



La maladie pulmonaire obstructive chronique

Qu'est-ce que c'est?

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection respiratoire qui englobe la bronchite chronique et l'emphysème. Elle est caractérisée par une obstruction progressive des voies respiratoires qui cause de l'essoufflement, de la toux et des expectorations. Sa progression est lente et se conjugue avec des épisodes d'aggravation plus fréquents, un débit respiratoire de plus en plus limité et peut conduire à des décès prématurés (1, 2).

Quelles en sont les causes?

Le tabagisme est la principale cause de la MPOC. Chez environ 90% des personnes atteintes, la maladie est due au fait qu'elles font usage du tabac ou ont déjà fumé. Les autres facteurs de risque incluent l'hérédité (déficience en antitrypsine alpha-1), la fumée secondaire, l'exposition à la pollution de l'air et les infections pulmonaires répétées durant l'enfance. La maladie affecte principalement les personnes de 35 ans et plus (3).

Un enjeu de santé publique?

La MPOC contribue à une morbidité accrue et affecte la qualité de vie. Elle peut aussi avoir des conséquences économiques pour la personne atteinte qui voit ses capacités limitées et peut devoir s'absenter ou même quitter son travail. La MPOC entraîne aussi, chez la personne atteinte, un besoin d'aide et de services plus importants. La prévention et la prise en charge de la maladie sont nécessaires pour réduire le fardeau de la maladie sur la population (4).

Une maladie souvent évitable?

On ne guérit pas de la MPOC, mais des traitements qui visent à ralentir l'évolution, prévenir les complications, réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes sont disponibles. Grâce à une vie sans tabac, la MPOC est presque totalement évitable. La cessation tabagique permet de réduire considérablement le risque de développer la MPOC et aide également à ralentir la progression de la maladie et diminuer les symptômes chez les personnes atteintes (1, 2).

Objectif

Ce bulletin fait état de la MPOC dans la population de la Capitale-Nationale. Il présente l'évolution de la maladie depuis 2002-2003 ainsi que les données les plus récentes (2022-2023). Le tabagisme, principal facteur de risque, est également abordé.

Faits saillants pour la Capitale-Nationale

En 2022-2023 :



- **45 705** personnes sont diagnostiquées avec la MPOC.
- **2 560** personnes ont reçu un nouveau diagnostic de MPOC.



- **1 100** personnes atteintes de la MPOC ont été hospitalisées en raison de la maladie.

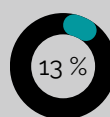


- **226** personnes atteintes de la MPOC sont décédées de leur maladie (année 2021).
- Les personnes atteintes de la MPOC sont **2,6 fois plus à risque de décéder** de leur maladie ou d'une autre cause que les personnes non atteintes de la MPOC.

Le tabagisme



- Depuis 2008, la **proportion des personnes qui fument est en décroissance**.



- Proportion de personnes qui fument en 2020-2021. Cette proportion est **plus faible que pour l'ensemble du Québec** pour cette période.



- La **promotion du non-usage du tabac** et la **cessation tabagique** sont les meilleurs moyens d'**éviter de développer la maladie** et de **ralentir sa progression**.





Quelle est la proportion de la population atteinte de la MPOC?

De quoi parle-t-on?

L'ampleur de la MPOC est difficile à mesurer, car c'est une maladie sous-diagnostiquée. Entre 60 % et 85 % des personnes atteintes de la MPOC ne le savent pas (2).

La prévalence de la MPOC mesure la proportion (%) de la population avec un diagnostic, qu'il soit antérieur ou établi au cours de l'année. La prévalence ajustée* (selon l'âge) de la MPOC permet d'éliminer l'effet du vieillissement de la population et faciliter les comparaisons dans le temps ou entre les territoires. Le nombre de personnes diagnostiquées illustre le fardeau réel pour le système de santé. Comme la MPOC se développe avec l'âge, les données s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour la période de 2002-2003 à 2022-2023 :

- La prévalence de la MPOC (% annuel ajusté) a légèrement diminué. Elle est passée de **8,6 % à 8,0 %**. La prévalence a atteint un sommet à 9,5 % en 2011-2012 ([figure 1](#)).
- Le nombre de personnes diagnostiquées avec la MPOC a augmenté. Il est passé de **31 245 à 45 705 personnes**. Puisque le risque de développer la MPOC augmente avec l'âge ([voir page 4](#)), l'accroissement et le vieillissement de la population en sont principalement responsables ([figure 1](#)).

Pour l'année 2022-2023 :

- La prévalence de la MPOC (% annuel ajusté) dans la Capitale-Nationale est significativement plus faible que dans l'ensemble du Québec (**8,0 % contre 8,5 %**) ([figure 2](#)).
- La prévalence de la MPOC (% annuel ajusté) dans les territoires de CLSC Limoilou - Vanier, Charlevoix-Ouest, Québec - Basse-Ville et Charlevoix-Est est significativement plus élevée que dans le reste du Québec ([figure 2](#)).
- La prévalence de la MPOC (% annuel ajusté) dans les territoires de CLSC Portneuf, Loretteville - Val-Bélair, Beauport, Charlesbourg, Duberger - Les Saules - Lebourgneuf, Orléans, Laurentien, Ste-Foy - Sillery et Québec - Haute-Ville est significativement plus faible que dans le reste du Québec ([figure 2](#)).

À retenir



En 2022-2023, **8 % de la population** (45 705 personnes) est atteinte de la MPOC, une proportion plus faible qu'en 2002-2003.



En 2022-2023, la prévalence de la MPOC dans la Capitale-Nationale est **moins élevée** que dans l'ensemble du Québec.



En 2022-2023, la prévalence de la MPOC dans les territoires de **Limoilou - Vanier, Charlevoix (Est et Ouest) et Québec - Basse-Ville** est plus élevée que dans le reste du Québec.



L'accroissement et le vieillissement de la population contribuent à la hausse du nombre de personnes qui vivent avec la maladie.

Figure 1 - Évolution de la prévalence de la MPOC et du nombre de personnes diagnostiquées, 35 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2022-2023

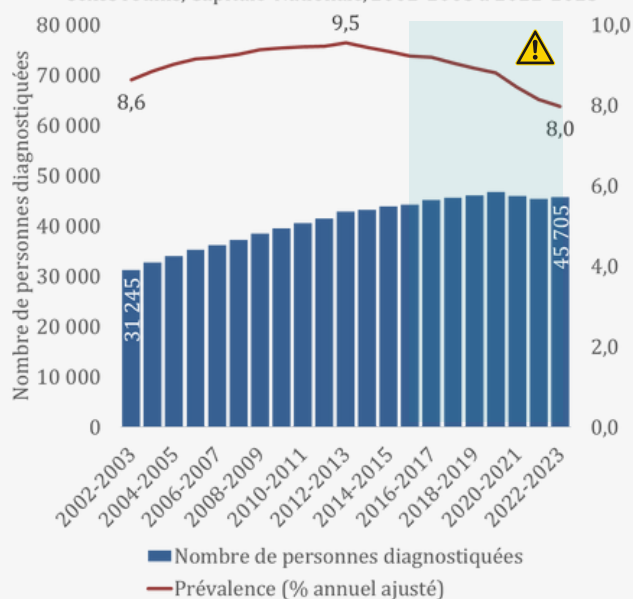
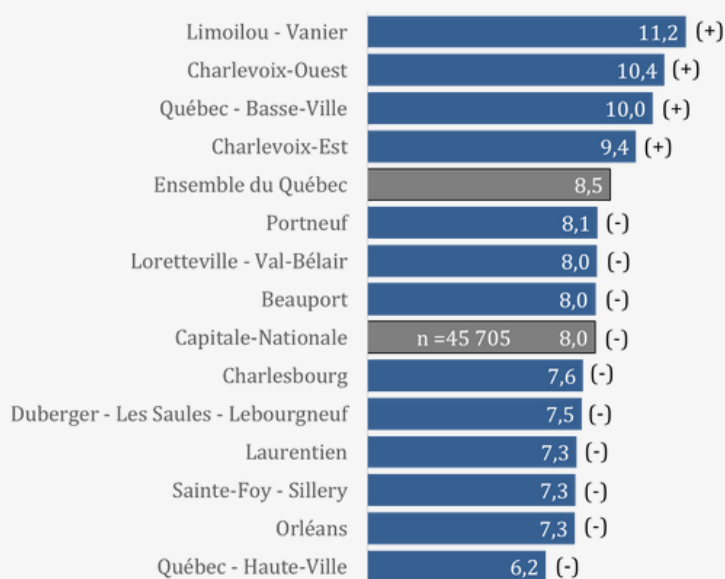


Figure 2 - Prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC selon les territoires de CLSC, 35 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2022-2023



(+) ou (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec à un seuil de 1 %.

⚠ Voir notes méthodologiques, avertissements, p.11.



Chaque année, combien de personnes sont diagnostiquées avec la MPOC?

De quoi parle-t-on?

Contrairement à la prévalence qui mesure la proportion de personnes qui vivent avec un diagnostic de la MPOC dans la population, l'incidence mesure la survenue de la maladie, c'est-à-dire seulement les nouveaux cas de MPOC diagnostiqués au cours de l'année. L'incidence s'exprime par un taux par tranche de 1 000 personnes par année. Le taux ajusté d'incidence* (selon l'âge) permet d'éliminer l'effet du vieillissement de la population et ainsi faciliter les comparaisons dans le temps. Les données s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

À retenir



Depuis 2002-2003, le taux d'incidence de la MPOC est en **décroissance**.



En 2022-2023, **2 560 personnes** ont reçu un diagnostic de MPOC. Depuis 2002-2003, le nombre de nouveaux cas est demeuré **stable**. ⚠



En 2022-2023, le taux d'incidence de la MPOC dans la Capitale-Nationale est **moins élevée** que dans l'ensemble du Québec.



La prévention et les changements dans les habitudes de vie comme la promotion du non-usage du tabac et l'arrêt du tabagisme peuvent expliquer la baisse du taux d'incidence de la maladie (6).

⚠ Voir notes méthodologiques, avertissements, p.11.

Constats pour la Capitale-Nationale

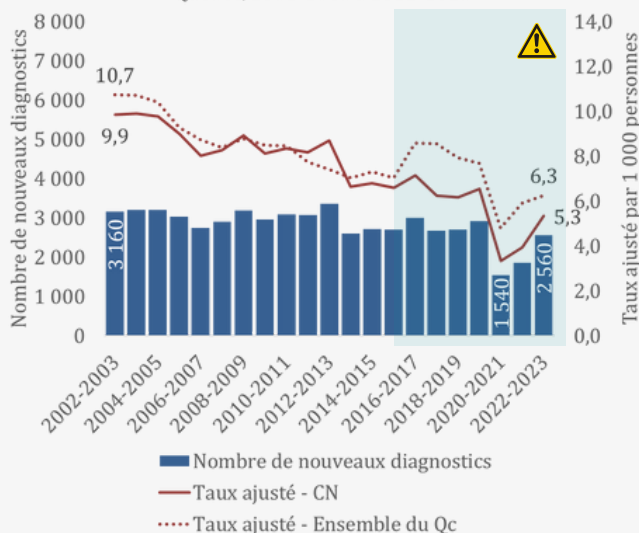
Pour la période de 2002-2003 à 2022-2023 :

- Le taux ajusté d'incidence de la MPOC a diminué significativement, passant de **9,9 à 5,3 par 1 000 personnes**. Cette diminution est également observable pour l'ensemble du Québec (10,7 à 6,3 par 1 000 personnes) ([figure 3](#)).
- À l'exception des années 2020-2021 et 2021-2022, le nombre de nouveaux diagnostics de MPOC est resté stable. En moyenne par année, **2 884 personnes** sont diagnostiquées. La baisse observée du nombre de nouveaux diagnostics pour les années 2020-2021 et 2021-2022 peut être une conséquence de la diminution des consultations médicales lors de la crise de la COVID-19 ([figure 3](#)) (5) ([⚠ voir notes méthodologiques, avertissements, p.11](#)).

Pour l'année 2022-2023 :

- Le taux ajusté d'incidence de la MPOC dans la Capitale-Nationale est significativement plus faible que dans l'ensemble du Québec (**5,3 contre 6,3 par 1 000 personnes**) ([figure 3](#)).

Figure 3 - Évolution du taux ajusté d'incidence de la MPOC et du nombre de nouveaux diagnostics, 35 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2002-2003 à 2022-2023



⚠ Voir notes méthodologiques, avertissements, p.11.

CN : Capitale-Nationale

Qc : Québec





L'âge influence-t-il l'apparition de la MPOC?

De quoi parle-t-on?

Le risque de développer une MPOC augmente avec l'âge. L'exposition à long terme à des irritants comme la fumée de tabac contribue à la manifestation de cette maladie. De plus, les symptômes de la MPOC peuvent ne pas se manifester avant plusieurs années d'exposition aux facteurs de risque, ce qui peut retarder le diagnostic et la prise en charge de la maladie (1, 6).

La prévalence brute mesure la proportion de la population atteinte de la MPOC en tenant compte du vieillissement de la population. Le taux brut d'incidence mesure les nouveaux diagnostics détectés au cours de l'année sans ajustement pour l'âge. Les données s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

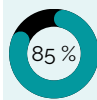
À retenir



La prévalence et le taux d'incidence de la MPOC augmentent avec l'âge.



En 2022-2023, **92 %** des individus qui ont un diagnostic de la MPOC sont âgés de **55 ans et plus**, ce qui représente 41 985 personnes.



En 2022-2023, **85 %** des nouveaux diagnostics de la MPOC sont chez les individus âgés de **55 ans et plus**, ce qui représente 2 170 nouveaux diagnostics.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour l'année 2022-2023 :

- La prévalence de la MPOC (% annuel brut) augmente avec l'âge. **0,7 %** des personnes âgées de **35 à 44 ans** sont atteintes de la MPOC (700 personnes), contre **24,9 %** des personnes âgées de **85 ans et plus** (5 580 personnes) (figure 4).
- 92 %** des personnes avec un diagnostic de la MPOC sont âgées de **55 ans et plus**, ce qui représente 41 985 personnes (figure 4).
- Le risque de développer la MPOC augmente avec l'âge. Le taux brut d'incidence de la MPOC est de **1,5 par 1 000 personnes** chez les personnes âgées de **35 à 44 ans**, ce qui représente 155 nouveaux diagnostics par année. Chez les personnes de **85 ans et plus**, le taux brut d'incidence est de **12,0 par 1 000 personnes**, ce qui représente 205 nouveaux diagnostics par année (figure 5).
- 85 %** de tous les nouveaux diagnostics de MPOC sont chez les personnes âgées de **55 ans et plus**, ce qui représente 2 170 nouveaux diagnostics par année (figure 5).

Figure 4 - Prévalence brute de la MPOC selon l'âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2022-2023

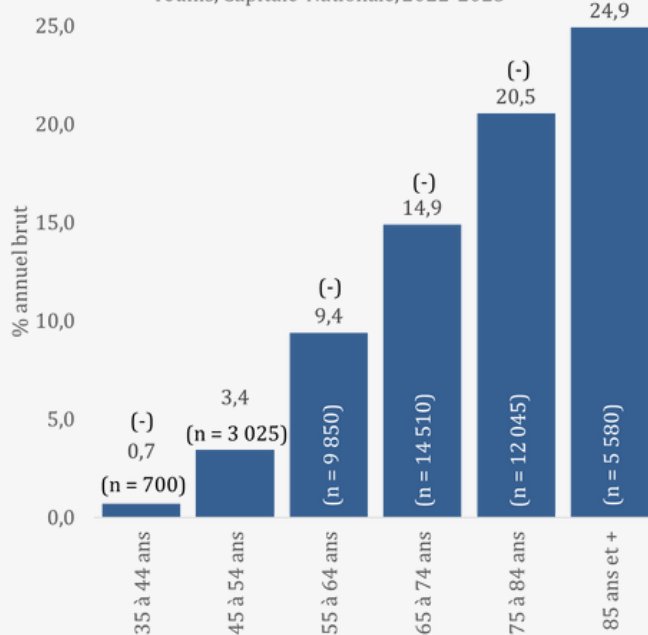
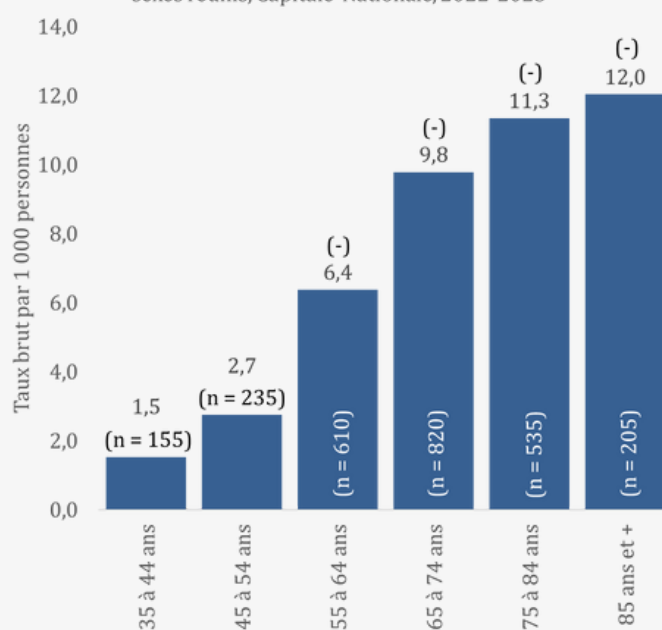


Figure 5 - Taux brut d'incidence de la MPOC selon l'âge, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2022-2023



(-) Valeur significativement plus faible que le reste du Québec à un seuil de 1 %.



La MPOC affecte-elle davantage les hommes ou les femmes?

De quoi parle-t-on?

Des évidences démontrent que le sexe peut influencer l'apparition et la progression de la MPOC. Historiquement, la MPOC a été associée aux hommes. Le taux de tabagisme plus élevé chez les hommes peut expliquer la prévalence plus importante de la MPOC chez ces derniers. Les différences biologiques peuvent également jouer un rôle dans le développement et la progression de la MPOC. Les femmes pourraient être plus sensibles à certains facteurs environnementaux et sont plus susceptibles que les hommes à développer une MPOC à la suite d'une exposition à la fumée de cigarette (7).

Les données de prévalence ajustée* et le taux ajusté d'incidence* de la MPOC s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

À retenir



Depuis 2002-2003, la proportion d'**hommes** atteints de la MPOC **a diminué**.



Depuis 2002-2003, la proportion de **femmes** atteintes de la MPOC **a légèrement augmenté**.



En 2022-2023, la proportion de **femmes** atteintes de la MPOC est **plus élevée** que la proportion d'hommes atteints de la maladie.



En 2022-2023, la proportion de personnes qui ont reçu un diagnostic de la MPOC est **similaire** entre les hommes et les femmes.

Constats pour la Capitale-Nationale

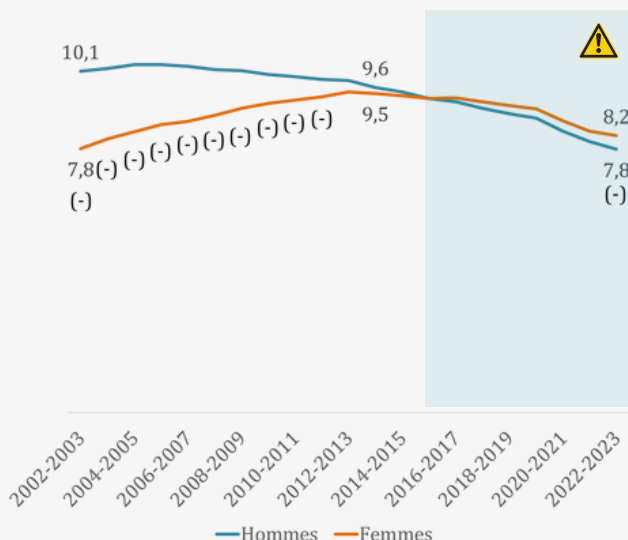
Pour la période 2002-2003 à 2022-2023 :

- Chez les hommes, la prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC a diminué significativement, passant de **10,1 % à 7,8 %** (figure 6).
- Chez les femmes, la prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC a augmenté significativement, passant de **7,8 % à 8,2 %**. Elle atteint un sommet à 9,5 % en 2012-2013 (figure 6).
- Avant 2011-2012, la prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC est significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes. Après 2011-2012, à l'exception de l'année 2022-2023, la prévalence de la MPOC est similaire entre les hommes et les femmes (figure 6).

Pour l'année 2022-2023 :

- La prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC est plus faible chez les hommes que chez les femmes (**7,8 % contre 8,2 %**). Ces valeurs sont significativement plus faibles que dans le reste du Québec (figure 7).
- Le taux ajusté d'incidence des MPOC est similaire entre les hommes et les femmes (**5,4 % contre 5,4 %**). Ces valeurs sont significativement plus faibles que dans le reste du Québec (figure 8).

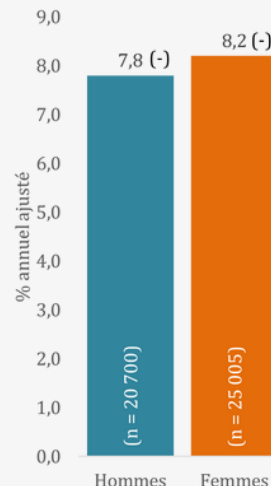
Figure 6 - Évolution de la prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC selon le sexe, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2022-2023



(-) Valeur significativement plus faible que les hommes à un seuil de 1 %.

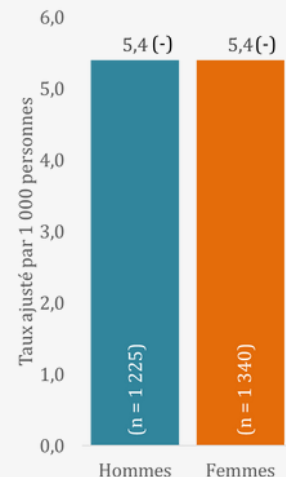
⚠ Voir notes méthodologiques, avertissements, p.11.

Figure 7 - Prévalence (% annuel ajusté) de la MPOC selon le sexe, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2022-2023



(-) Valeur significativement plus faible que le reste du Québec à un seuil de 1 %.

Figure 8 - Taux ajusté d'incidence de la MPOC selon le sexe, 35 ans et plus, Capitale-Nationale, 2022-2023





Quelle est la proportion de patients hospitalisés en raison de la MPOC?

De quoi parle-t-on?

La MPOC est la deuxième cause d'hospitalisation au Canada (8). Les poussées aiguës de la MPOC en sont la principale cause. Elles sont caractérisées par une aggravation ou l'apparition de nouveaux symptômes à la suite d'une infection pulmonaire (9).

Les données d'hospitalisation représentent la proportion ajustée* (selon l'âge) des personnes atteintes de la MPOC ayant été hospitalisées pour cause principale de MPOC ainsi que le nombre annuel d'hospitalisations pour la MPOC. Les données s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour la période 2002-2003 à 2022-2023 :

- Entre 2002-2003 et 2017-2018, la proportion de personnes hospitalisées en raison de la MPOC a augmenté (**1,4 % contre 2,2 %**). En 2019-2020, cette proportion a chuté considérablement pour atteindre **1,5 %** en 2022-2023 (figure 9). La baisse des consultations médicales et les mesures sanitaires qui ont contribué à réduire la transmission des virus respiratoires saisonniers peuvent expliquer les baisses observées des hospitalisations pour la MPOC durant la crise de la COVID-19 (5, 12) (voir notes méthodologiques, avertissements, p.11).
- Le nombre d'hospitalisations pour la MPOC chez les personnes avec la maladie a augmenté. Il est passé de **695 à 1 675** en 2017-2018 pour redescendre à **1 100 hospitalisations** en 2022-2023. Les données pour les années 2018-2019 à 2021-2022 sont à interpréter avec prudence (figure 9) (voir notes méthodologiques, avertissements, p.11).

Pour l'année 2022-2023 :

- La proportion de personnes hospitalisées en raison de la MPOC dans la région de la Capitale-Nationale est significativement plus faible que dans l'ensemble du Québec (**1,5 % contre 1,9 %**) (figure 10).
- La proportion de personnes hospitalisées en raison de la MPOC dans le territoire de CLSC Limoilou - Vanier est significativement plus élevée que dans le reste du Québec (figure 10).
- La proportion de personnes hospitalisées en raison de la MPOC dans les territoires de CLSC Loretteville - Val-Bélair, Sainte-Foy - Sillery, Portneuf, Charlevoix-Ouest et Laurentien est significativement plus faible que dans le reste du Québec (figure 10).

Figure 9 - Évolution de la proportion ajustée (%) des personnes atteintes de la MPOC ayant été hospitalisées pour cause principale de MPOC et nombre d'hospitalisations, 35 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2002-2003 à 2022-2023

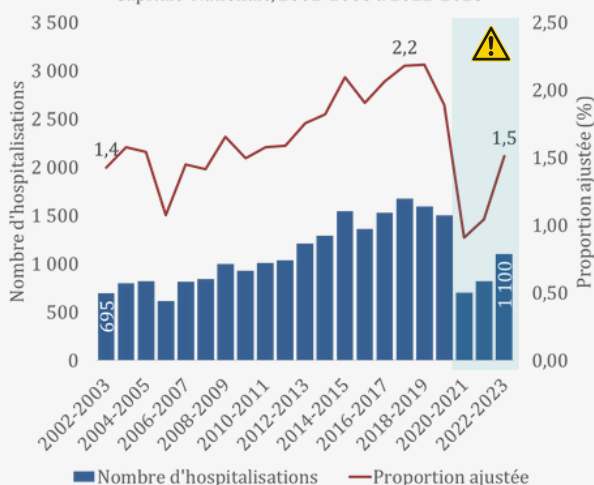
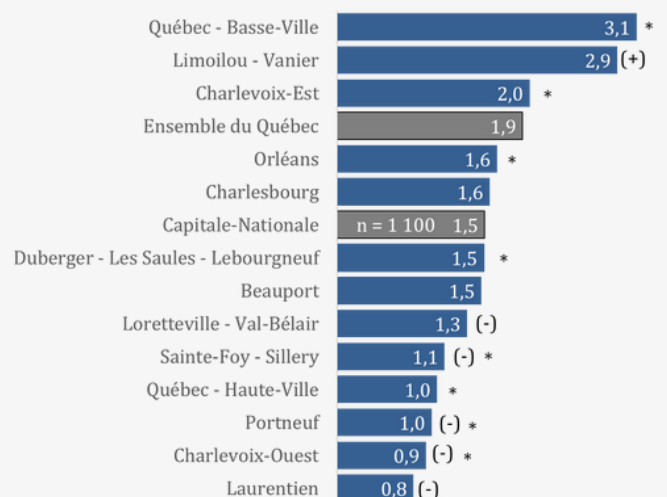


Figure 10 - Proportion ajustée (%) des personnes atteintes de la MPOC ayant été hospitalisées pour cause principale de MPOC selon les territoires de CLSC, 35 ans et plus, sexes réunis, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2022-2023



(+) ou (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec à un seuil de 1 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

⚠ Voir notes méthodologiques, avertissements, p.11.



Combien de personnes succombent directement de la MPOC?

De quoi parle-t-on?

Malgré que la MPOC soit une maladie qui peut être prise en charge, des complications graves parfois mortelles peuvent survenir si elle n'est pas traitée adéquatement.

Pour que les décès soient comptabilisés, la MPOC doit être la cause principale du décès. Les données expriment un taux ajusté* par tranche de 1 000 personnes (qui élimine l'effet du vieillissement de la population). Les données englobent une période de 5 ans (2017 à 2021)* et s'appliquent à la population de tous les âges.

* voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour la période de 2001 à 2021 :

- Le taux ajusté de mortalité par MPOC a diminué significativement avec les années. Il est passé de **0,4 à 0,2 décès par 1 000 personnes** (figure 11). La prévention comme l'adoption des saines habitudes de vie et la cessation tabagique, en plus de l'amélioration des traitements, peuvent expliquer la baisse du taux de mortalité par MPOC.
- Le nombre de décès causés par la MPOC est stable. En moyenne chaque année, **256 personnes sont décédées** de la maladie (figure 11).

Pour la période 2017-2021 :

- Le taux ajusté de mortalité par MPOC dans la de la Capitale-Nationale est similaire à l'ensemble du Québec (**0,27 par 1 000 personnes**) (figure 12).
- Le taux ajusté de mortalité par MPOC (par 1 000 personnes) dans les territoires de CLSC Québec - Basse-Ville , Limoilou - Vanier et Beauport est significativement plus élevé que dans le reste du Québec (figure 12).
- Le taux ajusté de mortalité par MPOC (par 1 000 personnes) dans les territoires de CLSC Loretteville - Val-Bélair, Ste-Foy - Sillery, Charlesbourg, Québec - Haute-Ville, Orléans, Duberger - Les Saules - Lebourgneuf et Laurentien est significativement plus faible que dans le reste du Québec (figure 12),

À retenir



Depuis 2001, le taux de mortalité par MPOC **a diminué**.



En 2021, le taux de mortalité par MPOC dans la Capitale-Nationale est **similaire** à l'ensemble du Québec.



Entre 2017 et 2021, le taux de mortalité par MPOC dans les territoires de **Québec - Basse-Ville, Limoilou - Vanier, et Beauport** est plus élevé que dans le reste du Québec.



La prévention, une meilleure prise en charge de la maladie, les saines habitudes de vie, le non-usage du tabac et l'arrêt du tabagisme contribuent à la baisse du taux de mortalité par la MPOC.

Figure 11 - Évolution du taux ajusté de mortalité par MPOC et nombre de décès par MPOC, tous les âges, sexes réunis, Capitale-Nationale, 2001 à 2021

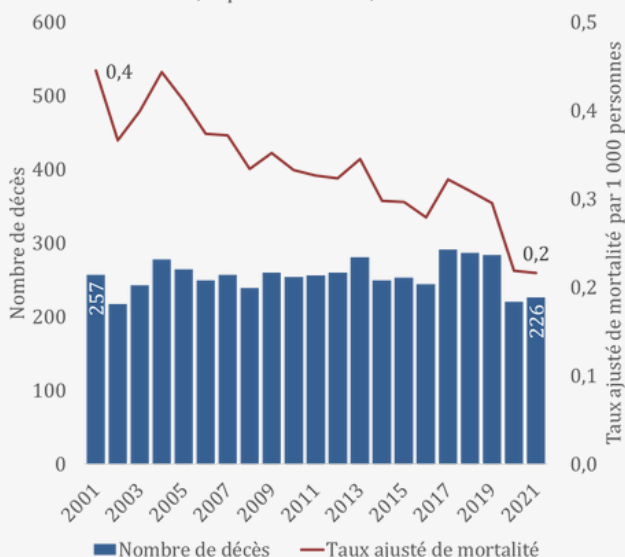
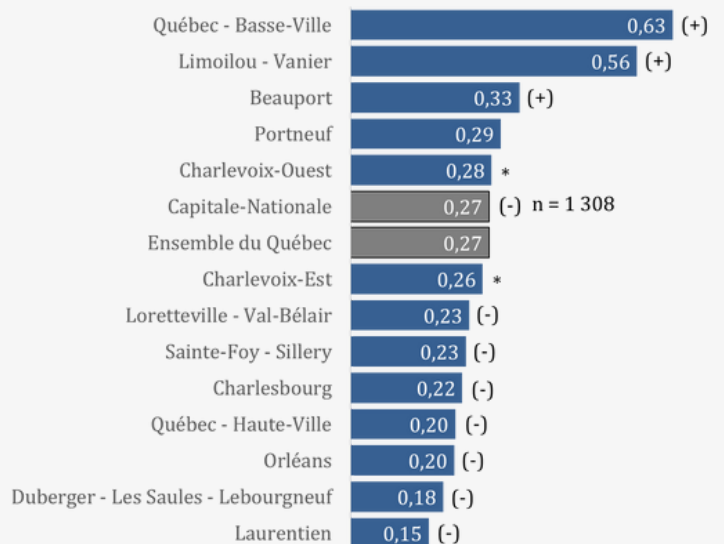


Figure 12 - Taux ajusté de mortalité par MPOC selon les territoires de CLSC, tous les âges, sexes réunis, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2017-2021



(+) ou (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec à un seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.



Quel est l'impact de la maladie et des comorbidités associées sur la mortalité des personnes atteintes de la MPOC?

De quoi parle-t-on?

Bien que la diminution du tabagisme, l'avancement pharmacologique, ainsi qu'une meilleure prise en charge de la maladie contribuent à la diminution de la mortalité attribuable à la MPOC, la présence de comorbidités peut affecter l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes. Les comorbidités sévères comme l'insuffisance respiratoire aiguë, la pneumonie, le cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires ou l'embolie pulmonaire sont les plus souvent responsables du décès de la personne après un temps plus ou moins long de vie avec la MPOC (10). Ainsi, la mesure de la mortalité toutes causes confondues dans la population de personnes atteintes de la MPOC reflète mieux le fardeau réel de la maladie et ses conséquences sur la santé que la mortalité spécifique.

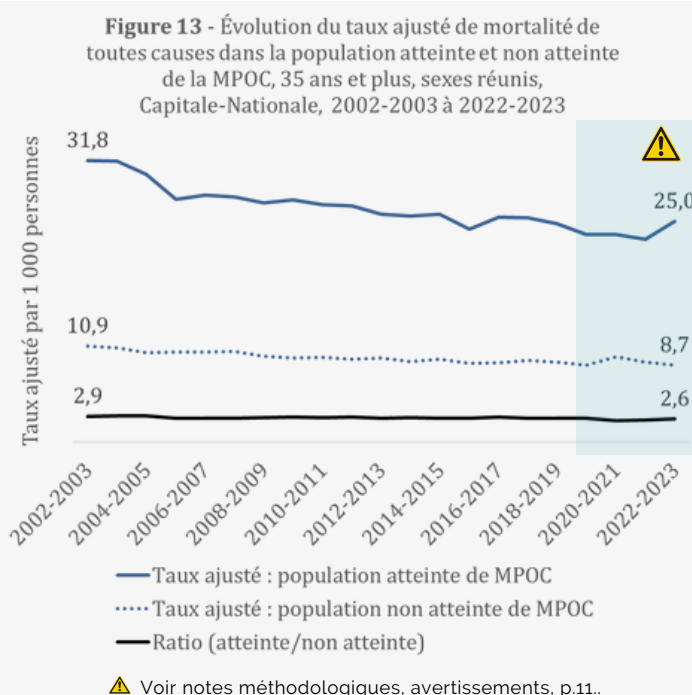
Le ratio entre le taux ajusté* de mortalité de toutes causes chez les personnes atteintes et les personnes non atteintes de la MPOC permet d'évaluer les conséquences de la maladie et des comorbidités associées sur la mortalité. Les données s'appliquent à la population de 35 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour la période de 2002-2003 à 2022-2023 :

- Le taux ajusté de mortalité de toutes causes chez les personnes atteintes de la MPOC a diminué significativement, passant de **31,8 à 25,0 décès par 1 000 personnes**. Chez les personnes non atteintes de la MPOC, le taux ajusté de mortalité de toutes causes est moins élevé et a diminué significativement passant de **10,9 à 8,7 décès par 1 000 personnes** (figure 13).
- Le ratio entre le taux ajusté de mortalité de toutes causes chez les personnes atteintes et non atteintes de la MPOC est de **2,9 à 2,6**. Ainsi, les personnes atteintes de la MPOC sont entre **2,9 et 2,6 fois** plus à risque de décéder (figure 13).



À retenir



Depuis 2002-2003, le taux de mortalité de toutes causes chez les personnes atteintes de MPOC a **diminué**.



En 2022-2023, les personnes atteintes de la MPOC sont **2,6 fois plus à risque** de décéder que les personnes non atteintes de la maladie.



Les comorbidités sévères associées à la MPOC augmentent considérablement le risque de décéder.





Traiter la dépendance au tabac?

De quoi parle-t-on?

Une personne atteinte de la MPOC et qui fume est de 22 à 26 fois plus à risque de mourir de la maladie qu'une personne qui ne fume pas. Ce risque augmente également avec le nombre de cigarettes fumées par jour et le nombre d'années de tabagisme. Environ 80 % des décès causés par la MPOC sont attribuables au tabagisme. Il est donc essentiel de noter que le tabagisme demeure le principal facteur de risque évitable pour la MPOC. En plus de prévenir la maladie, la cessation tabagique est l'intervention la plus efficace pour prévenir d'autres lésions aux poumons et ralentir la progression de la MPOC (11).

Les données proviennent d'autodéclaration dans les enquêtes québécoises sur la santé de la population (EQSP). Pour les données sur la proportion ajustée* de fumeurs actuels et le nombre de fumeurs actuels, un fumeur est défini comme un fumeur quotidien ou occasionnel. Les données s'appliquent à la population de 15 ans et plus.

* Voir notes méthodologiques, analyses statistiques, p.11.

À retenir



Depuis 2008, la proportion de personnes qui fument **a diminué** significativement.



En 2021-2022, la proportion des personnes qui fument dans la Capitale-Nationale est **plus faible** que dans l'ensemble du Québec.



En 2020-2021, la proportion de personnes qui fument est significativement plus élevée dans le territoire de **Limoilou - Vanier** que dans le reste du Québec.



La promotion du non-usage du tabac et la cessation tabagique, pour les personnes qui fument déjà, sont les meilleurs moyens de prévenir et de ralentir la MPOC.

La baisse de la proportion des personnes qui fument observée depuis 2008 contribue à la diminution de l'incidence de la MPOC et de la mortalité associée.

Constats pour la Capitale-Nationale

Pour la période couverte par l'EQSP 2008, 2014-2015 et 2020-2021 :

- La proportion ajustée de fumeurs actuels a diminué significativement, passant de **18,6 %** à **12,6 %**. Ces proportions sont significativement plus faibles que dans le reste du Québec ([figure 14](#)).

Pour la période couverte par l'EQSP 2020-2021 :

- Parmi les fumeurs actuels, **56 %** d'entre eux sont des hommes et **44 %** sont des femmes.
- La proportion de fumeurs actuels dans la Capitale-Nationale est significativement plus basse que dans l'ensemble du Québec (**12,6 % contre 15,3 %**) ([figure 15](#)).
- La proportion de fumeurs actuels dans les territoires de CLSC Limoilou - Vanier est significativement plus élevée que dans le reste du Québec ([figure 15](#)).

Figure 14 - Proportion ajustée de fumeurs actuels (%), 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2008, 2014-2015 et 2020-2021

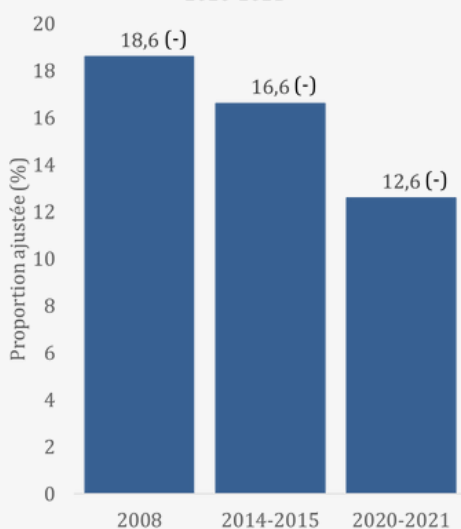
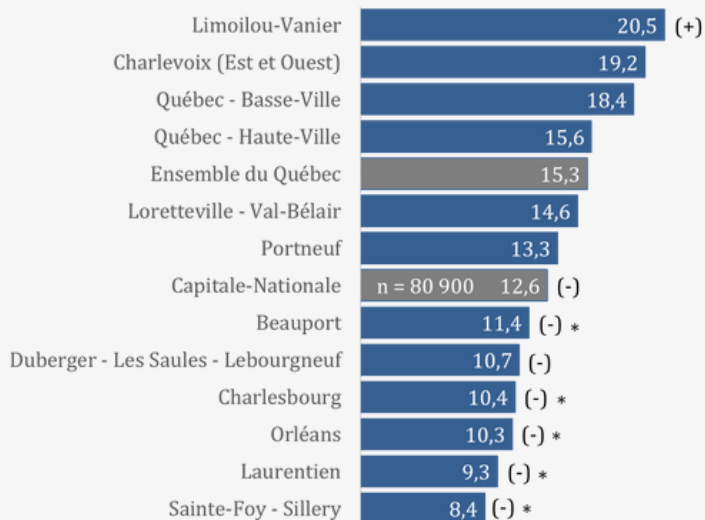


Figure 15 - Proportion ajustée de fumeurs actuels (%) selon les territoires de CLSC, 15 ans et plus, Capitale-Nationale, EQSP 2020-2021



(+) ou (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que le reste du Québec à un seuil de 5 %.

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

Ressources et services

La maladie pulmonaire obstructive chronique

Pour les professionnels, les personnes atteintes et leurs proches :

- **Traité santé : diabète, maladie cardiaque ou pulmonaire.**
(<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/consultation-medecin-infirmiere/traitesante>)
- **Mieux vivre avec une MPOC.**
(<https://www.livingwellwithcopd.com/fr/accueil.html>)

Le tabagisme

Pour les professionnels :

- **Formulaire Soutien clinique à l'abandon du tabagisme.**
(<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002453/>)
- **Centres d'abandon du tabagisme section « Professionnels ».**
(<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/alcool-drogue-jeu-tabac/centres-abandon-tabagisme/Professionnels>)

Pour les personnes qui fument ou qui vapotent et leurs proches :

- **Québec sans tabac.**



<https://www.quebecsanstabac.ca/jarrete>



1-866 527-7383



Service de messagerie texte pour arrêter le tabac SMAT

(<https://www.quebecsanstabac.ca/jarrete/aide-texto>)

- **Centres d'abandon du tabagisme de la Capitale-Nationale - Rencontres individuelles ou de groupe.**
(<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/alcool-drogue-jeu-tabac/centres-abandon-tabagisme>)

Pour prendre rendez-vous ou obtenir plus d'informations :

Québec : 418 663-2928, poste 13223

Charlevoix : 418 665-6413, poste 16351

Portneuf : 418 285-2626, poste 15409

- **Formules autonomes - Outils de la Société canadienne du cancer.**

Une étape à la fois - Vous pouvez cesser de fumer

(<https://cancer.ca/fr/cancer-information/resources/publications/osaat-you-can-quit>)

Une étape à la fois - Aider une personne à cesser de fumer

(<https://cancer.ca/fr/cancer-information/resources/publications/osaat-help-someone-quit>)

- **Campagne "Famille sans fumée" - Pour protéger la santé de vos enfants.**
(<https://famillesansfumee.ca/>)



Notes méthodologiques

Source des données :

Les données de prévalence, d'incidence, d'hospitalisation et de mortalité de toutes causes dans la population atteinte ou non atteinte de la MPOC proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2002-2003 à 2022-2023.

Les données de mortalité par MPOC proviennent du Fichier des décès, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2001-2021.

Les données sur le tabagisme proviennent du fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2008, 2014-2015 et 2020-2021, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

⚠️ Avertissements pour l'interprétation de certaines données :

Données de la prévalence et d'incidence:

En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte, ce qui a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans ce fichier. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017. À court et à moyen terme, la tendance globale de la prévalence reste similaire à celle observée historiquement, mais il est important de demeurer vigilant dans l'interprétation de l'indicateur. La prévalence pourrait être sous-estimée.

Données de la prévalence, d'incidence, d'hospitalisations et de mortalité de toutes causes dans la population atteinte et non atteinte de la MPOC:

En raison de la pandémie de COVID-19, du délestage, des mesures sanitaires mises en place et des impacts collatéraux de la pandémie, à partir de l'année financière 2020-2021, les indicateurs peuvent présenter certaines limites et, par conséquent, doivent être interprétés avec prudence et contextualisés.

Analyses statistiques :

Pour les analyses statistiques de comparaison dans le temps, avec le reste du Québec ou avec l'ensemble du Québec le seuil de signification (alpha) a été établi à 0,01 ou 0,05 selon les indications.

Les données sont ajustées selon la structure par catégories d'âge (35-59, 60-64, 65-69, 70-79, 80 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

Pour les données sur le tabagisme, la proportion est ajustée selon la structure par catégories d'âge (15 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), genres réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 de l'ensemble du Québec.

Afin d'avoir la puissance statistique nécessaire pour comparer les taux de mortalité entre les territoires de CLSC, les données de mortalité regroupent une période de 5 ans (2017 à 2021).

Source des images

Canva

Références bibliographiques

1. Agence de santé publique du Canada. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-respiratoires-chroniques/maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-mpoc.html>. Consulté en avril 2024.
2. Association pulmonaire du Québec. MPOC, Emphysème et Bronchite. Disponible à <https://poumonquebec.ca/maladies/mpoc/>. Consulté en avril 2024.
3. Institut national de santé publique. Les maladies respiratoires chroniques. Disponible à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/maladies_respiratoires_chroniques_finale_v1.pdf. Consulté en avril 2024.
4. Agence de santé publique du Canada. Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique. Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/faits-saillants-maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-mpoc-2011.html>. Consulté en avril 2024.
5. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. COVID-19: regard sur les fréquentations des urgences au Québec. Disponible à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/CoupDoeil_Frequentation_Urgences.pdf. Consulté en avril 2024.
6. Statistique Canada. Coup d'oeil sur la santé - Décès attribuables à la maladie pulmonaire obstructive chronique, 1950 à 2011. Disponible à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2015001/article/14246-fra.html>. Consulté en avril 2024.
7. Meilan K Han et al. Gender and chronic obstructive pulmonary disease: why it matters. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 Dec 15;176(12):1179-84.
8. Institut canadien d'information sur la santé. Séjours hospitaliers au Canada, 2022-2023. Disponible à <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-2022-2023>. Consulté en avril 2024.
9. Agence de santé publique du Canada. Qu'est-ce qu'une poussée active de MPOC et comment la prévenir? Disponible à www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-respiratoires-chroniques/est-pousee-active-mpoc-comment-prevenir.html. Consulté en avril 2024.
10. Merck Manual. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Disponible à <https://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary-disorders/chronic-obstructive-pulmonary-disease-and-related-disorders/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>. Consulté en avril 2024.
11. Santé Canada. Le tabac et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-maladie-pulmonaire-obstructive-chronique.html>. Consulté en avril 2024.
12. Institut canadien d'information sur la santé. Incidence de la COVID-19 sur les services hospitaliers. Disponible à <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/services-hospitaliers>. Consulté en avril 2024.

Une réalisation du service Surveillance/vigie

Équipe Planification/évaluation, Surveillance/vigie, Administration (PESA)

Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction:

Dominique Arsenault, Ph.D, agent de planification, de programmation et de recherche, service Surveillance/vigie

Collaboration:

Mélanie St-Onge, cheffe de service Surveillance/vigie

Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche, service Surveillance/vigie

Véronique Therrien, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe Promotion de la santé et prévention, service Substances psychoactives/Santé mentale positive

Dre Marie Rochette, médecin-conseil, équipe Promotion de la santé et prévention

Révision linguistique

Jacinthe Sirois, agente administrative

Tous droits réservés