le fardeau global. La MPOC est une maladie évitable avant sa survenue et traitable une fois qu'elle est diagnostiquée. La cessation tabagique et la lutte contre les expositions aux polluants intérieurs et extérieurs peuvent réduire l'utilisation des services de santé, y compris ceux d'hospitalisation et d'urgence et les décès chez les patients souffrant de MPOC.

Le traitement de la MPOC est possible à n'importe quel stade de la maladie. Une stratégie de prise en charge constituée d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques combinées peut améliorer efficacement les symptômes, les niveaux d'activité et la qualité de vie.

La Société canadienne de thoracologie recommande à ce sujet de mettre en œuvre des programmes d'éducation et d'abandon du tabac, de prévenir les exacerbations par la vaccination antigrippale et antipneumococcique et d'administrer au besoin une thérapie aux bronchodilatateurs. De plus, elle encourage la pratique de l'activité physique régulière et le suivi et la surveillance de la maladie et des comorbidités pour garantir le succès du traitement (O'DONNELL et autre, 2008).





CONCLUSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une de ses priorités. Avant d'intervenir efficacement sur ces problèmes, il est nécessaire de faire l'état des lieux quant à leur ampleur. La série de monographies sur le thème des maladies chroniques est un outil qui vise à permettre aux décideurs et intervenants en santé publique de mieux connaître l'étendue des problèmes que posent ces affections.

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique, objets d'étude de ce fascicule, sont des problèmes de santé préoccupants. Ils affectent en effet près 50 000 Lanaudoises et Lanaudois, soit plus de 10 % de la population. Les facteurs de risque communs les plus importants sont le tabagisme et l'exposition aux polluants dans l'environnement. Ainsi, agir efficacement sur ces facteurs et les autres déterminants de la santé pourrait réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme et à la MPOC.

L'éducation pour la santé et la promotion de saines habitudes de vie sont la clé pour une bonne prévention des problèmes de santé respiratoires. À cet égard, il existe des ressources dans la région pour soutenir les fumeurs désirant cesser de fumer et aider les patients à mieux maîtriser leur maladie. Il s'agit des centres d'abandon du tabagisme et des centres d'enseignement pour l'asthme. Ces ressources sont toutes situées dans les CLSC et les hôpitaux de la région, donc accessibles à la population lanaudaise. Par ailleurs, l'amélioration de l'environnement physique et socioéconomique des populations pourrait également aider à mieux prévenir ces maladies.

Pour être efficaces, toutes ces actions doivent s'inscrire dans une stratégie globale de prévention et de gestion des maladies chroniques. C'est ce que propose le modèle intégré de lutte aux maladies chroniques connu sous le nom de *The Expanded Chronic Care Model*, adopté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Ce modèle novateur préconise de renforcer l'action des communautés et de transformer le système de santé. *In fine*, des patients informés, actifs et motivés interagissent avec des équipes de soins bien formées et proactives dans le but d'accroître les résultats cliniques et fonctionnels pour les patients et d'améliorer l'état de santé de la population en général (Barr et autres, 2003).





RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSS de Lanaudière). *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009a. (site Web consulté en 2009 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSS de Lanaudière), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière, 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009b, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, ASPC, 2007, 131 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Prévalence de l'asthme. À la hauteur. Une mise à jour de la surveillance de la santé des jeunes du Canada*, Ottawa, ASPC. (site Web consulté en 2009 : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/meas-haut/mu_r_f.html)

ANANDAN, C., U. NURMATOV, O. C. P. van SCHAYCK et A. SHEIKH. Is the Prevalence of Asthma Declining? Systematic Review of Epidemiological Studies, *Allergy*, vol. 65, n° 2, February 2010, p. 152-167.

ARIF, Ahmed A., James E. ROHRER et George L. DELCLOS. A Population-Based Study of Asthma, Quality of Life, and Occupation among Elderly Hispanic and Non-Hispanic Whites : A Cross-sectional Investigation, *BMC Public Health*, vol. 5, n° 97, 2005, 13 p.

ASSOCIATION PULMAIRE DU CANADA (APC). (site Web consulté en 2009 : www.poumon.ca)

ASSOCIATION PULMAIRE DU QUÉBEC (APQ). (site Web consulté en 2009 : www.pq.poumon.ca)

ASTHME QUÉBEC. (site Web consulté en 2009 : www.asthme-quebec.ca)

BAHADORI, Katayoun, Mary M. DOYLE-WATERS, Carlo MARRA, Larry LYND, Kadria ALASALY, John SWISTON et J. Mark FITZGERALD. Economic Burden of Asthma : A Systematic Review, *BMC Pulmonary Medicine*, vol. 9, n° 24, 2009, 16 p.

BARR, Victoria J., Sylvia ROBINSON, Brenda MARIN-LINK, Lisa UNDERHILL, Anita DOTTS, Darlene RAVENSDALE et Sandy SALIVARAS. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82.

BOUSQUET, Jean, Philippe J. BOUSQUET, Philippe GODARD et Jean-Pierre DAURES. The Public Health Implications of Asthma, *Bulletin of the World Health Organization*, n° 83, 2005, p. 548-554.

CARBONNEAU, Michel. *Les maladies chroniques en Estrie : les maladies respiratoires*, Sherbrooke, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2007, 65 p.

CELLI, Bartolome R. Update on the Management of COPD, *Chest*, vol. 133, 2008, p. 1451-1462.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Surveillance - United States, 1971-2000, *Surveillance Summaries*, August 2, 2002, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, n° SS-6, 2002, 20 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Indicators for Chronic Disease Surveillance, *Recommendations and Reports*, September 10, 2004, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 53, n° RR-11, 2004, 120 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses—United States, 1997–2001, *Weekly Report*, July 1, 2005, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n° 25, 2005, p. 625–628.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Surveillance for Asthma — United States, 1980–2004, *Surveillance Summaries*, October 19, 2007, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 56, n° SS-8, 2007, 60 p.

DALES, Robert E., Mark RAIZENNE, Sawsan EL-SAADANY, Jeff BROOK et Richard BURNETT. Prevalence of Childhood Asthma across Canada, *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 4, 1994, p. 775-781.

DELMAS, Marie-Christine, Bénédicte LEYNAERT, Laure COM-RUELLE, Isabella ANNESI-MAESANO et Claire FUHRMAN. *Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne – Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee*, Saint-Maurice (France), Institut de veille sanitaire, février 2008, 89 p.

FANG, Raymond, Andrew KMETIC, John MILLAR et Lydia DRASIC. Disparities in Chronic Disease among Canada's Low-income Populations, *Preventing Chronic Disease*, vol. 6, n° 4, 2009, 9 p.

FORTIN, Dominique. *Les maladies chroniques au Québec; situation actuelle et évolution anticipée*, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, 2007, 30 p.

FUHRMAN, Claire, Nicolas ROCHE, Alain VERGNENÈGRE, Christos CHOUID, Mahmoud ZUREIK et Marie-Christine DELMAS. *Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne – Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003*, Saint-Maurice (France), Institut de veille sanitaire, février 2008, 37 p.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention – Updated 2009*, GINA, December 2009, 112 p.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). *Global Strategy for the Diagnostic, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Updated 2009*, GOLD, December 2009, 110 p.

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME (GTNLA). *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 81 p.

GUILLEMETTE, André, Joëlle BRASSARD, Geneviève MARQUIS, Élisabeth CADIEUX, Louise LEMIRE, Marc GONEAU, Bernard-Simon LECLERC, Jacinthe BÉLISLE et Karine CHARBONNEAU (coll.). *Où en est la santé dans Lanaudière? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de connaissance/ surveillance/ recherche/ évaluation, 2001, 271 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Vivre égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la morbidité hospitalière et la mortalité dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, septembre 2008, 16 p.

GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). *Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, juillet 2010, 36 p.



HARTERT, Tina V., et R. Stokes PEEBLES, Jr. Epidemiology of Asthma : The Year in Review, *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, vol. 6, n° 1, January 2000, p. 4-9.

HOEK, Gerard, Bert Brunekreef, Sandra Goldbohm, Paul Fischer et Piet A. van den BRANDT. Association between Mortality and Indicators of Traffic-related Air Pollution in the Netherlands, *The Lancet*, vol. 360, n° 9341, October 19, 2002, p. 1203-1209.

HOPMAN, W. M., M. B. HARRISON, H. COO, E. Friedberg, M. BUCHANAN et E. G. VANDENKERKHOF. Liens existant entre les maladies chroniques, l'âge et l'état de santé physique et mental, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 29, n° 3, 2009, p. 121-131.

HUGHES, Therese S., Susan B. MULDOON et David J. TOLLERUD. Underestimation of Mortality due to Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Kentucky, *The Journal of the Kentucky Medical Association*, vol. 104, n° 8, August 2006, p. 331-339.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Panorama des régions du Québec – Édition 2009*, Québec, 2009, 139 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (coll.) ET INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (coll.). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Infocentre de santé publique du Québec*, 2010. (site Web consulté en 2010 : www.infocentre.inspq.quebec.ca/potail/sante/public/infocentre/accueil)

LABERGE, Andrée, Pierre LAJOIE, Germain LEBEL, Marie DEMERS, Pierre MERCIER, Marie-France GAGNON et Paul A. LAMARCHE. *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec*, Québec, RRSSS de Québec, Direction de la santé publique, 2000, 79 p.

LAWLOR, Debbie A., S. EBRAHIM et G. DAVEY SMITH. Association of Birth Weight with Adult Lung Function : Findings from the British Women's Heart and Health Study and a Meta-analysis, *Thorax*, vol. 60, n° 10, 2005, p. 851-858.

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 40 p.

LEMOINE, Odette, Dominique LESAGE, Christine LEROUX, Sylvie PROVOST, Pierre TOUSIGNANT, Brigitte SIMARD, Yves ROY, Ginette BEAULNE. *L'utilisation des services de santé par les Montréalais de 40 ans et plus souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2003-2004*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 103 p.

LÉVESQUE, Benoît, Marc RHAINDS, Pierre ERNST, Anne-Marie GRENIER, Tom KOSATSKY, Nathalie AUDET et Pierre LAJOIE. Asthma and Allergic Rhinitis in Quebec Children, *Canadian Respiratory Journal*, vol. 11, n° 5, 2004, p. 343-348.

LOPEZ, A. D., K. SHIBUYA, C. RAO, C. D. MATHERS, A. L. HANSELL, L. S. HELD, V. SCHMID et B. BUIST. Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Current Burden and Future Projections, *The European Respiratory Journal*, vol. 27, n° 2, 2006, p. 397-412.

MANNINO, David M., Robert C. GAGNON, Thomas L. PETTY et Eva LYDICK. Obstructive Lung Disease and Low Lung Function in Adults in the United States : Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 11, 2000, p. 1683-1689.



MARMOT, Michael G. Achieving Health Equity : From Root Causes to Fair Outcomes, *The Lancet*, vol. 370, n° 9593, September 2007, p. 1153-1163.

MARTINEZ, Fernando J., Jeffrey L. CURTIS, Frank SCIURBA, Jeanette MUMFORD, Nicholas D. GIARDINO, Gail WEINMANN, Ella KAZEROONI, Susan MURRAY, Gerard J. CRINER, Donald D. SIN, James HOGG, Andrew L. RIES, MeiLan HAN, Alfred P. FISHMAN, Barry MAKE, Eric A. HOFFMAN, Zab MOHSENFAR et Robert WISE, the National Emphysema Treatment Trial Research Group. Sex Differences in Severe Pulmonary Emphysema, *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, vol. 176, n° 3, August 2007, p. 243-252.

MASOLI, Matthew, Denise FABIAN, Shaun HOLT et Richard BEASLEY, the Global Initiative for Asthma (GINA) Program : the Global Burden of Asthma : Executive Summary of the GINA Dissemination Committee report, *Allergy*, vol. 59, n° 5, May 2004, p. 469-478.

MILLER, Jeffrey D., Talia FOSTER, Luke BOULANGER, Meredith CHACE, Mason W. RUSSELL, Jeno P. MARTON et Joseph MENZIN. Direct Costs of COPD in the U.S. : An Analysis of Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) Data, *COPD*, vol. 2, n° 3, September 2005, p. 311-318.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction d'Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

MORRIS, Alison, Frank C. SCIURBA et Karen A. NORRIS. Pneumocystis : A Novel Pathogen in Chronic Obstructive Pulmonary Disease ? *COPD*, vol. 5, n° 1, February 2008, p. 43-51.

O'DONNELL, Denis E., Shawn AARON, Jean BOURBEAU, et al. 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, Supplément B, 2007, p. 5B-32B.

O'DONNELL, Denis E., Paul HERNANDEZ, Alan KAPLAN, et coll. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires, *Canadian Respiratory Journal*, vol. 15, Supplément A, 2008, p. 1A-8A.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *L'asthme bronchique*, Aide-mémoire n° 206 – Révisé janvier 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs : Rapport mondial*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Soins de santé pour les affections chroniques, 2003, 105 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Asthme*, Aide-mémoire n° 307 – mai 2008.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC (RQAM). (site Web consulté en novembre 2009 : www.rqam.ca)

ROCHE, Nicolas, Mahmoud ZUREIK, Alain VERGNENÈGRE, Gérard HUCHON et Françoise NEUKIRCH. Données récentes sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 27-28, 3 juillet 2007, p. 245-248.

SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, 1998, Ottawa, Santé Canada, 2002, 110 p.

SHAVELLE, Robert M., David R. PACULDO, Scott J. KUSH, David M. MANNINO et David J. STRAUSS. Life Expectancy and Years of Life Lost in Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Findings from the NHANES III Follow-up Study, *International Journal of COPD*, vol.4, 2009, p. 137-148.



VIEGI, Giovanni, Sara MAIO, Francesco PISTELLI, Sandra BALDACCI et Laura CARROZZI. Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Health Effects of Air Pollution, *Respirology*, vol. 11, n° 5, September 2006, p. 523-532.

WANG, Yu-Chun, Jia-Ming LIN, Chung-Yi LI, Long-Teng LEE, Yue-Liang GUO et Fung-Chang SUNG. Prevalence and Risks of Chronic Airway Obstruction, *Chest*, vol. 131, n° 3, March 2007, p. 705-710.

WHEELER, Benedict W., et Yoav BEN-SHLOMO. Environmental Equity, Air Quality, Socioeconomic Status, and Respiratory Health : a Linkage Analysis of Routine Data from the Health Survey for England, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, n° 11, November 2005, p. 948–954.

WILKINS, Russell, Michael TJEPKEMA, Cameron MUSTARD et Robert CHOINIÈRE. Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001, *Rapports sur la Santé*, vol. 19, n° 3, septembre 2008, 23 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases : A Comprehensive Approach*, Geneva, World Health Organization, 2007, 155 p.

ANNEXE 1

Taux standardisés d'hospitalisation (2006-2007 à 2008-2009) et de mortalité (2003-2005) selon le sexe, asthme et MPOC, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec (pour 100 000 personnes)

		D'Autray	Joliette	Matawinie	Montcalm	RLS Lanaudière- Nord	L'Assomption	Les Moulins	RLS Lanaudière- Sud	Lanaudière	Le Québec
Asthme											
Hospitalisation	Femmes	56,9	66,6 +	57,7	63,6	61,6 +	49,0	63,0 +	56,0	58,3 +	50,6
	Hommes	76,9	81,4 +	60,1	105,5 +	82,5 +	64,8	70,3 +	67,9 +	74,0 +	59,0
MPOC											
Hospitalisation	Femmes	125,8 -	80,8 -	144,1 -	203,0	128,2 -	193,8	228,4 +	208,3 +	163,7 -	177,6
	Hommes	119,7 -	102,0 -	127,6 -	241,8	138,9 -	188,9	209,8	197,1	162,0 -	214,7
Mortalité	Femmes	18,5	16,9	20,7	29,1	20,1	25,6	29,6	27,3	22,8	24,9
	Hommes	62,5	57,6	29,0 -	37,9	46,9	42,4	49,1	44,1	46,3	52,1

Note : Les taux inscrits en vert sont statistiquement inférieurs (-) et ceux en rouge sont statistiquement supérieurs (+) à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %. Le fait d'établir une différence significative entre deux taux résulte de la comparaison entre les intervalles de confiance des rapports de taux standardisés.

Sources : MSSS, Fichier des décès, 2003 à 2005.

MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

STATISTIQUE CANADA Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

† Tiré du SYLIA, Service de surveillance, recherche et évaluation.



Conception, analyse et rédaction

Abdoul Aziz Gbaya
Agent de planification,
de programmation et de recherche

Extraction, traitement des données et graphiques

Christine Garand
Technicienne en recherche psychosociale

Collaborateurs à la série *Maladies chroniques*

André Guillemette
Louise Lemire
Marie-Eve Simoneau

Conception graphique

Micheline Clermont

Mise en page

Sylvie Harvey
Micheline Clermont

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Marguerite Paiement
- DSPE : Laurent Marcoux
Sarah Monette
Josée Payette
Jean-Pierre Trépanier

ASSS de l'Estrie :

Michel Carbonneau

Dépôt légal

ISBN 978-2-89669-038-1 (version imprimée, 2^e édition, 2011)
ISBN 978-2-89669-039-8 (version PDF, 2^e édition, 2011)

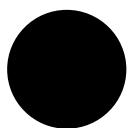
ISBN 978-2-923685-94-6 (version imprimée, 1^{re} édition, 2010)
ISBN 978-2-923685-95-3 (version PDF)

Premier trimestre 2011
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

GBAYA, Abdoul Aziz, et Christine GARAND (coll.). *Les maladies respiratoires. Les maladies chroniques dans Lanaudière, 2^e édition*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, février 2011, 32 pages.



Source : Istockphoto