



PORTRAIT

DE SANTÉ DES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

2014-2015

**Une publication de la Direction régionale de santé publique
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval**

800, boulevard Chomedey, tour A

Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : 450 978-2121

Télécopieur : 450 978-2100

Site Internet : www.lavalensante.com

Coordination des travaux

Richard Grignon, coordonnateur administratif et surveillance de l'état de santé de la population

Rédaction principale

Émilie Blais, agente de planification, de programmation et de recherche

Céline Dufour, agente de planification, de programmation et de recherche

Collaboration

Sylvie Chrétien, technicienne en recherche

Charles-Patrick Diene, agent de planification, de programmation et de recherche, programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Direction régionale de la coordination des programmes et services

D^{re} Ève Duval, médecin-conseil

Aude-Christine Guédon, agente de planification, de programmation et de recherche

Pierre-Hénel Jocelyn, technicien en recherche

D^r Mark-Andrew Stefan, médecin-conseil (rédaction du chapitre 11), avec le soutien de :

D^{re} Alejandra Irace-Cima, médecin-conseil et

Line Royer, agente de planification, de programmation et de recherche

Secrétariat

Hélène Major

Conception graphique

Tabasko Communications

Révision linguistique

Bla bla rédaction

Édition et diffusion

Offert au centre de documentation de l'Agence de Laval au 450 978-2000.

Coût : 15 \$ - version imprimée.

Le présent document est disponible gratuitement en version électronique à l'adresse : www.lavalensante.com section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Pour l'obtention des documents en médias substitut, communiquer avec le centre de documentation.

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

Dépôt légal – 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN-978-2-89706-068-8 (version imprimée)

ISBN-978-2-89706-069-5 (version PDF)

La reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise à condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2014

CALENDRIER DE PARUTION

La surveillance de l'état de santé de la population lavalloise constitue un levier important pour dresser un portrait de l'état de santé, déterminer les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires et déceler les problèmes en émergence.

Cette surveillance constitue le fondement des actions de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et contribue à offrir à la population des services appropriés pour aider les Lavallois à améliorer leur état de santé ou à demeurer en santé.

La présente collection vise à cerner l'ensemble des facettes de l'état de santé de la population lavalloise à partir d'une douzaine de thématiques qui seront présentées sur un cycle de cinq ans et réexaminées périodiquement, pour en suivre l'évolution.

Liste des publications 2009-2029	Année de réalisation	Publications futures
Profil thématique sur l'état du vieillissement	2009	2015, 2020, 2025
Profil thématique sur les déterminants sociaux de la santé	2010	2015, 2020, 2025
Portrait de santé sur le cancer	2011, 2013	2016, 2021, 2026
Portrait de santé sur le système cardiovasculaire	2012	2017, 2022, 2027
Portrait de santé sur le diabète	2013	2018, 2023, 2028
Portrait de santé sur les maladies du système respiratoire		2014, 2019, 2024, 2029
Portrait de santé sur le système musculo-squelettique		2015, 2020, 2025,
Profil thématique sur la santé mentale	2013	2018, 2023, 2028
Profil thématique sur l'état de santé globale		2016, 2026
Profil thématique sur la famille, l'enfance et la jeunesse Tome 1 Périnatalité		2015, 2020, 2025
Profil thématique sur la famille, l'enfance et la jeunesse Tome 2 Enfance-jeunesse		2016, 2021, 2026
Portrait de santé sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)		2015, 2020, 2025
Profil thématique sur l'environnement social et le développement des communautés		2016, 2021, 2026

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE DE LAVAL.....	3
1.1. Distribution géographique de la population.....	3
1.2. Structure de la population	3
1.3. Tendances démographiques.....	4
2. PORTRAIT GLOBAL : MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE	7
2.1. Prévalence.....	7
2.2. Services médicaux rémunérés à l'acte.....	8
2.3. Inscriptions à l'urgence	13
2.4. Soins et services des centres locaux de services communautaires	14
2.5. Hospitalisations de courte durée et chirurgies d'un jour	18
2.6. Décès.....	24
3. ASTHME	31
3.1. Prévalence.....	31
3.2. Services médicaux rémunérés à l'acte.....	32
3.3. Hospitalisations de courte durée	34
3.4. Décès.....	39
4. MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES.....	43
4.1. Prévalence.....	43
4.2. Services médicaux rémunérés à l'acte.....	45
4.3. Hospitalisations de courte durée	47
4.4. Décès.....	51
5. MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.....	55
5.1. Prévalence.....	55
5.2. Services médicaux rémunérés à l'acte.....	56
5.3. Hospitalisations de courte durée et chirurgies d'un jour	58
5.4. Décès.....	64
6. PNEUMONIE ET GRIPPE.....	67
6.1. Incidence	67
6.2. Services médicaux rémunérés à l'acte.....	70
6.3. Hospitalisations de courte durée	72
6.4. Décès.....	75

7. AFFECTIONS AIGÜES DES VOIES RESPIRATOIRES (SUPÉRIEURES ET INFÉRIEURES).....	79
7.1. Services médicaux rémunérés à l'acte	79
7.2. Hospitalisations de courte durée	80
7.3. Décès.....	85
8. MALADIES DU POUMON DUES À DES AGENTS EXTERNES	87
8.1. Services médicaux rémunérés à l'acte	87
8.2. Hospitalisations de courte durée	89
8.3. Décès.....	92
9. MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES	95
9.1. Prévalence des maladies professionnelles acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail	95
9.2. Maladies respiratoires professionnelles d'origine chimique à déclaration obligatoire	97
10. FACTEURS ASSOCIÉS AUX MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE	101
10.1. Tabagisme et exposition à la fumée du tabac.....	101
10.2. Qualité de l'air intérieur.....	111
10.3. Qualité de l'air extérieur	112
10.4. Autres facteurs associés aux maladies du système respiratoire.....	113
11. PRÉVENTION CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE.....	121
11.1. Cessation tabagique.....	121
11.2. Vaccination.....	127
11.3. Counseling en matière d'alimentation et d'activité physique	132
11.4. Soutien à l'allaitement	133
11.5. Dépistage des maladies respiratoires	133
11.6. Pistes de réflexion	133
CONCLUSION	137
ANNEXE 1 : Sources de données et limites à l'interprétation	141
ANNEXE 2 : Liste des codes utilisés	146
ANNEXE 3 : Notes méthodologiques	149
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	151

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1	Répartition de la population lavalloise selon le sexe et l'âge, 2014	4
TABEAU 2	Répartition de la population lavalloise selon le groupe d'âge en 2014, 2021, 2031 et écart entre 2014 et 2031 à Laval et au Québec (projections de population)	4
TABEAU 3	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une maladie du système respiratoire, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	9
TABEAU 4	Répartition des personnes selon le nombre de consultations pour une maladie du système respiratoire, population lavalloise, 2011-2012	10
TABEAU 5	Répartition des personnes selon la région dans laquelle elles ont consulté pour une maladie du système respiratoire, population lavalloise, 2011-2012	10
TABEAU 6	Répartition des personnes selon le type de médecin qu'elles ont consulté pour une maladie du système respiratoire, population lavalloise, 2011-2012	11
TABEAU 7	Répartition des consultations pour une maladie du système respiratoire selon le type de médecin, 2011-2012	12
TABEAU 8	Répartition des consultations pour une maladie du système respiratoire selon la région de consultation, 2011-2012	13
TABEAU 9	Répartition des consultations pour une maladie du système respiratoire selon le lieu de consultation, 2011-2012	13
TABEAU 10	Répartition des consultations à l'urgence pour une maladie respiratoire selon le diagnostic, Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2012-2013.....	14
TABEAU 11	Évolution du nombre de personnes prises en charge par un CLSC pour une maladie du système respiratoire, population lavalloise, 2007-2008 à 2012-2013.....	15
TABEAU 12	Répartition des personnes et des interventions des CLSC pour une maladie du système respiratoire selon le programme, population lavalloise, 2012-2013	17
TABEAU 13	Répartition des personnes et des interventions des CLSC pour une maladie du système respiratoire selon le type d'intervenant, population lavalloise, 2012-2013	17
TABEAU 14	Répartition des interventions faites par les CLSC pour une maladie du système respiratoire selon le lieu de l'intervention, population lavalloise, 2012-2013	18
TABEAU 15	Répartition des épisodes d'hospitalisation pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal) selon le type de diagnostic et le type de soins, population lavalloise, 2012-2013	22
TABEAU 16	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée et des chirurgies d'un jour pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013.....	24
TABEAU 17	Décès par maladie du système respiratoire (cause initiale) selon le type de cause, population lavalloise, 2012	25
TABEAU 18	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour asthme, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	33
TABEAU 19	Répartition des hospitalisations de courte durée pour asthme selon l'âge, diagnostic principal, population lavalloise, 2010-2011 à 2012-2013.....	36

TABEAU 20	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour asthme (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013.....	37
TABEAU 21	Nombre d'hospitalisations de courte durée observées et projetées, population lavalloise, 2001-2002 à 2020-2021	39
TABEAU 22	Prévalence (%) de l'asthme, du diabète, de l'hypertension et d'une maladie cardiaque chez les personnes atteintes ou non d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, population québécoise de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus, 2011-2012	45
TABEAU 23	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une maladie pulmonaire obstructive chronique, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	46
TABEAU 24	Répartition des personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une maladie pulmonaire obstructive chronique selon l'âge, population lavalloise, 2011-2012	46
TABEAU 25	Répartition des consultations liées aux maladies pulmonaires obstructives chroniques selon le lieu de consultation, population lavalloise, 2011-2012	47
TABEAU 26	Répartition des hospitalisations de courte durée selon l'âge, diagnostic principal, population lavalloise, 2012-2013	49
TABEAU 27	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	51
TABEAU 28	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une maladie des voies respiratoires supérieures, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	56
TABEAU 29	Répartition des personnes ayant consulté pour une maladie des voies respiratoires supérieures selon l'âge, population lavalloise, 2011-2012	57
TABEAU 30	Répartition des consultations pour une maladie des voies respiratoires supérieures selon le type de diagnostic, population lavalloise, 2011-2012	57
TABEAU 31	Répartition des hospitalisations de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures selon le diagnostic, population lavalloise, 2012-2013	59
TABEAU 32	Répartition des hospitalisations de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures selon l'âge (diagnostic principal), nombre annuel moyen et taux bruts, population lavalloise, 2010-2011 à 2012-2013	60
TABEAU 33	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	61
TABEAU 34	Répartition des chirurgies d'un jour selon le diagnostic (diagnostic principal), population lavalloise, 2012-2013	63
TABEAU 35	Répartition des chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures selon l'âge (diagnostic principal), population lavalloise, 2012-2013	63
TABEAU 36	Répartition des chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	64
TABEAU 37	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une pneumonie ou une grippe, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	71

TABLEAU 38	Répartition des personnes ayant consulté pour une pneumonie ou une grippe selon l'âge, population lavalloise, 2011-2012.....	71
TABLEAU 39	Répartition des hospitalisations pour une pneumonie ou une grippe selon l'âge (diagnostic principal), nombre et taux bruts, population lavalloise, 2012-2013	74
TABLEAU 40	Durée moyenne de séjour et équivalents-lits des hospitalisations pour une pneumonie ou une grippe (diagnostic principal), population lavalloise, 2012-2013	74
TABLEAU 41	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une pneumonie ou une grippe (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	75
TABLEAU 42	Répartition des décès par pneumonie ou par grippe (cause initiale) selon l'âge, population lavalloise, 2012	76
TABLEAU 43	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une affection aiguë des voies respiratoires, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	79
TABLEAU 44	Répartition des personnes ayant consulté pour une affection aiguë des voies respiratoires selon l'âge, nombre et taux bruts, population lavalloise, 2011-2012	80
TABLEAU 45	Répartition des hospitalisations de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires selon le diagnostic principal, population lavalloise, 2012-2013	83
TABLEAU 46	Répartition des hospitalisations de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires (diagnostic principal) selon l'âge, nombre annuel moyen et taux annuel moyen brut, population lavalloise, 2010-2011 à 2012-2013	84
TABLEAU 47	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	85
TABLEAU 48	Évolution du nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte pour une maladie du poumon due à des agents externes, population lavalloise, 2005-2006 à 2011-2012	87
TABLEAU 49	Répartition des consultations pour une maladie du poumon due à des agents externes selon le diagnostic, population lavalloise, 2011-2012.....	88
TABLEAU 50	Répartition des consultations pour une maladie du poumon due à des agents externes selon le lieu de consultation, population lavalloise, 2011-2012	89
TABLEAU 51	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie du poumon due à des agents externes (diagnostic principal), selon l'âge, population lavalloise, 2012-2013	91
TABLEAU 52	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie du poumon due à des agents externes (diagnostic principal) selon le type de diagnostic, population lavalloise, 2012-2013	91
TABLEAU 53	Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie du poumon due à des agents externes (diagnostic principal) selon l'établissement et la région de résidence, 2012-2013	92
TABLEAU 54	Répartition des cas de maladies respiratoires professionnelles déclarés et acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, population lavalloise, 2003 à 2012	96
TABLEAU 55	Répartition des causes d'asthme professionnel, population québécoise, 2007 à 2011	99

TABEAU 56	Comparaison des fumeurs et des non-fumeurs selon le niveau de scolarité et certaines problématiques associées, élèves québécois du secondaire, 2010-2011.....	110
TABEAU 57	Comparaison des fumeurs et des non-fumeurs selon certaines caractéristiques socioéconomiques et habitudes de vie, population québécoise de 18 ans et plus, 2011-2012	111

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Densité de personnes au kilomètre carré selon les secteurs de recensement, 2011.....	3
FIGURE 2	Proportion de la population lavalloise âgée de 0 à 17 ans selon les secteurs de recensement, 2011	6
FIGURE 3	Proportion de la population lavalloise âgée de 65 ans et plus selon les secteurs de recensement, 2011	6
FIGURE 4	Répartition des épisodes d'hospitalisation pour une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2012-2013 selon le lieu de résidence et variation régionale de l'indice de défavorisation matérielle et sociale	118

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Répartition de la population lavalloise selon le groupe d'âge, 2014 et projections 2031	5
GRAPHIQUE 2	Proportion et nombre de cas estimés de personnes déclarant être atteintes d'au moins une maladie respiratoire chronique, populations lavalloise et québécoise, 12 ans et plus, 2000-2001 à 2011-2012.....	8
GRAPHIQUE 3	Répartition et nombre de personnes ayant consulté pour une maladie du système respiratoire selon l'âge, population lavalloise, 2011-2012	9
GRAPHIQUE 4	Répartition des consultations pour une maladie du système respiratoire selon les regroupements de diagnostics, 2011-2012	12
GRAPHIQUE 5	Répartition et nombre de personnes prises en charge par un CLSC pour une maladie du système respiratoire selon l'âge, population lavalloise, 2012-2013	15
GRAPHIQUE 6	Répartition des interventions des CLSC pour une maladie du système respiratoire selon l'âge du bénéficiaire, population lavalloise, 2012-2013.....	16
GRAPHIQUE 7	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001-2002 à 2012-2013	19
GRAPHIQUE 8	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	20

GRAPHIQUE 9	Nombre de chirurgies d'un jour pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	21
GRAPHIQUE 10	Épisodes d'hospitalisation pour une maladie du système respiratoire (diagnostic principal) selon l'âge et le type de soins, population lavalloise, 2012-2013.....	23
GRAPHIQUE 11	Décès par maladie du système respiratoire (cause initiale), taux ajustés et nombre, populations lavalloise et québécoise, 2001 à 2012	25
GRAPHIQUE 12	Répartition des décès par maladie du système respiratoire selon l'âge, cause initiale, population lavalloise, 2012	26
GRAPHIQUE 13	Proportion de personnes déclarant faire de l'asthme, populations lavalloise et québécoise, 12 ans et plus, 2000-2001 à 2011-2012.....	31
GRAPHIQUE 14	Répartition des personnes ayant consulté pour asthme selon l'âge et le sexe, population lavalloise, 2011-2012.....	33
GRAPHIQUE 15	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour asthme (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001-2002 à 2012-2013	34
GRAPHIQUE 16	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour asthme (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	35
GRAPHIQUE 17	Répartition des hospitalisations de courte durée pour asthme (diagnostic principal) selon le sexe et l'âge, population lavalloise, 2010-2011 à 2012-2013.....	36
GRAPHIQUE 18	Projections des taux bruts d'hospitalisation de courte durée pour asthme selon l'âge, diagnostic principal, population lavalloise, 2001-2002 à 2020-2021.....	38
GRAPHIQUE 19	Proportion de personnes déclarant être atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique selon l'âge, population québécoise, 2011-2012.....	43
GRAPHIQUE 20	Prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique auto-déclarée comparativement à celle qui est « mesurée » selon le sexe, population canadienne à domicile de 35 à 79 ans, 2009 à 2011	44
GRAPHIQUE 21	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001-2002 à 2012-2013.....	48
GRAPHIQUE 22	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013.....	49
GRAPHIQUE 23	Taux d'hospitalisation selon l'âge et le sexe, pour une maladie pulmonaire obstructive chronique, population lavalloise, 2012-2013	50
GRAPHIQUE 24	Décès par maladie pulmonaire obstructive chronique (cause initiale), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001 à 2012	52
GRAPHIQUE 25	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001-2002 à 2012-2013.....	58
GRAPHIQUE 26	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal), populations lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013.....	59

GRAPHIQUE 27	Nombre de chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	62
GRAPHIQUE 28	Nombre de tests positifs par semaine, influenza a et b, données du Laboratoire de santé publique du Québec, population lavalloise, 2008-2009 à 2013-2014	68
GRAPHIQUE 29	Nombre annuel de tests positifs pour l'influenza selon le type (a et b), données du Laboratoire de santé publique du Québec, population lavalloise, 2004-2005 à 2013-2014	69
GRAPHIQUE 30	Incidence annuelle de l'infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> , taux ajustés et nombre, populations lavalloise et québécoise, 2001 à 2013	70
GRAPHIQUE 31	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une pneumonie ou une grippe (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001-2002 à 2012-2013.....	72
GRAPHIQUE 32	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une pneumonie ou une grippe (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	73
GRAPHIQUE 33	Décès par pneumonie ou par grippe (cause initiale), taux ajustés et nombre, populations lavalloise et québécoise, 2001 à 2012	76
GRAPHIQUE 34	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires supérieures (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2006-2007 à 2012-2013	81
GRAPHIQUE 35	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires inférieures (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2006-2007 à 2012-2013.....	81
GRAPHIQUE 36	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une affection aiguë des voies respiratoires supérieures et inférieures (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, 2001-2002 à 2012-2013	82
GRAPHIQUE 37	Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour une maladie du poumon due à des agents externes (diagnostic principal), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2000-2001 à 2012-2013.....	89
GRAPHIQUE 38	Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie du poumon due à des agents externes (diagnostic principal), population lavalloise et Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval 2001-2002 à 2012-2013.....	90
GRAPHIQUE 39	Décès par maladie du poumon due à des agents externes (cause initiale), taux ajustés, populations lavalloise et québécoise, 2001 à 2012	93
GRAPHIQUE 40	Répartition des cas de maladies professionnelles déclarés et acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail selon l'âge, population lavalloise, 2003 à 2012.....	97
GRAPHIQUE 41	Nouveaux épisodes selon la maladie respiratoire à déclaration obligatoire, Laval, 2011 à 2013	98
GRAPHIQUE 42	Prévalence de l'asthme et des maladies pulmonaires obstructives chroniques selon le statut tabagique, population québécoise, 2011-2012	102
GRAPHIQUE 43	Prévalence de l'exposition à la fumée secondaire dans le dernier mois (domicile, véhicules privés ou lieux publics) chez les non-fumeurs atteints d'asthme ou de maladie pulmonaire obstructive chronique, population québécoise, 2011-2012	103

GRAPHIQUE 44	Répartition de la population selon le type de fumeur, population lavalloise de 12 ans et plus, 2011-2012	104
GRAPHIQUE 45	Répartition de la population selon le statut tabagique et l'exposition à la fumée secondaire, population lavalloise de 12 ans et plus, 2011-2012	105
GRAPHIQUE 46	Évolution du tabagisme selon le type de fumeurs, proportion et nombre estimé, population lavalloise de 12 ans et plus, 2000-2001 à 2011-2012.....	106
GRAPHIQUE 47	Proportion des non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition, population lavalloise de 12 ans et plus, 2003 à 2011-2012	107
GRAPHIQUE 48	prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire selon le niveau scolaire, population lavalloise, 2010-2011.....	108
GRAPHIQUE 49	Évolution de la proportion des élèves du secondaire ayant fumé la cigarette, le cigare ou le cigarillo dans les 30 derniers jours, population québécoise, 2006-2007 à 2010-2011	109
GRAPHIQUE 50	Proportion de la population présentant un surplus de poids, population lavalloise de 18 ans et plus, 1992-1993 à 2011-2012	115
GRAPHIQUE 51	Répartition de la population selon le statut tabagique et le quintile de revenu du ménage, population québécoise de 12 ans et plus, 2011-2012	116
GRAPHIQUE 52	Proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon le quintile de revenu du ménage, population québécoise de 12 ans et plus, 2011-2012	116
GRAPHIQUE 53	Prévalence de l'asthme et des mpoc selon le quintile de revenu du ménage, population québécoise, 2011-2012	117
GRAPHIQUE 54	Nombre de tentatives de cessation tabagique au cours des 12 derniers mois chez les fumeurs actuels ayant tenté de cesser de fumer, population lavalloise, 2011-2012	122
GRAPHIQUE 55	Prévalence de l'utilisation de diverses stratégies de cessation tabagique utilisées par les fumeurs actuels qui ont tenté récemment de cesser et par des ex-fumeurs récents (depuis deux ans), population canadienne, 2012	123
GRAPHIQUE 56	Proportion de fumeurs qui ont visité un professionnel de santé (visité), reçu le conseil de cesser de fumer (conseillé) et reçu de l'information pour les soutenir dans la cessation tabagique (informé) au cours de la dernière année, population canadienne, 2012.....	124
GRAPHIQUE 57	Couverture vaccinale contre l'influenza au cours des 12 derniers mois, population lavalloise de 60 ans et plus, 2003-2004 à 2012	127
GRAPHIQUE 58	Couverture vaccinale contre l'influenza chez les résidents et les travailleurs des établissements de santé et de services sociaux de Laval, 2008-2009 à 2013-2014	129
GRAPHIQUE 59	Principale raison de non-vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes non vaccinées dans la dernière année, population québécoise, 2012	130
GRAPHIQUE 60	Couverture vaccinale contre le pneumocoque, populations lavalloise et québécoise de 65 ans et plus, 2004 à 2012	131
GRAPHIQUE 61	Principale raison de non-vaccination contre le pneumocoque chez les personnes non vaccinées, population québécoise, 2012	132

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAVR	Affection aiguë des voies respiratoires
CIM	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CISPLOI	Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSL	Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ECMS	Enquête canadienne sur les mesures de la santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
ETJ	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes
GMF	Groupe de médecine de famille
HJR	Hôpital juif de réadaptation
I-CLSC	Intégration CLSC
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSR	Maladie du système respiratoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
p	Données provisoires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
VRS	Virus respiratoire syncytial

INTRODUCTION

Le présent portrait de santé sur les maladies du système respiratoire (MSR) est le quatrième d'une série de cinq documents traitant de maladies chroniques et produits par l'équipe surveillance-évaluation de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval¹. Son objectif principal est de soutenir la planification des services sur la base des données populationnelles. Nous souhaitons qu'il serve de point de départ aux discussions des intervenants qui travaillent à prodiguer et à améliorer les soins et les services liés aux MSR, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Les MSR retenues ici comprennent les affections des voies respiratoires supérieures (sinus, fosses nasales, pharynx, larynx) et inférieures (trachée, bronches, poumons et plèvre), telles qu'elles sont définies par la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA/codes J00-J99). Par conséquent, ce portrait n'aborde pas les cancers liés au système respiratoire (tumeurs malignes), la tuberculose (maladie infectieuse), la fibrose kystique (maladie métabolique), le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (affection dont l'origine se situe dans la période néonatale) ou autres. Toutefois, certaines de ces autres pathologies sont traitées dans d'autres productions : le cancer du poumon a été abordé dans le portrait sur le cancer (2013) et la tuberculose sera traitée dans le portrait sur les maladies à déclaration obligatoire (à venir).

Pour tracer un portrait qui soit le plus complet possible, nous commençons par présenter des éléments démographiques de la population lavalloise, suivis d'une description de l'ensemble des affections du système respiratoire (prévalence, mortalité et consommation des services médicaux et hospitaliers, ainsi que des services reçus d'un centre local de services communautaires [CLSC]).

Les données sont ensuite traitées par types de maladies spécifiques : asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), maladies des voies respiratoires supérieures, pneumonie et grippe, affections aiguës des voies respiratoires, maladies du poumon dues à des agents externes et maladies respiratoires professionnelles. Les données sont présentées par groupes d'âge dans le but de différencier les pathologies pédiatriques des pathologies « adultes ». Enfin, les deux dernières parties du document traitent des facteurs de risque et de la prévention des MSR.

Ce portrait de santé traite des principaux thèmes abordés par la littérature scientifique. Les données scientifiques présentées proviennent de plusieurs ouvrages, mais ne peuvent prétendre couvrir l'ensemble de l'information disponible sur un thème.

Ce document présente essentiellement un portrait de l'état de santé de la population lavalloise, et ce, peu importe le lieu de consommation des services. Dans le cas des hospitalisations, certaines données dressent un portrait de la consommation de services à Laval.

Les données les plus récentes disponibles ont été utilisées dans tout le document et, si possible, une comparaison a été faite avec le Québec. Des taux ajustés ont été utilisés à des fins de comparaison entre Laval et l'ensemble du Québec, car le taux ajusté est une mesure qui permet d'éliminer l'effet de la structure par âge d'une population. Dans tous les autres cas, ce sont des taux bruts qui sont présentés.

¹ Le portrait populationnel sur le cancer a été produit en 2010-2011, le portrait sur les maladies cardiovasculaires en 2011-2012 et le portrait sur le diabète en 2012-2013. Le dernier portrait de la série sur les maladies chroniques portera sur les troubles musculo-squelettiques.

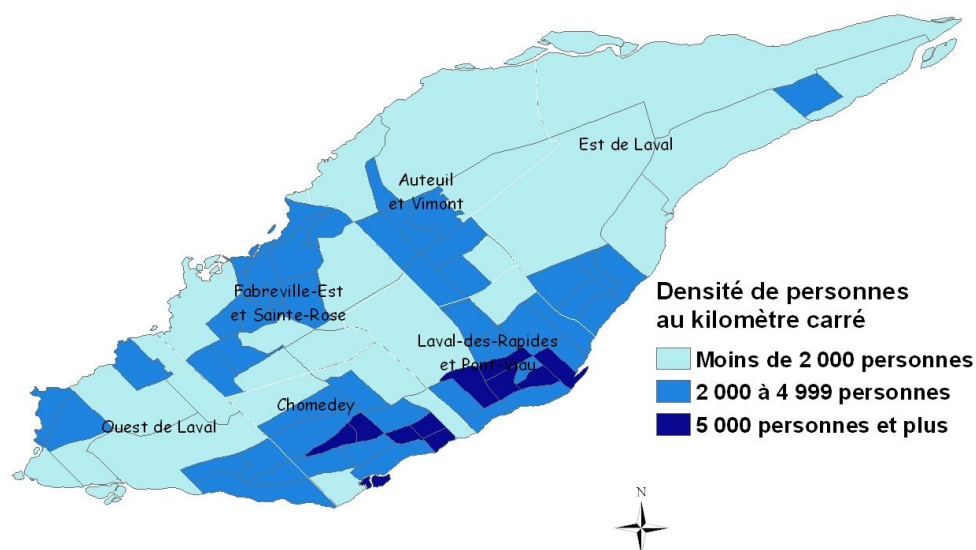
1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE DE LAVAL

Le présent chapitre fournit les principales caractéristiques démographiques de la population lavalloise.

1.1. Distribution géographique de la population

La population de Laval en 2014² est estimée à 416 800³ personnes (MSSS, 2010a). Certaines zones sont plus peuplées que d'autres. La carte suivante présente la densité de personnes selon les secteurs de recensement lavallois lors du recensement de 2011 (figure 1). C'est dans les secteurs situés au sud de Laval que le nombre de personnes au kilomètre carré est le plus grand.

FIGURE 1
DENSITÉ DE PERSONNES AU KILOMÈTRE CARRÉ SELON LES SECTEURS DE RECENSEMENT, 2011



Source : Statistique Canada, recensement de 2011.

1.2. Structure de la population

En 2014, la population lavalloise compte 205 200 hommes (49,2 %) et 211 600 femmes (50,8 %). Si les hommes sont plus nombreux que les femmes chez les jeunes (0 à 17 ans), on dénombre davantage de femmes chez les personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 1).

²Les dernières données disponibles sur la population lavalloise proviennent du recensement de 2011. Toutefois, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) fournit des données de projection pour la région de Laval, à partir du recensement de 2006, pour les années 2014 à 2031.

³Les données estimées sont arrondies à la centaine.

TABEAU 1
RÉPARTITION DE LA POPULATION LAVALLOISE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, 2014

	Femmes	Hommes	Total
0 à 17 ans	41 600	43 500	85 200
18 à 44 ans	74 000	74 200	148 200
45 à 64 ans	58 300	57 700	116 000
65 à 74 ans	19 400	16 800	36 100
75 ans et plus	18 300	13 000	31 300
Total	211 600	205 200	416 800

Note : Le nombre total peut différer de la somme des données âge-sexe, puisque les nombres sont arrondis à la centaine.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a.

1.2.1. Population plus jeune à Laval qu'au Québec

En 2000, l'âge médian⁴ de la population lavalloise était similaire à celui de la population québécoise (38 ans). À Laval, tout comme au Québec, l'âge médian a augmenté de manière importante d'année en année. En 2014, l'âge médian lavallois (40,6 ans) est toutefois moins élevé que pour l'ensemble du Québec (41,9 ans).

1.3. Tendances démographiques

L'analyse des données de projection de la population (données projetées à partir du recensement de 2006) a permis de faire ressortir les principales tendances démographiques (tableau 2).

TABEAU 2
RÉPARTITION DE LA POPULATION LAVALLOISE SELON LE GROUPE D'ÂGE EN 2014, 2021, 2031
ET ÉCART ENTRE 2014 ET 2031 À LAVAL ET AU QUÉBEC (PROJECTIONS DE POPULATION)

	Laval			Québec	
	2014	2021	2031	Écart entre 2014 et 2031 (%)	
0 à 17 ans	85 200	92 600	96 000	12,7	5,1
18 à 44 ans	148 200	151 900	155 000	4,6	-2,0
45 à 64 ans	116 000	118 700	119 000	2,6	-7,4
65 à 74 ans	36 100	43 400	54 600	51,2	43,5
75 ans et +	31 300	38 900	54 000	72,5	87,4
Total	416 800	445 500	478 600	14,8	8,8

Note : Le nombre total peut différer de la somme des données âge-sexe, puisque les nombres sont arrondis à la centaine.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010a.

Entre 2014 et 2031, la population lavalloise devrait connaître une croissance démographique de 14,8 %. Au Québec, cette croissance devrait être de 8,8 %, pour la même période.

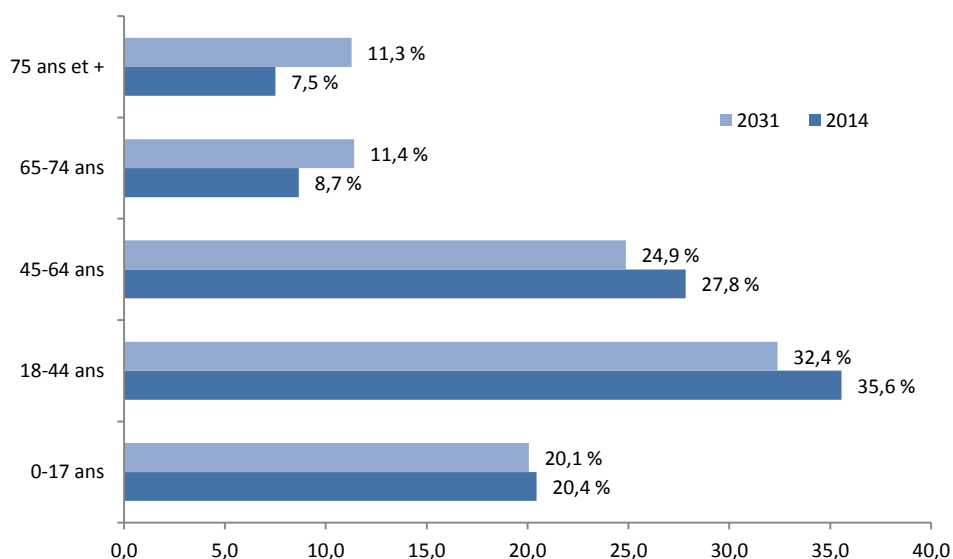
⁴ L'âge médian est l'âge qui divise une population en deux groupes égaux, l'un plus jeune, l'autre plus âgé.

Laval connaîtra également un vieillissement de sa population. Cette tendance est aussi observée pour l'ensemble du Québec. Les projections montrent une croissance démographique beaucoup plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

- Entre 2014 et 2031, une augmentation de 51,2 % du nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans est prévue à Laval (43,5 % pour l'ensemble du Québec).
- Les augmentations les plus importantes s'appliquent au groupe de personnes âgées de 75 ans et plus (augmentation projetée de 72,5 % pour Laval et de 87,4 % pour l'ensemble du Québec).

Selon les données de projection, l'âge médian de Laval et de l'ensemble du Québec devrait continuer à augmenter, mais de manière plus accentuée pour la population québécoise. La population lavalloise devrait atteindre, en 2031, un âge médian de 43,2 ans, alors qu'au Québec, l'âge médian pourrait s'élever à 45,2 ans. De 2014 à 2031, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 16,2 % à 22,7 % à Laval, alors que la proportion québécoise pourrait atteindre 25,6 % en 2031.

GRAPHIQUE 1
RÉPARTITION DE LA POPULATION LAVALLOISE SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2014 ET PROJECTIONS 2031



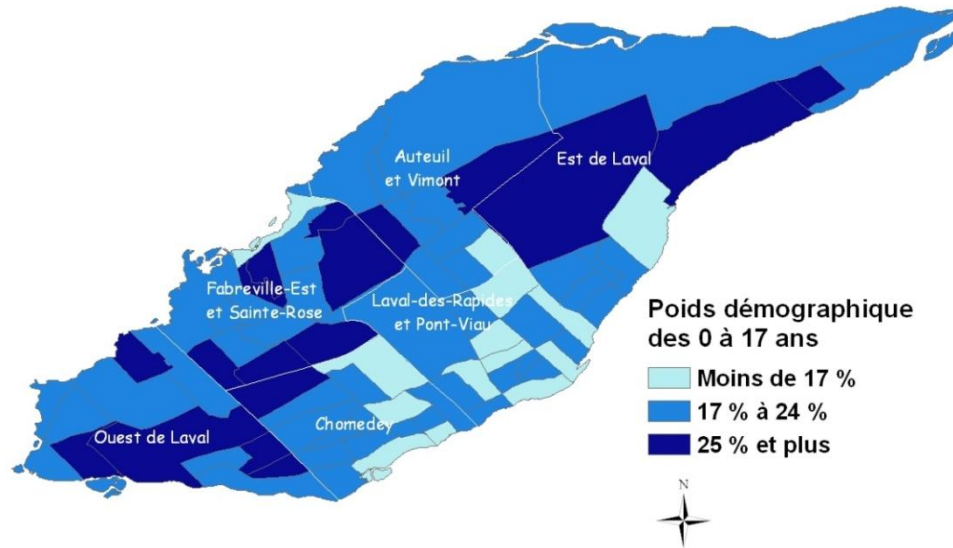
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010a.

Nous constaterons plus loin que l'incidence et la prévalence de certaines maladies respiratoires, telles que les MPOC, augmentent avec l'âge, alors que d'autres maladies respiratoires, telles que l'asthme, s'avèrent plus fréquentes chez les plus jeunes (0 à 17 ans).

L'évolution démographique attendue de la population lavalloise pourrait influencer de manière importante la prestation de services, notamment en ce qui concerne les MSR. Les figures suivantes montrent bien que les secteurs lavallois qui comptent la plus grande proportion de personnes âgées sont davantage situés dans la portion sud de l'île⁵. À l'inverse, c'est plutôt dans les secteurs du centre, de l'est et de l'ouest de Laval que se trouvent les jeunes âgés de moins de 18 ans.

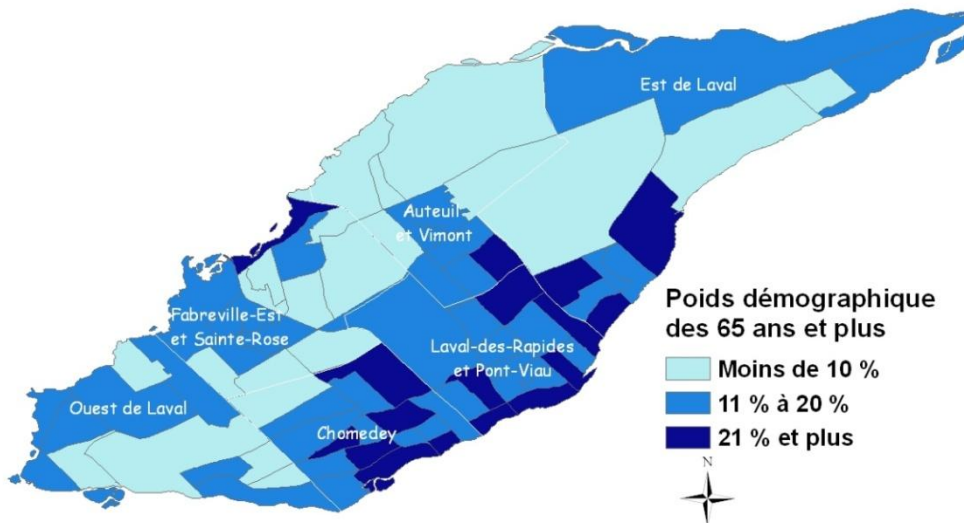
⁵ Selon les dernières données disponibles provenant du recensement de 2011.

FIGURE 2
PROPORTION DE LA POPULATION LAVALLOISE ÂGÉE DE 0 À 17 ANS SELON LES SECTEURS DE RECENSEMENT, 2011



Source : Statistique Canada, recensement de 2011.

FIGURE 3
PROPORTION DE LA POPULATION LAVALLOISE ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS SELON LES SECTEURS DE RECENSEMENT, 2011



Source : Statistique Canada, recensement de 2011.

2. PORTRAIT GLOBAL : MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

2.1. Prévalence

La prévalence correspond au nombre de personnes vivant avec une maladie à un moment donné, rapporté à la population totale. La notion de prévalence s'applique aux maladies respiratoires qui sont chroniques. Pour les maladies dites aiguës, ce sont plutôt des données d'incidence⁶ qui nous intéresseront, si elles sont disponibles.

Nous ne disposons pas de données de prévalence pour l'ensemble des maladies chroniques du système respiratoire⁷. Toutefois, deux des maladies respiratoires chroniques qui sont abordées dans le présent portrait sont traitées dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), où la population est questionnée sur les MPOC (y compris la bronchite chronique, l'emphysème et d'autres maladies similaires) et l'asthme. Ces données concernent uniquement la population lavalloise âgée de 12 ans et plus et elles sont auto-déclarées et non mesurées.

Dans la population lavalloise âgée de 12 ans et plus, la prévalence de ces maladies était de 9,9 % en 2011-2012. Appliquée à la population lavalloise de 2014, cette prévalence correspondrait à environ 35 600 personnes de 12 ans et plus souffrant de ces maladies respiratoires chroniques. La prévalence est la même chez les femmes que chez les hommes. La plus forte prévalence se trouve chez les personnes de 45 à 64 ans (12,7 %), suivies des 65 ans et plus (11,3 %), des 12 à 17 ans (8,4 %) et des 18 à 44 ans (7,5 %).

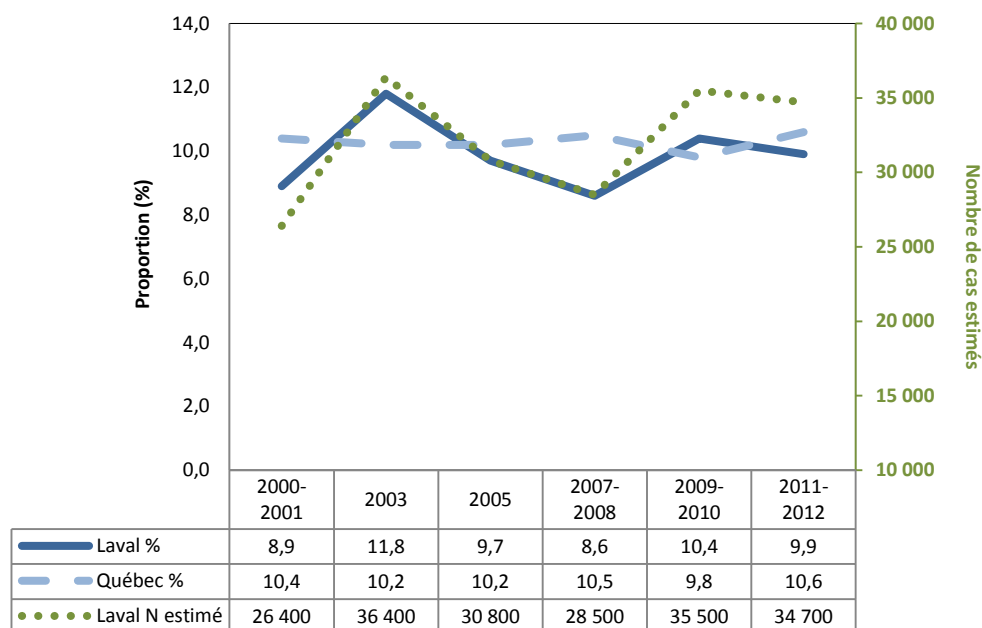
Depuis 2000, les proportions québécoises demeurent relativement stables, alors que les proportions lavalloises fluctuent légèrement d'une année à l'autre (graphique 2). Cela s'explique probablement par l'effet de la petite taille de l'échantillon lavallois.

⁶ L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée, dans une population donnée.

⁷ Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) prévoit produire des données de prévalence plus complètes au cours des prochaines années. Nous pourrions y avoir accès au moment de la mise à jour du présent portrait, prévue en 2019.

GRAPHIQUE 2

PROPORTION ET NOMBRE DE CAS ESTIMÉS DE PERSONNES DÉCLARANT ÊTRE ATTEINTES D'AU MOINS UNE MALADIE RESPIRATOIRE CHRONIQUE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 12 ANS ET PLUS, 2000-2001 À 2011-2012



Notes : Les maladies respiratoires chroniques incluses dans cet indicateur sont l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème ou d'autres obstructions chroniques des voies respiratoires.

Les personnes de 12 à 35 ans sont considérées comme n'étant pas atteintes de bronchite chronique, d'emphysème ou d'autres obstructions chroniques des voies respiratoires. Même si ces maladies sont très rarement diagnostiquées chez les jeunes, il est tout de même possible que la proportion soit légèrement sous-estimée.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, de 2003, de 2005, de 2007-2008, de 2009-2010, de 2011-2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010a; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010b.

2.2. Services médicaux rémunérés à l'acte

Les données sur les services médicaux proviennent du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'information sur ces services fournie dans la présente section concerne l'ensemble des maladies des voies respiratoires supérieures et inférieures traitées dans le portrait et définies par la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (voir l'annexe 2 pour connaître les codes utilisés).

Ainsi, les données de la RAMQ concernent aussi bien des maladies des voies respiratoires chroniques (telles que l'asthme et les MPOC) que des maladies aiguës (telles que la grippe, la pneumonie ou la bronchite aiguë). Les affections aiguës évoluent souvent rapidement, mais ne durent pas dans le temps. C'est pourquoi les données de la RAMQ ne sont pas le reflet de la prévalence des maladies du système respiratoire.

Les données de la RAMQ excluent les services offerts par des médecins désaffiliés de la RAMQ ainsi que la majorité des services reçus en CLSC. Toutefois, les médecins non participants ne comptent que pour 1,4 %

de l'ensemble des médecins au Québec. En mars 2013, la RAMQ comptait 186 médecins généralistes et 77 médecins spécialistes non participants (Guénette et Frappier, 2013).

2.2.1 Caractéristiques de la clientèle

En 2011-2012, 84 798 Lavallois ont consulté pour une MSR. Cela représente 26,4 % de tous les Lavallois ayant consommé des services médicaux durant cette période. On remarque dans le tableau suivant que le nombre de personnes ayant consulté pour une maladie du système respiratoire est relativement stable depuis 2005-2006, exception faite de l'année 2009-2010. Cette année a été marquée par la grippe A (H1N1) pandémique, ce qui pourrait expliquer le nombre un peu plus élevé de personnes ayant consulté durant cette période. En 2011-2012, plus de femmes (56,6 %) que d'hommes (43,4 %) ont consulté au moins une fois pour une MSR.

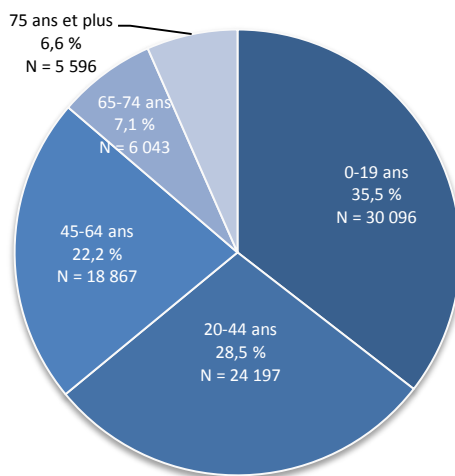
TABLEAU 3
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Personnes ayant consulté pour une maladie du système respiratoire	84 946	84 848	87 228	84 798
Femmes	48 576	48 074	49 484	47 979
Hommes	36 370	36 774	37 744	36 819

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

Le graphique suivant présente la répartition des personnes ayant consulté en 2011-2012 selon l'âge.

GRAPHIQUE 3
RÉPARTITION ET NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

En 2011-2012, plus du tiers de la clientèle était constituée de jeunes âgés de moins de 20 ans⁸ (35,5 %), suivis des adultes de 20 à 44 ans (28,5 %), puis des 45 à 64 ans (22,2 %). Il est intéressant de noter que les jeunes de moins de 20 ans composent 23 % de la population globale de Laval, une proportion significativement plus faible que celle qu'ils représentent dans la clientèle des services médicaux rémunérés à l'acte. À l'inverse, les personnes âgées, qui représentent 13 % des personnes ayant consulté, sont proportionnellement moins représentées par rapport à leur poids démographique, qui est de 16 %. Nous verrons, dans les chapitres suivants, comment l'âge des personnes qui consultent varie en fonction des maladies ou des regroupements de MSR.

Les personnes ayant consulté pour une MSR ont consulté en moyenne 1,7 fois (le nombre varie de 1 à 40 consultations). Le tableau suivant présente la répartition des personnes selon le nombre de fois qu'elles ont consulté pour une MSR en 2011-2012. La majorité des personnes ont consulté seulement une fois (63,4 %), tandis qu'une personne sur cinq (20,8 %) a consulté deux fois et que 15,9 % des personnes ont consulté trois fois ou plus. Une faible proportion de personnes a consulté plus de dix fois durant l'année 2011-2012. Plus du quart de ces personnes étaient âgées de moins de 5 ans (26,5 %) et 21,6 % de 65 ans et plus.

TABEAU 4
RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Nombre de consultations	Nombre de personnes	Proportion (%)
1 fois	53 774	63,4
2 fois	17 614	20,8
De 3 à 10 fois	13 197	15,6
Plus de 10 fois	212	0,3
Total	84 798	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

La majorité des personnes ont consulté uniquement à Laval (67,6 %), le quart seulement à l'extérieur de Laval et une faible proportion à Laval et dans une ou plusieurs autres régions (7,4 %). Toutefois, rappelons que les régions de consultation ne sont liées qu'aux MSR et ne reflètent pas la consommation de services médicaux rémunérés à l'acte pour l'ensemble des consultations faites par ces personnes durant l'année. Puisque ces personnes n'ont généralement consulté qu'une seule fois pour une MSR (tableau 4), il n'est pas surprenant que les consultations aient rarement lieu dans plusieurs régions.

TABEAU 5
RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LA RÉGION DANS LAQUELLE ELLES ONT CONSULTÉ POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Région de consultation	Nombre de personnes	Proportion (%)
A consulté seulement à Laval	57 336	67,6
A consulté seulement à l'extérieur de Laval	21 220	25,0
A consulté à Laval et à l'extérieur de Laval	6 242	7,4
Total	84 798	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

⁸ Le fichier de la RAMQ ne permet pas d'obtenir des données pour le groupe des 0 à 17 ans, mais seulement pour celui des 0 à 19 ans.

Comme on peut le constater dans le tableau suivant, la majorité (81,9 %) des personnes ayant consulté pour une MSR ont vu au moins une fois un omnipraticien. Les médecins spécialistes ayant vu la plus grande proportion de personnes pour une MSR sont les pédiatres, suivis des oto-rhino-laryngologistes et des pneumologues.

TABLEAU 6
RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LE TYPE DE MÉDECIN QU'ELLES ONT CONSULTÉ POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Type de médecin	Nombre de personnes	Proportion (%)
Omnipraticien	69 424	81,9
Pédiatre	10 713	12,6
Oto-rhino-laryngologiste	6 901	8,1
Pneumologue	4 408	5,2
Autre spécialiste	3 633	4,3
Nombre total de personnes uniques	84 798	Voir la note

Note : Les pourcentages associés au nombre de personnes ne totalisent pas 100 % puisque les catégories sont non exclusives; une même personne peut se retrouver dans plus d'une catégorie.

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

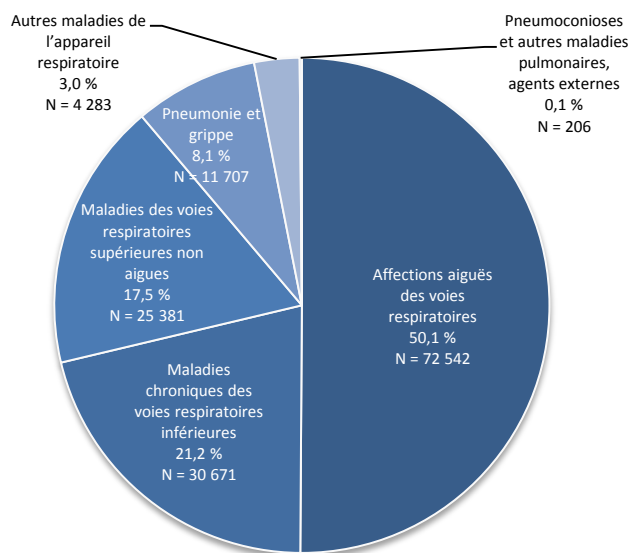
Caractéristiques des consultations⁹

Puisque plus du tiers des personnes ayant consulté pour une MSR l'ont fait plus d'une fois (36,7 % des personnes), il est intéressant d'examiner la répartition des consultations pour en connaître les grandes caractéristiques. En 2011-2012, les 84 798 personnes ayant consommé des services pour une MSR ont consulté au total 144 790 fois.

Le graphique suivant présente la répartition des consultations selon les grandes catégories de diagnostics. La moitié (50,1 %) des consultations concernait une affection aiguë des voies respiratoires. Un peu moins du quart (21,2 %) concernait une maladie chronique des voies respiratoires inférieures (MPOC, asthme et autres affections connexes) et un peu moins du cinquième (17,5 %) des maladies non aiguës des voies respiratoires supérieures (sinusite chronique, rhinite allergique, affections chroniques des amygdales, etc.).

⁹ Une consultation est définie comme étant l'ensemble des services médicaux offerts à une même date, à une même personne, de la part du même professionnel de la santé et pour un même diagnostic.

GRAPHIQUE 4
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LES REGROUPEMENTS DE DIAGNOSTICS, 2011-2012



Note : Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures incluent les MPOC, l'asthme et les autres affections connexes.

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

Le tableau 7 montre que le suivi médical pour une maladie respiratoire est majoritairement assuré par des omnipraticiens (71,6 %). Les spécialistes ayant offert le plus grand nombre de consultations pour une MSR aux Lavallois sont les pédiatres, les oto-rhino-laryngologistes et les pneumologues.

TABEAU 7
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LE TYPE DE MÉDECIN, 2011-2012

Spécialiste	Nombre de consultations	Proportion (%)
Omnipraticien	103 640	71,6
Pédiatre	18 592	12,8
Oto-rhino-laryngologiste	10 447	7,2
Pneumologue	7 314	5,1
Autre spécialité	4 797	3,3
Total	144 790	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

Par ailleurs, en 2011-2012, la majorité (69,4 %) des consultations ont été offertes à Laval (tableau 8) et un peu plus du quart dans la région de Montréal.

TABEAU 8
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LA RÉGION DE CONSULTATION, 2011-2012

Région	Nombre de consultations	Proportion (%)
Laval	100 519	69,4
Montréal	39 097	27,0
Autre région	5 174	3,6
Total	144 790	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

Les cliniques-réseau/groupes de médecine de famille (GMF) semblent être celles qui offrent le plus de consultations pour des maladies respiratoires, suivies des cliniques médicales. En 2011-2012, 83,8 % des consultations ont été offertes dans ces lieux.

TABEAU 9
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LE LIEU DE CONSULTATION, 2011-2012

Lieu	Nombre de consultations	Proportion (%)
Clinique-réseau/GMF	65 403	45,2
Clinique médicale	55 927	38,6
Clinique externe	11 825	8,2
Urgence	8 045	5,6
CLSC	3 493	2,4
Autre	69	0,0
Total	144 790	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

2.3. Inscriptions à l'urgence

Des données provenant de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval (CSL) permettent d'avoir une idée des diagnostics associés à une visite à l'urgence.

Ces données se distinguent de celles de la RAMQ pour plusieurs raisons. D'abord, les données de la RAMQ concernent toute la population lavalloise, peu importe le lieu où les personnes ont consulté. De plus, les données de la RAMQ ne permettent pas de distinguer les consultations à l'urgence qui ont mené à une hospitalisation de celles qui ont mené à un retour à domicile. Par ailleurs, certains médecins à l'urgence ne sont pas rémunérés à l'acte et ne sont donc pas comptabilisés dans les banques de données de la RAMQ. Toutefois, la majorité des médecins des services d'urgence sont rémunérés à l'acte.

Le tableau suivant présente la répartition des consultations à l'urgence de la CSL selon les principaux diagnostics et les types de prises en charge.

TABLEAU 10
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS À L'URGENCE POUR UNE MALADIE RESPIRATOIRE SELON LE DIAGNOSTIC, HÔPITAL
DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2012-2013

Diagnostic	Retour à domicile		Hospitalisation		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Pneumonie, grippe	1 130	31,0	749	45,1	1 879	35,4
Asthme, bronchospasme, hyperréactivité bronchique	561	15,4	113	6,8	674	12,7
Laryngite, pharyngite	541	14,8	31	1,9	572	10,8
Infection des voies respiratoires supérieures (rhume et rhinite)	528	14,5	15	0,9	543	10,2
Bronchite, bronchiolite	400	11,0	109	6,6	509	10,2
MPOC (surinfection bronchique, emphysème, bronchiectasie)	339	9,3	430	25,9	769	9,6
Épanchement pleural	38	1,0	96	5,8	134	14,5
Autre	107	2,9	117	7,0	224	2,5
Total	3 644	100,0	1 660	100,0	5 304	4,2

Note : Le total ne correspond pas au total des inscriptions à l'urgence. Il exclut les départs sans prise en charge, les décès et les transferts vers un autre établissement.

Source : MedUrge (2012-2013).

Les données nous permettent de constater que près du tiers (31,3 %) des consultations à l'urgence (excluant les décès et les transferts) se sont soldées par une hospitalisation. Les diagnostics de pneumonie ou de grippe sont ceux qu'on trouve le plus fréquemment lors des inscriptions à l'urgence ayant mené à un retour à domicile ou à une hospitalisation. Les diagnostics de MPOC, pour leur part, viennent au sixième rang des diagnostics les plus fréquents pour les inscriptions ayant mené à un retour à domicile, mais au deuxième pour celles qui ont mené à une hospitalisation.

Un peu moins du tiers (31,4 %) des inscriptions ayant mené à un retour à domicile ou à une hospitalisation touchait une clientèle mineure : 36,1 % des inscriptions ayant mené à un retour à domicile et 21,2 % de celles qui ont mené à une hospitalisation.

2.4. Soins et services des centres locaux de services communautaires

Les données disponibles sur les services donnés par les CLSC aux Lavallois proviennent des fichiers Intégration CLSC (I-CLSC), peu importe la région de consommation (la majorité des services ont été reçus à Laval).

Le tableau suivant présente le nombre de personnes ayant reçu des services d'un CLSC entre 2007-2008 et 2012-2013. En 2012-2013, le nombre de personnes qui ont reçu des services d'un CLSC pour une MSR était de 7 662, ce qui représente 7,8 % des Lavallois ayant consommé des services en CLSC durant cette période. Le nombre de personnes servies fluctue légèrement d'une année à l'autre (il varie de 7 110 à 7 901 personnes, selon les années), et aucune tendance à la hausse ou à la baisse n'est observée.

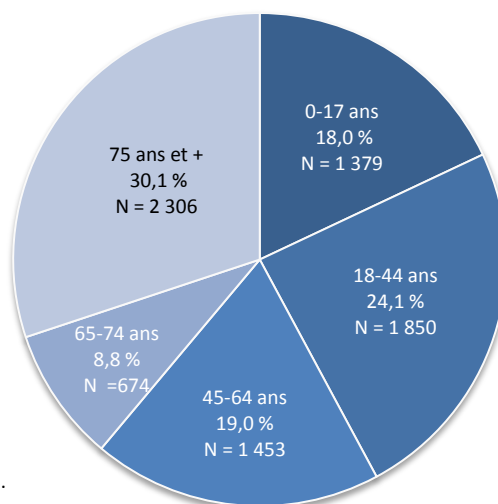
TABLEAU 11
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR UN CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME
RESPIRATOIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2007-2008 À 2012-2013

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Nombre de personnes	7 901	7 294	7 110	7 148	7 480	7 662

Source : I-CLSC, 2007-2008 à 2012-2013.

Au cours de la dernière année, les personnes ayant reçu des services d'un CLSC pour une MSR étaient en majorité des femmes (59,8 %). Le graphique suivant présente la répartition des personnes selon le groupe d'âge.

GRAPHIQUE 5
RÉPARTITION ET NOMBRE DE PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR UN CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME
RESPIRATOIRE SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013



Source : I-CLSC, 2012-2013.

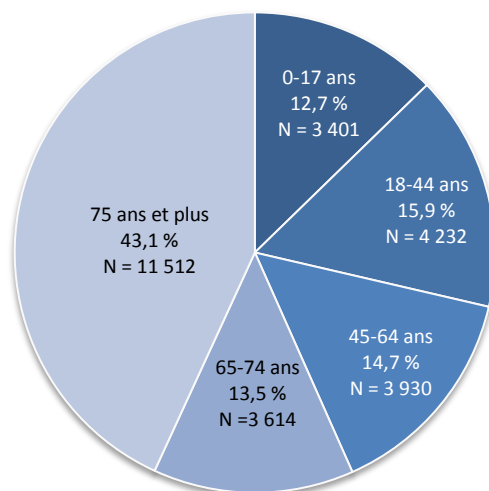
En 2012-2013, les personnes âgées de 75 ans et plus étaient les plus nombreuses à avoir reçu des services d'un CLSC, suivies des 18 à 44 ans, puis des 0 à 17 ans. Rappelons que les personnes de 75 ans et plus représentent seulement 7 % de la population lavalloise, mais 30,1 % des personnes ayant reçu des services d'un CLSC pour une MSR cette année-là. La population âgée représente aussi une part beaucoup plus importante de la clientèle des CLSC que de celle qui consomme des services médicaux rémunérés à l'acte. En effet, la répartition par âge des données de la RAMQ montrait que les personnes de 75 ans et plus représentaient une minorité de la clientèle atteinte d'une maladie respiratoire (6,6 %) et que c'étaient plutôt les plus jeunes (moins de 20 ans) qui étaient surreprésentés (voir la section 2.2.1, graphique 3).

De plus, l'analyse de la répartition des interventions¹⁰ faites en 2012-2013 selon le groupe d'âge de la personne qui en a bénéficié (graphique 6) montre qu'une part encore plus importante est composée des

¹⁰ Une intervention est définie comme étant une ou plusieurs actions posées pour un usager qui exigent une note significative au dossier, généralement dans le cadre d'une rencontre ou d'une communication téléphonique.

personnes de 75 ans et plus. Ainsi, sur un total de 26 689 interventions faites par un CLSC pour une MSR ayant eu lieu en 2012-2013, 43,1 % touchaient une clientèle âgée de 75 ans et plus.

GRAPHIQUE 6
RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DES CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON L'ÂGE DU BÉNÉFICIAIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013



Source : I-CLSC, 2012-2013.

Parmi les 7 662 Lavallois ayant reçu des services d'un CLSC pour une MSR en 2012-2013, la majorité (62,1 %) l'ont fait dans le cadre du programme d'intervention de santé physique. Cependant, c'est la clientèle du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui semble requérir le plus d'interventions. En 2012-2013, 2 011 personnes ont été prises en charge pour une MSR dans le cadre du programme SAPA, ce qui représente un peu plus du quart de l'ensemble des personnes prises en charge par un CLSC pour une MSR, mais c'est 44,7 % des interventions qui ont été offertes à ces personnes. Par comparaison, le programme Services généraux a servi 1 043 personnes pour une MSR (13,6 % de la clientèle en MSR) et a généré 1 624 interventions (6,1 % des interventions pour une MSR). Ces résultats concordent avec ceux du graphique 7. Il ressort de cette analyse qu'une part plus importante d'interventions associées à la maladie respiratoire est consommée par les personnes âgées comparativement à la part que celles-ci représentent dans la clientèle (graphique 5), particulièrement chez les 75 ans et plus.

TABEAU 12
RÉPARTITION DES PERSONNES ET DES INTERVENTIONS DES CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LE PROGRAMME, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Programme d'intervention	Nombre de personnes	Proportion (%)	Nombre d'interventions	Proportion (%)
Santé physique	4 756	62,1	11 842	44,4
SAPA	2 011	26,2	11 919	44,7
Services généraux	1 043	13,6	1 624	6,1
Déficiences physiques	145	1,9	1 011	3,8
Autre programme	164	2,1	293	1,1
Total	7 662	Voir la note	26 689	100,0

Note : Les pourcentages associés au nombre de personnes ne totalisent pas 100 % puisque les catégories sont non exclusives; une même personne peut se retrouver dans plus d'une catégorie.

Source : I-CLSC, 2012-2013.

En 2012-2013, la majorité des personnes ont rencontré au moins une fois un infirmier ou une infirmière (87,7 %) et un médecin (66,9 %) pour leurs maladies respiratoires. Toutefois, c'est le personnel infirmier qui est intervenu le plus souvent puisque cette catégorie d'intervenant a offert 63,1 % de toutes les interventions associées à la maladie respiratoire durant cette période. De plus, un peu moins du quart de toutes les interventions liées à la maladie respiratoire a été fait par des médecins.

TABEAU 13
RÉPARTITION DES PERSONNES ET DES INTERVENTIONS DES CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LE TYPE D'INTERVENANT, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Type d'intervenant	Nombre de personnes	Proportion (%)	Nombre d'interventions	Proportion (%)
Infirmière	6 718	87,7	16 856	63,1
Médecin	5 129	66,9	6 347	23,8
Travailleur social ou technicien en assistance sociale	423	5,5	1 782	6,7
Autre intervenant	299	3,9	1 704	6,4
Total	7 662	Voir la note	26 689	100,0

Note : La catégorie infirmière inclut les infirmières, les infirmières bachelières ainsi que les infirmières auxiliaires.

Les pourcentages associés au nombre de personnes ne totalisent pas 100 % puisque les catégories sont non exclusives; une même personne peut se retrouver dans plus d'une catégorie.

Source : I-CLSC, 2012-2013.

La majorité des interventions pour une maladie respiratoire ont été faites en CLSC (56,5 %). Les interventions à domicile semblent également assez communes, puisqu'elles représentent plus du tiers (36,2 %) de l'ensemble des interventions. La part significative des interventions à domicile est probablement liée à la proportion importante de personnes âgées dans l'ensemble de la clientèle prise en charge par un CLSC pour une MSR.

TABEAU 14
RÉPARTITION DES INTERVENTIONS FAITES PAR LES CLSC POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON LE LIEU DE L'INTERVENTION, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Lieu d'intervention	Nombre d'interventions	Proportion (%)
CLSC	15 091	56,5
Domicile	9 666	36,2
Résidence privée pour personnes âgées	942	3,5
Ressource intermédiaire	860	3,2
Autre lieu	130	0,5
Total	26 689	100,0

Source : I-CLSC, 2012-2013.

Il serait intéressant de connaître la répartition des interventions faites par les CLSC selon le type de maladie des voies respiratoires. Toutefois, dans plus de 50 % des cas, la banque de données I-CLSC ne mentionne que la raison générale (MSR) et n'apporte pas plus de précision sur le diagnostic. Compte tenu du manque de précision des données disponibles, il est préférable de ne pas pousser plus loin les analyses des données de la banque I-CLSC.

2.5. Hospitalisations de courte durée et chirurgies d'un jour

La présente section fournit des données sur les hospitalisations de courte durée et les chirurgies d'un jour pour la population lavalloise (quelle que soit la région de consommation) ainsi que sur celles à la CSL, pour une clientèle lavalloise ou d'autres régions.

Les données présentées concernent les cas où une affection du système respiratoire est la principale cause de l'hospitalisation, connue sous la mention de « diagnostic principal ». Le diagnostic principal est lié à « l'affection la plus importante présentée par l'utilisateur durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement relié à la raison d'admission. Chez un usager présentant plusieurs affections, le médecin traitant devrait indiquer comme diagnostic principal l'affection ayant nécessité la plus grande part des ressources médicales durant le séjour » (MSSS, 2010c).

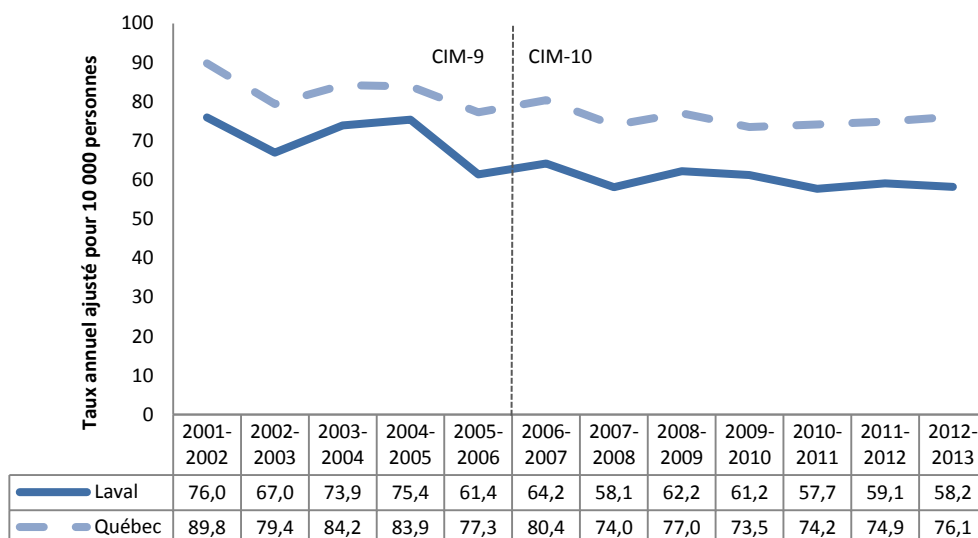
2.5.1 Évolution des taux d'hospitalisation de courte durée

Le graphique 7 présente l'évolution des taux ajustés¹¹ d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour une MSR.

¹¹Pour une définition du taux ajusté, voir l'annexe 3.

GRAPHIQUE 7

HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES¹² DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

La population lavalloise présente des taux ajustés d'hospitalisation significativement plus faibles que le reste du Québec, et ce, pour toutes les années examinées.

On constate une certaine diminution des taux ajustés d'hospitalisation pour une MSR chez les Lavallois, comme dans l'ensemble du Québec, entre 2001-2002 et 2012-2013. Toutefois, les taux sont assez stables depuis 2006-2007.

Au Québec, si l'on exclut les hospitalisations pour les grossesses, l'accouchement et la puerpéralité, les MSR constituent la deuxième cause (diagnostic principal) d'hospitalisation après les maladies du système circulatoire, alors que dans la population lavalloise, elles occupent la quatrième place, après les maladies circulatoires, les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif (information basée sur les hospitalisations des trois dernières années).

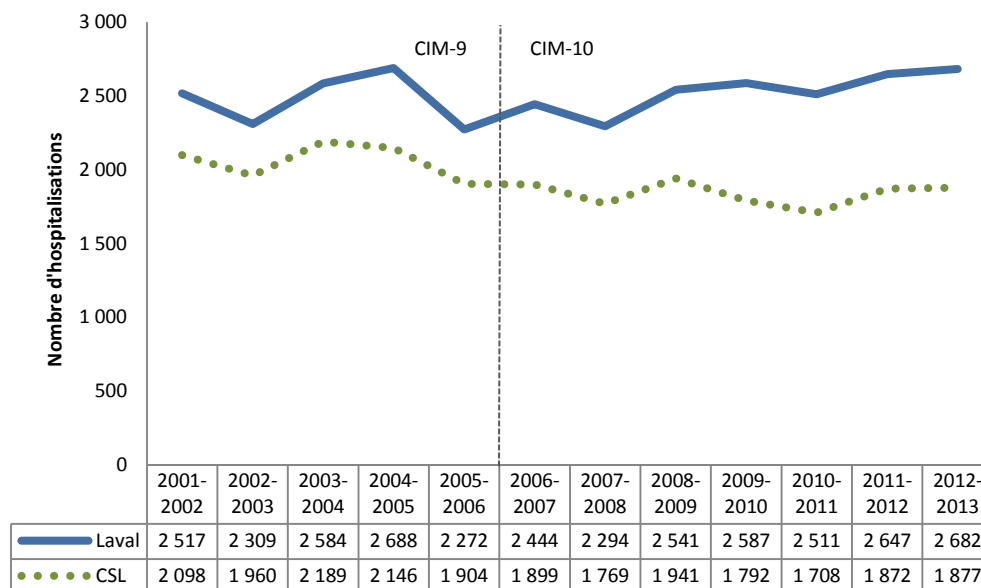
2.5.2. Nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée et de chirurgies d'un jour

Comme on peut le constater dans le graphique suivant, le nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée dans la population lavalloise pour une MSR est assez stable, variant légèrement d'une année à l'autre (de 2 272 à 2 688 épisodes selon les années). C'est en raison de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population que le nombre d'hospitalisations reste stable malgré la diminution des taux observée au graphique 7.

À la CSL, le nombre d'hospitalisations de courte durée était de 1 877 en 2012-2013, et la tendance des 12 dernières années est elle aussi relativement stable.

¹² Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

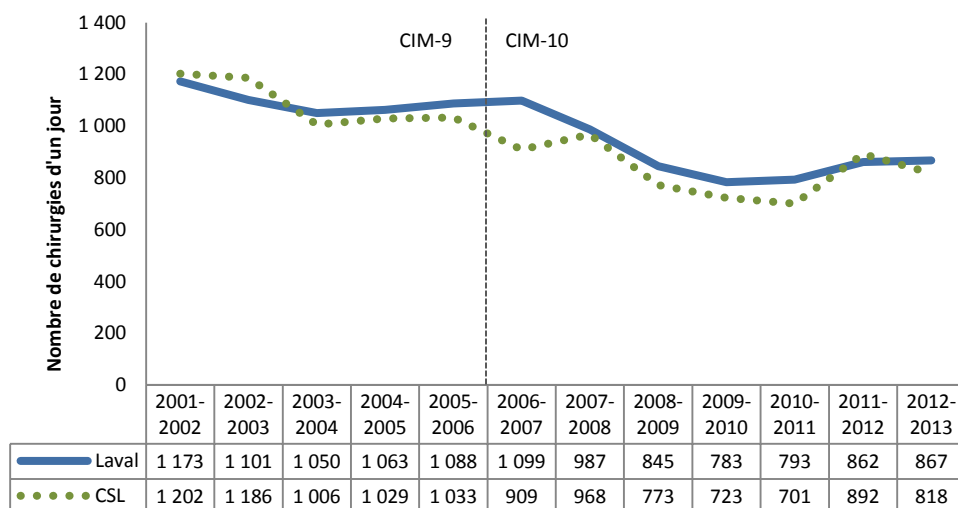
GRAPHIQUE 8
NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

En ce qui concerne le nombre de chirurgies d'un jour chez les Lavallois, il est passé de 1 173 à 867 au cours des 12 dernières années, ce qui représente une baisse de 26,1 %. Une baisse semblable est également observée à la CSL, quoiqu'une hausse importante ait eu lieu entre 2010-2011 et 2011-2012.

GRAPHIQUE 9
NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL),
POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

Le tableau 15 présente la répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée et des chirurgies d'un jour pour une MSR selon les principaux diagnostics. En 2012-2013, dans la population lavalloise, on comptait 2 682 épisodes d'hospitalisation de courte durée et 867 chirurgies d'un jour pour une MSR. Cela représentait 7,5 % de toutes les hospitalisations de courte durée et 5,2 % des chirurgies d'un jour ayant eu lieu durant cette période. Les principaux diagnostics d'hospitalisation de courte durée sont les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, la grippe et la pneumopathie, tandis que les chirurgies d'un jour sont le plus souvent associées aux maladies des voies respiratoires supérieures non aiguës.

TABLEAU 15
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON LE TYPE DE DIAGNOSTIC ET LE TYPE DE SOINS, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Regroupement de diagnostics (CIM-10CA)	Type de soins			
	Courte durée	%	Chirurgie d'un jour	%
Maladies des voies respiratoires supérieures (non aiguës) (J30-J39)	133	5,0	836	96,4
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40-J47)	933	34,8	1	0,1
Grippe et pneumopathie (J10-J18)	830	30,9	0	0
Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures (J20-J22)	194	7,2	0	0
Affections aiguës des voies respiratoires supérieures (J00-J06)	149	5,6	20	2,3
Maladies du poumon dues à des agents externes (J60-J70)	114	4,3	3	0,3
Autres affections de la plèvre (J90-J94)	93	3,5	0	0
Autres maladies de l'appareil respiratoire (J80-J86, J95-J99)	236	8,8	7	0,8
Total	2 682	100,0	867	100,0

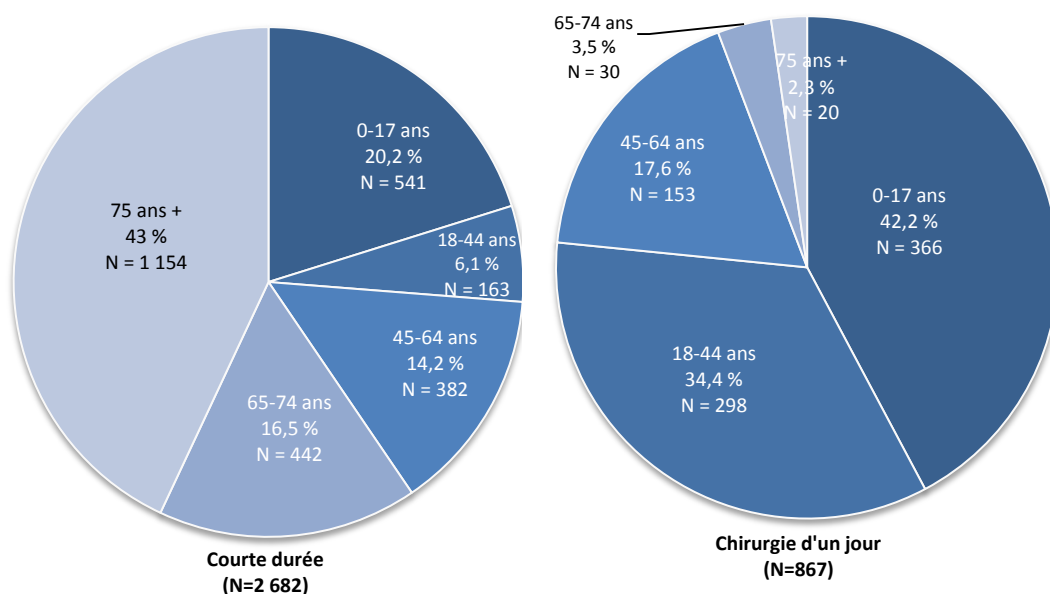
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

2.5.3. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

En 2012-2013, 52,5 % des épisodes d'hospitalisation et 53,9 % des chirurgies d'un jour concernaient une personne de sexe masculin.

Les graphiques suivants illustrent une répartition différente selon l'âge entre les chirurgies d'un jour et les hospitalisations de courte durée. En effet, en 2012-2013, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient concernées dans la majorité des épisodes d'hospitalisation de courte durée (59,5 %), suivies des jeunes de moins de 18 ans, qui représentaient 20,2 % de la clientèle. Par contre, les jeunes étaient les plus nombreux à subir des chirurgies d'un jour. En effet, près de la moitié des patients étaient âgés de moins de 18 ans, passant à plus des trois quarts des patients si l'on prend en considération les moins de 45 ans. Cela s'explique essentiellement par une proportion élevée chez les plus jeunes de chirurgies touchant les voies respiratoires supérieures (par exemple, amygdales et végétations adénoïdes), alors que les personnes âgées sont plus nombreuses à être hospitalisées pour des gripes, des pneumonies ou des maladies des voies respiratoires inférieures.

GRAPHIQUE 10
ÉPISODES D'HOSPITALISATION POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÂGE
ET LE TYPE DE SOINS, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

2.5.4. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, 54,2 % des épisodes d'hospitalisation de courte durée des Lavallois ont eu lieu dans un établissement de Laval (taux de rétention de 52,6 % uniquement à la CSL). Par ailleurs, le taux de rétention des Lavallois traités pour des chirurgies d'un jour est plus faible, soit de 41,9 %.

À la CSL, la majorité (75,2 %) de la clientèle hospitalisée pour une courte durée en raison d'une MSR était composée de Lavallois, en 2012-2013, tandis que la proportion de Lavallois ayant subi une chirurgie d'un jour durant cette période était plus faible, soit de 44,5 %. Le quart de la clientèle de la CSL pour les chirurgies d'un jour était des résidents de la région des Laurentides.

TABEAU 16
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE ET DES CHIRURGIES D'UN JOUR POUR UNE MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Établissement	Type de soins			
	Courte durée		Chirurgie d'un jour	
	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise				
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	1 411	52,6	364	41,9
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	540	20,1	70	8,1
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	152	5,7	48	5,5
Hôpital de Saint-Eustache	81	3,0	7	0,8
Hôpital de Montréal pour enfants	72	2,7	50	5,8
Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	63	2,3	17	1,9
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	62	2,3	10	1,2
Hôpital juif de réadaptation	43	1,6	0	0,0
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	33	1,2	46	5,3
Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	9	0,3	34	3,9
Autre	216	8,0	221	25,5
Total	2 682	100,0	867	100,0
Région de résidence de la clientèle de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval				
Laval	1 411	75,2	364	44,5
Laurentides	223	11,8	217	26,5
Lanaudière	164	8,7	156	19,1
Montréal	69	3,7	67	8,2
Autre	10	0,5	14	1,7
Total	1 877	100,0	818	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

2.6. Décès

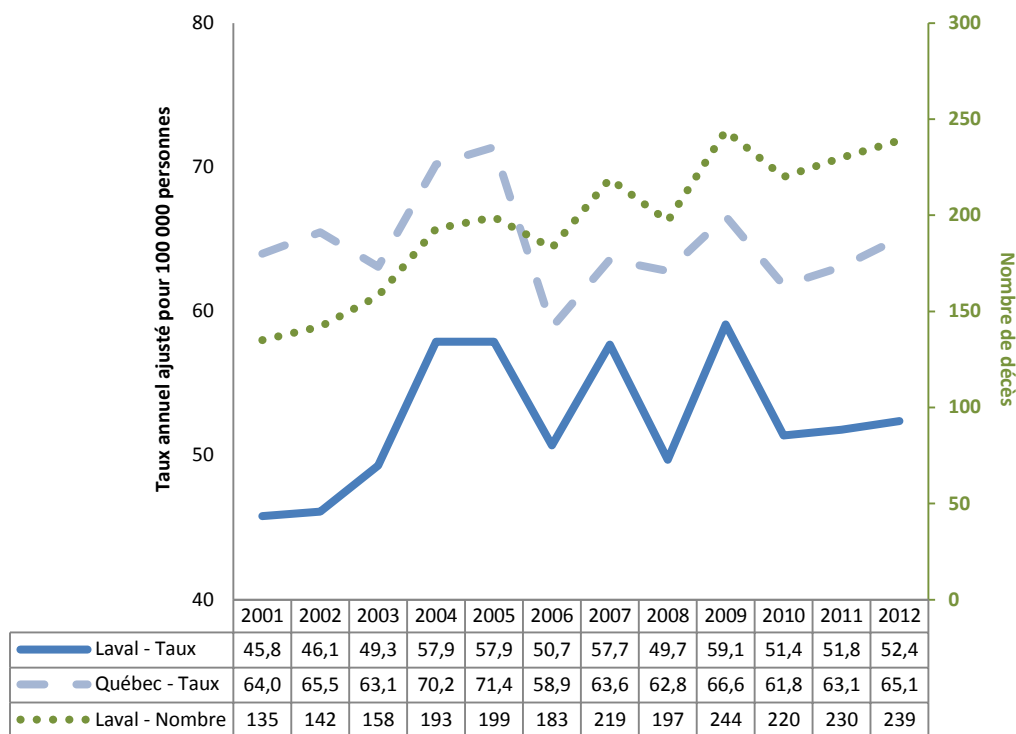
En 2012, à Laval, on a recensé 2 637 décès, dont 239 (9,1 %) étaient attribuables à une MSR. Tant au Québec qu'à Laval, les MSR arrivent au troisième rang des principales causes de décès, loin derrière les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire.

De 2001 à 2012, les taux ajustés de décès par MSR tant lavallois que québécois présentent une courbe en dents de scie et ne suggèrent pas de tendance à la hausse ou à la baisse. Les taux lavallois sont plus faibles que ceux de l'ensemble du Québec, et ce, pour toutes les années présentées, et l'écart est généralement statistiquement significatif.

Toutefois, on constate une augmentation du nombre de décès de Lavallois par MSR. Entre 2001 et 2012, le nombre de décès est passé de 135 à 239. C'est en 2009 que l'on observe le plus grand nombre de décès liés à ces maladies. Rappelons que l'année 2009 a été marquée par la grippe A(H1N1). La tendance à la hausse s'explique principalement par l'accroissement démographique ainsi que par le vieillissement de la population.

GRAPHIQUE 11

DÉCÈS PAR MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (CAUSE INITIALE), TAUX AJUSTÉS ET NOMBRE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001 À 2012



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2001 à 2010, 2011p et 2012p (CIM-10CA); MSSS (2010a); MSSS (2010b). De 2001 à 2009 : données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

En 2012, à Laval, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures étaient responsables de près de la moitié (43,9 %) des décès par MSR. On trouve au deuxième rang la grippe et la pneumopathie (30,1 %) et au troisième rang les maladies du poumon dues à des agents externes (13,0 %).

TABLEAU 17

DÉCÈS PAR MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE (CAUSE INITIALE) SELON LE TYPE DE CAUSE, POPULATION LAVALLOISE, 2012

Regroupement de causes (CIM-10CA)	Nombre	%
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40-J47)	105	43,9
Grippe et pneumopathie (J10-J18)	72	30,1
Maladies du poumon dues à des agents externes (J60-J70)	31	13,0
Autres maladies respiratoires touchant le tissu interstitiel (J80-J84)	23	9,6
Autres maladies du système respiratoire	8	3,3
Total	239	100,0

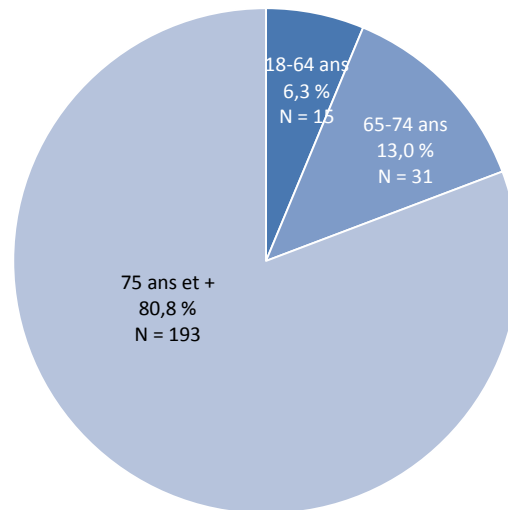
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2012p (CIM-10CA).

Comme l'illustre le graphique suivant, une grande majorité des personnes lavalloises décédées par MSR en 2012 étaient âgées de 75 ans et plus (80,8 %). Les personnes âgées de 65 à 74 ans représentaient pour leur part 13 % des décès par MSR. Durant cette période, on a dénombré peu de personnes décédées par

MSR âgées de 18 à 64 ans (N = 15) et aucune âgée de moins de 18 ans. Par ailleurs, il y a eu un peu plus de femmes (N = 121) que d'hommes (N = 109) décédés par MSR.

GRAPHIQUE 12

RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR MALADIE DU SYSTÈME RESPIRATOIRE SELON L'ÂGE, CAUSE INITIALE, POPULATION
LAVALLOISE, 2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2012p (CIM-10CA).

Synthèse

Maladies du système respiratoire

PRÉVALENCE DE L'ASTHME OU DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Un Lavallois sur 10 âgé de 12 ans et plus déclare être atteint d'asthme ou d'une MPOC, pour un nombre estimé de 35 600 personnes en 2014.

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > 84 798 Lavallois ont consulté un médecin pour une MSR. Plus du tiers étaient âgés de moins de 20 ans;
- > Les affections aiguës des voies respiratoires étaient le sujet de la moitié des consultations médicales;
- > La majorité des consultations ont été effectuées par des omnipraticiens (71,6 %), suivis des pédiatres (12,8 %) et des oto-rhino-laryngologistes (7,2 %).

INSCRIPTIONS À L'URGENCE

En 2012-2013 :

- > 5 304 personnes ont consulté l'urgence de la CSL pour une MSR. Près du tiers de ces consultations (31,3 %) ont mené à une hospitalisation;
- > La pneumonie et la grippe ont été les diagnostics les plus fréquents des consultations à l'urgence ayant mené à un retour à domicile ou à une hospitalisation. Les MPOC se trouvaient au deuxième rang des diagnostics les plus fréquents pour les inscriptions à l'urgence ayant mené à une hospitalisation.

SOINS ET SERVICES DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

En 2012-2013 :

- > 7 662 Lavallois ont reçu des services d'un CLSC pour une MSR. Les personnes âgées constituaient la principale clientèle ayant bénéficié de ces services;
- > La majorité des personnes ont reçu des services du programme Santé physique (62,1 %), mais en ce qui a trait au nombre d'interventions, le SAPA, qui a servi 26,2 % de la clientèle, a représenté près de la moitié des interventions fournies (44,7 %);
- > Les services ont été offerts au CLSC dans plus de la moitié des cas (56,5 %) ou à domicile pour le tiers des cas (36,2 %);
- > Les infirmières et les médecins sont les principaux professionnels qui effectuent les interventions associées à la MSR.

Synthèse

Maladies du système respiratoire

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

- > 2 682 Lavallois ont été hospitalisés pour une MSR en 2012-2013. Les taux ajustés d'hospitalisation pour une MSR ont diminué depuis 2001-2002 alors que le nombre d'hospitalisations augmente. Cela est dû à l'accroissement démographique et au vieillissement de la population.
- > Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ainsi que la pneumonie et la grippe sont les raisons de près de sept hospitalisations sur dix (65,6 %).

CHIRURGIES D'UN JOUR

- > 867 Lavallois ont subi une chirurgie d'un jour pour une MSR en 2012-2013, presque en totalité pour une affection non aiguë des voies respiratoires supérieures (amygdale, végétation adénoïde).
- > Le nombre de chirurgies d'un jour a diminué de façon importante au cours des 12 dernières années, passant de 1 173 à 867 (baisse de 26,1 %).

DÉCÈS

- > 2 637 Lavallois sont décédés d'une maladie respiratoire en 2012, ce qui constitue la troisième cause de décès, loin derrière les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire.
- > Au cours des 12 dernières années, le nombre de décès a connu une augmentation, qui s'explique principalement par l'accroissement démographique et par le vieillissement de la population.
- > Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ainsi que la pneumonie et la grippe sont la cause des trois quarts des décès par maladie respiratoire.

MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE LES PLUS FRÉQUENTES •••

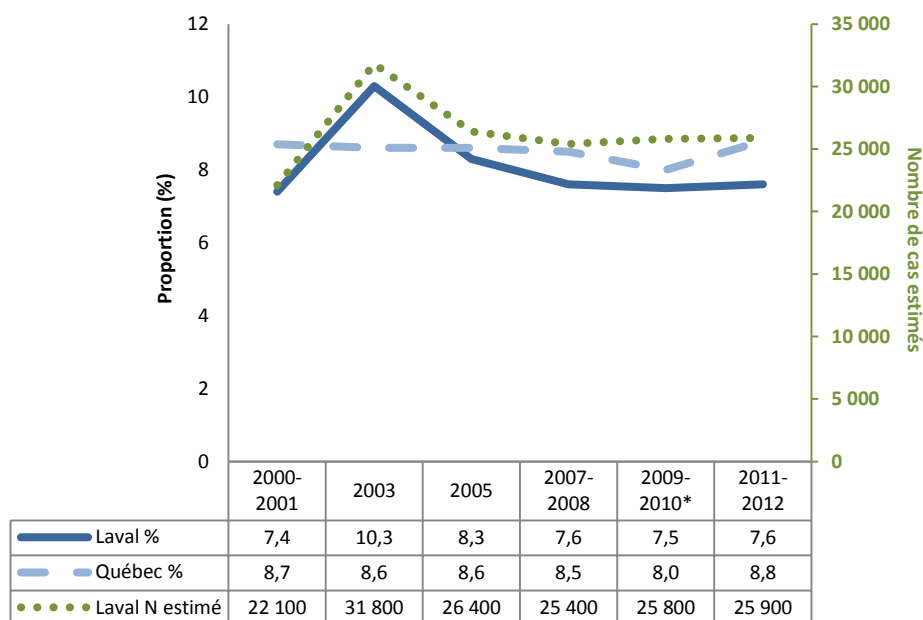
3. ASTHME

« L’asthme est une maladie chronique qui touche un grand nombre d’enfants et d’adultes dans le monde entier. Il est caractérisé par la toux, l’essoufflement, l’oppression thoracique et la respiration sifflante. En règle générale, les symptômes et les crises d’asthme (épisodes d’essoufflement sévère) sont déclenchés par l’exercice, l’exposition à des allergènes, les infections respiratoires virales (les “rhumes”), des vapeurs ou des gaz irritants » (ASPC, 2007 : 40).

3.1. Prévalence

Les données disponibles sur la prévalence de l’asthme proviennent de l’ESCC et concernent uniquement la population de 12 ans ou plus. En 2011-2012, 7,6 % des Lavallois âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir un diagnostic d’asthme. Cela représente, en 2014, un nombre estimé de 27 400 personnes. Les proportions sont semblables pour l’ensemble des Québécois. Au cours de la dernière décennie, la tendance s’avère stable.

GRAPHIQUE 13
PROPORTION DE PERSONNES DÉCLARANT FAIRE DE L’ASTHME, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 12 ANS ET PLUS, 2000-2001 À 2011-2012



* À Laval, le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, de 2003, de 2005, de 2007-2008, de 2009-2010, de 2011-2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), MSSS (2010a); MSSS (2010b).

Dans la population lavalloise atteinte d’asthme, la majorité des personnes (79 %) avaient pris des médicaments pour leur asthme (2011-2012) dans les 12 mois précédant l’ESCC. De plus, environ la moitié des personnes (49,3 %) avaient eu au moins une crise d’asthme dans la dernière année (ESCC, 2011-2012).

La prévalence de l'asthme dit « actif », c'est-à-dire celui dont sont atteintes des personnes qui ont fait usage de médicament ou qui ont eu des crises d'asthme dans les 12 mois précédant l'ESCC, était de 6,3 % en 2011-2012, ce qui correspond à un nombre estimé de 22 700 personnes de 12 ans et plus en 2014.

3.1.1. Prévalence de l'asthme chez les jeunes

Une autre source de données nous permet d'avoir de l'information supplémentaire sur l'asthme chez les jeunes lavallois qui sont au secondaire. L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) de 2010-2011 a estimé que 18,4 % des jeunes lavallois du secondaire ont déjà fait une crise d'asthme au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, 45,8 % en avaient fait une au cours des 12 mois précédant l'EQSJS.

Aucune donnée n'est disponible sur les jeunes lavallois de moins de 12 ans. Toutefois, les résultats d'une étude québécoise permettent d'évaluer l'ampleur du problème. L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) 1998-2010 a suivi la santé de plus de 2 000 enfants nés au Québec en 1997-1998, durant 10 ans. Parmi ceux-ci, 24,1 % avaient reçu un diagnostic d'asthme au cours de leurs dix premières années de vie et 20,3 % avaient déjà fait une crise d'asthme. La proportion d'enfants ayant déjà fait une crise d'asthme était plus élevée chez les garçons que chez les filles (25 % comparativement à 17 %) (ISQ, 2013).

Par contre, dans une autre étude, c'est plus précisément l'asthme dit « actif »¹³ qui a été étudié chez les jeunes; la prévalence est beaucoup plus faible selon cette analyse. L'Étude sur la santé respiratoire des enfants de Montréal de 6 mois à 12 ans (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011) a estimé la prévalence de l'asthme actif à 12,8 % en 2005-2006. Cette proportion correspondrait à environ 7 300 Lavallois de moins de 12 ans souffrant d'asthme actif en 2014.

De plus, bien que les résultats de l'Enquête sociale et de santé de 1998 aient montré une augmentation de la prévalence de l'asthme chez les jeunes par rapport à 1987, il semble que ce ne soit plus le cas aujourd'hui. En effet, les données québécoises de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), sur plusieurs cycles, montrent que les enfants de deux à sept ans seraient aujourd'hui moins nombreux à souffrir d'asthme, puisque la prévalence est passée de 15,5 % en 2000-2001 à 10,6 % en 2008-2009 (Statistique Canada, 2010).

Comparativement aux résultats de l'ESCC de 2011-2012, où 8,8 % des adultes se disaient atteint d'asthme, les résultats des différentes enquêtes portant précisément sur les jeunes semblent prouver que l'asthme est significativement plus élevé chez ces derniers, particulièrement chez les moins de 12 ans.

3.2. Services médicaux rémunérés à l'acte

En 2011-2012, près de 12 000 résidents lavallois ont consulté un médecin rémunéré à l'acte pour un diagnostic d'asthme. Bien qu'il soit difficile de conclure à une tendance à la suite de quatre périodes d'observation, on note une légère diminution du nombre de personnes entre 2005-2006 et 2011-2012.

¹³ Celui dont souffrent des personnes qui ont eu des symptômes ou qui ont pris des médicaments pour leur asthme dans les 12 mois précédant l'Enquête.

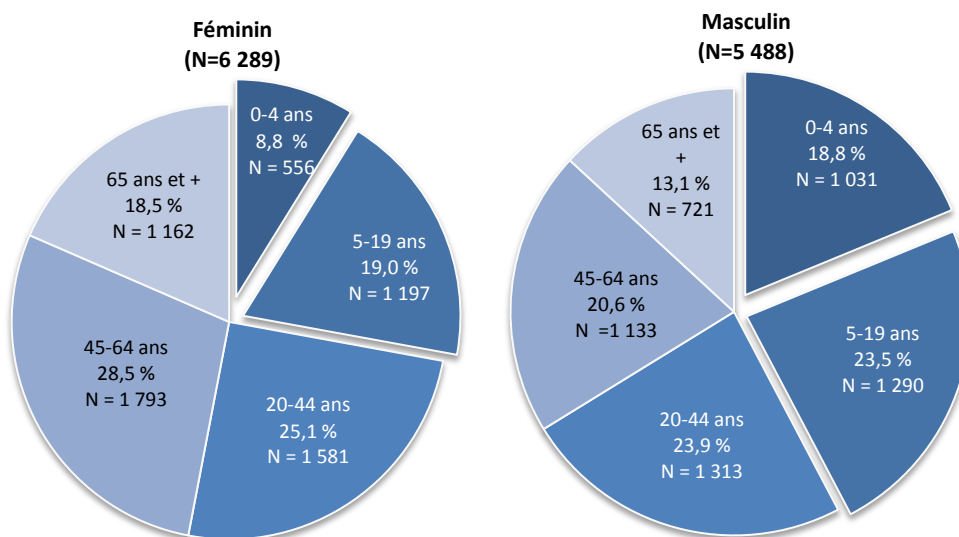
TABEAU 18
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR ASTHME,
POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes ayant consulté pour l'asthme	13 157	12 334	12 666	11 777
Femmes	7 224	6 862	6 839	6 289
Hommes	5 933	5 472	5 827	5 489

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

Globalement, 53,4 % des personnes ayant consulté pour l'asthme en 2011-2012 étaient de sexe féminin. De plus, 34,6 % de la clientèle était âgée de moins de 20 ans. Toutefois, la répartition par âge est différente selon le sexe du patient. En effet, chez les personnes de sexe féminin ayant consulté pour l'asthme, 27,8 % étaient des jeunes de moins de 20 ans. Cette proportion était beaucoup plus élevée, soit de 42,5 %, chez les personnes de sexe masculin. La différence est encore plus marquée chez les enfants de 0 à 4 ans, les garçons de ce groupe d'âge étant deux fois plus nombreux à avoir consulté pour l'asthme que les filles du même âge (1 031 comparativement à 556).

GRAPHIQUE 14
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ POUR ASTHME SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE,
2011-2012



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

3.2.1. Caractéristiques des consultations

En 2011-2012, le nombre de consultations pour l'asthme s'élevait à 17 249. Les consultations ont principalement été faites à Laval (61,3 %) ou à Montréal (34,2 %). Elles étaient majoritairement effectuées par des omnipraticiens (56,2 % des consultations), des pneumologues (20,2 %) ou des pédiatres (18,2 %).

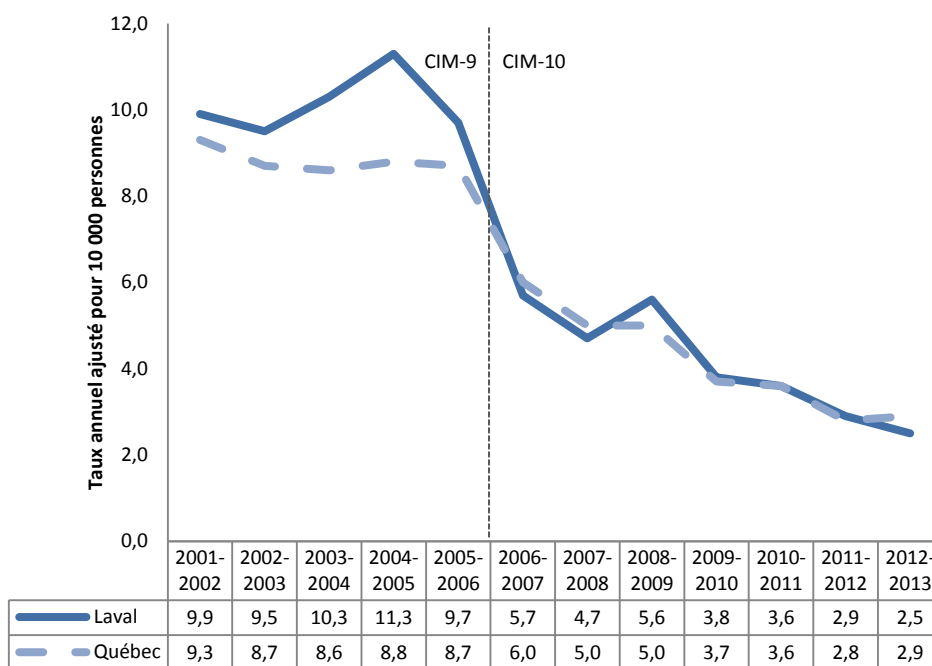
De plus, elles ont le plus souvent lieu dans des cliniques médicales (36,4 %), des cliniques-réseau/GMF (33,5 %) ou des cliniques externes (21,4 %).

3.3. Hospitalisations de courte durée

Globalement, les taux et les nombres d'hospitalisations connaissent d'importantes diminutions tant pour l'ensemble des Québécois que des Lavallois, ainsi qu'à la CSL. Ce n'est pas un phénomène nouveau, puisqu'une baisse du taux d'hospitalisation annuel pour asthme chez les enfants a été constatée dans plusieurs pays occidentaux, et ce, depuis le milieu des années 1990 (Garg et autres, 2003; Australian Institute of Health and Welfare, 2013). D'ailleurs, une baisse considérable a également été remarquée à Montréal chez les enfants de 6 mois à 14 ans (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009).

Comme on peut le constater dans le graphique suivant, le taux lavallois d'hospitalisation pour asthme est passé de 9,9 à 2,5 pour 10 000 personnes au cours des 12 dernières années (taux ajustés). Si l'on exclut les années 2003-2004 et 2004-2005, les taux d'hospitalisation lavallois sont semblables à ceux du Québec.

GRAPHIQUE 15
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE¹⁴ POUR ASTHME (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

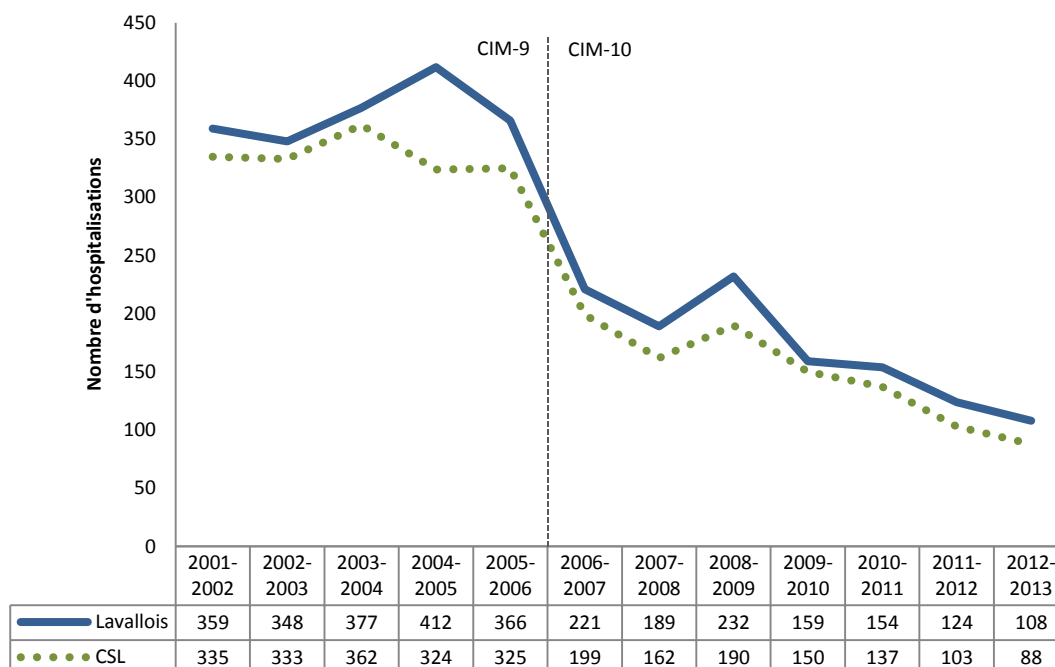
Le passage de la codification CIM-9 à CIM-10 pourrait expliquer en partie la baisse du taux d'hospitalisation pour asthme puisqu'on note une importante chute du taux entre 2005-2006 et 2006-2007. Les taux d'hospitalisation ont par ailleurs continué de diminuer de façon significative entre 2006-2007 et 2012-2013. Plusieurs autres hypothèses sont donc avancées : 1) une diminution de la prévalence de l'asthme chez les

¹⁴ Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

jeunes, 2) un contrôle plus efficace des épisodes aigus en médecine ambulatoire, 3) une amélioration de la maîtrise de la maladie dans la population, 4) le renforcement de la Loi sur le tabac en juin 2005 (entrée en vigueur le 31 mai 2006). Nous constaterons dans le chapitre 10 que l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics, qui contribue au développement de l'asthme et des crises d'asthme, a diminué de manière draconienne à partir du moment où cette nouvelle législation a été appliquée.

Le graphique suivant présente le nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée pour asthme ayant eu lieu de 2001-2002 à 2012-2013 pour la population lavalloise ainsi qu'à la CSL. Dans la population lavalloise, le nombre est passé de 359 à 108, ce qui représente une diminution de 69,9 % en 12 ans. La diminution est encore plus importante à la CSL, le nombre d'épisodes d'hospitalisation étant passé de 335 à 88 (diminution de 73,8 %).

GRAPHIQUE 16
NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR ASTHME (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

3.3.1. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

Comme mentionné précédemment, l'asthme est plus prévalent chez les jeunes, et c'est également chez ceux-ci que l'on constate le plus grand nombre d'hospitalisations de courte durée. En effet, dans le tableau suivant, on peut voir que 43 % des hospitalisations de courte durée pour asthme concernaient les jeunes âgés de zéro à quatre ans au cours des trois dernières années alors que ces derniers ne représentaient que 5,8 % de la population lavalloise durant cette période.

TABEAU 19
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR ASTHME SELON L'ÂGE, DIAGNOSTIC PRINCIPAL,
POPULATION LAVALLOISE, 2010-2011 À 2012-2013¹⁵

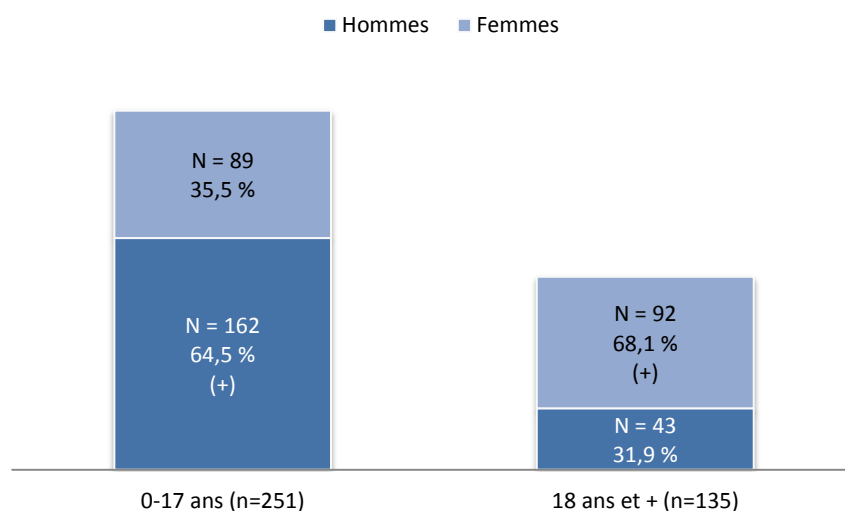
Groupe d'âge	Nombre annuel moyen	%
0 à 4 ans	55	43,0
5 à 17 ans	28	22,0
18 ans et plus	45	35,0
Total	128	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

Des écarts entre les sexes qui se traduisent différemment selon l'âge

Comme pour les services médicaux rémunérés à l'acte, chez les jeunes, ce sont les garçons qui sont le plus souvent hospitalisés pour un diagnostic d'asthme, tandis que chez les adultes, ce sont les femmes. En effet, entre 2010-2011 et 2012-2013, parmi les hospitalisations de personnes de moins de 18 ans, 64,5 % concernaient des Lavallois de sexe masculin. À l'opposé, 68,1 % des hospitalisations de Lavallois d'âge adulte concernaient des femmes.

GRAPHIQUE 17
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR ASTHME (DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2010-2011 À 2012-2013



(+) Proportion significativement supérieure, au seuil de 0,05, à celle du sexe opposé.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 (CIM-10CA).

¹⁵ Puisque le nombre annuel d'hospitalisations est plus faible pour ce type de maladie, les trois dernières années ont été prises en considération pour la répartition par âge et par sexe. De cette façon, la répartition est plus représentative des caractéristiques de la clientèle touchée.

3.3.2. Durée moyenne de séjour et équivalents-lits¹⁶

En 2012-2013, la durée moyenne de séjour de la population lavalloise à l'occasion d'une hospitalisation pour asthme était de 2,5 jours (médiane de 2) et variait de 1 à 19 jours. La durée moyenne de séjour était un peu plus élevée chez les adultes (3,8 jours) que chez les jeunes (1,6 jour). En 2012-2013, moins de un (0,73) lit de courte durée a servi à temps plein pour des cas d'hospitalisations pour asthme de Lavallois.

3.3.3. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée pour un diagnostic d'asthme à Laval était de 52,8 % (exclusivement à la CSL). Le taux de rétention était plus élevé pour la clientèle âgée de moins de 18 ans (56,9 %) que pour les adultes (46,5 %). Outre à la CSL, la jeune clientèle lavalloise a été hospitalisée pour asthme le plus souvent à l'Hôpital de Montréal pour enfants et au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, tandis que les adultes ont été hospitalisés, entre autres, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis.

La clientèle de la CSL est quant à elle composée majoritairement de Lavallois (64,8 %). De plus, la clientèle adulte de cet hôpital est composée de plus de Lavallois (83,3 %) que la clientèle de moins de 18 ans (57,8 %).

TABLEAU 20
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR ASTHME (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

	0 à 17 ans		18 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise						
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	37	56,9	20	46,5	57	52,8
Hôpital de Montréal pour enfants	14	21,5	0	0,0	14	13,0
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	0	0,0	12	27,9	12	11,1
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	11	16,9	0	0,0	11	10,2
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0	0,0	5	11,6	5	4,6
Autre	3	4,6	6	14,0	9	8,3
Total	65	100,0	43	100,0	108	100,0
Région de résidence de la clientèle de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval						
Laval	37	57,8	20	83,3	57	64,8
Lanaudière	14	21,9	3	12,5	17	19,3
Laurentides	10	15,6	0	0,0	10	11,4
Montréal	2	3,1	1	4,2	3	3,4
Monterégie	1	1,6	0	0,0	1	1,1
Total	64	100,0	24	100,0	88	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

¹⁶ Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

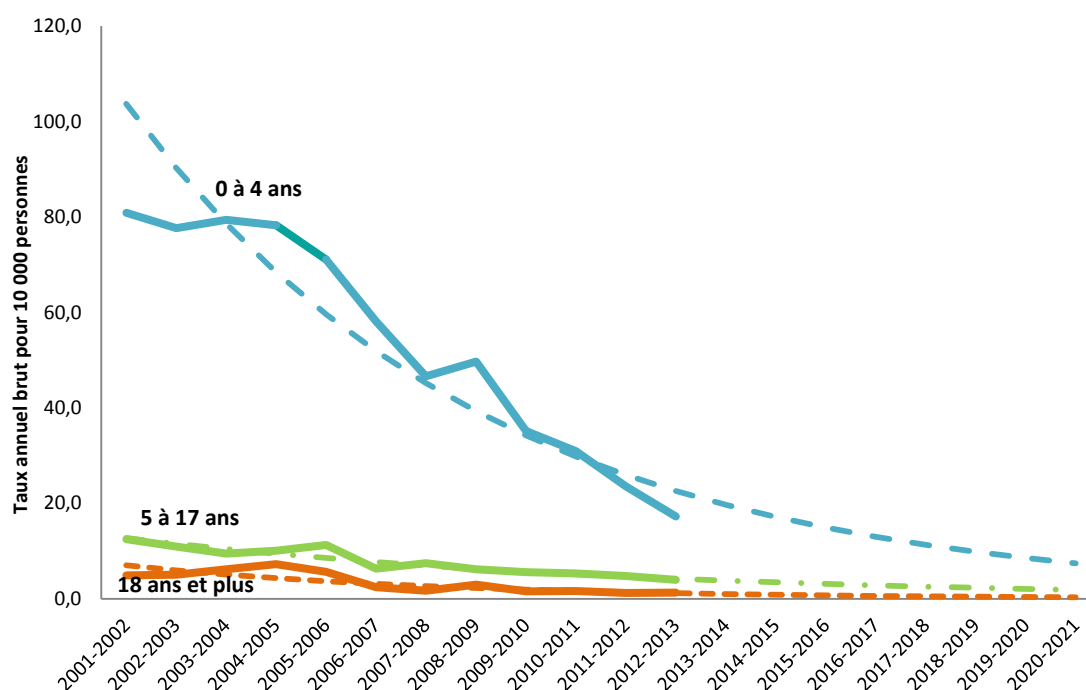
3.3.4. Projections des hospitalisations

Puisque les taux d'hospitalisation pour asthme présentent une forte tendance à la baisse depuis 2001-2002, une projection a été faite pour évaluer la tendance pour les prochaines années. La méthode de régression exponentielle a été choisie et le modèle généré a été appliqué jusqu'à l'année 2020-2021.

Les taux bruts projetés pour chacun des groupes d'âge ont été appliqués aux données de projection de la population des années futures. Les données obtenues présentent des coefficients de détermination élevés (0,78 chez les 18 ans ou plus et 0,91 pour les deux autres groupes d'âge) et les modèles sont significatifs. Le coefficient de détermination (R^2) est un bon indicateur de la concordance entre les données observées et le modèle de projection. Plus le coefficient de détermination est élevé (valeur se situant entre 0 et 1), plus le modèle concorde avec les données antérieures et permet, hypothétiquement, d'observer la tendance pour les prochaines années.

Les résultats des projections (graphique 18) montrent la tendance à la baisse des taux d'hospitalisation pour asthme, et ce, pour tous les groupes d'âge.

GRAPHIQUE 18
PROJECTIONS DES TAUX BRUTS D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR ASTHME SELON L'ÂGE, DIAGNOSTIC PRINCIPAL, POPULATION LAVALLOISE, 2001-2002 À 2020-2021



Note : Les traits pleins représentent les données observées et les traits hachurés, la courbe de la projection exponentielle.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA); MSSS (2010a); MSSS (2010b).

Si la tendance se poursuit, entre 2012-2013 et 2020-2021, le nombre d'hospitalisations pour asthme passera de 41 à 18 chez les 0 à 4 ans, de 24 à 13 chez les 5 à 17 ans et de 43 à 12 chez les 18 ans et plus. Cela représenterait une diminution globale (pour tous les âges) de 60 % en huit ans, et ce, malgré la croissance démographique de la population.

TABLEAU 21
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE OBSERVÉES ET PROJETÉES, POPULATION LAVALLOISE, 2001-2002 À 2020-2021

Groupe d'âge	Nombre de cas observés		Nombre de cas projetés				Variation entre 2012- 2013 et 2020-2021
	2001-2002	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021	
0 à 4 ans	151	41	41	31	24	18	-56,1 %
5 à 17 ans	73	24	21	18	15	13	-45,8 %
18 ans et plus	135	43	29	21	16	12	-72,1 %
Total	359	108	91	70	55	43	-60,2 %

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA); MSSS, (2010a); MSSS, (2010b).

3.4. Décès

Les décès associés à l'asthme sont très rares. En effet, à Laval, entre 2001 et 2012, le nombre de décès liés à l'asthme a varié de 0 à 4 selon les années et ceux-ci touchaient principalement des personnes âgées de 75 ans et plus. En 2012, on comptait un décès lié à cette maladie.

Synthèse

Asthme

PRÉVALENCE

- > On estime à 27 400 le nombre de Lavallois de 12 ans et plus qui seraient atteints d'asthme en 2014 (prévalence de 7,6 %), dont 22 700 souffriraient d'asthme actif (prévalence de 6,3 %).
- > Près d'un jeune lavallois du secondaire sur cinq (18,4 %) aurait déjà fait une crise d'asthme au cours de sa vie.
- > Chez les jeunes de moins de 12 ans, la prévalence estimée varie selon les enquêtes, mais elle est toujours supérieure à celle des personnes de 12 ans et plus : 24,1 % des enfants québécois auraient reçu un diagnostic d'asthme au cours de leurs 10 premières années de vie (ÉLDEQ 1998-2010); 12,8 % des enfants de 6 mois à 12 ans souffriraient d'asthme actif (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011).
- > La prévalence de l'asthme chez les jeunes québécois de deux à sept ans connaîtrait une diminution (Statistique Canada, 2010).

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > Près de 12 000 résidents lavallois ont consulté un médecin rémunéré à l'acte pour de l'asthme. Dans les dernières années, on note une légère diminution du nombre de personnes qui consultent pour ce problème;
- > Les jeunes ayant consulté pour de l'asthme étaient le plus souvent de sexe masculin, tandis que les adultes étaient le plus souvent de sexe féminin;
- > Les consultations ont majoritairement été assurées par des omnipraticiens (56,2 %), des pneumologues (20,2 %) ou des pédiatres (18,2 %).

Synthèse

Asthme

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

- > En 2012-2013, 108 épisodes d'hospitalisation pour asthme concernaient un Lavallois.
- > De 2001-2002 à 2012-2013, les taux d'hospitalisation pour asthme ont connu d'importantes diminutions, tant dans la population lavalloise que dans tout le Québec.
- > Différentes hypothèses peuvent expliquer la diminution des hospitalisations de courte durée pour asthme, telles qu'une diminution de la prévalence de l'asthme chez les jeunes, un contrôle plus efficace des épisodes aigus en médecine ambulatoire, une amélioration de la maîtrise de la maladie dans la population ou le renforcement de la Loi sur le tabac en juin 2005 (entrée en vigueur le 31 mai 2006).
- > Les enfants de zéro à quatre ans sont surreprésentés parmi les épisodes d'hospitalisation pour asthme. Dans les trois dernières années, 43 % des hospitalisations de courte durée pour asthme concernaient ces jeunes alors que ces derniers ne représentaient que 5,8 % de la population lavalloise.

En 2012-2013 :

- > Le taux de rétention de la population lavalloise à Laval était de 52,8 %; ce taux était plus élevé chez les moins de 18 ans (56,9 %) que chez les adultes (46,5 %);
- > Quant à la clientèle de la CSL, la majorité venait de Laval (64,8 %). De plus, la proportion de Lavallois était plus élevée dans la clientèle adulte de la CSL (83,3 %) que dans la clientèle âgée de moins de 18 ans (57,8 %).

DÉCÈS

Les décès associés à l'asthme sont très rares et touchent principalement les personnes âgées de 75 ans et plus.

4. MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est un terme commun à plusieurs maladies chroniques, dont les deux principales sont la bronchite chronique et l'emphysème. La MPOC évolue lentement au cours des années. La maladie cause un essoufflement qui limite l'activité et réduit la qualité de vie des personnes atteintes. L'aggravation de la maladie entraîne entre autres une limitation de plus en plus importante du débit aérien ainsi que le décès prématuré. (ASPC, 2007).

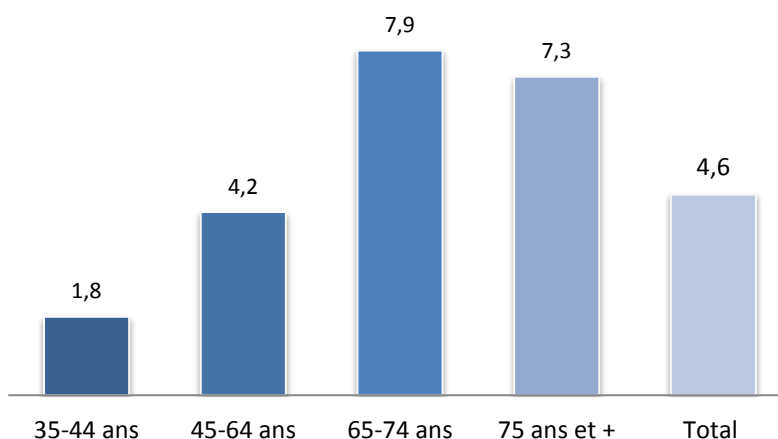
4.1. Prévalence

En 2011-2012, 5,5 % de la population lavalloise âgée de 35 ans et plus a déclaré être atteinte d'une MPOC (ESCC, 2011-2012). Toutefois, puisque l'échantillon est faible, les intervalles de confiance sont assez larges, allant de 3 à 8 %. La prévalence dans la population québécoise, pour laquelle les données sont plus précises, est estimée à 4,6 % et serait stable depuis 2000-2001. Appliquée à la population lavalloise de 2014, la prévalence québécoise correspondrait à un nombre estimé de 11 100 Lavallois de 35 ans et plus touchés par la maladie.

En 2011-2012, la proportion de personnes ayant déclaré être atteintes d'une MPOC était un peu plus grande chez les femmes (5,0 %) que chez les hommes (4,1 %) (données québécoises). De plus, comme le montre le graphique suivant, les MPOC étaient beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées. La prévalence était significativement plus élevée chez les 65 à 74 ans et chez les 75 ans et plus comparativement aux autres groupes d'âge.

GRAPHIQUE 19

PROPORTION DE PERSONNES DÉCLARANT ÊTRE ATTEINTES D'UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE
SELON L'ÂGE, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2011-2012



Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

4.1.1. Une prévalence sous-estimée?

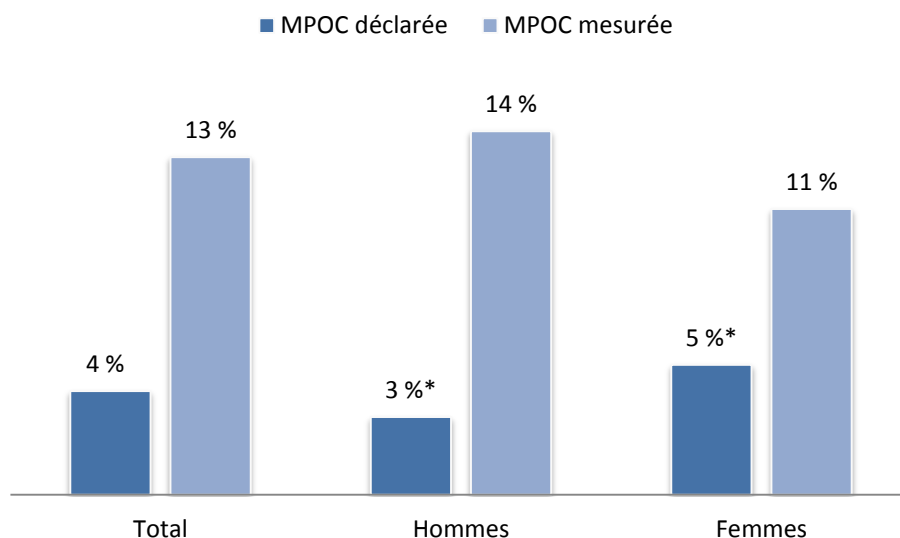
Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), les Canadiens de 35 à 79 ans ont été questionnés, entre autres, sur la MPOC. On leur a demandé s'ils avaient reçu un diagnostic de MPOC. Cette prévalence « auto-déclarée » de MPOC a ensuite été comparée à la prévalence « mesurée » qui, elle, a été calculée à l'aide du test de spirométrie (test qui mesure l'obstruction des voies respiratoires et la capacité pulmonaire).

Les résultats des années 2009 à 2011 montrent que la prévalence mesurée par le test de spirométrie est significativement plus élevée (13 %) que celle qui est auto-déclarée (4 %) (graphique 20). La différence est particulièrement importante chez les hommes, où la prévalence mesurée est près de cinq fois plus élevée (14 %) que celle qui est déclarée (3 %).

Bien que les données de l'ECMS ne soient pas disponibles à l'échelle provinciale ou régionale, les données canadiennes suggèrent une sous-estimation des prévalences de MPOC québécoises et lavalloises provenant de l'ESCC puisque de nombreux cas pourraient ne pas avoir été diagnostiqués. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence puisque le test de spirométrie peut entraîner des faux positifs. Pour cette raison, celui-ci n'est généralement pas indiqué pour dépister une MPOC chez une personne asymptomatique (USPSTF, 2008a).

GRAPHIQUE 20

PRÉVALENCE DE LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE AUTO-DÉCLARÉE COMPARATIVEMENT À CELLE QUI EST « MESURÉE » SELON LE SEXE, POPULATION CANADIENNE À DOMICILE DE 35 À 79 ANS, 2009 À 2011



* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Source : Statistique Canada (2012). Maladie pulmonaire obstructive chronique chez les Canadiens, 2009 à 2011, page 2 (graphique 1). Reproduit et diffusé « tel quel » avec la permission de Statistique Canada.

4.1.2. Les personnes atteintes d'une MPOC souffrent fréquemment d'autres maladies chroniques

Les MPOC sont souvent accompagnées d'autres problèmes de santé chroniques. En effet, en analysant les données québécoises de l'ESCC de 2011-2012 par groupes d'âge (tableau 22), on constate que la

prévalence de certaines maladies chroniques est généralement beaucoup plus élevée parmi les personnes atteintes d'une MPOC comparativement aux autres personnes du même groupe d'âge. On note les différences les plus importantes chez les 45 à 64 ans, où, par exemple, on retrouve une prévalence d'asthme 6,5 fois plus élevée et une prévalence de maladie cardiaque trois fois plus élevée chez les personnes atteintes d'une MPOC comparativement aux autres personnes du même groupe d'âge. Parmi les quatre maladies chroniques présentées dans le tableau 22, l'asthme et l'hypertension sont les plus fréquemment déclarées chez les personnes atteintes d'une MPOC, peu importe le groupe d'âge. Chez les personnes qui ne sont pas atteintes d'une MPOC, c'est l'hypertension qui est le plus souvent déclarée, suivi de loin par le diabète.

TABEAU 22
PRÉVALENCE (%) DE L'ASTHME, DU DIABÈTE, DE L'HYPERTENSION ET D'UNE MALADIE CARDIAQUE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES OU NON D'UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 45 À 64 ANS¹⁷ ET DE 65 ANS ET PLUS, 2011-2012

Prévalence de maladies chroniques	Souffre d'une MPOC	
	Oui	Non
Chez les 45 à 64 ans		
Asthme	46,0	7,1
Diabète	19,5	7,6
Hypertension	35,7	21,9
Maladie cardiaque	15,2	5,0
Chez les 65 ans et plus		
Asthme	42,9	5,6
Diabète	19,8	17,3
Hypertension	48,1	47,3
Maladie cardiaque	28,6	16,4

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

La majorité (67,8 %) des personnes de 35 ans et plus atteintes d'une MPOC souffrent également d'au moins une des quatre maladies chroniques présentées dans le tableau ci-dessus : 30,9 % souffrent d'une autre maladie, 23,3 % de deux autres, 11,4 % de trois autres et 2,1 % des quatre maladies.

Ces résultats montrent que les personnes atteintes d'une MPOC doivent fréquemment vivre avec une ou plusieurs autres maladies chroniques, ce qui les rend plus à risque de souffrir d'incapacités et de voir leur qualité de vie diminuée. À ce sujet, selon les données québécoises provenant du cycle 2009-2010 de l'ESCC, la majorité (66,8 %) des personnes de 35 ans et plus atteintes d'une MPOC ont déclaré avoir dû réduire leurs activités à cause de leurs problèmes de santé (23 % « parfois » et 43,8 % « souvent »).

4.2. Services médicaux rémunérés à l'acte

En 2011-2012, 2 815 résidents lavallois ont consulté un médecin rémunéré à l'acte au moins une fois relativement à un diagnostic de MPOC. Le nombre de personnes ayant consulté a augmenté par rapport à 2005-2006 (26,7 % d'augmentation). Cette situation est probablement liée à la croissance démographique et au vieillissement de la population.

En 2011-2012, les femmes étaient un peu plus nombreuses que les hommes à avoir consulté (56,7 % contre 43,3 %).

¹⁷ Les personnes de 35 à 44 ans ont été exclues de cette analyse puisqu'elles sont très rarement atteintes d'une MPOC.

TABEAU 23
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes ayant consulté pour une MPOC	2 221	2 691	3 090	2 815
Femmes	1 184	1 411	1 584	1 596
Hommes	1 036	1 280	1 507	1 218

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

Le tableau suivant montre la répartition des personnes ayant consulté pour une MPOC en 2011-2012 selon leur âge. On constate que le nombre de personnes ayant consulté augmente avec l'âge. De plus, la grande majorité des personnes ayant consulté étaient âgées d'au moins 45 ans (89,2 %).

TABEAU 24
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Groupe d'âge	Nombre de personnes	%
0 à 19 ans	74	2,6
20 à 34 ans	94	3,3
35 à 44 ans	124	4,8
45 à 64 ans	841	29,9
65 à 74 ans	722	25,6
75 ans et plus	949	33,7
Total	2 815	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

4.2.1. Caractéristiques des consultations

En 2011-2012, les 2 815 Lavallois ayant consulté pour une MPOC ont généré 4 780 consultations liées à leur diagnostic : 54,5 % des consultations concernaient un diagnostic d'obstruction chronique des voies respiratoires, 39 % un diagnostic de bronchite chronique et 6,5 % un diagnostic d'emphysème. Les consultations ont majoritairement eu lieu à Laval (70,8 %) ou à Montréal (24 %), et ce sont des omnipraticiens qui les ont offertes le plus souvent (79,6 %), suivis des pneumologues (17 %).

Comme le montre le tableau suivant, les consultations pour une MPOC sont le plus souvent offertes dans une clinique (44,4 %), suivie des cliniques-réseau/GMF (23,9 %). Plus du quart des consultations ont eu lieu dans un service de consultation externe (13,1 %) ou dans un CLSC (12,5 %).

TABLEAU 25
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS LIÉES AUX MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES SELON LE LIEU DE CONSULTATION, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

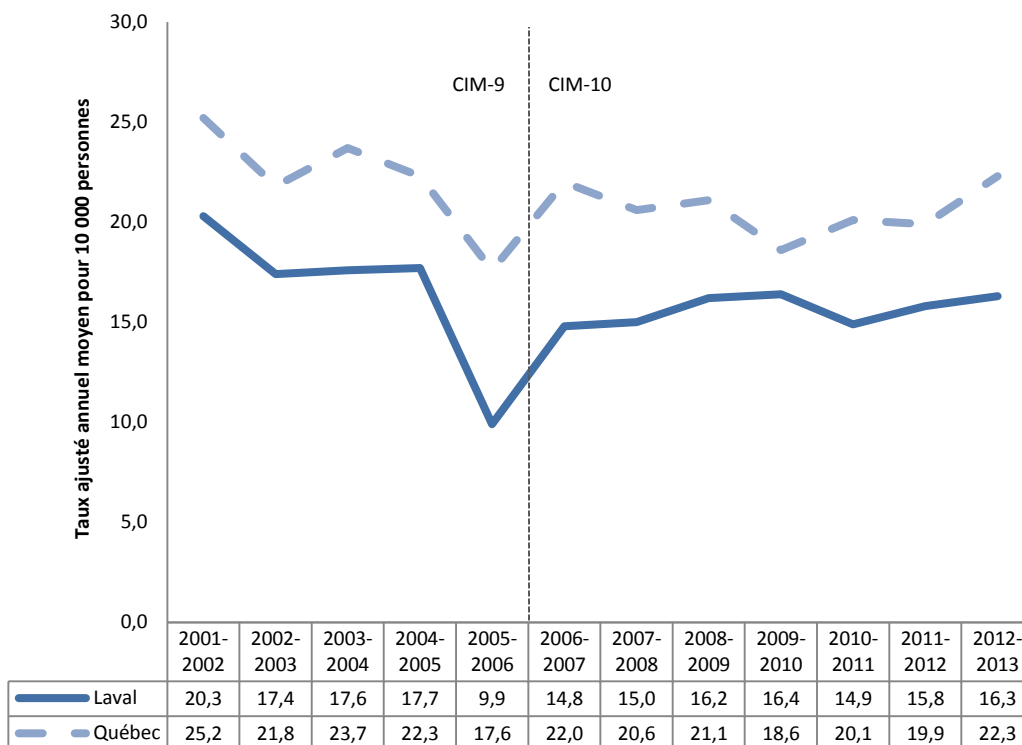
Lieu	Nombre de consultations	%
Clinique médicale	2 124	44,4
Clinique-réseau/GMF	1 143	23,9
Clinique externe	628	13,1
CLSC	597	12,5
Urgence	275	5,8
Autre lieu	12	0,3
Total	4 780	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

4.3. Hospitalisations de courte durée

Les taux ajustés d'hospitalisation pour une MPOC sont significativement plus faibles dans la population lavalloise que dans la population québécoise, et ce, pour toutes les années présentées dans le graphique 21. Les taux lavallois sont passés de 20,3 pour 10 000 personnes en 2001-2002 à 16,3 en 2012-2013, ce qui représente une diminution. Toutefois, ni les données lavalloises ni les données québécoises ne permettent de conclure à une tendance. En effet, sauf pour l'année 2005-2006 où les taux étaient plus bas, les taux ont été assez stables au cours de 12 dernières années, particulièrement depuis 2006-2007.

GRAPHIQUE 21
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE¹⁸ POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001-2002 À 2012-2013



Note : Les données présentées incluent les bronchites non précisées (CIM-9 : 490; CIM-10CA : J40), qui peuvent être de nature chronique ou aiguë.

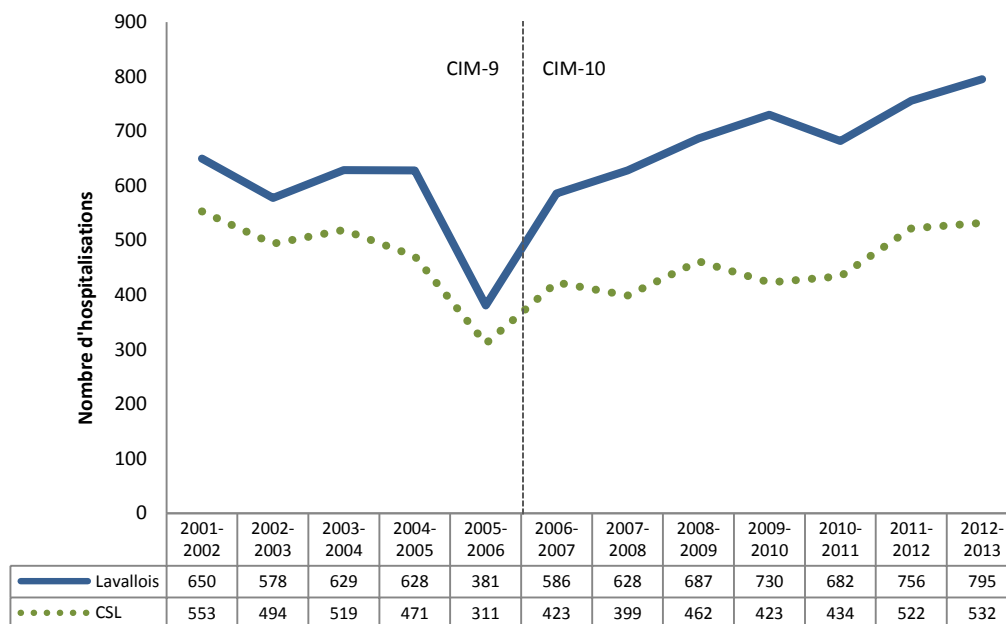
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Comme le montre le graphique suivant, le nombre d'épisodes d'hospitalisation pour une MPOC dans la population lavalloise ainsi qu'à la CSL varie d'une année à l'autre. On constate toutefois une hausse importante du nombre d'hospitalisations depuis 2006-2007 dans la population lavalloise. Comme cette maladie touche davantage les personnes âgées, le vieillissement de la population peut expliquer cette tendance.

¹⁸ Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

GRAPHIQUE 22

NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

4.3.1. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

En 2012-2013, on dénombrait 795 épisodes d'hospitalisation pour une MPOC dans la population lavalloise et 532 à la CSL (peu importe la provenance de la clientèle). Les épisodes d'hospitalisation touchant les Lavallois concernaient un peu plus de femmes (52,1 %) que d'hommes (47,9 %). En outre, plus de la moitié des épisodes (57,9 %) concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus.

TABLEAU 26

RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE SELON L'ÂGE, DIAGNOSTIC PRINCIPAL, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

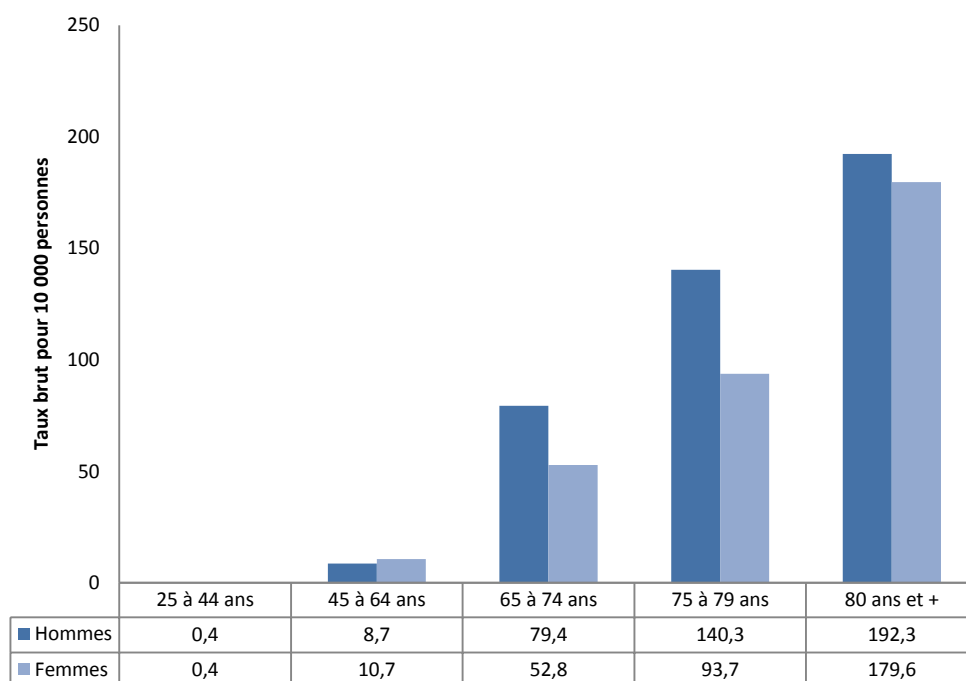
Groupe d'âge	Nombre	%
25 à 44 ans	4	0,5
45 à 64 ans	110	13,8
65 à 74 ans	221	27,8
75 à 79 ans	143	18,0
80 ans et plus	317	39,9
Total	795	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

Le graphique suivant montre qu'en 2012-2013, les taux bruts d'hospitalisation liés à une MPOC augmentaient de façon constante avec l'âge, et ce, pour les hommes et les femmes. De plus, même si les femmes sont plus souvent hospitalisées pour une MPOC, les hommes sont les plus touchés lorsque l'on calcule les taux. En effet, en 2012-2013, les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes âgées, et ce, pour les trois groupes d'âge de 65 ans et plus. Cette observation concorde avec les taux plus élevés de tabagisme chez les hommes il y a 40 à 50 ans (ASPC, 2007).

GRAPHIQUE 23

TAUX D'HOSPITALISATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA); Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a.

4.3.2. Durée moyenne de séjour et équivalents-lits¹⁹

En 2012-2013, la durée moyenne de séjour²⁰ pour une MPOC était de 10,2 jours (médiane de 5 jours) et variait de 1 à 266 jours. En 2012-2013, 22,2 lits ont été utilisés à temps plein pour des hospitalisations de Lavallois ayant comme diagnostic principal une MPOC.

4.3.3. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée pour une MPOC à Laval était de 60,5 % (56,1 % à la CSL). Outre à la CSL, les résidents lavallois ont été hospitalisés le plus souvent à

¹⁹ Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

²⁰ Pour le calcul de la durée moyenne de séjour, nous avons exclu neuf séjours d'hospitalisation où des personnes utilisaient un lit de courte durée en attendant un lit de longue durée.

l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (25 %). Quant à la clientèle de la CSL, elle était principalement composée de résidents de Laval (83,8 %), des Laurentides (8,7 %), de Lanaudière (4,5 %) et de Montréal (3,0 %).

TABLEAU 27
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Lieu	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise		
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	446	56,1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	199	25,0
Hôpital juif de réadaptation	35	4,4
Hôpital de Saint-Eustache	23	2,9
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	20	2,5
Hôpital Mont-Sinaï	12	1,5
Autre	60	7,5
Total	795	100,0
Région de résidence de la clientèle de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval		
Laval	446	83,8
Laurentides	46	8,7
Lanaudière	24	4,5
Montréal	16	3,0
Total	532	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

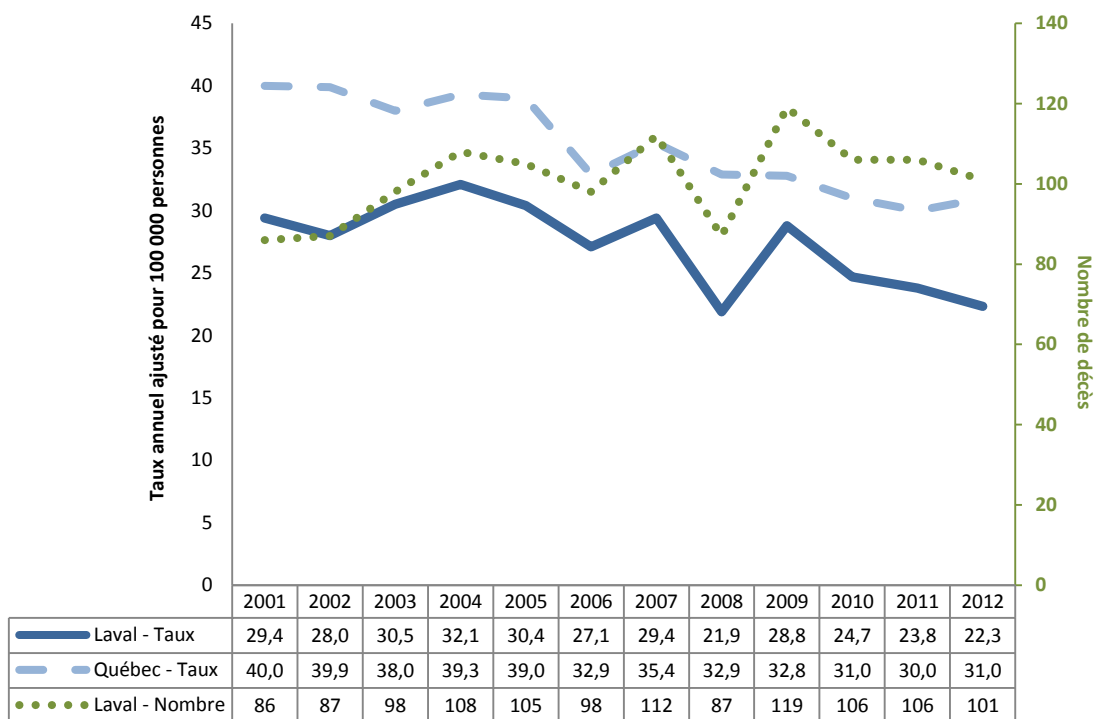
4.4. Décès

À Laval, en 2012, 101 personnes sont décédées en raison d'une MPOC (cause initiale). Au cours des 12 dernières années, le nombre de décès a varié de 86 à 119.

Entre 2001 et 2012, au Québec, les taux de mortalité par MPOC ont présenté une baisse, passant de 40 pour 100 000 personnes à 31 pour 100 000. En effet, malgré une augmentation rapide des taux de mortalité par MPOC de 1977 à 1998 au Québec, particulièrement dans les années 1980 (MSSS, 2001), les taux se sont par la suite stabilisés et présentent aujourd'hui une baisse.

Par contre, cette tendance n'est pas observable sur le plan statistique à Laval, puisque les taux varient davantage, probablement en raison de l'effet des petits nombres. Le taux de mortalité à Laval est tout de même plus faible aujourd'hui qu'il ne l'était en 2001 et il est significativement plus faible que celui du Québec, et ce, pour toutes les années présentées. En 2012, la majorité des décès par MPOC (81,4 %) ont été constatés chez des personnes âgées de 75 ans et plus. Pour le reste, 12,7 % des décès ont été constatés chez des personnes âgées de 65 à 74 ans et une minorité (5,9 %) chez celles de 45 à 64 ans. Plus de femmes (56,4 %; 57 décès) que d'hommes (43,6 %; 44 décès) sont décédées d'une MPOC, mais les taux de mortalité sont tout de même significativement plus élevés chez les hommes. En effet, le taux de mortalité par MPOC était de 268,4 (pour 100 000) chez les femmes de 75 ans et plus et de 287,8 (pour 100 000) chez les hommes du même groupe d'âge.

GRAPHIQUE 24
DÉCÈS PAR MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (CAUSE INITIALE), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS
LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001 À 2012



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2000 à 2010, 2011p et 2012p (CIM-10CA); Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010a ; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2010b. De 2001 à 2009 : données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Synthèse

Maladies pulmonaires obstructives chroniques

PRÉVALENCE

En 2011-2012, selon les données québécoises :

- > La prévalence des MPOC était de 4,6 % dans la population de 35 ans et plus. Cela correspondrait, en 2014, à un nombre estimé de 11 100 Lavallois;
- > La prévalence était un peu plus grande chez les femmes (5 %) que chez les hommes (4,1 %);
- > La prévalence était de 7,9 % chez les 65 à 74 ans et de 7,3 % chez les 75 ans et plus

MULTIMORBIDITÉS ET INCAPACITÉS ASSOCIÉES

- > Les personnes de 35 ans et plus atteintes d'une MPOC souffrent souvent d'autres maladies chroniques. En 2011-2012, la majorité d'entre elles (67,8 %) souffraient d'au moins une des quatre maladies chroniques suivantes : hypertension, asthme, diabète ou maladie cardiaque (données québécoises).
- > En 2009-2010, la majorité (66,8 %) des personnes de 35 ans et plus atteintes d'une MPOC ont déclaré avoir dû réduire leurs activités à cause de leurs problèmes de santé (23,0 % « parfois » et 43,8 % « souvent »).

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > 2 815 résidents lavallois ont consulté un médecin rémunéré à l'acte au moins une fois relativement à un diagnostic de MPOC (4 780 consultations);
- > Les femmes étaient un peu plus nombreuses que les hommes à avoir consulté (56,7 % comparativement à 43,3 %);
- > La grande majorité des personnes ayant consulté étaient âgées d'au moins 45 ans (89,2 %);
- > Les consultations pour une MPOC ont eu lieu le plus souvent auprès d'omnipraticiens (79,6 %), suivis des pneumologues (17 %).

Synthèse

Maladies pulmonaires obstructives chroniques

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

- > Les taux d'hospitalisation pour une MPOC sont stables, particulièrement depuis 2006-2007, et ils sont significativement plus faibles dans la population lavalloise que dans la population québécoise.
- > En 2012-2013 :
 - on dénombrait 795 épisodes d'hospitalisation pour une MPOC dans la population lavalloise;
 - plus de la moitié des épisodes (57,9 %) concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus. Les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les hommes âgés de 65 ans et plus que chez les femmes du même âge;
 - la durée moyenne de séjour pour une MPOC était de 10,2 jours et 22,2 lits ont été utilisés à temps plein pour ces hospitalisations;
 - le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée pour une MPOC à Laval était de 60,5 % (56,1 % à la CSL);
 - la clientèle qui a consulté à la CSL pour une MPOC (n = 532) était principalement composée de résidents de Laval (83,8 %).

DÉCÈS

- > En 2012, 101 Lavallois sont décédés en raison d'une MPOC (cause initiale).
- > Bien que les taux de mortalité lavallois varient trop pour que l'on puisse observer une tendance (probablement en raison de l'effet des petits nombres), on peut toutefois mentionner que les taux de mortalité du Québec sont en baisse.
- > En 2012, la majorité des décès par MPOC (81,4 %) ont été constatés chez des personnes âgées de 75 ans et plus.
- > Plus de femmes (56,4 %; 57 décès) que d'hommes (43,6 %; 44 décès) sont décédées d'une MPOC, mais les taux de mortalité sont tout de même significativement plus élevés chez les hommes.

5. MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

Le présent chapitre traite des maladies des voies respiratoires supérieures non aiguës et inclut les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes, les rhinite, rhinopharyngite, pharyngite, sinusite, laryngite et laryngo-trachéite chroniques, la rhinite allergique et vasomotrice, le polype nasal, l'angine phlegmoneuse, les maladies des cordes vocales et du larynx (non classées ailleurs) ainsi que les autres maladies non aiguës des voies respiratoires supérieures (CIM-10).

5.1. Prévalence

Peu de données de prévalence sont disponibles pour ce type de maladies. Néanmoins, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008 présente quelques données relatives à la rhinite allergique.

Les éternuements, les écoulements nasaux, les picotements dans la gorge, les larmolements et les irritations des yeux sont quelques symptômes de la rhinite allergique. Lorsqu'elle est causée par le pollen et qu'elle survient de manière intermittente, on l'appelle rhinite saisonnière (plusieurs la surnomment le « rhume des foins »). La rhinite « persistante » est quant à elle entretenue par des allergènes constamment présents dans l'environnement de la personne (MSSS, 2011).

Selon l'EQSP, 18,7 % des résidents lavallois âgés de 15 ans et plus auraient ressenti des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 mois précédant l'EQSP. Nous estimons, à Laval, ce nombre à 66 000 personnes en 2014.

5.1.1. Les femmes et les jeunes sont plus nombreux à être touchés

Les femmes (22,0 %) sont plus nombreuses que les hommes (15,4 %) à avoir ressenti des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois. Laval se trouve même parmi les trois régions ayant obtenu les proportions les plus élevées au Québec, aux côtés de Montréal et de la Montérégie.

Bien que les données laissent croire à une diminution des symptômes ressentis avec l'âge, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes d'âge suivants : 15 à 24 ans (22,8 %), 25 à 44 ans (21,2 %) et 45 à 64 ans (17,5 %). Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus se démarquent de leurs cadets par des proportions significativement plus faibles (12,6 %). Dans la population lavalloise âgée de 15 ans et plus ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 mois précédant l'EQSP, près du quart des personnes (estimation en 2014 de près de 17 000 résidents lavallois) ont vu leurs activités quotidiennes limitées en raison de cette affection (EQSP, 2008).

5.1.2. Causes des symptômes

Parmi les Lavallois âgés de 15 ans et plus ayant ressenti des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 mois précédant l'EQSP, 39,3 % d'entre eux désignent la présence d'animaux comme étant responsable des symptômes ressentis et 62,3 %, les acariens et la poussière de maison. Le pollen est loin devant, avec

une proportion de 77,4 %. Le pollen, particulièrement celui de l'herbe à poux, est l'une des principales causes de la rhinite allergique au Québec (MSSS, 2011). Dans la population lavalloise âgée de 15 ans et plus, 10,1 % des personnes ont déjà reçu un diagnostic d'allergie à l'herbe à poux. Le Québec présente des résultats similaires à Laval.

5.1.3. Une question de saison?

Les symptômes de rhinite allergique sont ressentis dans une plus grande proportion pendant l'été, mais également pendant le printemps. Toutefois, à Laval, la proportion de personnes ayant ressenti des symptômes de rhinite allergique à l'automne est aussi importante que celle des personnes qui les ont ressentis au printemps, contrairement à ce qu'on remarque au Québec. En effet, dans l'ensemble du Québec, 30,2 % des personnes ayant eu des symptômes de rhinite allergique en ont ressenti à l'automne, contre 40,5 % dans la région de Laval (EQSP, 2008). Une plus forte concentration d'herbe à poux dans la région de Laval pourrait expliquer de tels résultats, puisque la pollinisation de l'herbe à poux s'échelonne jusqu'au mois d'octobre, à une période où la majorité des autres plantes allergènes ne produisent plus de pollen (site Internet du MSSS²¹).

5.2. Services médicaux rémunérés à l'acte

Les données disponibles sur les services médicaux rémunérés à l'acte concernent toutes les maladies des voies respiratoires supérieures nommées au début du chapitre. En 2011-2012, 18 402 Lavallois ont consulté au moins une fois un médecin pour une maladie des voies respiratoires supérieures. Le nombre de personnes n'a que très peu varié depuis 2005-2006.

TABEAU 28
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes ayant consulté pour une maladie des voies respiratoires supérieures	18 647	18 739	17 637	18 402
Femmes	11 001	10 915	10 122	10 635
Hommes	7 646	7 823	7 515	7 767

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

Les personnes ayant consulté pour ces maladies sont le plus souvent des femmes (57,8 % en 2011-2012). Le tableau suivant montre la répartition des personnes ayant consulté en 2011-2012 selon le groupe d'âge. Contrairement à d'autres MSR qui semblent toucher davantage les plus jeunes ou les personnes âgées, les maladies des voies respiratoires supérieures (non aiguës) semblent concerner majoritairement les adultes de moins de 65 ans : en 2011-2012, 62,4 % des personnes ayant consulté relativement à ces maladies étaient âgées de 20 à 64 ans.

²¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « Herbe à poux ». Disponible sur Internet à l'adresse : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?herbe_a_poux.

TABLEAU 29
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Groupe d'âge	Nombre	%
0 à 4 ans	1 478	8,0
5 à 19 ans	3 556	19,3
20 à 44 ans	6 570	35,7
45 à 64 ans	4 915	26,7
65 ans et plus	884	4,8
Total	18 402	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

5.2.1. Caractéristiques des consultations

En 2011-2012, les Lavallois ont consulté au total 25 381 fois pour une maladie non aiguë des voies respiratoires supérieures. Le tableau suivant présente la répartition de ces consultations selon le type de diagnostic. La sinusite chronique était le diagnostic le plus fréquent (42,1 %), suivie des rhinites allergiques (19,6 %) et des pharyngites et rhino-pharyngites chroniques (15,9 %).

TABLEAU 30
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES SELON LE TYPE DE DIAGNOSTIC, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Type de diagnostic	Nombre	%
Sinusite chronique	10 694	42,1
Rhinite allergique	4 977	19,6
Pharyngite et rhino-pharyngite chroniques	4 037	15,9
Affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes	1 918	7,6
Déviations de la cloison nasale (acquise)	931	3,7
Polype nasal	565	2,2
Laryngite et laryngo-trachéite chronique	387	1,5
Abcès péri-tonsillaire	100	0,4
Autre maladie des voies respiratoires supérieures	1 771	7,0
Total	25 381	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

La majorité des consultations ont eu lieu dans une clinique-réseau/GMF (41,8 %) ou dans une clinique médicale (41,1 %) et ont été offertes par un omnipraticien (56,2 %) ou un oto-rhino-laryngologiste (30,1 %). De plus, les consultations ont majoritairement eu lieu à Laval (59,5 %) ou à Montréal (36,2 %).

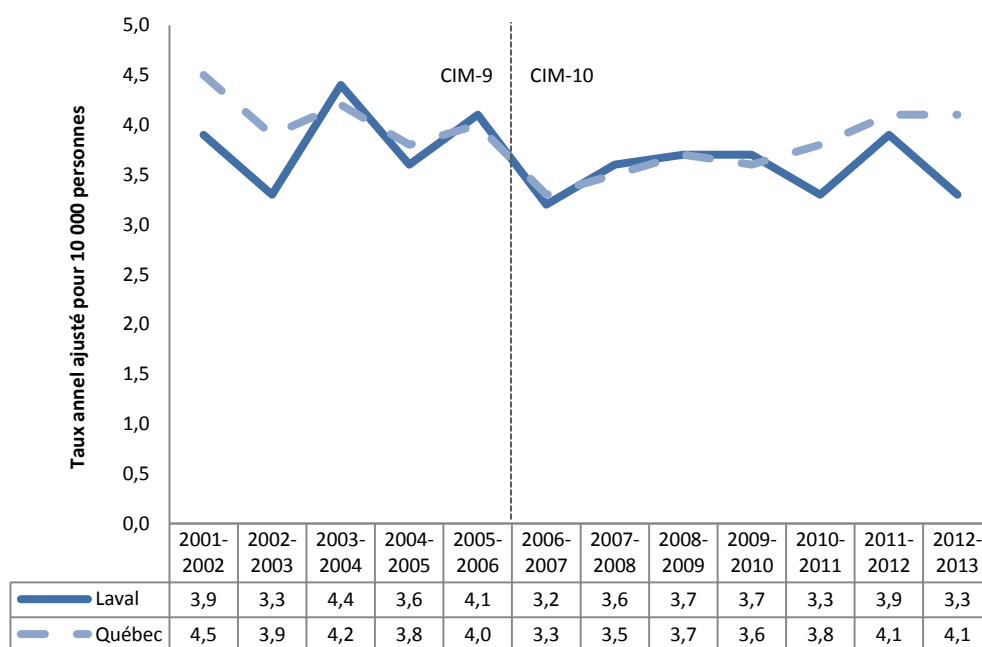
5.3. Hospitalisations de courte durée et chirurgies d'un jour

5.3.1. Hospitalisations de courte durée

Le graphique suivant présente l'évolution des taux ajustés d'hospitalisation pour une maladie des voies respiratoires supérieures à Laval et dans l'ensemble du Québec. Dans les deux cas, les taux ne présentent pas de tendance à la hausse ou à la baisse; ils sont demeurés assez stables au cours des 12 dernières années. Les taux de la région de Laval se comparent également à ceux du reste du Québec, sauf dans la dernière année, où l'on observe un taux significativement plus faible.

GRAPHIQUE 25

HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE²² POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001-2002 À 2012-2013



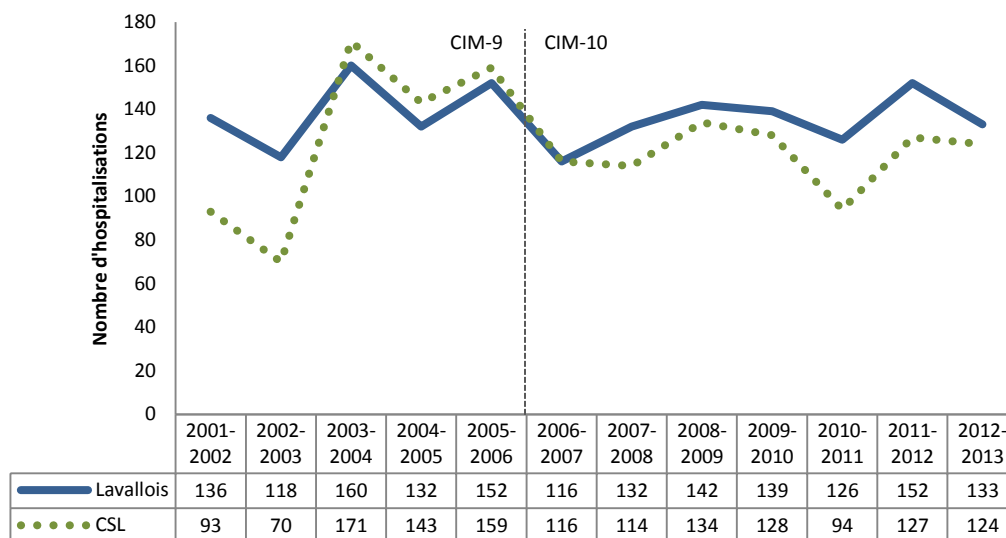
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Le nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée varie d'une année à l'autre dans la population lavalloise et à la CSL, mais est globalement assez stable. En effet, au cours des 12 dernières années, le nombre d'hospitalisations de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures a varié de 118 à 160 pour la population lavalloise et était de 133 en 2012-2013.

²² Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

GRAPHIQUE 26

NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATIONS LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

Le tableau suivant présente la répartition des épisodes d'hospitalisation de la population lavalloise ayant eu lieu en 2012-2013 selon le diagnostic de maladie des voies respiratoires supérieures. Ce sont les affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes, les angines phlegmoneuses et les autres maladies du nez et des sinus du nez qui étaient le plus souvent la cause des épisodes d'hospitalisation.

Les types de diagnostics varient toutefois en fonction de l'âge des personnes hospitalisées. En effet, en 2012-2013, les hospitalisations pour une affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes concernaient presque uniquement des jeunes de moins de 18 ans (92,1 % des hospitalisations), tandis que la majorité des hospitalisations pour une angine phlegmoneuse ou une autre maladie du nez et des sinus du nez concernaient une personne d'âge adulte.

TABEAU 31

RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES SELON LE DIAGNOSTIC, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Diagnostic	Nombre	%
Affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes	38	28,6
Angine phlegmoneuse	35	26,3
Autre maladie du nez et des sinus du nez	20	15,0
Maladie des cordes vocales et du larynx	12	9,0
Sinusite chronique	7	5,3
Polype nasal	5	3,8
Pharyngite, rhino-pharyngite et rhinite chroniques	4	3,0
Autre maladie des voies respiratoires supérieures	12	9,0
Total	133	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

Hospitalisations selon l'âge et le sexe

Au cours des trois dernières années (de 2010-2011 à 2012-2013), on compte 411 épisodes d'hospitalisation de courte durée pour une maladie des voies respiratoires supérieures dans la population lavalloise (une moyenne de 137 par année). Ces épisodes d'hospitalisation de courte durée concernaient davantage des personnes de sexe masculin (54 %).

Au cours de ces trois années, plus du tiers des épisodes (37,9 %) concernaient des personnes âgées de moins de 18 ans. Même si les adultes représentent près des deux tiers des hospitalisations, il est important de préciser que les hospitalisations sont tout de même plus fréquentes chez les jeunes de moins de cinq ans lorsque l'on considère la part que ceux-ci occupent dans la population. Effectivement, comme le montre le tableau 32, le taux brut annuel moyen chez les moins de cinq ans était de 15 pour 10 000 dans les trois dernières années, un taux plus de cinq fois plus élevé que ceux des autres groupes d'âge.

TABLEAU 32
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES SELON L'ÂGE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), NOMBRE ANNUEL MOYEN ET TAUX BRUTS, POPULATION LAVALLOISE, 2010-2011 À 2012-2013

Groupe d'âge	Nombre annuel moyen		Taux brut annuel moyen pour 10 000 personnes
	Nombre	%	
0 à 4 ans	35,0	25,5	15,0
5 à 17 ans	17,0	12,4	2,8
18 à 64 ans	72,3	52,8	2,8
65 à 74 ans	12,7	9,2	2,1
Total	137,0	100,0	3,4

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA); MSSS (2010a).

Durée moyenne de séjour et équivalents-lits²³

En 2012-2013, la durée moyenne de séjour de la population lavalloise pour une maladie des voies respiratoires supérieures était de 3,5 jours (médiane de 1,0) et variait de 1 à 178 jours. La durée moyenne de séjour est un peu plus élevée chez les adultes (3,9 jours) que chez les jeunes (2,6 jours), mais la durée médiane est la même pour les deux groupes d'âge, soit de 1 jour. En 2012-2013, 1,26 lit a été utilisé à temps plein pour des hospitalisations de Lavallois ayant comme diagnostic principal une maladie des voies respiratoires supérieures.

Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée pour une maladie des voies respiratoires supérieures était de 46,6 % (exclusivement à la CSL). Le taux de rétention était beaucoup plus élevé chez les adultes (57,0 %) que chez les mineurs (27,7 %), ces derniers étant davantage

²³ Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

hospitalisés au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (48,9 %). Quant à la CSL, la moitié (50,0 %) de sa clientèle venait de la région de Laval, suivaient ensuite celles des Laurentides (30,6 %) et de Lanaudière (15,3 %). Comparativement au taux d'attraction pour l'ensemble des MSR, qui était de 75,2 % en 2012-2013 (voir la section 2.5.4), celui pour les maladies des voies respiratoires supérieures est beaucoup plus faible (50,0 %).

TABEAU 33
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Lieu	0 à 17 ans		18 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise						
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	13	27,7	49	57,0	62	46,6
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	23	48,9	0	0,0	23	17,3
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	0	0,0	12	13,9	12	9,0
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1	2,1	5	5,8	6	4,5
Hôpital de Montréal pour enfants	4	8,5	0	0,0	4	3,0
Hôpital de Saint-Eustache	4	8,5	1	1,2	5	3,8
Autre	2	4,3	19	22,1	21	15,8
Total	47	100,0	86	100,0	133	100,0
Région de résidence de la clientèle de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval						
Laval	13	39,4	49	53,8	62	50,0
Laurentides	9	27,3	29	31,9	38	30,6
Lanaudière	9	27,3	10	11,0	19	15,3
Montréal	2	6,1	2	2,2	4	3,2
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	1	1,1	1	0,8
Total	33	100,0	91	100,0	124	100,0

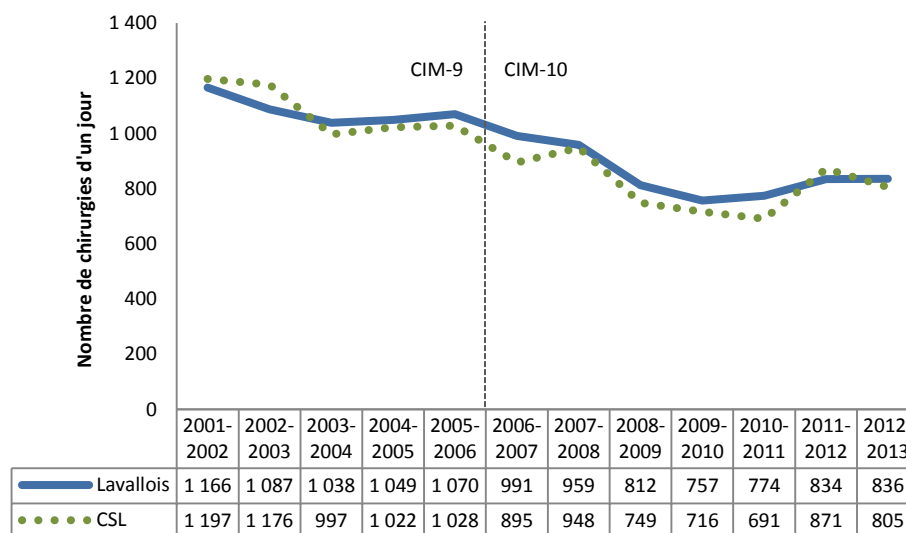
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

5.3.2. Chirurgies d'un jour

Le graphique suivant présente l'évolution du nombre de chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures de 2001-2002 à 2012-2013.

GRAPHIQUE 27

NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

Le nombre de chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures a diminué de façon importante au cours des 12 dernières années. En effet, le nombre de chirurgies d'un jour est passé de 1 166 à 836 chez les Lavallois et de 1 197 à 805 à la CSL. Cela représente une diminution de 28,3 % dans la population lavalloise et de 32,7 % à la CSL.

Comme on a pu le voir au chapitre 2 (graphique 9), en 2012-2013, il y a eu 867 chirurgies d'un jour pour une MSR dans la population lavalloise. Si l'on compare cette donnée au graphique 27, on peut en conclure que la grande majorité des chirurgies d'un jour pour une MSR concernent des maladies des voies respiratoires supérieures. En effet, en 2012-2013, les chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures représentaient 96,4 % du total des chirurgies d'un jour pour une MSR.

Le tableau suivant présente la répartition des chirurgies d'un jour de la population lavalloise en 2012-2013 selon le type de diagnostic de maladie des voies respiratoires supérieures. Les affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes étaient responsables de 47,8 % des chirurgies d'un jour, suivies des autres maladies du nez et des sinus du nez (33,7 %) (par exemple, déviation de la cloison nasale, hypertrophie des cornets du nez).

Le nombre de chirurgies d'un jour pour une affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes est près de 50 % moins élevé aujourd'hui (n = 400) qu'il ne l'était en 2001-2002 (n = 784). On peut donc en conclure que la diminution observable dans le graphique 27 est en grande partie attribuable à une diminution des chirurgies d'un jour pour ce type d'affection.

TABEAU 34
RÉPARTITION DES CHIRURGIES D'UN JOUR SELON LE DIAGNOSTIC (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Diagnostic	Nombre	%
Affection chronique des amygdales et des adénoïdes	400	47,8
Autre maladie du nez et des sinus du nez	282	33,7
Sinusite chronique	60	7,2
Maladie des cordes vocales et du larynx	44	5,3
Polype nasal	35	4,2
Pharyngite, rhino-pharyngite et rhinite chroniques	5	0,6
Angine phlegmoneuse	2	0,2
Rhinite allergique et vasomotrice	1	0,1
Autre maladie des voies respiratoires supérieures	7	0,8
Total	836	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

Chirurgies d'un jour selon l'âge et le sexe

En 2012-2013, les chirurgies d'un jour concernaient davantage des personnes de sexe masculin (53,7 %). Le tableau suivant présente la répartition des chirurgies d'un jour de 2012-2013 selon l'âge de la personne. En comparant cette répartition avec celle des hospitalisations de courte durée (tableau 32), on remarque que les chirurgies touchant des personnes de moins de 18 ans sont proportionnellement plus fréquentes que les hospitalisations de courte durée (41,7 % contre 37,9 % pour les hospitalisations de courte durée), tandis que celles qui concernent les personnes de 65 ans et plus sont deux fois moins nombreuses (5,1 % contre 9,2 % pour les hospitalisations de courte durée).

TABEAU 35
RÉPARTITION DES CHIRURGIES D'UN JOUR POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES SELON L'ÂGE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Groupe d'âge	Nombre	%
0 à 4 ans	154	18,4
5 à 17 ans	195	23,3
18 à 44 ans	294	35,2
45 à 64 ans	150	17,9
65 ans et plus	43	5,1
Total	836	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

De plus, les chirurgies d'un jour ne sont pas associées aux mêmes affections selon l'âge de la personne touchée. En effet, en 2012-2013, 319 (79,8 %) des 400 chirurgies pour une affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes concernaient des jeunes de moins de 18 ans, tandis que la majorité (92,6 %) des chirurgies pour une autre maladie du nez et des sinus du nez concernaient une personne adulte.

Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise en chirurgie d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures était de 42,5 % (exclusivement à la CSL), un taux un peu plus faible que pour les hospitalisations de courte durée (46,6 %). Un peu moins de la moitié de la clientèle de la CSL venait de la région de Laval (44,1 %); cette proportion était semblable chez les mineurs et chez les adultes.

TABLEAU 36

RÉPARTITION DES CHIRURGIES D'UN JOUR POUR UNE MALADIE DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Lieu	0 à 17 ans		18 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise						
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	159	45,6	196	40,2	355	42,5
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	2	0,6	65	13,3	67	8,0
Hôpital de Montréal pour enfants	50	14,3	0	0,0	50	5,9
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	23	6,6	23	4,7	46	5,5
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	37	10,6	0	0,0	38	4,5
Hôpital Saint-Luc du CHUM	1	0,3	33	6,8	34	4,1
Hôpital Santa Cabrini	0	0,0	27	5,5	27	3,3
Centre hospitalier de Verdun	22	6,3	4	0,8	26	3,1
Hôpital général du Lakeshore	20	5,7	4	0,8	24	2,9
Centre hospitalier de St. Mary	7	2,0	15	3,1	22	2,6
Hôpital Jean-Talon	9	2,6	12	2,5	21	2,5
Autre	19	5,4	108	22,2	126	15,1
Total	349	100,0	487	100,0	836	100,0
Région de résidence de la clientèle de la CSL						
Laval	159	42,4	196	45,6	355	44,1
Laurentides	100	26,7	115	26,7	215	26,7
Lanaudière	89	23,7	67	15,6	156	19,4
Montréal	24	6,5	42	9,8	66	8,2
Autre région	3	0,8	10	2,3	13	1,6
Total	375	100,0	430	100,0	805	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

5.4. Décès

Les maladies des voies respiratoires supérieures sont responsables de très peu de décès, soit environ un décès par année à Laval (de 2000 à 2012). La plupart des personnes décédées étaient âgées de 75 ans et plus.

Synthèse

Maladies des voies respiratoires supérieures

PRÉVALENCE

Selon l'EQSP (2008) :

- > 18,7 % des résidents lavallois âgés de 15 ans et plus auraient ressenti des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 mois précédant l'EQSP (un nombre estimé de 66 000 Lavallois en 2014);
- > Les femmes et les jeunes sont plus nombreux à être touchés;
- > Les Lavallois ayant des symptômes de rhinite allergique sont proportionnellement plus nombreux à les ressentir à l'automne (40,5 %) que l'ensemble des Québécois (30,2 %). Il est possible qu'une forte concentration d'herbe à poux dans la région de Laval explique ces résultats.

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > 18 402 Lavallois ont consulté au moins une fois un médecin pour une maladie des voies respiratoires supérieures. Le nombre de personnes n'a que très peu varié depuis 2005-2006;
- > La sinusite chronique était le diagnostic le plus fréquent lors des consultations pour une maladie des voies respiratoires supérieures (42,1 %);
- > Ce sont en majorité les adultes de moins de 65 ans qui consomment des services médicaux pour des maladies des voies respiratoires supérieures.

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

En 2012-2013 :

- > 133 Lavallois ont été hospitalisés pour une maladie des voies respiratoires supérieures (un nombre stable depuis 2001-2002);
- > Les épisodes d'hospitalisation étaient le plus souvent liés aux affections chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes, aux angines phlegmoneuses et aux autres maladies du nez et des sinus du nez;
- > Même si les adultes sont hospitalisés en plus grand nombre que les jeunes pour une maladie des voies respiratoires supérieures, ce sont les enfants de moins de cinq ans qui sont les plus touchés : au cours des trois dernières années, le taux brut annuel moyen était plus de cinq fois plus élevé dans ce groupe d'âge;
- > Le taux de rétention de la population lavalloise était de 46,6 % (exclusivement à la CSL). Ce taux était beaucoup plus élevé chez les adultes (57,0 %) que chez les mineurs (27,7 %), ces derniers étant davantage hospitalisés au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (48,9 %);

Synthèse

Maladies des voies respiratoires supérieures

- > La moitié (50,0 %) de la clientèle de la CSL venait de la région de Laval, un taux d'attraction beaucoup plus faible qu'en ce qui concerne le taux relatif à l'ensemble des MSR (75,2 %).

CHIRURGIES D'UN JOUR

- > Le nombre de chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures a diminué de façon importante au cours des 12 dernières années, passant de 1 166 à 836 chez les Lavallois et de 1 197 à 805 à la CSL entre 2001-2002 et 2012-2013;
- > Le nombre de chirurgies d'un jour pour une affection chronique des amygdales et des végétations adénoïdes a diminué d'environ 50 % depuis 2001-2002. Toutefois, encore aujourd'hui, il s'agit du type d'affection qui est le plus fréquemment associé aux chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures (47,6 % en 2012-2013).

En 2012-2013 :

- > 41,7 % des chirurgies concernaient des personnes de 18 ans et moins et 5,1 % des personnes de 65 ans et plus;
- > le taux de rétention de la population lavalloise en chirurgie d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures était de 42,5 % (exclusivement à la CSL);
- > un peu moins de la moitié de la clientèle de la CSL venait de la région de Laval (44,1 %).

DÉCÈS

- > Les décès associés aux maladies des voies respiratoires supérieures sont très rares (environ un par année) et touchent principalement les personnes âgées de 75 ans et plus.

6. PNEUMONIE ET GRIPPE

Contrairement aux trois chapitres précédents qui portent sur des maladies pulmonaires **chroniques**, le présent chapitre traite d'affections **aiguës** de nature infectieuse, soit la pneumonie et la grippe.

6.1. Incidence

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas d'une pathologie, pendant une période donnée et pour une population déterminée. Les données d'incidence présentées ici sont disponibles pour deux types d'affections parmi celles qui sont traitées dans le présent chapitre : la grippe (influenza) ainsi que l'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*.

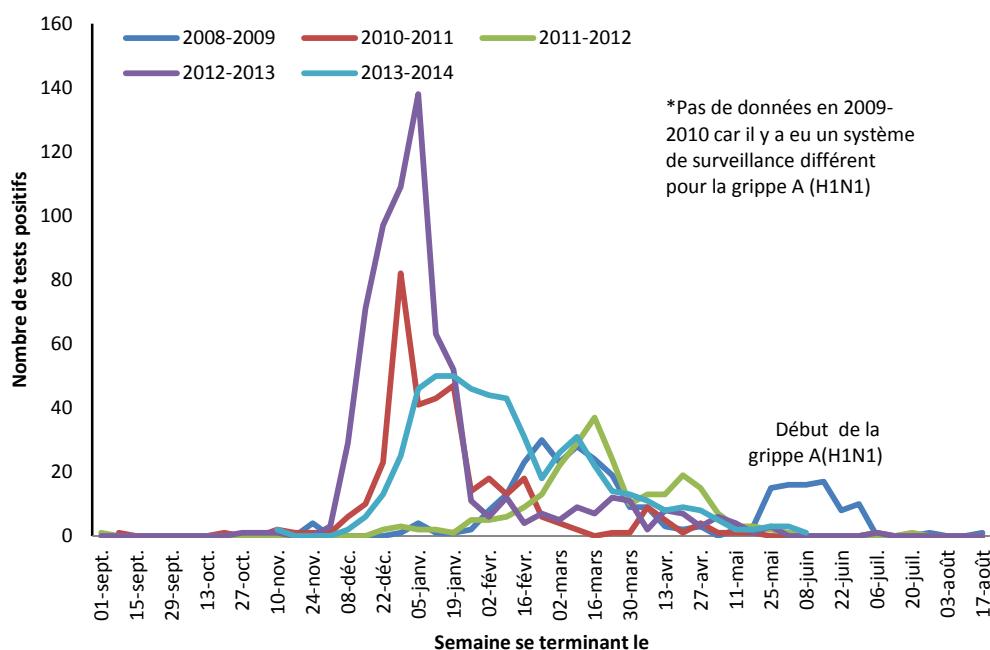
6.1.1. Grippe (influenza)

La surveillance de la grippe est une surveillance passive basée sur plusieurs indicateurs, dont le nombre de **tests positifs** effectués par les laboratoires sentinelles pour l'influenza des types A et B. Cette surveillance donne une idée de l'activité grippale et non du nombre de personnes touchées, car le nombre de personnes testées représente une faible proportion des personnes malades.

L'activité grippale varie beaucoup d'une année à l'autre. Par exemple, la saison grippale 2012-2013 a été très intense et précoce alors qu'en 2013-2014, on a observé à Laval une activité grippale qui s'est étalée sur plusieurs semaines. Le graphique suivant illustre la situation à Laval de 2008-2009 à 2013-2014.

GRAPHIQUE 28

NOMBRE DE TESTS POSITIFS PAR SEMAINE, INFLUENZA A ET B, DONNÉES DU LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, POPULATION LAVALLOISE, 2008-2009 À 2013-2014



Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de vigilance et de surveillance de l'influenza (SIVSI). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

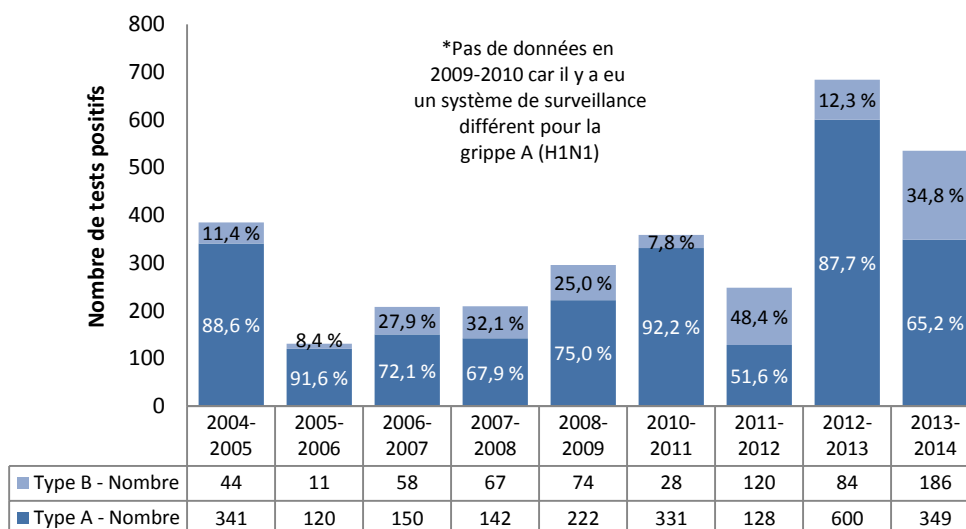
En 2013-2014, la majorité des souches typées au cours de la saison étaient du type A (65,2 %), particulièrement du type A (H1N1) (2009), ce qui a créé une demande accrue de vaccination au sein de la population. Toutes les souches d'influenza A et 95 % des souches d'influenza B qui ont été caractérisées étaient analogues aux souches recommandées pour le vaccin antigrippal 2013-2014.

Le graphique suivant illustre la situation en 2013-2014, comparativement aux années antérieures. Pour toutes les années présentées, la majorité des souches typées sont du type A, sauf en 2011-2012, où près de la moitié des souches typées (48,4 %) étaient du type B. L'année suivante, en 2012-2013, la souche prédominante a été du sous-type A (H3N2). Les souches d'influenza A (H3N2) sont associées à une plus grande probabilité d'être hospitalisé et de mourir à la suite de la maladie, particulièrement chez les personnes âgées²⁴.

²⁴ Pour plus de détails, voir les bulletins *Flash grippe* : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?bulletin_flash_influenza.

GRAPHIQUE 29

NOMBRE ANNUEL DE TESTS POSITIFS POUR L'INFLUENZA SELON LE TYPE (A ET B), DONNÉES DU LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, POPULATION LAVALLOISE, 2004-2005 À 2013-2014



Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Les laboratoires sentinelles participant au programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires du laboratoire de santé publique du Québec rapportent également hebdomadairement le nombre de tests réalisés et le nombre de tests positifs pour les virus suivants : le virus respiratoire syncytial (VRS), l'adénovirus, les virus parainfluenza 1, 2, 3, 4, le métapneumovirus humain (hMPV) et les coronavirus.

La circulation des virus respiratoires peut aussi varier d'une année à l'autre, mais elle est toujours plus intense pendant les mois d'hiver. Après l'influenza de type A, c'est le VRS qui a été le plus souvent détecté pendant la saison 2013-2014. Le VRS touche tous les groupes d'âge, mais il constitue la principale cause de bronchiolite et de pneumonie chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Ces données concernent les patients ayant eu un résultat positif à une épreuve diagnostique recherchant un virus respiratoire et non le nombre total de personnes atteintes d'un virus respiratoire.

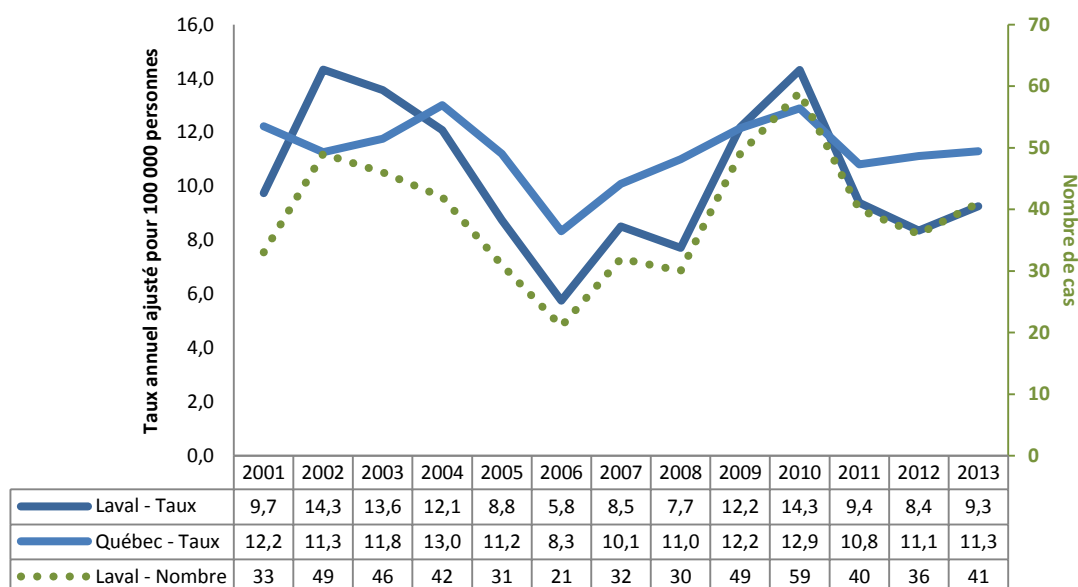
6.1.2. Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*

L'infection à pneumocoque est souvent une complication de la grippe. Ce sont uniquement les infections **invasives** qui sont des maladies à déclaration obligatoire (isolement du pneumocoque dans un site normalement stérile). Le graphique suivant montre que les taux annuels d'infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* sont très variables, tant à Laval qu'au Québec.

En 2013, à Laval, 39 % des cas déclarés concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus (16/41) et 24 % des cas des personnes âgées de moins de 10 ans (10/41).

GRAPHIQUE 30

INCIDENCE ANNUELLE DE L'INFECTION INVASIVE À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, TAUX AJUSTÉS ET NOMBRE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001 À 2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MADO, 2001 à 2013; MSSS (2010a); MSSS (2010b).

Il est difficile d'établir la part des **cas évitables par immunisation**, car les cas qui concernent des personnes âgées de plus de cinq ans ne sont pas systématiquement soumis à une enquête et le sérotype n'est connu que pour 56 % des cas en 2013 (23/41).

- Chez les 2 à 59 mois, sur les 8 cas déclarés, il y a :
 - 5 cas avec un sérotype inclus dans le Pneumovax 23 seulement;
 - 1 cas d'un sérotype non inclus dans un vaccin;
 - 2 cas dont le sérotype n'est pas défini.
- Chez les 65 ans et plus, on compte 16 cas, dont :
 - 4 cas évitables par l'immunisation (Pneumovax 23);
 - 4 cas de sérotypes non inclus dans le vaccin;
 - 8 cas pour lesquels l'information n'est pas disponible.

6.2. Services médicaux rémunérés à l'acte

Les données de la RAMQ présentées ici concernent tous les types de pneumonie (à virus, à pneumocoque, associée à des maladies infectieuses, bronchopneumonie, etc.) et de grippe. En 2011-2012, près de 9 000 résidents lavallois ont consulté pour une pneumonie ou une grippe²⁵. En raison de la pandémie de grippe A(H1N1), on a observé un nombre plus élevé de personnes ayant consulté en 2009-2010, soit près de 11 000 résidents lavallois.

²⁵ Rappelons que les données de la RAMQ n'incluent que les services médicaux rémunérés à l'acte, excluant les services offerts par des médecins désaffiliés de la RAMQ ainsi que la majorité des services reçus en CLSC.

TABEAU 37
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes ayant consulté	7 996	8 249	10 855	8 888
Femmes	4 158	4 417	5 812	4 802
Hommes	3 839	3 832	5 043	4 087

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

En 2011-2012, les personnes ayant consulté pour une pneumonie ou une grippe étaient majoritairement de sexe féminin (54,0 %). Toutefois, cette différence entre les sexes est plus marquée chez les personnes âgées de 20 ans et plus (57,0 % comparativement à 43,0 %), les proportions par sexe étant semblables chez les plus jeunes.

Comme on peut le constater dans le tableau suivant, en ce qui concerne les consultations médicales, la pneumonie et la grippe semblent toucher tous les groupes d'âge. Toutefois, les jeunes de moins de cinq ans semblent être surreprésentés parmi les personnes ayant consulté en 2011-2012, puisqu'ils représentaient 17,2 % des personnes ayant consulté et qu'ils constituaient seulement 5,7 % de la population lavalloise cette année-là. Ainsi, en 2011-2012, le taux brut de consultation (pour 10 000 personnes) est le plus élevé dans ce groupe d'âge (655,6), suivi des 65 ans et plus (288,5), des 5 à 19 ans (241,7), des 45 à 64 ans (158,4) et des 20 à 44 ans (155,9) (données non présentées). On observe la même répartition par âge depuis 2005-2006.

TABEAU 38
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Groupe d'âge	2005-2006		2007-2008		2009-2010		2011-2012	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0 à 4 ans	1 642	20,5	1 583	19,2	1 529	14,1	1 531	17,2
5 à 19 ans	1 389	17,4	1 186	14,4	2 332	21,5	1 724	19,4
20 à 44 ans	1 930	24,1	1 992	24,1	2 846	26,2	2 074	23,3
45 à 64 ans	1 537	19,2	1 767	21,4	2 195	20,2	1 784	20,1
65 ans et plus	1 499	18,7	1 722	20,9	1 953	18,0	1 775	20,0
Total	7 996	100,0	8 249	100,0	10 855	100,0	8 888	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

6.2.1. Consultations pour pneumonie et grippe

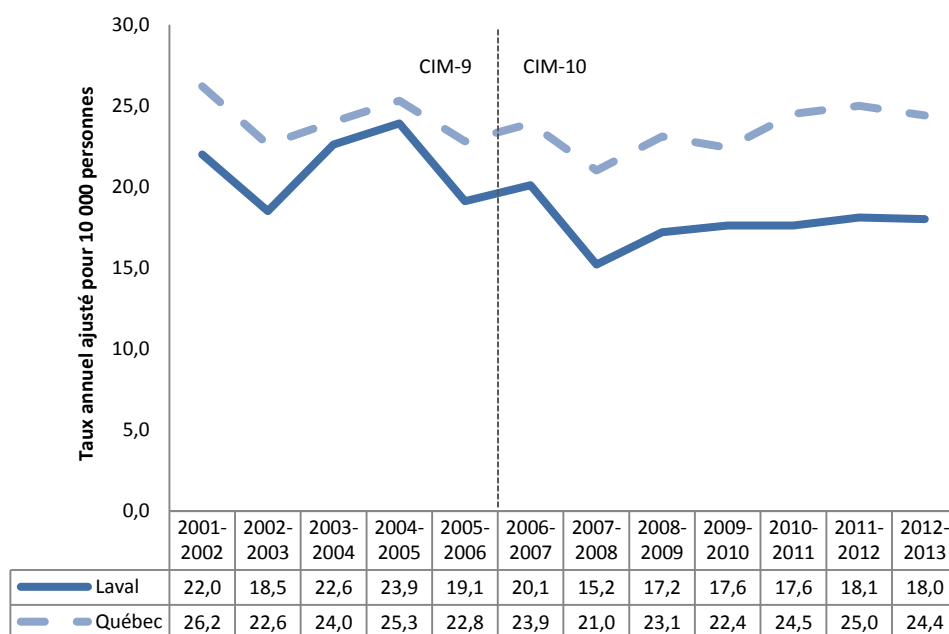
En 2011-2012, il y a eu 11 707 consultations concernant un diagnostic de pneumonie ou de grippe dans la population lavalloise. Ces consultations étaient majoritairement liées à une pneumonie causée par un micro-organisme non précisé (43,0 %) ou à une grippe (42,3 %). La majorité des consultations ont été données par des omnipraticiens (74,5 %), suivis des pédiatres (12,2 %) et des pneumologues (9,2 %). Elles ont été offertes presque en totalité dans la région de Laval (72,6 %) ou à Montréal (23,8 %). De plus, les Lavallois ont consulté le plus souvent dans des cliniques médicales (43,6 %) ou des cliniques-réseau/GMF (30,7 %). Toutefois, une part non négligeable de consultations pour une pneumonie ou une grippe a eu

lieu dans les services d'urgence (16,5 %) comparativement à la répartition des lieux de consultations pour toutes les MSR (voir la section 2.2.2), où seulement 5,6 % des consultations ont été offertes dans ces services.

6.3. Hospitalisations de courte durée

Le graphique suivant présente les taux ajustés d'hospitalisation pour une pneumonie ou une grippe au cours des 12 dernières années. Les taux lavallois ont varié de 23,9 à 17,2 pour 10 000 personnes selon les années. Le taux lavallois est significativement plus bas que celui du Québec, et ce, pour la plupart des années présentées (excluant 2003-2004 et 2004-2005).

GRAPHIQUE 31
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE²⁶ POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001-2002 À 2012-2013



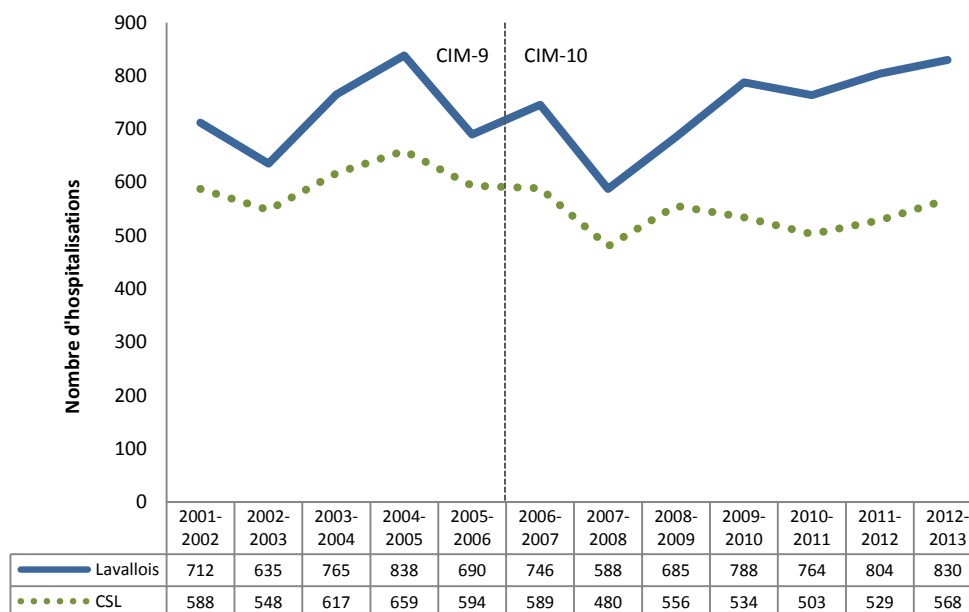
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Le nombre d'épisodes d'hospitalisation pour une pneumonie ou une grippe fluctue lui aussi d'une année à l'autre, ayant varié de 588 à 838 dans la population lavalloise au cours des 12 dernières années. Il est normal de ne pas observer de tendance puisque ce type d'affection peut avoir une ampleur très variable selon les années et les souches de virus en circulation.

²⁶ Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

GRAPHIQUE 32

NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

6.3.1. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

En 2012-2013, les épisodes d'hospitalisation pour une pneumonie ou une grippe ont touché un peu plus d'hommes (51,8 %) que de femmes (48,2 %). Les personnes de 75 ans et plus étaient concernées dans plus de la moitié (51,6 %) des épisodes d'hospitalisation. Lorsque l'on analyse les taux bruts d'hospitalisation par groupes d'âge, on constate que les 75 ans et plus sont de loin les plus touchés, suivis des 65 à 74 ans et des 0 à 17 ans. Les personnes de 18 à 64 ans ont été très peu hospitalisées pour ce type de maladie au cours de l'année 2012-2013.

TABEAU 39
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE SELON L'ÂGE (DIAGNOSTIC PRINCIPAL),
NOMBRE ET TAUX BRUTS, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Groupe d'âge	Nombre	%	Taux brut pour 10 000 personnes
0 à 17 ans	140	16,9	16,7
18 à 44 ans	38	4,6	2,6
45 à 64 ans	107	12,9	9,4
65 à 74 ans	117	14,1	34,5
75 ans et plus	428	51,6	144,2
Total	830	100,0	20,38

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

6.3.2. Durée moyenne de séjour et équivalents-lits²⁷

Les épisodes d'hospitalisation semblent généralement plus longs chez les personnes adultes. En effet, la durée moyenne de séjour²⁸ des personnes de 18 ans et plus est de 9,4 jours, tandis qu'elle est de 2,9 jours chez les jeunes. En 2012-2013, 20,4 lits ont servi à temps plein pour des pneumonies et des gripes dans la population lavalloise (1,1 lit pour les mineurs et 19,2 lits pour les adultes).

TABEAU 40
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR ET ÉQUIVALENTS-LITS DES HOSPITALISATIONS POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE
(DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Groupe d'âge	Durée moyenne de séjour	Équivalent-lit
0 à 17 ans	2,9	1,1
18 ans et plus	9,4	19,2
Total	8,3	20,4

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

6.3.3. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée pour une pneumonie ou une grippe à Laval était de 53,5 % (52,9 % uniquement à la CSL). Le taux de rétention est plus élevé pour les Lavallois d'âge mineur (62,1 %) que chez les adultes lavallois (51,0 %). Outre à la CSL, les personnes mineures hospitalisées l'ont été presque exclusivement au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Chez les adultes hospitalisés, le quart des personnes l'ont été à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Quant à la CSL, plus des trois quarts (77,3 %) de sa clientèle étaient des résidents lavallois, une proportion plus élevée parmi sa clientèle adulte (82,2 %) que parmi sa clientèle mineure (62,1 %). En effet, près du tiers de la clientèle de la CSL de moins de 18 ans provenait des régions des Laurentides ou de Lanaudière.

²⁷ Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

²⁸ Pour le calcul de la durée moyenne de séjour, nous avons exclu neuf séjours d'hospitalisations où des personnes utilisaient un lit de courte durée en attendant un lit de longue durée.

TABLEAU 41
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE PNEUMONIE OU UNE GRIPPE
(DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Lieu	0 à 17 ans		18 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise						
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	87	62,1	352	51,0	439	52,9
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	0	0,0	179	25,9	179	21,6
Hôpital de Saint-Eustache	2	1,4	35	5,0	37	4,4
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	30	21,4	0	0,0	30	3,6
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	0	0,0	22	3,2	22	2,6
Hôpital Fleury	0	0,0	16	2,3	16	1,9
Hôpital Royal Victoria	0	0,0	14	2,0	14	1,7
Hôpital de Montréal pour enfants	13	9,3	0	0,0	13	1,6
Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	0	0,0	13	1,9	13	1,6
Hôpital juif de réadaptation	0	0,0	5	0,7	5	0,6
Autre	8	5,7	54	7,8	62	7,5
Total	140	100,0	690	100,0	830	100,0
Région de résidence de la clientèle de la CSL						
Laval	87	62,1	352	82,2	439	77,3
Laurentides	21	15,0	34	7,9	55	9,7
Lanaudière	22	15,7	25	5,8	47	8,3
Montréal	9	6,4	15	3,5	24	4,2
Outaouais	1	0,7	1	0,2	2	0,4
Montréal	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Total	140	100,0	428	100,0	568	100,0

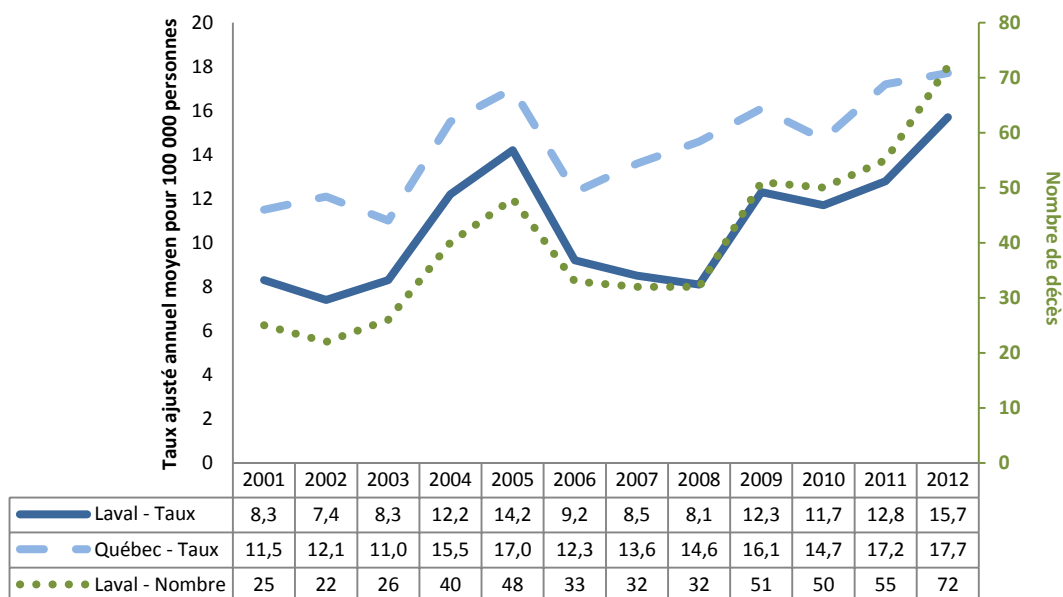
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

6.4. Décès

Le taux de mortalité par pneumonie ou par grippe était significativement plus faible à Laval qu'au Québec pour plusieurs des années présentées (2001, 2007 et 2008). Toutefois, les taux sont aujourd'hui comparables, même si celui de Laval est encore un peu plus faible. Aucune tendance n'est observable puisque ce sont des maladies qui sont plus ou moins graves et qui touchent différents groupes d'âge selon les années.

GRAPHIQUE 33

DÉCÈS PAR PNEUMONIE OU PAR GRIPPE (CAUSE INITIALE), TAUX AJUSTÉS ET NOMBRE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001 À 2012



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2001 à 2010, 2011p et 2012p (CIM-10CA); MSSS (2010a); MSSS (2010b). De 2001 à 2009 : données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

En 2012, à Laval, on a recensé 72 décès par pneumonie ou par grippe. Ce nombre est plus élevé que ce qui a été observé dans les années antérieures. Cela pourrait être lié à l'intensité de l'activité grippale et à la souche Influenza A (H3N2) qui a circulé en 2012-2013. Comme déjà mentionné (voir la section 3.4.1), cette souche est associée à une plus grande probabilité d'être hospitalisé et de mourir à la suite de la maladie.

Comme le montre le tableau suivant, en 2012, les personnes décédées étaient toutes âgées de 45 ans et plus. Parmi les décès, 83,3 % touchaient les personnes de 75 ans ou plus. Au cours des 12 dernières années, les 75 ans et plus ont toujours représenté la majorité des décès par pneumonie ou par grippe. De plus, bien que les moins de 5 ans soient nombreux à consulter un médecin pour ce type de maladie (voir la section 6.2), il est très rare qu'ils en meurent : 3 décès concernaient ce groupe d'âge au cours des 12 dernières années.

TABLEAU 42

RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR PNEUMONIE OU PAR GRIPPE (CAUSE INITIALE) SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2012

Groupe d'âge	Nombre	%
45 à 64 ans	3	4,2
65 à 74 ans	9	12,7
75 ans et plus	60	83,3
Total	72	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2012p (CIM-10CA).

Synthèse

Pneumonie et grippe

INCIDENCE

- > L'activité grippale varie d'une année à l'autre, que ce soit en ce qui a trait à sa précocité, à sa gravité ou au nombre de personnes touchées.
- > En 2013-2014, 535 tests positifs à l'Influenza des types A et B ont été répertoriés pour des Lavallois, la majorité étant de souche A (65,2 %), particulièrement de souche A(H1N1).
- > Les taux annuels d'infections invasives à pneumocoque, une complication fréquente de la grippe, sont très variables. En 2013, 41 cas ont été déclarés à Laval.

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > Environ 11 700 consultations médicales pour une pneumonie ou une grippe ont été offertes à près de 9 000 résidents lavallois;
- > Les jeunes de moins de cinq ans étaient surreprésentés, puisqu'ils représentaient 17,2 % des personnes ayant consulté et qu'ils constituaient seulement 5,7 % de la population lavalloise cette année-là;
- > Une part non négligeable de consultations pour une pneumonie ou grippe a eu lieu dans les services d'urgence (16,5 %).

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

En 2012-2013 :

- > Les taux ajustés lavallois d'hospitalisation pour une pneumonie ou une grippe étaient de 18 pour 10 000 personnes (830 épisodes d'hospitalisation), des taux plus faibles qu'au Québec. Après les personnes de 75 ans et plus, le groupe d'âge le plus touché est celui des 65 à 74 ans, suivi des 0 à 17 ans;
- > Les durées de séjour d'hospitalisation pour une pneumonie ou une grippe étaient plus longues pour la clientèle adulte (moyenne de 9,4 jours) que pour la clientèle mineure (moyenne de 2,9 jours);
- > Le taux de rétention de la population lavalloise hospitalisée était plus élevé chez les Lavallois d'âge mineur (62,1 %) que chez les adultes lavallois (51,0 %);
- > À la CSL, on trouve une proportion plus grande de Lavallois parmi sa clientèle adulte (82,2 %) que parmi sa clientèle mineure (62,1 %).

DÉCÈS

- > En 2012, 72 personnes sont décédées par pneumonie ou par grippe, un nombre plus grand que les années précédentes, possiblement à cause de l'intensité de l'activité grippale et de la souche Influenza A(H3N2) qui a circulé en 2012-2013. Parmi les décès, 83,3 % touchaient les personnes de 75 ans et plus.

7. AFFECTIONS AIGUËS DES VOIES RESPIRATOIRES (SUPÉRIEURES ET INFÉRIEURES)

Le présent chapitre traite des affections aiguës des voies respiratoires supérieures et inférieures (excluant les pneumonies et les gripes, traitées au chapitre 6). Les affections aiguës des voies respiratoires **supérieures** incluent la rhinopharyngite, la sinusite, la pharyngite, l'amygdalite, la laryngite, la trachéite et la laryngite obstructive aiguës. Les affections aiguës des voies respiratoires **inférieures** incluent la bronchite et la bronchiolite aiguës ainsi que les infections aiguës des voies respiratoires inférieures non précisées. Ces infections peuvent être d'origine virale aussi bien que bactérienne.

7.1. Services médicaux rémunérés à l'acte

En 2011-2012, 50 956 Lavallois ont consulté pour une affection aiguë des voies respiratoires (AAVR), ce qui représente 15,9 % de l'ensemble des Lavallois ayant consulté (pour toutes raisons) durant cette période. Le nombre de personnes ainsi que la proportion ont légèrement diminué depuis 2005-2006.

TABLEAU 43
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes ayant consulté pour une affection aiguë des voies respiratoires	54 297	52 899	53 191	50 956
Femmes	31 695	30 415	31 006	29 077
Hommes	22 602	22 485	22 184	21 879
Pourcentage de tous les Lavallois ayant consulté	18,2 %	17,0 %	17,1 %	15,9 %

Note : Comme les données de la RAMQ utilisent la codification CIM-9, il n'est pas possible de distinguer les affections aiguës des voies respiratoires supérieures de celles des voies respiratoires inférieures.

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

Les personnes ayant consulté pour ces maladies étaient le plus souvent des femmes (57,1 %). Environ une personne sur cinq (20,5 %) était âgée de moins de cinq ans. Même si ce groupe d'âge ne représente pas la majorité des personnes qui ont consulté, c'est lui qui consulte le plus souvent si l'on considère la part qu'il occupe dans la population. En effet, les taux bruts pour 100 Lavallois témoignent du fait que près d'un enfant lavallois sur deux âgé de moins d'un an a consulté au moins une fois pour une AAVR en 2011-2012. Les jeunes de 1 à 4 ans sont aussi nombreux à avoir consulté (43,7 % de ceux-ci), suivis des 5 à 19 ans (16,8 %).

TABEAU 44
RÉPARTITION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES SELON L'ÂGE,
NOMBRE ET TAUX BRUTS, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Groupe d'âge	Nombre		Taux brut pour 100 personnes
	Nombre	%	
Moins d'un an	2 256	4,4	49,5
1 à 4 ans	8 217	16,1	43,7
5 à 19 ans	11 97	23,5	16,8
20 à 64 ans	24 164	47,4	9,8
65 à 74 ans	2 459	4,8	7,5
75 ans et +	4 346	8,5	15,1
Total	50 956	100,0	12,7

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9); Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a).

7.1.1. Caractéristiques des consultations

En 2011-2012, 72 542 consultations médicales ont été offertes aux résidents lavallois pour une AAVR. Les consultations concernaient principalement des infections aiguës des voies respiratoires non précisées (50,1 %), des amygdalites aiguës (12,8 %) et des pharyngites aiguës (11,4 %).

La majorité des consultations ont eu lieu dans une clinique-réseau/GMF (52,8 %) ou dans une clinique médicale (39,5 %) et le type de médecin consulté était majoritairement des omnipraticiens (78,9 %) ou des pédiatres (16,0 %). De plus, les Lavallois ont consulté le plus souvent dans leur région (74,5 %) ou à Montréal (22,5 %).

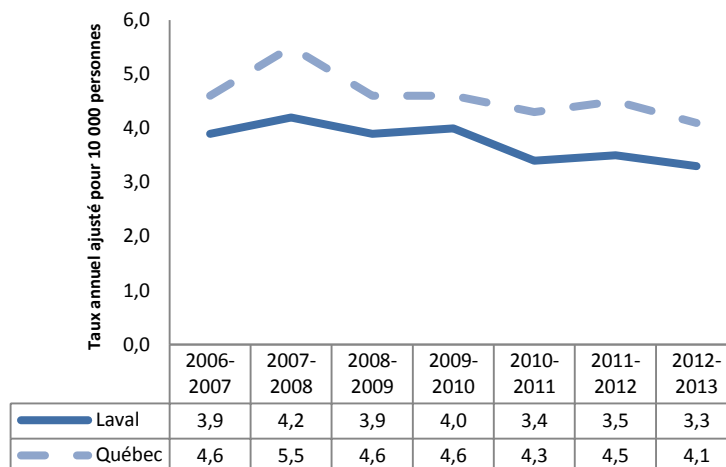
7.2. Hospitalisations de courte durée

Les deux graphiques suivants présentent l'évolution des taux ajustés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour Laval et pour l'ensemble du Québec. Le premier concerne les affections aiguës des voies respiratoires supérieures et le second les affections aiguës des voies respiratoires inférieures.

Comme les données sur les hospitalisations de courte durée avant 2006 utilisaient la codification CIM-9 et que, dans celle-ci, il n'y a pas de distinction entre les affections aiguës des voies respiratoires supérieures et les affections aiguës des voies respiratoires inférieures, les données sont présentées à partir de 2006-2007.

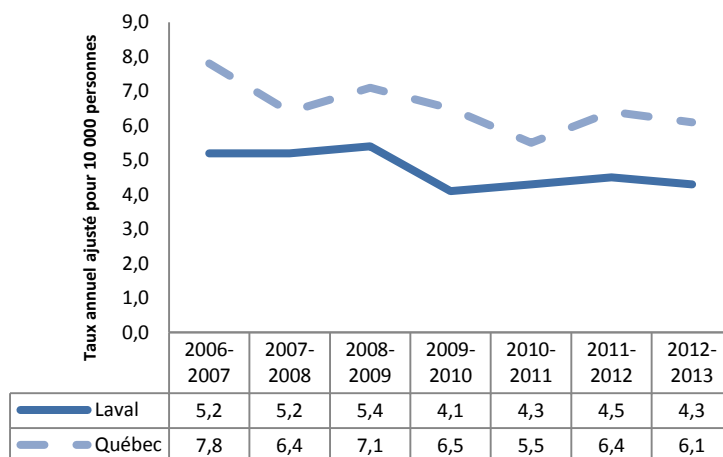
Comme on peut le constater, les taux ajustés sont significativement plus bas à Laval que dans le reste du Québec, que ce soit pour les affections des voies respiratoires supérieures ou inférieures. On observe une légère tendance à la baisse des taux d'hospitalisation pour une affection des voies respiratoires supérieures depuis 2006-2007. Quant aux taux d'hospitalisation pour une affection des voies respiratoires inférieures, ils ont baissé entre 2008-2009 et 2009-2010, mais sont demeurés stables au cours des trois dernières années.

GRAPHIQUE 34
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE²⁹ POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2006-2007 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

GRAPHIQUE 35
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE³⁰ POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2006-2007 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

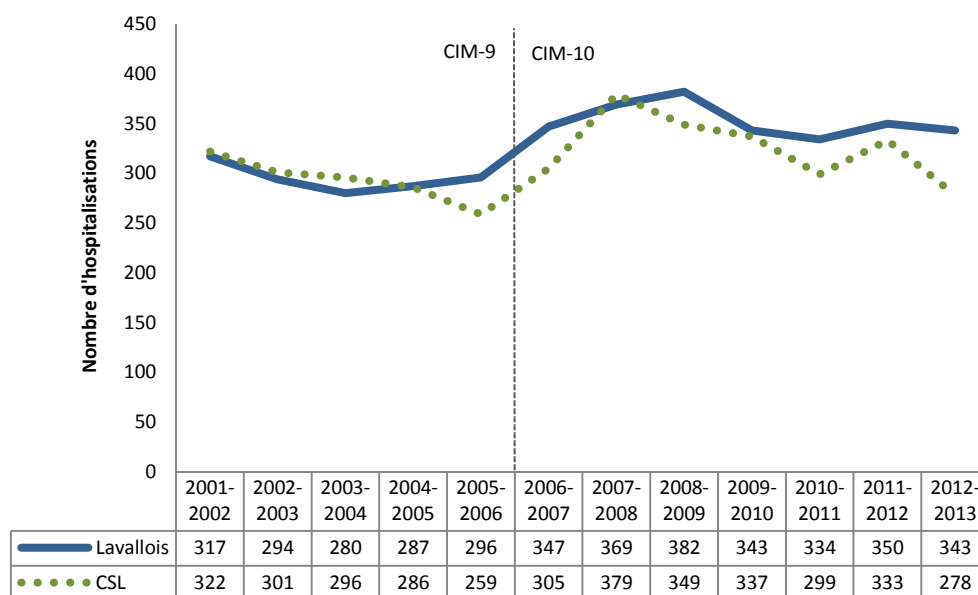
²⁹ Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

³⁰ Idem.

Puisque les taux d'hospitalisation pour les affections des voies respiratoires supérieures sont assez semblables à ceux pour les affections des voies respiratoires inférieures, le graphique suivant présente l'évolution du nombre d'épisodes d'hospitalisation pour les deux catégories d'affections aiguës.

GRAPHIQUE 36

NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES ET INFÉRIEURES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL, 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

Comme on peut le constater, le nombre d'épisodes est assez variable d'une année à l'autre, mais ne présente pas de tendance à la hausse ou à la baisse, tant pour la population lavalloise qu'à la CSL. En effet, au cours des 12 dernières années, le nombre d'épisodes a varié de 280 à 382 dans la population lavalloise et de 278 à 379 à la CSL.

En 2012-2013, il y a eu 343 épisodes d'hospitalisation pour une AAVR, la majorité (56,6 %) concernant les voies respiratoires inférieures.

Le tableau suivant présente les épisodes d'hospitalisation de courte durée de 2012-2013 dans la population lavalloise en fonction du diagnostic principal. Les bronchiolites aiguës et les bronchites aiguës étaient responsables de 56,5 % des épisodes d'hospitalisation. Ces diagnostics ont touché davantage certains groupes d'âge : les bronchiolites aiguës concernaient majoritairement les enfants de moins de 1 an (78,9 %) ou de 1 an à 4 ans (18,8 %) tandis que les bronchites aiguës touchaient des personnes de 65 ans ou plus dans 77,2 % des cas.

TABLEAU 45
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES
SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Diagnostic	Nombre	%
Bronchiolite aiguë	128	37,3
Bronchite aiguë	66	19,2
Infection aiguë des voies respiratoires supérieures à localisations multiples	62	18,1
Amygdalite aiguë	23	6,7
Laryngite obstructive aiguë et épiglottite aiguë	23	6,7
Laryngite et trachéite aiguë	19	5,5
Pharyngite aiguë	14	4,1
Sinusite aiguë	7	2,0
Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)	1	0,3
Total	343	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

7.2.1. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

Contrairement à la consommation de services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ) (57,1 % de sexe féminin), les épisodes d'hospitalisation pour une AAVR concernent majoritairement des Lavallois de sexe masculin (55,1 % des épisodes des trois dernières années).

De plus, comme le montre le tableau suivant, les enfants de moins d'un an sont davantage représentés dans les données sur les hospitalisations de courte durée. En effet, au cours des trois dernières années, 43,0 % des épisodes d'hospitalisation concernaient un enfant de moins d'un an, tandis que seulement 4,4 % des personnes ayant consulté un médecin pour une AAVR en 2011-2012 faisaient partie de ce groupe d'âge (voir la section 7.1).

Les taux bruts par groupes d'âge montrent également que les jeunes sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à être hospitalisés. On constate les taux les plus élevés chez les enfants de moins de 1 an, suivis de loin par les jeunes de 1 à 4 ans et les 75 ans et plus.

TABEAU 46
RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÂGE, NOMBRE ANNUEL MOYEN ET TAUX ANNUEL MOYEN BRUT, POPULATION LAVALLOISE, 2010-2011 À 2012-2013³¹

Groupe d'âge	Nombre annuel moyen		Taux brut annuel moyen pour 10 000 personnes
	Nombre	%	
Moins de 1 an	147	43,0	323,5
1 à 4 ans	68	19,9	36,6
5 à 17 ans	16	4,7	2,7
18 à 64 ans	51	14,8	2,0
65 à 74 ans	17	4,9	5,1
75 ans et plus	43	12,7	15,1
Total	342	100,0	8,5

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2010-2011 à 2012-2013 (CIM-10CA); MSSS (2010a).

7.2.2. Durée moyenne de séjour et équivalents-lits³²

Les épisodes d'hospitalisation pour une AAVR sont en moyenne plus longs lorsqu'ils concernent des personnes adultes. En effet, en 2012-2013, la durée moyenne de séjour des Lavallois de 18 ans et plus était de 4,4 jours, tandis qu'elle était de 2,2 jours chez les jeunes. Les durées de séjour sont toutefois généralement assez courtes si on les compare aux durées de séjour pour d'autres affections respiratoires telles que les MPOC ou les pneumonies et les gripes. En 2012-2013, 2,8 lits ont servi à temps plein pour des AAVR dans la population lavalloise (1,3 lit pour les mineurs et 1,4 lit pour les adultes).

7.2.3. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise était de 55,4 %, un taux un peu plus élevé chez les adultes (60,5 %) que chez les moins de 18 ans (52,7 %). Outre la CSL, les établissements les plus fréquentés par les Lavallois de moins de 18 ans étaient le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. Chez les adultes, l'établissement le plus fréquenté, outre la CSL, était l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Quant à la clientèle de la CSL hospitalisée pour une AAVR, elle se composait en majorité de résidents lavallois (68,3 %), suivis de résidents des Laurentides et de Lanaudière. La clientèle adulte de la CSL était proportionnellement plus nombreuse à habiter la région de Laval (77,4 %) que la clientèle mineure (63,8 %).

³¹ Puisque le nombre annuel d'hospitalisations est plus faible pour ce type de maladie, les trois dernières années ont été prises en considération pour la répartition par âge et par sexe. De cette façon, la répartition est plus représentative des caractéristiques de la clientèle touchée.

³² Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

TABLEAU 47
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE AFFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Établissement fréquenté et région de résidence	0 à 17 ans		18 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise						
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	118	52,7	72	60,5	190	55,4
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	56	25,0	0	0,0	56	16,3
Hôpital de Montréal pour enfants	31	13,8	0	0,0	31	9,0
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	0	0,0	25	21,0	25	7,3
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	8	3,6	0	0,0	8	2,3
Hôpital de Saint-Eustache	2	0,9	4	3,4	6	1,7
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	9	4,0	18	15,1	27	7,9
Total	224	100,0	119	100,0	343	100,0
Région de résidence de la clientèle de la CSL						
Laval	118	63,8	72	77,4	190	68,3
Laurentides	35	18,9	7	7,5	42	15,1
Lanaudière	24	13,0	11	11,8	35	12,6
Montréal	7	3,8	3	3,2	10	3,6
Montréal	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Total	185	100,0	93	100,0	278	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

7.3. Décès

Les décès causés par une AAVR sont très rares. Au cours des cinq dernières années (2008 à 2012), deux Lavallois sont décédés en raison d'une affection aiguë des voies respiratoires (inférieures).

Synthèse

Affections aiguës des voies respiratoires (supérieures et inférieures)

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > 50 956 Lavallois ont consulté 72 542 fois pour une AAVR, ce qui représente 15,9 % de l'ensemble des Lavallois ayant consulté (pour toutes raisons) durant cette période;
- > Les consultations concernaient principalement des infections aiguës des voies respiratoires non précisées (50,1 %), des amygdalites aiguës (12,8 %) et des pharyngites aiguës (11,4 %);
- > Les personnes ayant consulté pour ces maladies étaient le plus souvent des femmes (57,1 %);
- > Près d'un enfant lavallois sur deux âgé de moins d'un an a consulté pour une AAVR. Les jeunes de 1 à 4 ans sont aussi nombreux à avoir consulté (43,7 % de ceux-ci), suivis des 5 à 19 ans (16,8 %).

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

En 2012-2013 :

- > Les taux ajustés d'hospitalisation sont significativement plus bas à Laval que dans le reste du Québec, que ce soit pour les affections des voies respiratoires supérieures ou inférieures;
- > Les bronchiolites aiguës (majoritairement des enfants de moins de 1 an) et les bronchites aiguës (surtout des personnes âgées de 65 ans ou plus) étaient responsables de 56,5 % des épisodes d'hospitalisation;
- > Contrairement à la consommation de services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ), les épisodes d'hospitalisation concernent majoritairement des Lavallois de sexe masculin (55,1 % dans les trois dernières années);
- > Plus de quatre hospitalisations sur dix concernent un enfant de moins d'un an (moyenne sur trois ans);
- > Les taux d'hospitalisation les plus élevés se trouvent chez les enfants de moins de 1 an (323,5 pour 10 000 personnes), suivis de loin par les jeunes de 1 à 4 ans (36,6 pour 10 000 personnes) et les 75 ans et plus (15,1 pour 10 000 personnes);
- > 2,8 lits ont servi à temps plein pour des AAVR dans la population lavalloise (1,3 lit pour les mineurs et 1,4 lit pour les adultes);
- > Le taux de rétention de la population lavalloise était de 55,4 %, un taux un peu plus élevé chez les adultes (60,5 %) que chez les moins de 18 ans (52,7 %);
- > La clientèle de la CSL hospitalisée pour une AAVR était composée en majorité de résidents lavallois (68,3 %).

DÉCÈS

- > Les décès causés par une AAVR sont très rares. Au cours des cinq dernières années (2008 à 2012), deux Lavallois en sont décédés.

8. MALADIES DU POUMON DUES À DES AGENTS EXTERNES

Les maladies du poumon dues à des agents externes peuvent être d'origine professionnelle ou non.

Certaines de ces maladies sont clairement d'origine non professionnelle, comme les pneumopathies dues à des substances solides et liquides liées au passage dans les poumons d'aliments ou de contenu gastrique (vomissements).

D'autres peuvent être d'origine professionnelle ou non professionnelle, comme les affections respiratoires dues à l'exposition à des substances chimiques ou à l'inhalation d'agents chimiques, d'émanations, de fumées et de gaz provenant par exemple d'un incendie ou d'un appareil fonctionnant avec un combustible.

Finalement, on trouve les pneumoconioses, c'est-à-dire des atteintes chroniques des bronches et des poumons liées à l'inhalation (massive ou répétée) de poussières de diverses sources. Elles sont le plus souvent associées à une exposition en milieu de travail, comme les expositions à l'amiante, à la silice ou au béryllium.

Les données que nous présentons dans le présent chapitre sur les services médicaux rémunérés à l'acte, les hospitalisations et les décès ne permettent pas de distinguer les maladies liées au travail de celles d'origine non professionnelle.

8.1. Services médicaux rémunérés à l'acte

En 2011-2012, peu de personnes (178) ont reçu des services médicaux rémunérés à l'acte pour une maladie du poumon due à des agents externes. Toutefois, ce nombre a connu une augmentation comparativement à 2005-2006. La majorité des personnes ayant consommé des services médicaux rémunérés à l'acte pour ce type d'affection étaient des hommes (61,4 %). Un peu plus de la moitié des personnes étaient âgées de 65 ans et plus (52,8 %), dont une proportion importante de personnes de 75 ans et plus (38,8 %).

TABLEAU 48
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES, POPULATION LAVALLOISE, 2005-2006 À 2011-2012

	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Nombre de personnes	93	131	180	178
Femmes	36	45	92	69
Hommes	57	86	87	109

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 (CIM-9).

8.1.1. Caractéristiques des consultations

En 2011-2012, les 178 résidents lavallois ont consulté à 206 reprises. Le tableau suivant présente la répartition des consultations selon les diagnostics associés aux services reçus. La majorité du temps, les Lavallois ont consulté pour des affections respiratoires dues à l'inhalation de fumées et de vapeurs ou pour des pneumonies dues à des substances solides et liquides.

Toutefois, les diagnostics liés aux consultations pour une maladie du poumon due à des agents externes varient d'année en année. La répartition de 2011-2012 n'est donc pas nécessairement représentative des années précédentes ou de celles qui suivront. Par exemple, en 2005-2006, parmi les 129 consultations pour une maladie du poumon due à des agents externes, 51 (39,5 %) concernaient une pneumoconiose (tous types confondus³³), un nombre beaucoup plus important que ce qui a été comptabilisé en 2011-2012 (soit 6, 3 %). À l'inverse, moins de consultations pour une affection respiratoire due à l'inhalation de fumées et de vapeurs ont eu lieu en 2005-2006 (soit 12, 9,3 %) comparativement à 2011-2012 (soit 87, 42,2 %).

TABLEAU 49
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES SELON LE
DIAGNOSTIC, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

Diagnostic	Nombre	%
Affection respiratoire due à l'inhalation de fumées et de vapeurs	87	42,2
Pneumonie due aux substances solides et liquides	72	34,9
Pneumoconiose des mineurs de charbon*	3	1,5
Pneumopathie due à l'inhalation d'autres poussières*	3	1,5
Affection respiratoire due à des agents externes – autre et sans précision	41	19,9
Total	206	100,0

* Pneumoconiose.

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

En 2011-2012, contrairement à la situation par rapport aux autres MSR, la majorité des consultations (56,1 %) ont eu lieu dans la région de Montréal. Cette particularité pourrait être attribuable à la présence dans cette région de l'Institut thoracique de Montréal, où se trouve une clinique de santé environnementale au travail. Les consultations dont les Lavallois ont bénéficié ont été données par des omnipraticiens (57,6 %), des pneumologues (18,2 %) ou des urgentistes (15,2 %). De plus, comme en témoigne le tableau suivant, les personnes atteintes d'une maladie du poumon due à des agents externes semblent aller consulter le plus souvent aux services d'urgence.

En effet, en 2011-2012, 43,9 % des consultations ont eu lieu dans ce type d'établissement, une proportion qui équivaut à celle des consultations faites en clinique médicale. Les cliniques-réseau/GMF semblent être également beaucoup moins fréquentées pour ces maladies puisque seulement 10,6 % des consultations y ont eu lieu comparativement à 45,2 % de l'ensemble des consultations pour une MSR.

³³ Les pneumoconioses comprennent la pneumoconiose des mineurs de charbon (CIM-9 500), l'asbestose (CIM-9 501), la pneumoconiose due à d'autres silicates ou silices (CIM-9 502), la pneumoconiose due à d'autres poussières inorganiques (CIM-9 503), la pneumopathie due à l'inhalation d'autres poussières (CIM-9 504) et la pneumoconiose, sans précision (CIM-9 505).

TABLEAU 50
RÉPARTITION DES CONSULTATIONS POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES SELON LE LIEU DE CONSULTATION, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012

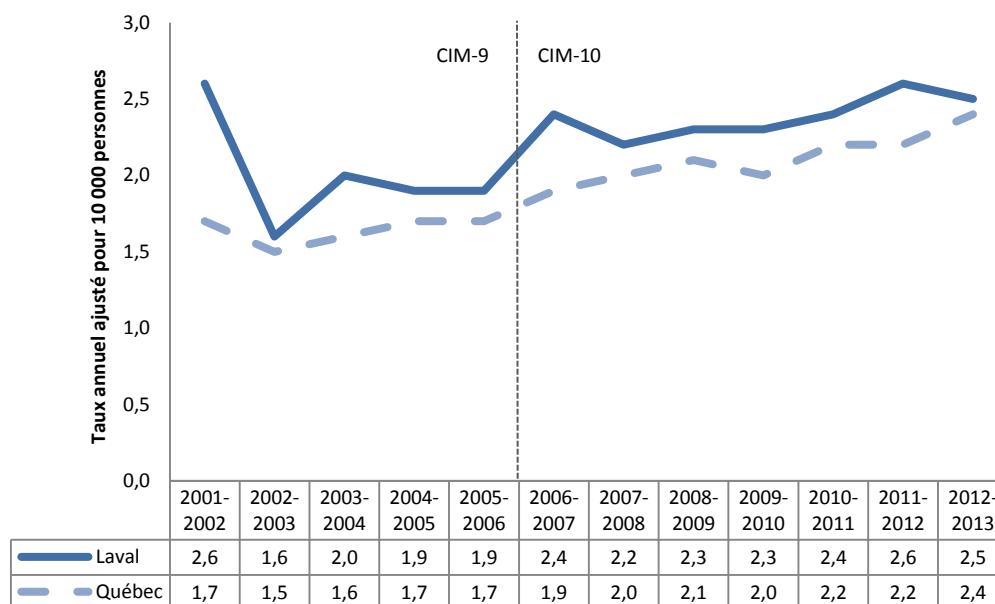
Lieu	Nombre	%
Urgence	91	43,9
Clinique médicale	91	43,9
Clinique-réseau/GMF	22	10,6
Clinique externe	3	1,5
Total	206	100,0

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2011-2012 (CIM-9).

8.2. Hospitalisations de courte durée

Le graphique suivant présente l'évolution des taux ajustés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée de 2001-2002 à 2012-2013. Une tendance à la hausse est observable pour l'ensemble du Québec ainsi que pour la région de Laval depuis 2002-2003. Les taux lavallois sont généralement un peu plus élevés que ceux du Québec, mais cette différence n'est pas significative (sauf en 2001-2002).

GRAPHIQUE 37
HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE³⁴ POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2000-2001 À 2012-2013



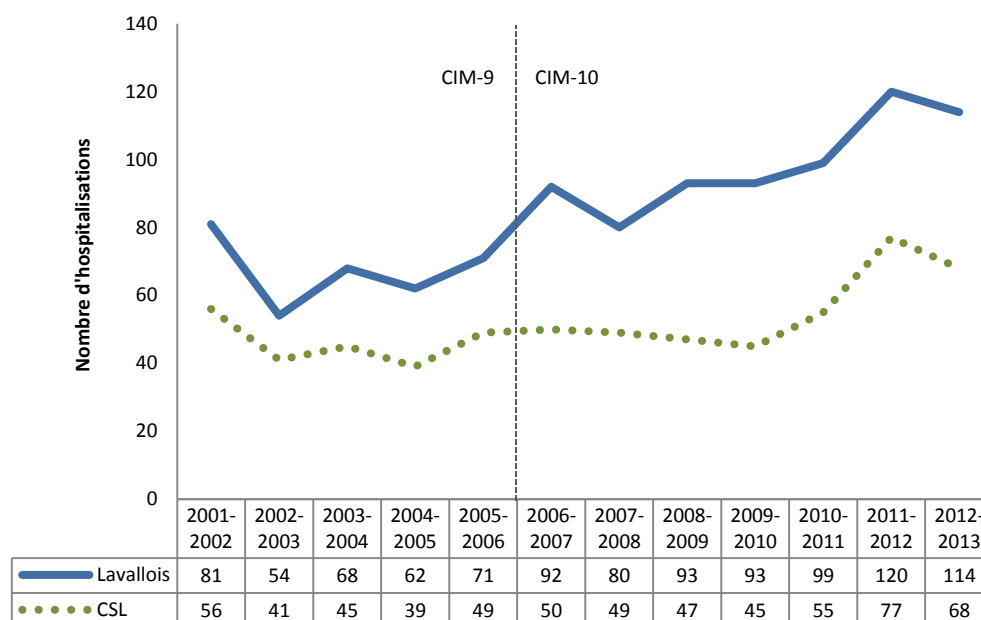
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

³⁴ Pour une définition des soins physiques de courte durée, voir l'annexe 3.

Le nombre d'épisodes d'hospitalisation pour une maladie du poumon due à des agents externes est également à la hausse, tant dans la population lavalloise qu'à la CSL. En effet, de 2001-2002 à 2012-2013, le nombre d'hospitalisations est passé de 81 à 114 dans la population lavalloise et de 56 à 68 à la CSL.

GRAPHIQUE 38

NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), POPULATION LAVALLOISE ET HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ DE LAVAL 2001-2002 À 2012-2013



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2005-2006 (CIM-9), 2006-2007 à 2012-2013 (CIM-10CA).

8.2.1. Hospitalisations selon l'âge et le sexe

En 2012-2013, la majorité des 114 épisodes d'hospitalisation concernaient des hommes (53,5 %). Plus du tiers (34,2 %) touchaient des personnes âgées de 85 ans et plus et la majorité (78,9 %) des personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 51). Au cours des 12 dernières années, les personnes âgées étaient toujours concernées dans la majorité des épisodes d'hospitalisation (de 60,3 % à 87,0 % des hospitalisations, selon les années).

TABEAU 51
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU POU MON DUE À DES AGENTS EXTERNES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL), SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Groupe d'âge	Nombre	%
0 à 17 ans	2	0,2
18 à 44 ans	6	5,3
45 à 64 ans	16	14,0
65 à 74 ans	13	11,4
75 à 84 ans	38	33,3
85 ans et plus	39	34,2
Total	114	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

De plus, comme en témoigne le tableau suivant, la grande majorité des épisodes d'hospitalisation de Lavallois (92,1 %) pour une maladie du poumon due à des agents externes étaient causés par une pneumopathie due à des substances solides et liquides. Ce type d'affection représente la grande majorité des hospitalisations au cours de chacune des 12 dernières années (variant de 82,6 % à 98,0 % des épisodes d'hospitalisation selon les années). L'augmentation du nombre d'épisodes d'hospitalisation des 12 dernières années concerne donc principalement ce type de pneumopathie.

De plus, dans la dernière année, 84 des 105 épisodes (80,0 %) d'hospitalisation pour une pneumopathie due à des substances solides et liquides concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus. On peut donc en déduire que le vieillissement de la population joue un rôle important dans l'augmentation des hospitalisations pour ce type d'affection. En effet, les pneumopathies dues à des substances solides et liquides consistent en une inflammation pulmonaire qui survient après le passage dans les poumons d'aliments ou de contenu gastrique. Elles sont fréquentes chez les personnes âgées atteintes d'un trouble de la déglutition ou chez les personnes nourries par une sonde alimentaire. Une étude a estimé que de 8 à 15 % des personnes âgées vivant à domicile et de 30 à 40 % de celles qui vivent en institution sont atteintes d'un trouble de la déglutition (Puisseux, 2009).

TABEAU 52
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU POU MON DUE À DES AGENTS EXTERNES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON LE TYPE DE DIAGNOSTIC, POPULATION LAVALLOISE, 2012-2013

Diagnostic principal	Nombre	%
Pneumopathie due à des substances solides et liquides	105	92,1
Pneumoconiose due à la poussière de silice	2	1,8
Affection respiratoire due à l'inhalation d'agents chimiques	1	0,8
Autre	6	5,3
Total	114	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

8.2.2. Durée moyenne de séjour et équivalents-lits³⁵

Contrairement à ce que l'on remarque pour la majorité des MSR, la durée moyenne de séjour pour une maladie due à des agents externes est plus élevée chez les jeunes que chez les adultes. En effet, en 2012-

³⁵ Pour la définition et la méthode de calcul, voir l'annexe 3.

2013, la durée moyenne de séjour³⁶ était de 39,5 jours chez les mineurs et de 13,7 jours chez les adultes (14,2 jours au total). Toutefois, il est important de préciser que seulement deux épisodes d'hospitalisation touchant des jeunes de moins de 18 ans ont eu lieu durant cette période. Les deux cas étaient des jeunes de moins de dix ans qui souffraient d'une pneumopathie due à des substances solides ou liquides. En analysant les épisodes d'hospitalisation des années antérieures, on constate que les hospitalisations de personnes de moins de 18 ans pour ce type d'affection sont toujours assez rares, mais d'assez longue durée comparativement aux hospitalisations de jeunes pour d'autres MSR.

En 2012-2013, dans la population lavalloise, 4,8 lits ont servi à temps plein pour des personnes atteintes de maladies du poumon dues à des agents externes (0,2 lit pour les mineurs et 4,6 lits pour les adultes).

8.2.3. Taux de rétention et d'attraction

En 2012-2013, le taux de rétention de la population lavalloise était de 53,5 %. Après la CSL, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est l'établissement qui reçoit le plus de Lavallois. Quant à la clientèle de la CSL, elle se compose en grande majorité de résidents lavallois (89,7 %).

TABLEAU 53
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE POUR UNE MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES (DIAGNOSTIC PRINCIPAL) SELON L'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION DE RÉSIDENCE, 2012-2013

Établissement et région de résidence	Nombre	%
Établissement fréquenté par la population lavalloise		
Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	61	53,5
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	35	30,7
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	8	7,0
Autre	10	8,8
Total	114	100,0
Région de résidence de la clientèle de la CSL		
Laval	61	89,7
Montréal	3	4,4
Lanaudière	3	4,4
Laurentides	1	1,5
Total	68	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013 (CIM-10CA).

8.3. Décès

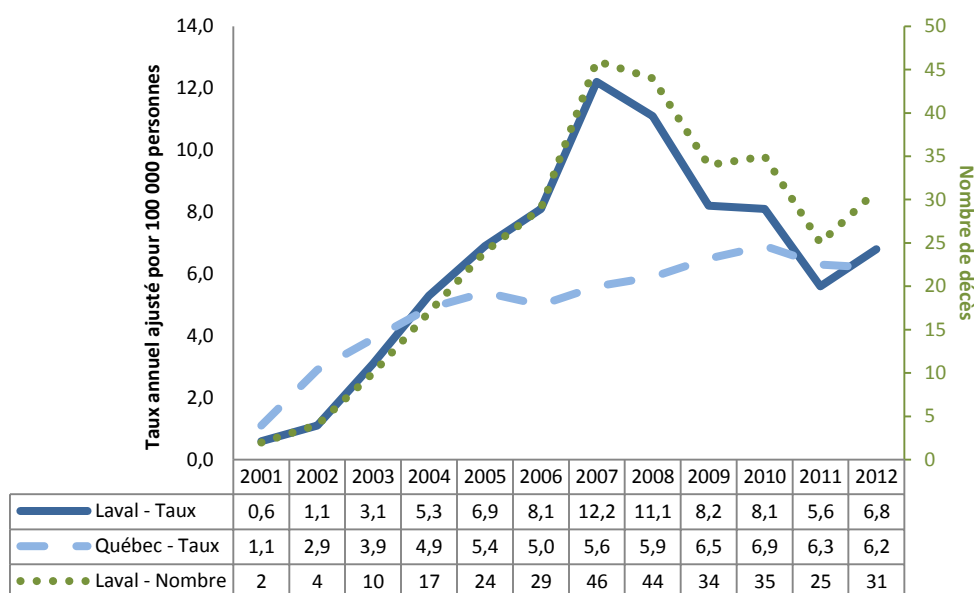
Bien que ce type de maladies soit rare, le nombre de décès est tout de même important. En 2012, 31 Lavallois sont décédés de ce type de maladie, ce qui est non négligeable si l'on considère que le nombre de personnes touchées par ces maladies est assez faible (selon les données de la RAMQ et des hospitalisations).

Les taux des dernières années ne permettent pas de conclure à une tendance à la hausse puisqu'ils varient beaucoup d'une année à l'autre. Les années 2006 à 2008 se sont démarquées par des taux de décès beaucoup plus élevés à Laval, en particulier en 2007, où le taux a atteint 12,2 cas par 100 000 personnes, ce qui représentait 46 décès (graphique 39).

³⁶ Pour le calcul de la durée moyenne de séjour, nous avons exclu deux séjours d'hospitalisation où des personnes utilisaient un lit de courte durée en attendant un lit de longue durée.

En 2012, la majorité des personnes décédées étaient des hommes (67,7 %) et des personnes âgées de 75 ans et plus (80,6 %). De plus, tous les décès avaient comme cause une pneumopathie due à des substances solides et liquides, plus précisément des aliments et des vomissements. D'ailleurs, dans l'ensemble des cas de décès par maladie du poumon due à des agents externes ayant eu lieu à Laval au cours des 12 dernières années, la grande majorité (97,3 %) avaient comme cause une pneumopathie due à des substances solides et liquides. Puisque ces pneumopathies touchent davantage les personnes âgées, le vieillissement de la population peut en partie expliquer que les décès soient plus fréquents aujourd'hui comparativement au début des années 2000. Comme la population âgée sera de plus en plus importante dans les années à venir, ce type de pneumopathie pourrait devenir de plus en plus courant.

GRAPHIQUE 39
DÉCÈS PAR MALADIE DU POUMON DUE À DES AGENTS EXTERNES (CAUSE INITIALE), TAUX AJUSTÉS, POPULATIONS
LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2001 À 2012



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichiers des décès, 2001 à 2010, 2011p et 2012p (CIM-10CA); MSSS (2010a).
De 2001 à 2009 : données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Synthèse

Maladies du poumon dues à des agents externes

CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE

En 2011-2012 :

- > 178 Lavallois ont consulté 206 fois pour une maladie du poumon due à des agents externes. Le nombre de personnes a connu une augmentation comparativement à 2005-2006;
- > La majorité des personnes ayant consulté étaient des hommes (61,4 %). Un peu plus de la moitié des personnes étaient âgées de 65 ans et plus (52,8 %) dont une proportion importante de personnes de 75 ans ou plus (38,8 %);
- > Parmi les consultations :
 - la majorité d'entre elles étaient liées à des affections respiratoires dues à l'inhalation de fumées et de vapeurs (42,2 %) ou à des pneumonies dues à des substances solides et liquides (34,9 %).
 - la majorité des consultations (56,1 %) ont eu lieu à Montréal;
 - 43,9 % ont été offertes dans un service d'urgence;
 - les cliniques-réseau/GMF sont beaucoup moins fréquentées (10,6 %) pour ce type de maladie par rapport à l'ensemble des MSR (45,2 %).

HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

En 2012-2013 :

- > On a dénombré 114 épisodes d'hospitalisation de résidents lavallois pour une maladie du poumon due à des agents externes et 68 à la CSL (en hausse autant à Laval qu'à Québec);
- > Globalement, ce sont 73,7 % des épisodes d'hospitalisation de résidents lavallois qui concernaient une personne âgée (65 ans et plus) ayant une pneumopathie due à des substances solides et liquides;
- > La durée moyenne de séjour était de 14,2 jours. Durant cette période, dans la population lavalloise, 4,8 lits ont servi à temps plein pour des personnes atteintes de maladies du poumon dues à des agents externes;
- > Le taux de rétention de la population lavalloise était de 53,5 %. Après la CSL, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est celui qui reçoit le plus de Lavallois. Quant à la clientèle de la CSL, elle se compose en grande majorité de résidents lavallois (89,7 %).

DÉCÈS

- > En 2012, 31 Lavallois sont décédés de ce type de maladie. Tous les décès avaient comme cause une pneumopathie due à des substances solides et liquides et 80,6 % concernaient une personne de 80 ans et plus.
- > Le vieillissement de la population peut en partie expliquer que les décès soient plus fréquents aujourd'hui comparativement au début des années 2000.

9. MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES

« Les maladies respiratoires professionnelles sont causées par l'exposition, en milieu de travail, à des substances irritantes ou toxiques qui peuvent occasionner des affections respiratoires chroniques » (ASPC, 2007 : 32).

Les maladies respiratoires professionnelles peuvent être de différentes natures : les pneumoconioses, la pneumonie, l'asthme professionnel, les affections attribuables à l'inhalation de produits chimiques, d'émanations ou de gaz, le cancer du poumon, les MPOC, etc. (ASPC, 2007). La majorité des maladies respiratoires professionnelles ont donc été traitées dans les sections précédentes du présent portrait. À titre d'exemple, les différents types de pneumoconioses (amiantose, silicose, beryllose) sont inclus dans la section sur les maladies du poumon dues à des agents externes. Toutefois, puisque les codes CIM-9 ou CIM-10 ne permettent pas de distinguer les affections résultant d'une exposition professionnelle de celles qui ne le sont pas, nous complétons les données présentées dans les sections précédentes par des données provenant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ainsi que par des données sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine chimique.

9.1. Prévalence des maladies professionnelles acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Il est possible d'avoir une idée de la prévalence des maladies respiratoires professionnelles à partir des données sur l'indemnisation (CSST). Toutefois, ces données sous-estiment sans doute l'ampleur réelle de ces maladies, puisque seulement les cas déclarés et acceptés par la CSST sont comptabilisés. En effet, ce ne sont pas tous les cas qui sont reconnus sur le plan clinique ou qui sont le sujet d'une demande d'indemnisation (ASPC, 2007). De plus, « dans les milieux de travail, il existe un phénomène de réaffectation de tâches pour les travailleurs ayant subi une lésion. Ce phénomène, variable dans le temps, contribue à la sous-déclaration des lésions » (INSPQ, site Internet de l'Infocentre de santé publique du Québec³⁷).

Comme le montre le tableau suivant, les maladies respiratoires professionnelles sont variées. Parmi elles, c'est l'amiantose (une forme de pneumoconiose causée par l'inhalation de fibres d'amiante) qui est la maladie respiratoire la plus fréquemment déclarée et acceptée par la CSST. En effet, un peu plus du tiers des cas déclarés au cours des dix dernières années pour des résidents lavallois sont de cette nature, suivis des cas de mésothéliome (22,3 %) et d'asthme (17,1 %). Il est possible que ces résultats reflètent une plus grande facilité à faire accepter les cas d'amiantose et de mésothéliome par la CSST comparativement à d'autres types de maladies respiratoires. En effet, il est plus facile de montrer le lien entre une maladie telle que la pneumoconiose et une exposition professionnelle par rapport à d'autres types de maladies professionnelles où plusieurs autres facteurs peuvent être en jeu (American Thoracic Society, 2003).

³⁷ www.infocentre.inspq.quebec.ca

De plus, une méta-analyse a estimé que 15 % des cas de bronchopneumopathie obstructive chronique (MPOC) seraient liés au travail (American Thoracic Society, 2003) tandis que seulement un cas lavallois a été accepté par la CSST au cours des dix dernières années. Les données de la CSST ne permettent donc pas de conclure que l'amiantose est la maladie respiratoire professionnelle la plus fréquente et doivent donc être interprétées avec prudence.

TABEAU 54
RÉPARTITION DES CAS DE MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES DÉCLARÉS ET ACCEPTÉS PAR LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, POPULATION LAVALLOISE, 2003 À 2012

Type de maladie	Nombre	%
Amiantose (asbestose)	51	33,6
Mésothéliome*	34	22,3
Asthme	26	17,1
Cancer du poumon*	14	9,2
Pneumonie et grippe	8	5,3
Atteinte respiratoire aiguë	6	3,9
Rhinite allergique	2	1,3
Silicose	2	1,3
Pneumoconiose non précisée	2	1,3
Talcoses	1	0,7
Béryllose	1	0,7
Bronchopneumopathie obstructive chronique ou état apparenté	1	0,7
Maladie du légionnaire	1	0,7
Bronchite	1	0,7
Autre maladie du système respiratoire	2	1,3
Total	152	100,0

* Le mésothéliome et le cancer du poumon ne font pas partie des MSR telles qu'elles sont définies par la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA/codes J00-J99). Les données relatives à ces deux entités ont toutefois été incluses dans ce chapitre puisqu'elles sont liées au système respiratoire et qu'elles figurent parmi les quatre maladies respiratoires professionnelles les plus fréquemment déclarées et acceptées par la CSST.

Note : Le nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées correspond à un nombre d'événements (lésions) et non à un nombre d'individus (travailleurs). Un travailleur peut être victime de plus d'une lésion au cours d'une même période.

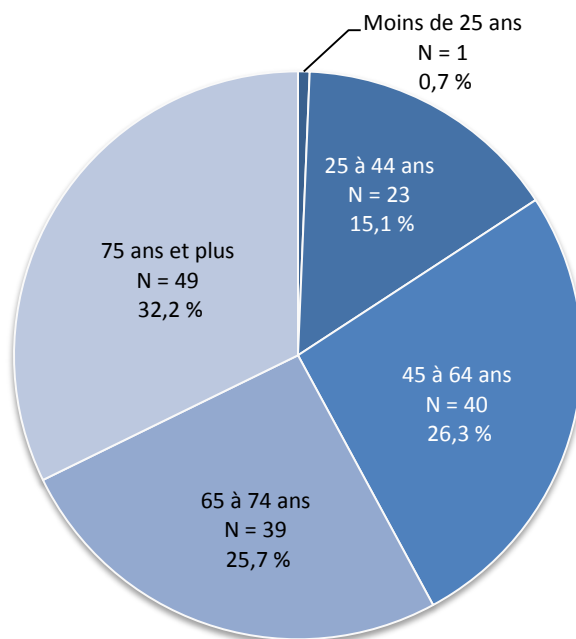
Sources : Commission de la santé et de la sécurité du travail, fichiers des lésions professionnelles, 2003 à 2012. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

De plus, il est important de préciser que les cas présentés dans le tableau ci-dessus concernent des résidents de Laval ayant été indemnisés par la CSST, mais l'exposition ayant causé la maladie n'a pas nécessairement eu lieu dans la région. En effet, surtout pour les maladies à longue latence comme l'amiantose, la personne exposée a pu travailler dans différentes régions avant que le cas ne soit déclaré (INSPQ, site Internet de l'Infocentre de santé publique du Québec³⁸).

Au cours des 10 dernières années, la majorité des 152 cas touchaient des hommes (82,9 %). Le graphique suivant présente la répartition des cas selon les groupes d'âge. Les personnes âgées sont nettement surreprésentées, avec 57,9 % des cas (65 ans et plus).

³⁸ www.infocentre.inspq.riess.qc.ca

GRAPHIQUE 40
RÉPARTITION DES CAS DE MALADIES PROFESSIONNELLES DÉCLARÉS ET ACCEPTÉS PAR LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE, 2003 À 2012



Sources : Commission de la santé et de la sécurité du travail, fichiers des lésions professionnelles, 2003 à 2012. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

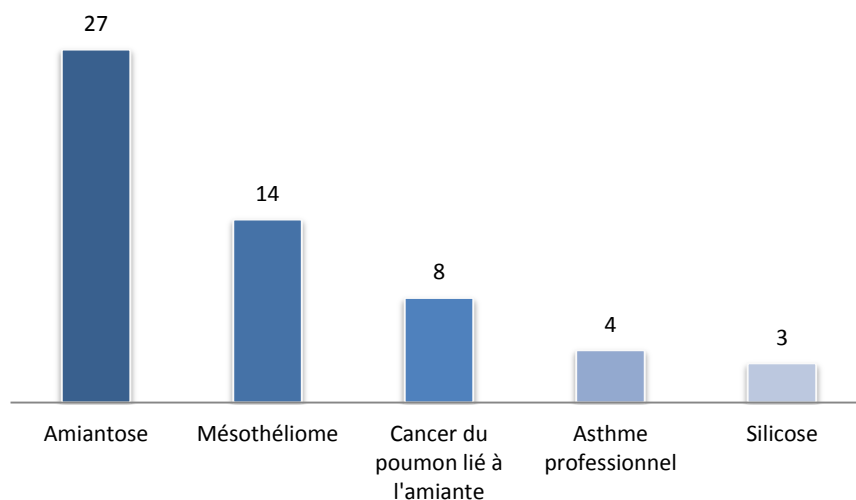
9.2. Maladies respiratoires professionnelles d'origine chimique à déclaration obligatoire

Une autre source de données, le système MADO chimique, nous permet d'avoir des renseignements plus récents sur des cas de certaines maladies respiratoires professionnelles. Au cours des 3 dernières années, 56 cas de MADO chimique de nature respiratoire ont été déclarés à Laval. En ce qui concerne les maladies à courte latence (par exemple, l'asthme d'origine professionnelle, l'atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique, la byssinose), ce sont des cas dont le lieu d'exposition est Laval. En ce qui concerne les maladies à plus longue latence (l'amiantose, la béryllose, la silicose, le mésothéliome, le cancer du poumon), ce sont des cas de personnes qui résident à Laval.

La majorité des 56 MADO chimiques de nature respiratoire déclarées au cours des 3 dernières années à Laval sont des cas liés à une exposition à de l'amiante en milieu de travail, soit l'amiantose (n = 27), les cancers du poumon liés à l'amiante (n = 8) ainsi que la plupart des cas de mésothéliome (n = 13 sur 14).

GRAPHIQUE 41

NOUVEAUX ÉPISODES SELON LA MALADIE RESPIRATOIRE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, LAVAL, 2011 À 2013



Source : Institut national de santé publique du Québec, système MADO chimique, 2011 à 2013.

Le plus récent bilan des MADO chimiques (Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2014b) a présenté les sources d'exposition des 14 cas de nature respiratoire et liés au travail qui ont été **déclarés en 2013** :

- Amiantose (n = 5) : exposition par l'intermédiaire d'isolants et de freins d'ascenseur;
- Asthme d'origine professionnelle (n = 1) : exposition à la farine de blé;
- Cancer du poumon lié à l'amiante (n = 1) : exposition à l'amiante par l'intermédiaire d'isolants de calorifugeage;
- Mésothéliome (n = 6) : exposition à l'amiante par l'intermédiaire d'isolants (calorifugeage, flocage), d'amiante-ciment, de tuiles en amiante-vinyle et de freins de camion;
- Silicose (n = 1) : exposition à la silice en milieu de travail par l'intermédiaire de poussières de sablage au jet.

9.2.1. Asthme professionnel

L'asthme professionnel est un type d'asthme causé par le travail. On distingue deux types d'asthme professionnel : « Le plus fréquent est dit *immunologique* ou avec *période de latence*, c'est-à-dire qu'il peut s'écouler quelques mois à quelques années entre le début de l'exposition professionnelle et l'apparition des symptômes respiratoires. [...] Le second est dit non immunologique ou sans période de latence et se manifeste au cours des minutes ou des heures qui suivent une exposition accidentelle à des vapeurs, des fumées ou des gaz irritants à des concentrations considérées généralement relativement élevées » (Vandenplas et Malo, 2003, cité dans INSPQ, 2012).

Dans l'ensemble du Québec, de 2007 à 2011, 316 cas d'asthme professionnel ont été déclarés, dont 10 dans la région de Laval. Tout comme pour l'ensemble des maladies respiratoires professionnelles, l'asthme professionnel semble être sous-estimé. En effet, une moyenne de deux nouveaux cas par année à Laval paraît très peu comparativement avec les résultats d'études estimant que de 9 à 15 % des cas d'asthme nouvellement diagnostiqués chez l'adulte seraient d'origine professionnelle (Boulet et autres,

2007). La proportion pourrait même être plus élevée, une étude soulevant un pourcentage de 20 % (Toren et Blanc, 2009, cité dans INSPQ, 2012).

L'asthme professionnel peut être causé par plusieurs types d'allergènes dans de nombreux domaines de travail. Le tableau suivant présente la répartition des 331 causes liées aux 316 cas d'asthme d'origine professionnelle déclarés au Québec de 2007 à 2011. Puisque les causes d'un même épisode peuvent être multiples, le nombre total de causes est un peu plus élevé que le nombre de cas déclarés. Les poussières et les isocyanates sont les causes qui ont été les plus fréquemment déclarées.

TABLEAU 55
RÉPARTITION DES CAUSES D'ASTHME PROFESSIONNEL, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2007 À 2011

Cause	Nombre	%
Poussières (farine, bois, autres)	95	28,7
Isocyanates	68	20,5
Animaux (crustacés et autres)	36	10,9
Résines	14	4,2
Métaux	12	3,6
Divers	54	16,3
Cause inconnue	52	15,7
Total	331	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire, données extraites en septembre 2013.

Synthèse

Maladies respiratoires professionnelles

PRÉVALENCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ACCEPTÉES PAR LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

- > Les maladies professionnelles déclarées et acceptées par la CSST ne sont pas le reflet de la prévalence réelle des maladies respiratoires d'origine professionnelles puisque ce ne sont pas tous les cas qui sont reconnus sur le plan clinique ou qui sont le sujet d'une demande d'indemnisation.
- > Entre 2002 et 2011, 152 cas de maladies respiratoires professionnelles touchant des Lavallois ont été déclarés et acceptés par la CSST.
- > Parmi ces cas, c'est l'amiantose qui a été la maladie respiratoire la plus fréquemment déclarée et acceptée par la CSST (33,6 % des cas), suivie des cas de mésothéliome (22,3 %).
- > Il est possible que ces résultats reflètent une plus grande facilité à faire accepter les cas d'amiantose et de mésothéliome par la CSST comparativement à d'autres types de maladies respiratoires.
- > La majorité des 152 cas touchaient des hommes (74 %) et 43,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

MALADIES RESPIRATOIRES PROFESSIONNELLES D'ORIGINE CHIMIQUE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

- > Au cours des 3 dernières années, 56 cas de MADO chimique de nature respiratoire ont été déclarés à Laval.
- > La majorité de ces cas étaient liés à une exposition à de l'amiante en milieu de travail, soit l'amiantose (n = 27), les cancers du poumon liés à l'amiante (n = 8) ainsi que la plupart des cas de mésothéliome (n = 13).

ASTHME PROFESSIONNEL

- > Dans l'ensemble du Québec, de 2007 à 2011, 316 cas d'asthme professionnel ont été déclarés, dont 10 dans la région de Laval.
- > Même si la maladie est à déclaration obligatoire, sa prévalence est probablement grandement sous-estimée. Des études estiment que de 9 à 20 % des cas d'asthme nouvellement diagnostiqués chez l'adulte seraient d'origine professionnelle.
- > Les poussières et les isocyanates ont été les plus fréquemment déclarées comme étant la cause de l'asthme professionnel.

10. FACTEURS ASSOCIÉS AUX MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

Plusieurs facteurs modifiables augmentent le risque d'avoir une maladie respiratoire ou d'aggraver une maladie respiratoire existante. Par la réduction ou l'élimination de ces déterminants, entre autres par des interventions de santé publique ou des interventions cliniques, il est possible de prévenir un grand nombre de maladies respiratoires ou d'éviter des complications.

Les deux principaux facteurs de risque modifiables dans le cas des MSR sont la fumée du tabac (le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire) ainsi que la mauvaise qualité de l'air (intérieur et extérieur) (ASPC, 2007). Ces deux facteurs seront traités dans le présent chapitre, puis suivront quelques données sur l'allaitement, le statut pondéral et les conditions socioéconomiques en fonction de leurs effets sur les MSR.

10.1. Tabagisme et exposition à la fumée du tabac

Dans la présente section, des données seront présentées sur les effets du tabagisme et de la fumée du tabac sur les MSR, la prévalence et l'évolution de ces deux facteurs, le tabagisme chez les jeunes du secondaire et le profil des fumeurs actuels.

10.1.1. Lien entre la fumée du tabac et les maladies du système respiratoire

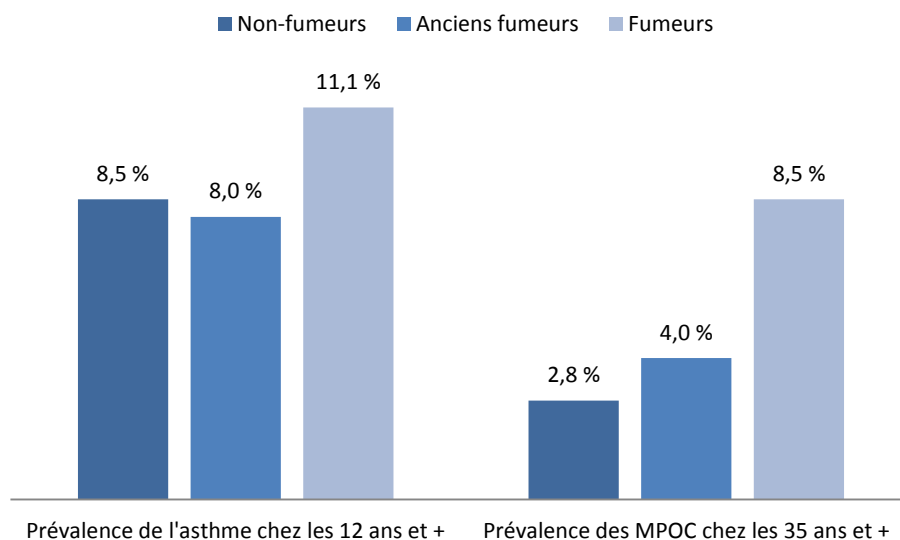
Le tabagisme est reconnu comme étant le plus important facteur de risque évitable en ce qui concerne les MSR. Chez les adultes, le tabagisme est « directement lié au cancer du poumon, au piètre contrôle de l'asthme, à des maladies respiratoires aiguës, à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et à tous les principaux symptômes respiratoires (toux, mucosité, respiration sifflante et dyspnée) » (ASPC, 2007 : 12). Selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le tabagisme serait associé à 80 % des cas de MPOC (site Internet du CDC³⁹). Quant à l'exposition à la fumée secondaire, elle serait liée, chez les adultes, à des irritations du nez et des yeux et, chez les enfants, à des infections aiguës des voies respiratoires inférieures, ainsi qu'à l'apparition et à l'aggravation de l'asthme (ASPC, 2007).

Des données québécoises permettent d'illustrer ces liens qui existent entre le tabagisme et l'asthme ainsi que les MPOC.

Comme on peut le constater dans le graphique suivant, la prévalence de l'asthme est significativement plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs ou les anciens fumeurs. En ce qui concerne la prévalence des MPOC chez les personnes de 35 ans et plus, celle des fumeurs est plus de deux fois plus élevée que celle chez les anciens fumeurs et trois fois plus élevée que celle chez les personnes n'ayant jamais fumé.

³⁹<http://www.cdc.gov>

GRAPHIQUE 42
PRÉVALENCE DE L'ASTHME ET DES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES SELON LE STATUT
TABAGIQUE, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2011-2012



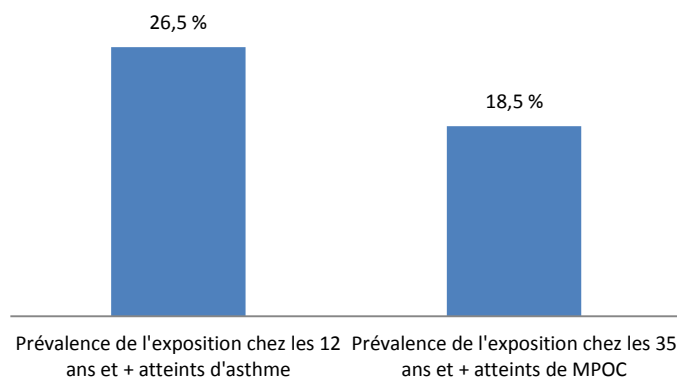
Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

Ces données, en plus d'illustrer le lien entre le tabagisme et les maladies respiratoires chroniques, permettent de constater que de nombreuses personnes fument toujours bien qu'elles aient reçu un diagnostic d'asthme ou de MPOC, ce qui peut conduire à une aggravation de leur maladie et à une plus grande difficulté à la contrôler. En effet, 27,9 % des Québécois de 12 ans et plus atteints d'asthme et 38,5 % des Québécois de 35 ans et plus atteints d'une MPOC sont actuellement fumeurs (ESCC, 2011-2012) (données non présentées).

De plus, parmi les personnes atteintes d'asthme ou d'une MPOC qui ne fument pas actuellement, il y a une proportion non négligeable qui est tout de même exposée régulièrement à la fumée secondaire (graphique 43). Les données ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet puisque ces personnes sont déjà atteintes de la maladie et que l'on ne sait pas si l'exposition est arrivée avant ou après l'apparition de la maladie. Toutefois, ces personnes encourent elles aussi des risques plus grands d'aggravation des symptômes de leur maladie.

GRAPHIQUE 43
PRÉVALENCE DE L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE DANS LE DERNIER MOIS (DOMICILE, VÉHICULES PRIVÉS OU LIEUX PUBLICS) CHEZ LES NON-FUMEURS ATTEINTS D'ASTHME OU DE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2011-2012



Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

Le lien entre le tabagisme et les MSR : le cas des enfants

■ L'exposition *in utero*

L'exposition au tabagisme *in utero* (par le tabagisme de la mère ou par l'exposition de celle-ci à la fumée secondaire) est un facteur de risque important de maladies respiratoires chez l'enfant. Selon l'Étude sur la santé respiratoire des enfants de Montréal de 6 mois à 12 ans (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011), l'exposition à la fumée *in utero* était responsable de 13 % des diagnostics d'asthme à vie et de 10 % des diagnostics d'asthme actif⁴⁰.

À Laval, nous n'avons pas de données fiables sur le pourcentage de femmes enceintes qui fument ou qui sont exposées à la fumée de tabac dans leur environnement. Toutefois, à l'échelle provinciale, 12,4 % des femmes québécoises ayant donné naissance dans les cinq ans précédant l'ESCC ont déclaré avoir fumé durant leur grossesse (ESCC, 2011-2012). Si l'on applique cette proportion à Laval, sur environ 4 400 naissances en 2012, environ 550 enfants auraient été exposés au tabagisme de la mère *in utero*. Le tabagisme durant la grossesse a baissé significativement dans les dernières années, puisqu'il était de 21,0 % en 2000-2001 (ESCC, 2000-2001). Quant à l'exposition régulière à la fumée secondaire durant et après la grossesse (environ six mois après celle-ci) chez les non-fumeuses, la prévalence était de 8,3 % en 2005. Ces résultats pourraient être différents aujourd'hui puisque depuis, les dispositions de la Loi sur le tabac relatives à l'usage du tabac dans les endroits publics sont entrées en vigueur (en 2006).

L'Étude sur la santé respiratoire des enfants de Montréal de 6 mois à 12 ans (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011) est parvenue à des résultats

⁴⁰ Celui dont souffrent des personnes qui ont eu des symptômes ou qui ont pris des médicaments pour leur asthme dans la dernière année.

similaires. En 2006, 13,4 % des enfants de 6 mois à 12 ans avaient été exposés aux produits de combustion de tabac *in utero*, soit parce que la mère avait fumé pendant la grossesse, soit parce que la mère avait été exposée à la fumée secondaire au cours de la grossesse.

■ L'exposition durant l'enfance

Selon la même étude, parmi 8 000 enfants de 6 mois à 12 ans, 11,6 % étaient actuellement exposés à la fumée de tabac à leur domicile (en 2006) et 14,8 % l'avaient été durant leur première année de vie. Cette étude a estimé que l'exposition actuelle à la fumée du tabac était responsable de 7 % des infections respiratoires diagnostiquées dans la dernière année⁴¹ et que l'exposition actuelle ou passée était responsable de 6 % des rhinites allergiques hivernales chez ces enfants.

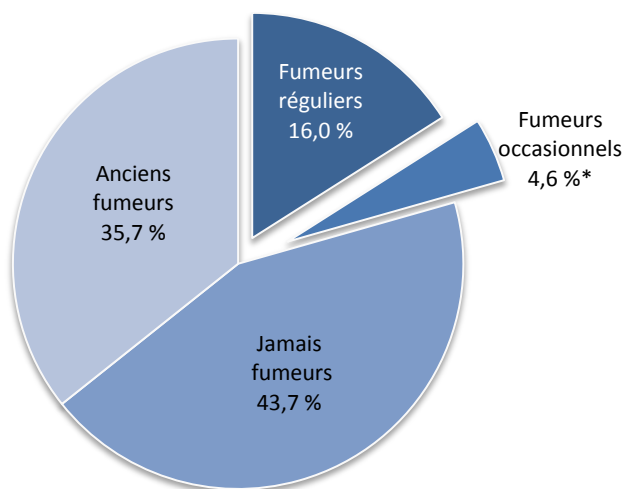
10.1.2. Prévalence et évolution du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac

En 2011-2012, environ 1 Lavallois sur 5 de 12 ans et plus a déclaré fumer actuellement (20,6 %; 16 % de fumeurs réguliers et 4,6 % de fumeurs occasionnels), une prévalence un peu plus faible que celle de l'ensemble du Québec (22,4 %). Toujours en 2011-2012, 35,7 % des Lavallois ont déclaré avoir déjà été fumeurs. La proportion de fumeurs actuels est légèrement plus élevée chez les hommes (21,5 %) que chez les femmes (19,7 %). Les hommes qui fument quotidiennement consomment également davantage de cigarettes par jour que les femmes (15,6 chez les hommes comparativement à 13,0 chez les femmes). Toutefois, il y a beaucoup plus d'anciens fumeurs chez les hommes (41,6 %) que chez les femmes (30,1 %) (ESCC, 2011-2012).

Si la prévalence du tabagisme était toujours la même aujourd'hui, elle correspondrait à environ 57 600 fumeurs réguliers et 16 500 fumeurs occasionnels de 12 ans et plus en 2014. Il y aurait également environ 128 500 Lavallois qui auraient déjà été fumeurs (environ 81 500 anciens fumeurs réguliers et 47 000 anciens fumeurs occasionnels).

GRAPHIQUE 44

RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE TYPE DE FUMEUR, POPULATION LAVALLOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2011-2012



* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

⁴¹ Avoir fait au moins une otite ou une sinusite et une bronchite, une bronchiolite ou une pneumonie au cours des 12 derniers mois.

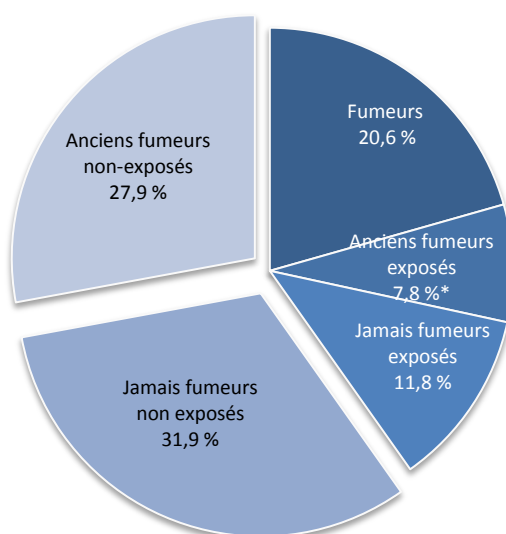
La prévalence du tabagisme est la plus élevée chez les 18 à 24 ans (28,1 %), suivent les 25 à 44 ans (25,6 %) et les 45 à 64 ans (24,8 %). Les jeunes de 12 à 17 ans et les personnes 65 ans et plus sont ceux chez qui la prévalence est la plus faible (respectivement 5,6 % et 6,7 %), mais ces dernières estimations sont peu fiables puisque les coefficients de variation sont très élevés. Il est à noter que la situation des jeunes de 12 à 17 ans sera plus particulièrement traitée dans la section 10.1.3.

Chez les non-fumeurs de 12 ans et plus, près de 1 personne sur 4 (24,6 %) a déclaré être actuellement exposée à la fumée secondaire, à son domicile, dans un véhicule privé ou dans des lieux publics. Cela pourrait représenter environ 70 300 Lavallois de 12 ans et plus en 2014.

Le graphique suivant présente la répartition de la population lavalloise en fonction du statut tabagique et de l'exposition à la fumée du tabac. On constate que seulement 31,9 % des Lavallois n'ont jamais fumé et ne sont pas actuellement exposés à la fumée secondaire. De plus, 40,2 % d'entre eux seraient actuellement à risque d'avoir des MSR ou de voir les symptômes s'aggraver, soit parce qu'ils sont fumeurs, soit parce qu'ils sont actuellement exposés à la fumée secondaire. Cette proportion correspondrait à environ 144 700 Lavallois de 12 ans et plus en 2014.

GRAPHIQUE 45

RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE STATUT TABAGIQUE ET L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE,
POPULATION LAVALLOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2011-2012



* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012

Comme le montre le graphique suivant, la proportion de fumeurs a connu une baisse importante et constante depuis 2000, passant de 27,7 % à 20,6 % en dix ans à Laval. Toutefois, la diminution observée entre 2009-2010 et 2011-2012 semble n'avoir touché que les fumeurs occasionnels, la prévalence de fumeurs réguliers ayant même légèrement augmenté entre ces deux cycles. La diminution du tabagisme observée entre 2000-2001 et 2011-2012 a touché tous les groupes d'âge et autant les hommes que les femmes.

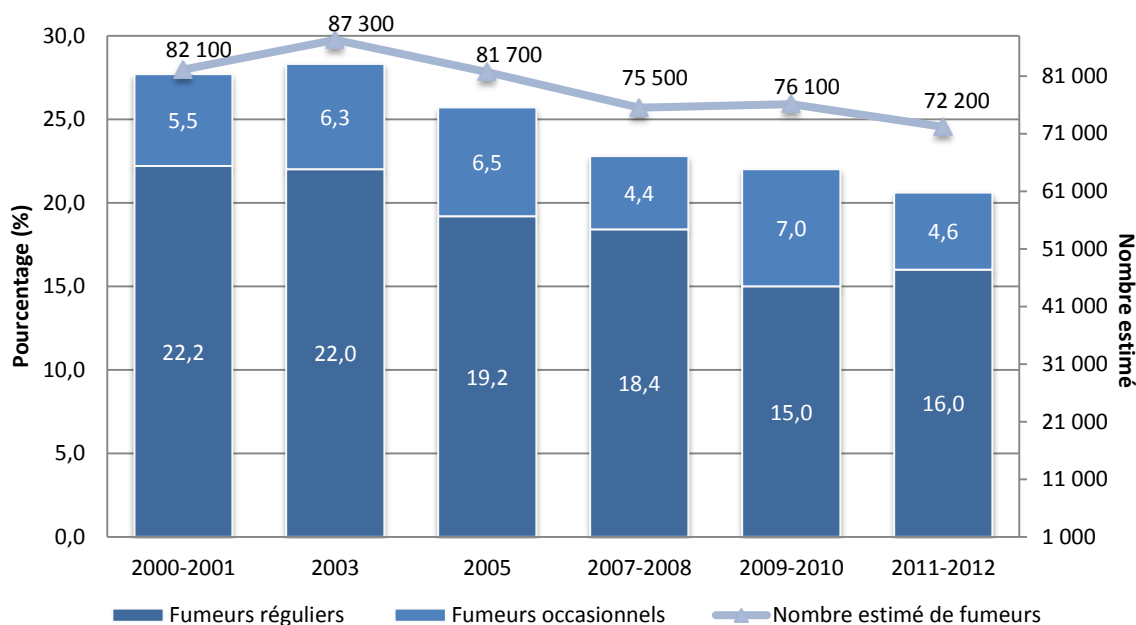
En raison de la croissance démographique des dernières années, la diminution du tabagisme semble moins marquée lorsque l'on examine l'évolution du nombre absolu de fumeurs. En 2011-2012, il y

avait environ 10 000 fumeurs de moins à Laval par rapport à 2000-2001. Cela représente une diminution de 12,1 %, comparativement à une diminution de 25,6 % de la prévalence de fumeurs.

Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers semble également avoir diminué. Parmi ceux qui fument tous les jours, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est passé de 16,9 en 2000-2001 à 14,3 en 2011-2012 (ESCC 2000-2001 et ESCC 2011-2012).

GRAPHIQUE 46

ÉVOLUTION DU TABAGISME SELON LE TYPE DE FUMEURS, PROPORTION ET NOMBRE ESTIMÉ, POPULATION LAVALLOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2000-2001 À 2011-2012



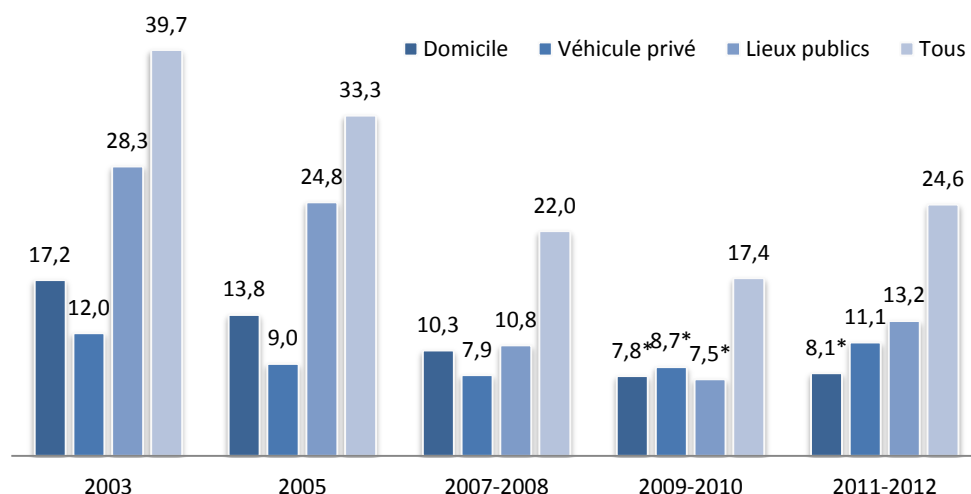
Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2011-2012; MSSS (2010a); MSSS (2010b).

Puisque la tendance à la baisse observée dans les dix dernières années est assez constante, il est probable que la prévalence du tabagisme ait continué de diminuer depuis 2011-2012. En effet, si l'on applique la méthode de projection exponentielle aux données de prévalence, on constate que, si le rythme de diminution se poursuit, la prévalence de fumeurs de 12 ans et plus pourrait avoir baissé à 18,9 % en 2014 (environ 68 000 fumeurs réguliers ou occasionnels) et à 16,2 % dans 5 ans (en 2019).

Comme on peut le constater dans le graphique 47, la proportion de non-fumeurs lavallois exposés à la fumée secondaire a également connu une baisse importante dans les dernières années, pour ensuite connaître une augmentation entre les deux derniers cycles de l'Enquête, soit entre 2009-2010 et 2011-2012. En effet, en 2003, 39,7 % des non-fumeurs étaient exposés à la fumée secondaire à leur domicile, dans un véhicule privé ou dans des lieux publics. Cette prévalence était passée à 17,4 % en 2009-2010, pour ensuite s'accroître à 24,6 % en 2011-2012, une augmentation statistiquement significative. Lorsque l'on observe les prévalences selon le type de lieu d'exposition, on remarque que c'est l'exposition dans les lieux publics qui est surtout responsable de l'augmentation globale. Bien que la consommation du tabac soit interdite à l'intérieur des lieux publics depuis mai 2006, il est possible que les répondants de l'Enquête aient fait référence à des lieux publics extérieurs, tels que les parcs. Puisque cette augmentation

ne concerne que le dernier cycle de l'Enquête, nous ne pouvons conclure à une tendance à la hausse, mais la situation sera à surveiller dans les prochaines années.

GRAPHIQUE 47
PROPORTION DES NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE SELON LE LIEU D'EXPOSITION, POPULATION LAVALLOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2003 À 2011-2012



*Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 à 2011-2012.

10.1.3. Quelques données sur les jeunes du secondaire

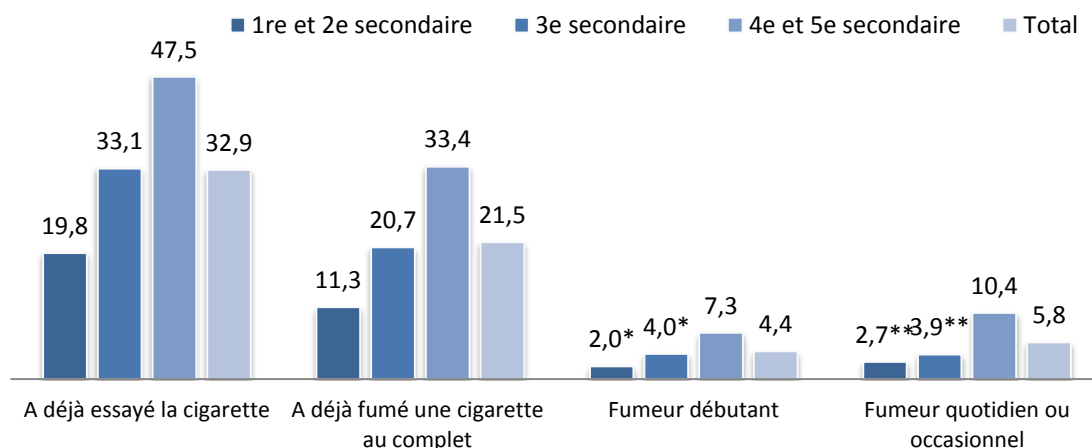
Beaucoup de fumeurs commencent à fumer durant l'adolescence. En effet, parmi les fumeurs actuels de 12 ans et plus, 70 % ont été initiés au tabagisme quotidien avant l'âge de 20 ans (ESCC, 2011-2012). Il est donc intéressant de se pencher plus précisément sur le tabagisme chez les jeunes. À ce sujet, nous disposons de quelques données provenant de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) et de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ).

Le graphique 48 présente la prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire (EQSJS, 2010-2011). On y constate que 32,9 % des jeunes ont déjà essayé de fumer et 21,5 % ont déjà fumé une cigarette au complet. De plus, 4,4 % des élèves du secondaire sont considérés comme des fumeurs débutants⁴² et 5,8 % sont des fumeurs occasionnels ou quotidiens⁴³. Le graphique présente également les prévalences selon le niveau scolaire. On constate que les proportions augmentent significativement à mesure que le niveau scolaire de l'élève augmente. Parmi les élèves de 4^e et 5^e secondaire, près de la moitié (47,5 %) ont déjà essayé de fumer, le tiers (33,4 %) ont déjà fumé une cigarette au complet et 17,7 % sont des fumeurs débutants, occasionnels ou quotidiens.

⁴² C'est-à-dire des personnes qui ont fumé au moins 1 cigarette au complet dans le dernier mois, mais moins de 100 cigarettes au cours de leur vie.

⁴³ Idem.

GRAPHIQUE 48
PRÉVALENCE DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES DU SECONDAIRE SELON LE NIVEAU SCOLAIRE, POPULATION LAVALLOISE, 2010-2011



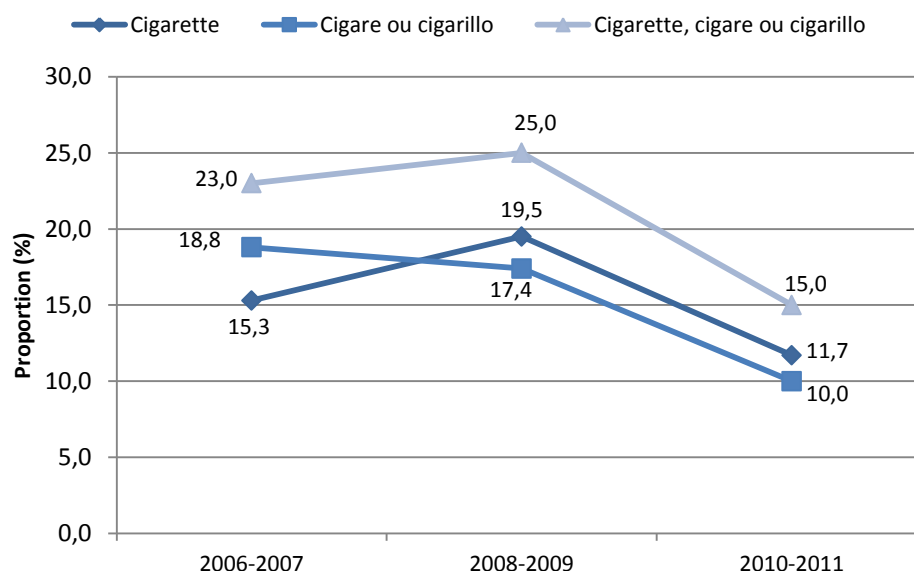
* Le coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

** Le coefficient de variation est supérieur à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Tout comme pour l'ensemble de la population (12 ans et plus), la consommation de cigarettes chez les jeunes semble avoir diminué dans les dernières années. Le graphique suivant présente des données québécoises sur l'évolution de la consommation de cigarettes depuis 2006-2007 chez les élèves du secondaire et, contrairement aux autres sources de données, inclut aussi la consommation de cigares ou de cigarillos. On constate qu'en 2006-2007, près de un jeune sur cinq (18,8 %) avait consommé au moins une fois le cigare ou le cigarillo dans le dernier mois, une proportion plus grande que pour la consommation de cigarettes (15,3 %). Les proportions ont augmenté en 2008-2009 pour ensuite diminuer de façon significative lors du dernier cycle de l'ETJ. En 2010-2011, 15 % des élèves du secondaire qui avaient déclaré avoir fumé au moins une fois dans le dernier mois la cigarette, le cigare ou le cigarillo.

GRAPHIQUE 49
ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE AYANT FUMÉ LA CIGARETTE, LE CIGARE OU LE CIGARILLO
DANS LES 30 DERNIERS JOURS, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2006-2007 À 2010-2011



Sources : Statistique Canada, Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2006-2007 à 2010-2011. Graphique tiré de Lasnier (2013).

D'autres données nous permettent d'analyser plus en profondeur le profil des jeunes fumeurs. Le tableau 56 présente la prévalence de certaines problématiques associées au tabagisme (quotidien ou occasionnel) chez les jeunes québécois du secondaire. Les données sont présentées en fonction du niveau scolaire des jeunes pour ne pas biaiser les comparaisons. En effet, comme nous avons pu le voir dans le graphique 48, la prévalence du tabagisme chez les jeunes augmente avec l'âge; les élèves du secondaire qui fument sont donc généralement plus âgés que les non-fumeurs.

Les résultats montrent que les jeunes fumeurs, quel que soit leur niveau scolaire, sont beaucoup plus nombreux à avoir des problèmes que les non-fumeurs du même niveau scolaire. En effet, au cours des 12 derniers mois, la majorité des fumeurs du secondaire ont consommé de la drogue, ont pris au moins 5 consommations d'alcool dans une même occasion et ont eu au moins une manifestation imprudente⁴⁴. De plus, ils sont plus nombreux que les non-fumeurs à ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle, à avoir un score élevé à l'indice de décrochage scolaire et à l'indice de détresse psychologique et à avoir déjà reçu un diagnostic de dépression, d'angoisse ou de trouble alimentaire.

On peut donc en conclure que même si la proportion lavalloise de fumeurs quotidiens ou occasionnels dans les écoles secondaires est assez faible (5,8 %), ces jeunes présenteraient plusieurs autres problématiques.

⁴⁴ Être sorti une nuit complète sans permission, avoir été interrogé par des policiers ou s'être enfui de la maison.

TABLEAU 56
COMPARAISON DES FUMEURS ET DES NON-FUMEURS SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET CERTAINES PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES, ÉLÈVES QUÉBÉCOIS DU SECONDAIRE, 2010-2011

Problématique	1 ^{re} et 2 ^e secondaire		3 ^e secondaire		4 ^e et 5 ^e secondaire	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur
N'a pas utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle	25,0	12,7	37,9	23,2	45,9	33,6
Manifestation imprudente dans la dernière année*	86,9	24,6	85,3	34,3	80,7	38
Score élevé à l'indice de décrochage scolaire	68,9	17,2	65,6	21,3	39,3	15,1
Consommation de drogue dans la dernière année	87,4	7,8	90,3	22,5	92,4	33,6
Cinq consommations d'alcool à une même occasion dans la dernière année	80,1	17,8	89,7	39,9	93,6	58,6
Score élevé à l'indice de détresse psychologique	39,6	16,7	32,4	20,7	34,4	22,0
Diagnostic de dépression, d'anxiété ou de trouble alimentaire	24,9	9,7	25,0	11,2	26,7	11,7

* Être sorti une nuit complète sans permission, avoir été interrogé par des policiers ou s'être enfui de la maison.

Note : Toutes les différences entre les fumeurs et les non-fumeurs sont significatives sur le plan statistique.

Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

10.1.4. Caractéristiques associées au tabagisme chez l'adulte

Malgré la diminution du tabagisme au cours des dernières années, de nombreux Lavallois continuent de fumer. Les données québécoises du dernier cycle de l'ESCC (2011-2012) nous permettent de définir certaines caractéristiques associées au tabagisme. Le tableau 57 présente plusieurs différences significatives entre les fumeurs et les non-fumeurs de 18 ans et plus.

Les fumeurs actuels sont proportionnellement plus nombreux à être célibataires et à être nés au Canada. Ils sont également plus nombreux à vivre dans un ménage ayant un revenu de moins de 40 000 \$, à ne pas avoir de diplôme et à vivre seuls. En ce qui a trait aux comportements, les fumeurs actuels présentent plus souvent d'autres comportements néfastes (sédentarité, consommation élevée d'alcool et consommation insuffisante de fruits et légumes) que les non-fumeurs. La plus grande différence réside dans la consommation d'alcool. En effet, la prévalence de consommation excessive d'alcool est deux fois plus élevée chez les fumeurs (33,7 %) que chez les non-fumeurs (15,3 %). De plus, les fumeurs sont aussi proportionnellement plus nombreux à souffrir d'un problème de santé mentale tel qu'un trouble de l'humeur (par exemple, dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie) ou un trouble anxieux (par exemple, phobie, trouble obsessionnel-compulsif ou trouble panique).

TABLEAU 57
COMPARAISON DES FUMEURS ET DES NON-FUMEURS SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES
ET HABITUDES DE VIE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 18 ANS ET PLUS, 2011-2012

	Fumeur	Non-fumeur
► STATUT SOCIOÉCONOMIQUE		
État matrimonial		
▪ Marié	23,3	43,9
▪ Union libre	27,3	20,7
▪ Séparé/divorcé/veuf	15,4	14,0
▪ Célibataire	34,0	21,5
Immigrant	9,2	16,2
Revenu du ménage de moins de 40 000 \$	37,1	30,7
Diplôme d'études secondaires ou moins	37,4	28,7
Vivant seul	23,0	17,5
► COMPORTEMENT		
Sédentarité	29,0	19,4
Consommation excessive d'alcool	33,7	15,3
Consommation insuffisante de fruits et légume	64,7	50,6
► SANTÉ MENTALE		
Trouble de l'humeur	8,7	4,2
Trouble anxieux	10,1	5,0

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

Dans le groupe d'âge où l'on trouve la plus grande proportion de fumeurs, soit les 18 à 24 ans, 60,9 % des fumeurs ont une consommation élevée d'alcool au moins une fois par mois, comparativement à 33,5 % chez les non-fumeurs du même âge. Toujours chez les 18 à 24 ans, les résultats montrent également que les fumeurs de cet âge sont moins nombreux à être encore aux études (43,3 %) que les non-fumeurs du même âge (63,0 %) (données non présentées).

10.2. Qualité de l'air intérieur

Mise à part la fumée du tabac, les polluants atmosphériques à l'intérieur peuvent comprendre « les agents biologiques (ex. : la moisissure); les produits de combustion provenant d'appareils qui brûlent des combustibles fossiles; des composés organiques volatils et le formaldéhyde émis de produits de consommation; le radon » (ASPC, 2007 : 25).

Certaines études ont observé des liens entre les polluants de l'air intérieur et les symptômes de maladie respiratoire. Selon l'Organisation mondiale de la santé, plusieurs allergènes à l'intérieur des habitations sont susceptibles de déclencher de l'asthme, tels que les acariens, les polluants et les squames des animaux de compagnie (site Internet de l'Organisation mondiale de la santé)⁴⁵. L'Étude sur la santé respiratoire des enfants de Montréal de 6 mois à 12 ans (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011) a également conclu que l'humidité excessive ou la moisissure dans le logement était responsable de 17 % des cas d'asthme actif, de 26 % des cas d'infections respiratoires dans la dernière année et de 14 % des cas de rhinite allergique hivernale. De plus, les acariens, la poussière et les animaux domestiques font également partie des causes des symptômes de rhinite allergique (voir le chapitre 5).

⁴⁵ <http://www.who.int/fr/>

Aucune donnée lavalloise n'est disponible sur le nombre de personnes exposées à ces facteurs environnementaux. Toutefois, selon l'Étude sur la santé respiratoire des enfants de Montréal de 6 mois à 12 ans (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011), 31,8 % des enfants avaient un animal à plumes ou à poil au domicile, 36,3 % vivaient dans un endroit présentant un facteur d'humidité ou de moisissure excessive et 7,5 % habitaient un logement où un poêle à bois ou un foyer était utilisé au moins trois fois par semaine durant l'hiver. Toutefois, puisque le parc immobilier est généralement moins âgé à Laval qu'à Montréal, il est possible que la prévalence de l'humidité et de la moisissure soit plus faible dans les résidences lavalloises. En effet, selon l'Enquête nationale sur les ménages de 2011, 42,1 % des ménages privés de Montréal habitent dans un logement ayant été construit en 1960 ou avant, comparativement à 15,8 % des ménages lavallois.

Une mauvaise qualité de l'air dans le milieu de travail causée par, entre autres, des poussières et des produits chimiques peut également être liée à des maladies respiratoires (voir le chapitre 9). Toutefois, il n'y a pas de données nous permettant de connaître le nombre de personnes exposées à ces facteurs occupationnels.

10.3. Qualité de l'air extérieur

En plus de la fumée du tabac, on peut trouver dans l'environnement extérieur d'autres agents qui augmentent le risque d'avoir des maladies respiratoires et de voir les symptômes s'exacerber. Parmi les plus communs, on trouve le pollen, les particules fines produites par les industries, les transports, le chauffage au bois ainsi que la pollution atmosphérique.

10.3.1. Pollen

Comme on l'a vu au chapitre 5, le pollen est l'une des principales causes de la rhinite allergique au Québec. Selon le MSSS (2011), il y aurait un accroissement des concentrations de pollen de l'herbe à poux. L'augmentation des émissions de gaz à effet de serre et les nouvelles conditions climatiques allongent les saisons polliniques et ne seraient pas étrangères à ces augmentations.

10.3.2. Pollution atmosphérique

En 2007, 44,1 % des sources d'émissions de particules fines au Québec provenaient de la combustion du bois en secteur résidentiel, suivie des émissions provenant des industries (39,4 %), du transport (15,3 %) et d'autres sources (1,2 %) (Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques [MDDELCC], 2010). Nous n'avons pas de données lavalloises sur l'utilisation du chauffage à bois dans les résidences. Toutefois, Laval participe depuis 2012 au programme Changez d'air! (Association québécoise de lutte contre la pollution atmosphérique) qui encourage par des subventions pouvant atteindre 700 \$ le retrait et le remplacement des vieux appareils de chauffage au bois polluant.

Les enfants seraient particulièrement sensibles aux effets d'une mauvaise qualité de l'air extérieur. Une étude canadienne a révélé que le niveau de particules fines dans l'air (PM_{10-2,5}) aurait un effet sur les hospitalisations pour asthme chez les jeunes de 6 à 12 ans. La pollution de l'air participerait donc aux exacerbations de l'asthme (Lin et autres, 2002). Il y aurait également un lien entre la pollution de l'air et les hospitalisations chez les personnes atteintes d'une MPOC (Chen et autres, 2004).

Quelques données lavalloises

À Laval, en 2012, 38,1 % des jours avaient une bonne qualité de l'air, 51,5 % une qualité acceptable et 10,4 % une mauvaise qualité⁴⁶ (site Internet du MDDELCC, Statistiques sur l'indice de la qualité de l'air⁴⁷). En 2013, trois épisodes de smogs ont été enregistrés à Laval (six jours au total). Comparativement aux années précédentes, le nombre de jours de smog était plus faible en 2013. Au cours des 5 dernières années (de 2009 à 2013), le nombre d'épisodes de smog annuel moyen à Laval était de 9,6 (moyenne de 17 jours par année) (site Internet du MDDELCC, Portrait statistique : qualité de l'air et smog⁴⁸).

Par ailleurs, depuis de nombreuses années, on observe une augmentation constante du nombre de véhicules en circulation. À Laval, le nombre de véhicules immatriculés était de 270 565 en 2011, une augmentation de 12,5 % par rapport à 2005 (Société de l'assurance automobile du Québec, 2011; Société de l'assurance automobile du Québec, 2012). Toutefois, les données de Laval sur les émissions atmosphériques générées par les véhicules à moteur immatriculés ne montrent pas d'augmentation de ces polluants. Au contraire, entre 2000 et 2006, on a constaté une importante diminution des émissions de monoxyde de carbone (de 26 847 à 11 015 tonnes métriques)⁴⁹ et d'oxydes d'azote (de 4 908 à 1 194 tonnes métriques) générés par les véhicules à moteur. La diminution observée malgré l'augmentation des véhicules en circulation s'explique probablement par les normes plus sévères de construction des voitures au Québec.

10.4. Autres facteurs associés aux maladies du système respiratoire

10.4.1. Allaitement

Les études révèlent que les bébés ayant été allaités sont moins susceptibles que ceux qui ont été nourris par des préparations commerciales pour nourrissons d'avoir certains problèmes à court et à long terme. Les infections respiratoires font partie des problèmes que l'allaitement peut prévenir.

Une méta-analyse américaine (Eidelman et autres, 2012) a présenté plusieurs résultats d'études allant dans ce sens. En effet, l'allaitement exclusif diminuerait de 63 % le risque d'avoir des infections des voies respiratoires supérieures (durant un allaitement d'au moins six mois) et de 72 % le risque d'avoir des infections des voies respiratoires inférieures (durant un allaitement d'au moins quatre mois). De plus, les nouveau-nés qui sont allaités exclusivement durant au moins les trois premiers mois auraient 40 % moins de risque de faire de l'asthme lorsqu'il y a un antécédent familial d'atopie et 26 % moins de risque s'ils n'ont aucun antécédent familial d'atopie. L'étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans a également permis d'estimer qu'en 2006, si tous les enfants de 6 mois à 12 ans avaient été allaités, on aurait constaté une diminution de 12 % des cas d'asthme à vie et de 11 % des cas d'asthme actif chez ceux-ci (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011).

⁴⁶ Données basées sur l'occurrence d'au moins une concentration de particules fines sur trois heures supérieure à 35 µg/m³ ou sur celle d'au moins une concentration horaire d'ozone supérieure à 82 ppb, et ce, à au moins une station de la région.

⁴⁷ <http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/air/iga/index.htm>

⁴⁸ <http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/air/iga/index.htm>

⁴⁹ Données provenant de l'Inventaire national des rejets de polluants (INRP) d'Environnement Canada, extraites de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Prévalence de l'allaitement

L'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec de 2005-2006 fournit des données lavalloises sur la prévalence de l'allaitement. Au cours du séjour au centre hospitalier ou à la maison de naissance, le taux d'allaitement exclusif était de 55,1 % et le taux d'allaitement total (exclusif ou mixte) de 87 %. Trois mois après la naissance, le taux d'allaitement exclusif était passé à 25 % (total de 57,7 %) et à 2,2 % six mois après la naissance (total de 46 %) (Neill et autres, 2006).

10.4.2. Statut pondéral

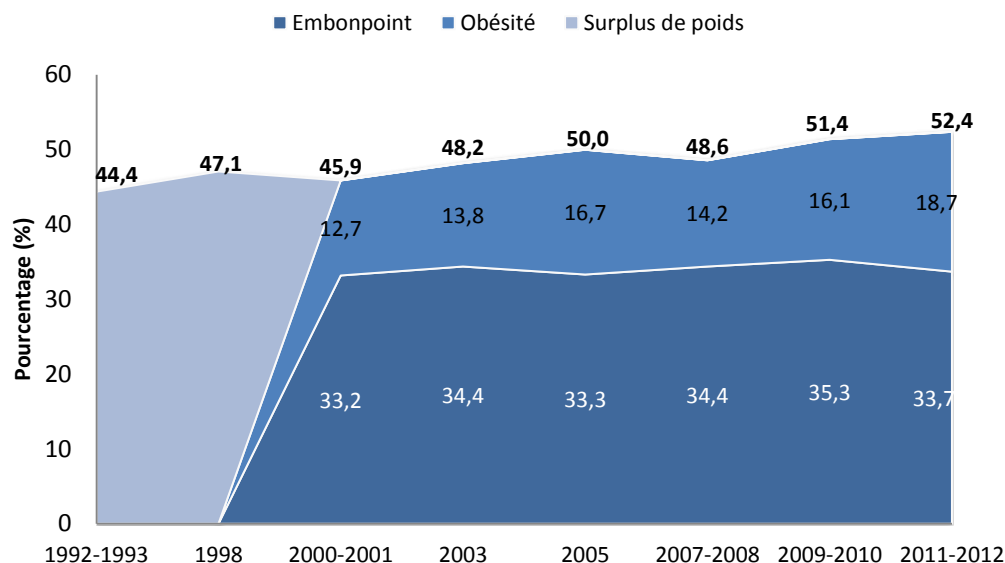
Bien qu'il existe de plus en plus d'évidences appuyant l'hypothèse d'un effet causal entre le surpoids et l'asthme (Papoutsakis et autres, 2013), le lien n'est pas encore clairement défini. Toutefois, la relation est plus claire chez les enfants. Plusieurs études ont montré que les jeunes souffrant d'embonpoint ou d'obésité étaient plus à risque de faire de l'asthme (Papoutsakis et autres, 2013; Gilliland et autres, 2003) et une autre a soulevé que les jeunes en embonpoint ou obèses souffriraient d'asthme plus sévère que les autres enfants asthmatiques (Quinto et autres, 2011).

De plus, l'obésité peut rendre plus difficile le contrôle de la maladie chez les gens atteints d'asthme ou d'une MPOC (Ramachandran et autres, 2008; Boulet, 2012). Pour plusieurs, c'est un cercle vicieux : la maladie respiratoire rend plus difficile la pratique d'activité physique (Poulain, 2006), ce qui augmente le risque de souffrir d'obésité ainsi que les complications associées. Le surplus de poids représente un fardeau mécanique supplémentaire, puisqu'il rend la respiration plus difficile. En ce sens, la maladie respiratoire est un facteur de risque de devenir obèse, et l'obésité est un facteur aggravant des maladies respiratoires chroniques.

Prévalence du surplus de poids

La prévalence de surplus de poids à Laval a augmenté significativement depuis 1992-1993, atteignant 52,4 % en 2011-2012. En 2011-2012, les personnes obèses comptaient pour près de un Lavallois sur cinq (18,7 %). Appliquées à la population lavalloise adulte de 2014, ces proportions correspondraient à environ 111 700 Lavallois atteints d'embonpoint et à 62 000 Lavallois souffrant d'obésité.

GRAPHIQUE 50
PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN SURPLUS DE POIDS, POPULATION LAVALLOISE DE 18 ANS ET PLUS, 1992-1993 À 2011-2012



Sources : Enquête sociale et de santé, 1992-1993 et 1998; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 à 2011-2012.

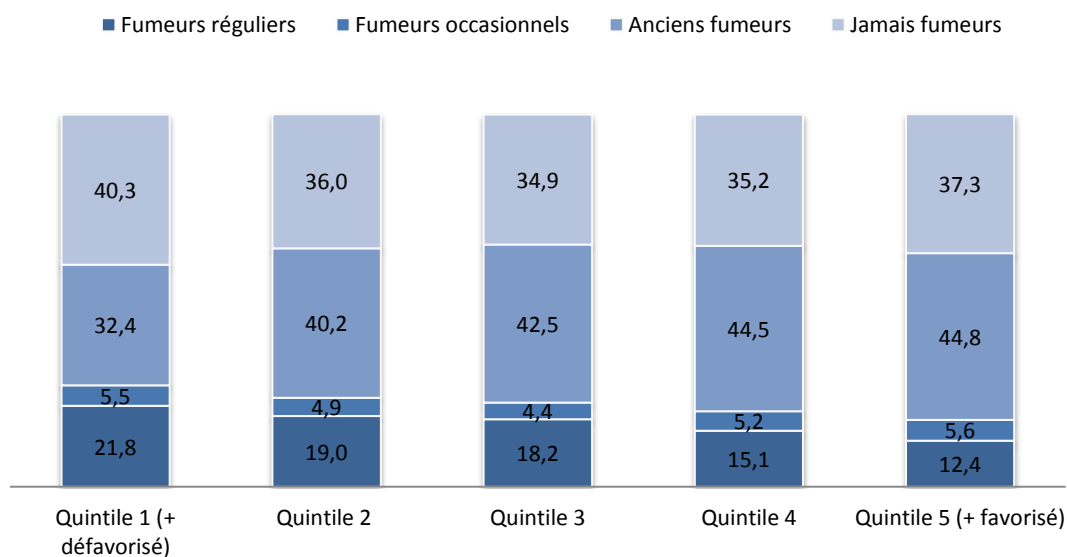
On constate également une prévalence importante de l'obésité parmi les personnes atteintes d'asthme ou d'une MPOC. En effet, chez les personnes asthmatiques de 18 ans et plus, la prévalence de l'obésité est de 23,3 %, tandis qu'elle est de 29,0 % chez les 35 ans et plus souffrants d'une MPOC (données non présentées). Ces personnes sont d'autant plus à risque puisque l'obésité pourrait aggraver la maladie.

Finalement, l'obésité « importante » ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) est un facteur de risque de complication importante lors d'une grippe, au point où c'est une indication pour la gratuité de la vaccination annuelle. À Laval, il est estimé que 1,3 % de la population adulte souffre d'une obésité « importante » (ESCC, 2011-2012), ce qui pourrait correspondre à environ 4 300 Lavallois de 18 ans et plus en 2014.

10.4.3. Défavorisation, tabagisme et maladies du système respiratoire

Le fait que la proportion de fumeurs est plus élevée chez les personnes plus défavorisées met cette population plus à risque d'avoir des MSR. En effet, comme on peut le constater dans le graphique suivant, la proportion de fumeurs réguliers diminue en fonction de l'augmentation du quintile de revenu du ménage. De plus, la proportion d'anciens fumeurs est beaucoup plus grande dans les quintiles plus favorisés (près de 45 % dans les quintiles 4 et 5) comparativement au quintile plus défavorisé (32,4 % dans le quintile 1). Ces résultats suggèrent que les personnes dans les ménages plus favorisés ont plus de succès quand elles veulent arrêter de fumer que celles dans les ménages plus défavorisés. Il est possible que les campagnes visant la réduction du tabagisme dans la population aient plus d'influence sur les ménages favorisés.

GRAPHIQUE 51
RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LE STATUT TABAGIQUE ET LE QUINTILE DE REVENU DU MÉNAGE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2011-2012

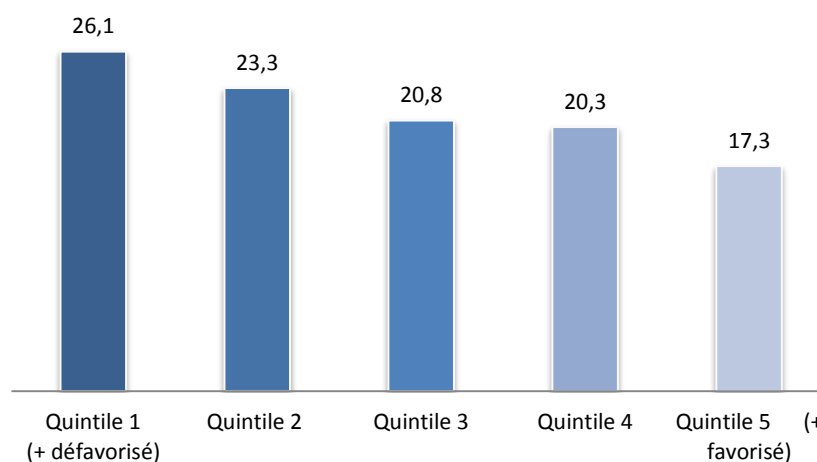


Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

De plus, comme le montre le graphique suivant, le même gradient existe pour l'exposition à la fumée du tabac en fonction du revenu du ménage.

GRAPHIQUE 52
PROPORTION DE NON-FUMEURS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE SELON LE QUINTILE DE REVENU DU MÉNAGE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 12 ANS ET PLUS, 2011-2012

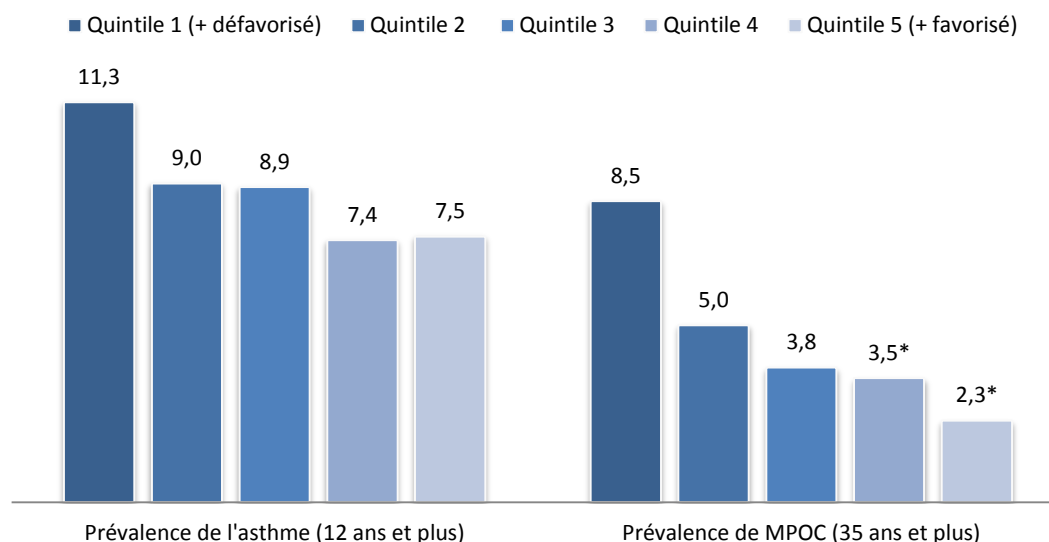


Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

La prévalence de l'asthme et des MPOC varie également en fonction du revenu, les personnes faisant partie des quintiles plus défavorisés étant plus touchées par ces maladies (graphique 53). La prévalence des MPOC est presque deux fois plus élevée dans le quintile le plus défavorisé comparativement au quintile suivant et plus de trois fois plus élevée que celle du quintile le plus favorisé de Laval. Le gradient est le même pour la prévalence de l'asthme, mais de façon moins marquée.

GRAPHIQUE 53
PRÉVALENCE DE L'ASTHME ET DES MPOC SELON LE QUINTILE DE REVENU DU MÉNAGE, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2011-2012



* Le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %. Les données doivent donc être interprétées avec prudence.

Note : Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

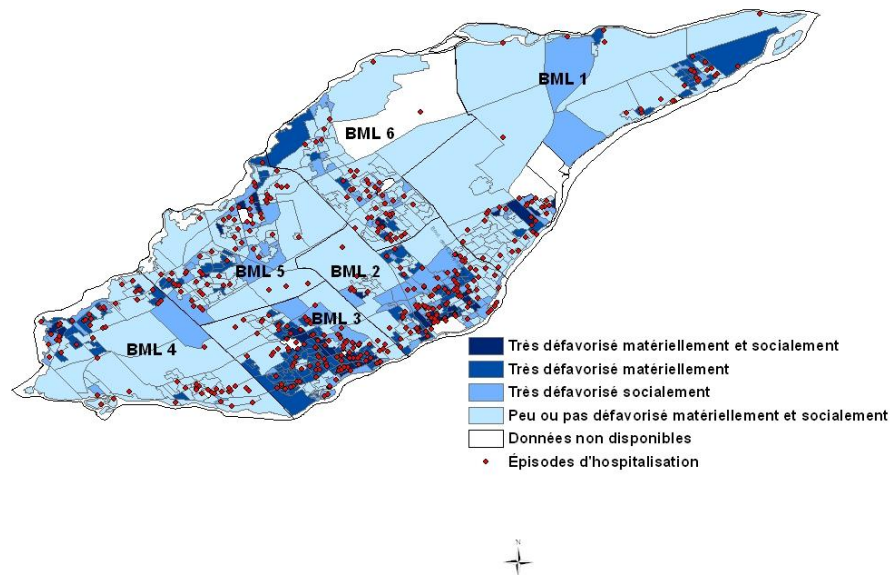
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

Ces résultats s'expliquent en partie par le lien existant entre le tabagisme et la défavorisation (graphiques 51 et 52), bien que d'autres facteurs de risque des MSR puissent toucher davantage les personnes défavorisées.

La carte suivante présente la répartition des épisodes d'hospitalisation pour une MPOC dans la population lavalloise et l'indice de défavorisation matérielle et sociale du lieu de résidence.

Les cas d'hospitalisations pour une MPOC sont davantage concentrés dans les aires de diffusion les plus défavorisées de Laval. Sur la carte, on remarque que les cas sont plus nombreux dans le BML 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) et le BML 3 (Chomedey). Ces deux secteurs sont ceux où vivent les plus grandes proportions de personnes sous le seuil de faible revenu. Une proportion beaucoup plus grande d'hospitalisations a eu lieu dans ces secteurs en 2012-2013 (52,3 %), comparativement à la part de la population lavalloise qui y réside (38,4 % selon le recensement de 2011). Toutefois, ces secteurs sont également ceux où se trouvent les plus fortes proportions de personnes de 65 ans et plus. La répartition des hospitalisations pour asthme suit également la même tendance, mais de façon beaucoup moins marquée (données non présentées).

FIGURE 4
RÉPARTITION DES ÉPISODES D'HOSPITALISATION POUR UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE
EN 2012-2013 SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE ET VARIATION RÉGIONALE DE L'INDICE DE DÉFAVORISATION
MATÉRIELLE ET SOCIALE



Sources : Institut national de santé publique du Québec, Indice de défavorisation 2006, Table d'équivalence du Québec, 2009;
Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier MED-ÉCHO, 2012-2013.

Synthèse

Facteurs associés aux maladies du système respiratoire

TABAGISME ET MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

- > La prévalence de l'asthme et des MPOC est significativement plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs ou les anciens fumeurs.
- > Malgré la présence d'un diagnostic d'asthme ou de MPOC, de nombreuses personnes fument encore actuellement : 27,9 % des Québécois de 12 ans et plus atteints d'asthme et 38,5 % des Québécois de 35 ans et plus atteints d'une MPOC.
- > L'exposition au tabagisme *in utero* (par le tabagisme de la mère ou son exposition à la fumée secondaire) ainsi que l'exposition durant l'enfance sont des facteurs de risque de maladies respiratoires chez l'enfant.

PRÉVALENCE ET ÉVOLUTION DU TABAGISME ET DE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DU TABAC

- > En 2011-2012, 20,6 % des Lavallois de 12 ans et plus ont déclaré fumer actuellement (ce qui correspondrait à environ 74 100 personnes en 2014), une prévalence un peu plus faible que celle de l'ensemble du Québec (22,4 %).
- > La prévalence du tabagisme était la plus élevée chez les 18 à 24 ans (28,1 %) et chez les hommes (21,5 %).
- > En 2011-2012, 40,2 % des Lavallois de 12 ans et plus étaient à risque de développer ou d'aggraver des maladies du système respiratoire, soit parce qu'ils étaient fumeurs, soit parce qu'ils étaient actuellement exposés à la fumée secondaire, ce qui pourrait correspondre à environ 144 700 Lavallois de 12 ans et plus en 2014.
- > Une baisse importante du tabagisme a été observée depuis 2000 (de 27,7 % à 20,6 %).
- > La proportion de non-fumeurs lavallois exposés à la fumée secondaire a aussi connu une baisse importante depuis 2000, mais a augmenté depuis 2009-2010, principalement à cause de l'augmentation du nombre de personnes se disant exposées dans des lieux publics.

CARACTÉRISTIQUES DES FUMEURS ACTUELS

- > En 2010-2011, les fumeurs québécois du secondaire, quel que soit leur niveau scolaire, présentaient certaines problématiques en plus grand nombre que les non-fumeurs du même niveau scolaire : consommation de drogue, indice élevé de décrochage scolaire et de détresse psychologique, diagnostic de dépression, d'anxiété ou de trouble alimentaire.
- > Les fumeurs québécois adultes sont aussi proportionnellement plus nombreux à présenter certaines caractéristiques : sédentarité, consommation élevée d'alcool, consommation insuffisante de fruits et légumes, trouble de l'humeur ou trouble anxieux.

Synthèse

Facteurs associés aux maladies du système respiratoire

QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

- > Plusieurs allergènes à l'intérieur des habitations sont susceptibles de déclencher de l'asthme, tels que les acariens, les polluants et les squames des animaux de compagnie.
- > L'humidité excessive ou la moisissure dans le logement serait également responsable de cas d'asthme, d'infections respiratoires et de rhinite allergique hivernale chez les enfants.

QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR

- > En plus de la fumée du tabac, on peut trouver dans l'environnement extérieur d'autres agents qui augmentent le risque d'avoir des maladies respiratoires et de voir les symptômes s'exacerber : le pollen, les particules fines produites par les industries, les transports et le chauffage au bois ainsi que la pollution atmosphérique.
- > En 2007, les sources d'émissions de particules fines au Québec provenaient de la combustion du bois en secteur résidentiel (44,1 %), des industries (39,4 %), du transport (15,3 %) et d'autres sources (1,2 %).

ALLAITEMENT

- > Les bébés ayant été allaités seraient moins susceptibles d'avoir certains problèmes tels que des infections des voies respiratoires supérieures ou inférieures et de l'asthme.

STATUT PONDÉRAL

- > L'embonpoint et l'obésité augmenteraient le risque de faire de l'asthme chez les jeunes et aggraveraient la maladie.
- > L'obésité peut rendre plus difficile le contrôle de la maladie chez les gens atteints d'asthme ou d'une MPOC.
- > En 2011-2012, près d'un Lavallois adulte sur cinq (18,7 %) souffrait d'obésité. Cette prévalence était de 23,3 % chez les asthmatiques de 12 ans et plus et de 29,0 % chez les 35 ans et plus ayant une MPOC.

DÉFAVORISATION

- > La proportion de fumeurs réguliers diminue en fonction de l'augmentation du quintile de revenu du ménage. De plus, la proportion d'anciens fumeurs est beaucoup plus grande dans les quintiles plus favorisés comparativement au quintile plus défavorisé.
- > Le même gradient existe pour l'exposition à la fumée du tabac en fonction du revenu du ménage.
- > La prévalence de l'asthme et des MPOC est également plus élevée dans les quintiles plus défavorisés.
- > Les cas d'hospitalisations pour une MPOC sont davantage concentrés dans les secteurs les plus défavorisés de Laval, tels que le BML 2 (Laval-des-Rapides et Pont-Viau) et le BML 3 (Chomedey).

11. PRÉVENTION CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

Dans le continuum de soins, le système de santé a un rôle important de promotion de la santé et de prévention des maladies. En clinique, cela se manifeste par des interventions pour prévenir l'incidence des maladies ou pour dépister des maladies encore asymptomatiques lorsque c'est avantageux d'agir de manière plus précoce.

La prévention clinique des MSR touche principalement le soutien à la cessation tabagique et la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, mais également le counseling en matière d'alimentation et d'activité physique ainsi que le soutien à l'allaitement. Le présent chapitre abordera chacun de ces types d'intervention clinique.

11.1. Cessation tabagique

11.1.1. Tentatives de cessation tabagique chez les fumeurs

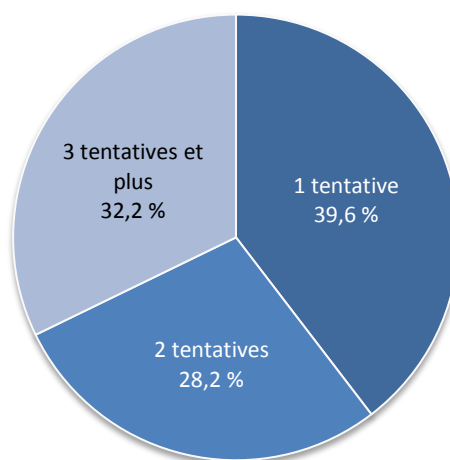
Selon l'ESCC de 2011-2012, près de la moitié (45,2 %) des fumeurs lavallois de 12 ans et plus ont tenté de cesser de fumer (sans succès) au cours des 12 derniers mois. En 2014, cela pourrait représenter de 30 800 à 33 500 fumeurs lavallois⁵⁰.

Comme le montre le graphique suivant, parmi les fumeurs actuels qui ont tenté de cesser de fumer au cours de la dernière année, 39,6 % ont fait une tentative, 28,2 % deux tentatives et 32,2 % trois tentatives ou plus.

⁵⁰ Cet intervalle est basé sur les deux estimations du nombre de fumeurs lavallois indiquées dans la section 10.1.2., soit la prévalence de fumeurs de 2011-2012 appliquée à la population de 2014 (74 100 fumeurs) et la projection selon l'hypothèse que la diminution du tabagisme observée avait perduré (67 800 fumeurs en 2014).

GRAPHIQUE 54

NOMBRE DE TENTATIVES DE CESSATION TABAGIQUE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS CHEZ LES FUMEURS ACTUELS AYANT TENTÉ DE CESSER DE FUMER, POPULATION LAVALLOISE, 2011-2012



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011-2012.

De plus, la majorité des fumeurs actuels ont l'intention de cesser de fumer prochainement. Selon l'ESCC, en 2011-2012, 23,9 % des fumeurs lavallois avaient l'intention de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours (phase de préparation) et 33,6 % avaient l'intention de cesser dans un délai de 1 à 6 mois (phase de contemplation). En 2014, cela pourrait représenter entre 39 100 et 42 600 fumeurs lavallois⁵¹ ayant l'intention d'arrêter de fumer prochainement. Les données québécoises⁵² de l'ESCC (2011-2012) nous permettent également d'analyser les intentions de cesser de fumer selon l'âge. Les fumeurs québécois de 12 à 24 ans, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans ont l'intention de cesser de fumer dans des proportions semblables. La proportion est plus faible chez les fumeurs de 65 ans et plus (49,6 % ont l'intention de cesser dans les 6 prochains mois).

Toutefois, il semble que plusieurs tentatives soient nécessaires avant que la cessation tabagique soit un succès. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada de 2012 (Reid et autres, 2014), parmi les répondants qui avaient essayé de cesser de fumer au moins 24 heures dans la dernière année, seulement 13,2 % ne fumaient plus au moment de l'enquête (Reid et autres, 2014). Si l'on applique cette proportion au nombre estimé de fumeurs lavallois ayant l'intention de cesser de fumer dans la prochaine année, on peut croire que près de 6 000 réussiront.

11.1.2. Méthodes de cessation tabagique utilisées par les fumeurs

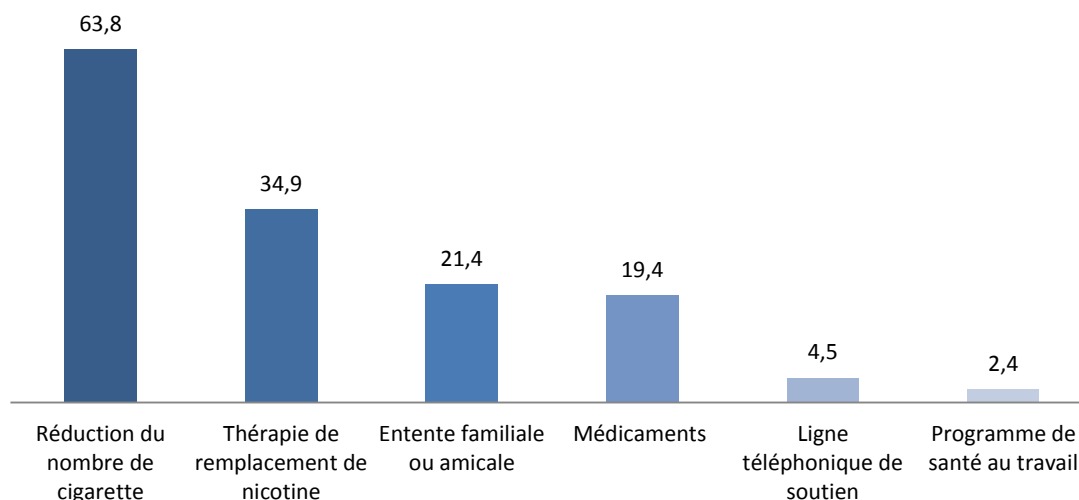
Plusieurs stratégies sont utilisées par les fumeurs pour tenter de cesser de fumer. Le graphique suivant montre la prévalence de l'utilisation de diverses stratégies de cessation tabagique des fumeurs et des ex-fumeurs récents au Canada ayant tenté de cesser de fumer récemment. La stratégie la plus populaire est de loin la réduction de nombre de cigarettes, utilisée par 63,8 % des Canadiens qui ont fait une tentative récemment (depuis deux ans), et ce, malgré le fait que, toute seule, c'est la stratégie la moins efficace pour cesser de fumer (Reid et autres, 2014).

⁵¹ Cet intervalle est basé sur les deux estimations du nombre de fumeurs lavallois indiquées dans la section 10.1.2., soit la prévalence de fumeurs de 2011-2012 appliquée à la population de 2014 (74 100 fumeurs) et la projection selon l'hypothèse que la diminution du tabagisme observée avait perduré (67 800 fumeurs en 2014).

⁵² Compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ne peuvent être présentées à l'échelle régionale. Les coefficients de variation étant supérieurs à 33,3 %, les estimations ne sont pas fiables.

Excluant la méthode de réduction du nombre de cigarettes, plus de la moitié (53,9 %) des fumeurs et des ex-fumeurs canadiens ayant tenté de cesser de fumer récemment ont utilisé au moins l'une des autres stratégies présentées dans le graphique ci-dessous.

GRAPHIQUE 55
PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DE DIVERSES STRATÉGIES DE CESSATION TABAGIQUE UTILISÉES PAR LES FUMEURS ACTUELS QUI ONT TENTÉ RÉCEMMENT DE CESSER ET PAR DES EX-FUMEURS RÉCENTS (DEPUIS DEUX ANS), POPULATION CANADIENNE, 2012



Note : Les stratégies ne sont pas mutuellement exclusives.

Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2012, comme rapporté dans Reid et autres (2014).

Dans cette même enquête sont présentées des données québécoises sur l'utilisation des soutiens pharmacologiques par les fumeurs. En 2012, 28,2 % des fumeurs québécois ayant tenté de cesser de fumer dans les deux années précédentes ont utilisé le timbre de nicotine, 23,9 % ont utilisé la gomme de nicotine (produits de remplacement de nicotine) et 16,6 % ont utilisé un produit comme le Zyban™ ou Champix™ dans cette même période de temps (Reid et autres, 2014). Rappelons que les produits de remplacement de nicotine sont disponibles avec ou sans ordonnance, tandis que les médicaments comme le Zyban™ ou Champix™ ne sont disponibles qu'avec une ordonnance médicale. Nous ne disposons pas de données sur le nombre de personnes qui ont combiné les thérapies de remplacement de nicotine à des médicaments comme Zyban™ ou Champix™, une stratégie plus efficace que chacune prise individuellement.

11.1.3. Interventions professionnelles pour soutenir la cessation tabagique

Détermination du statut tabagique par les médecins

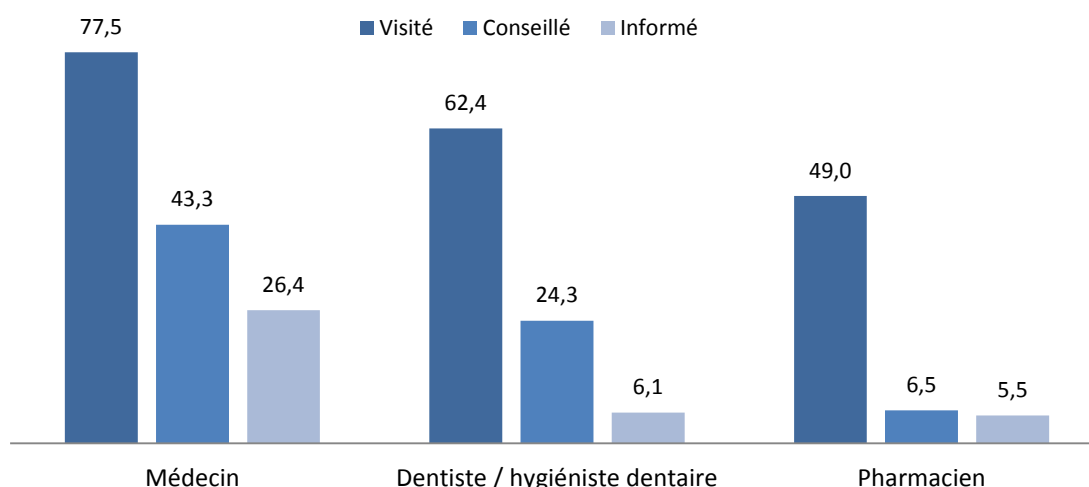
Nous n'avons pas de données lavalloises sur la détermination du statut tabagique faite par les médecins. D'après une enquête menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à Montréal et en Montérégie (Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012), on estime qu'environ la moitié (45,4 %) des patients de 18 ans et plus ayant un lieu

habituel de soins primaires⁵³ se sont fait questionner sur leur statut tabagique par un médecin au cours des deux dernières années. Cette proportion est plus élevée (63,9 %) chez les personnes de 18 à 29 ans. En contrepartie, le statut tabagique des immigrants non récents (ayant immigré au moins 10 ans) est moins souvent demandé (37,6 %), tout comme celui des personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (37,9 %). Toutefois, pour ces derniers, la faible proportion s'explique en partie par le fait qu'ils sont aussi moins nombreux à avoir un médecin de famille. Il n'y a pas de raison de croire que ces proportions seraient très différentes à Laval.

Soutien à la cessation tabagique chez les fumeurs

Comme le montre le graphique suivant, les fumeurs canadiens visitent assez souvent des professionnels de la santé. En effet, en 2012, 77,5 % des fumeurs canadiens ont visité un médecin, 62,4 % un dentiste ou un hygiéniste dentaire et 49,0 % un pharmacien. Toutefois, parmi tous les fumeurs (ayant ou non visité un professionnel de la santé), seulement 43,3 % ont reçu la recommandation de cesser de fumer par un médecin, 24,3 % par un dentiste et 6,5 % par un pharmacien. Les pourcentages sont encore plus faibles en ce qui concerne le fait d'avoir reçu de l'information pour les soutenir dans la cessation tabagique.

GRAPHIQUE 56
PROPORTION DE FUMEURS QUI ONT VISITÉ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ (VISITÉ), REÇU LE CONSEIL DE CESSER DE FUMER (CONSEILLÉ) ET REÇU DE L'INFORMATION POUR LES SOUTENIR DANS LA CESSATION TABAGIQUE (INFORMÉ) AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, POPULATION CANADIENNE, 2012



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2012, comme rapporté dans Reid et autres (2014).

De plus, si l'on prend seulement en considération les fumeurs canadiens ayant visité au moins une fois un médecin, on peut constater que ces derniers ne saisissent pas toutes les occasions pour conseiller au patient de cesser de fumer, et encore moins pour lui offrir de l'information ou du soutien en cessation tabagique. En effet, seulement 55,9 % des fumeurs ayant visité un médecin ont reçu de celui-ci le conseil de cesser de fumer, et encore moins (34,1 %) ont reçu de l'information pour soutenir leur cessation tabagique. C'est tout de même mieux que les dentistes/hygiénistes dentaires et les pharmaciens, qui font

⁵³ Selon cette enquête, les personnes ayant un lieu habituel de soins médicaux de 1^e ligne sont ceux qui consultent régulièrement un même CLSC, UMF, GMF ou clinique. Les patients orphelins qui consultent toujours un même service de consultation sans rendez-vous sont considérés comme ayant un lieu habituel de soins primaires, malgré le fait qu'ils n'ont pas de médecin de famille.

beaucoup moins de recommandations à leurs clients : seulement 38,9 % des fumeurs vus par un dentiste ou un hygiéniste dentaire et 13,2 % des fumeurs vus par un pharmacien dans la dernière année ont reçu le conseil de cesser de fumer, et encore moins ont reçu de soutien à la cessation tabagique (9,8 % et 11,2 % respectivement).

Selon une autre enquête, parmi les fumeurs de Montréal et de Montérégie ayant un médecin de famille, environ les deux tiers (68,1 %) auraient reçu une recommandation de cessation tabagique dans les deux dernières années, mais cette proportion diminue à environ deux sur cinq (39,6 %) chez les fumeurs n'ayant pas de médecin de famille mais ayant une source habituelle de soins. Les fumeurs âgés de 45 à 64 ans, ainsi que les fumeurs n'ayant pas obtenu de diplôme secondaire ont reçu des conseils dans une plus grande proportion (69,3 % et 70,0 % respectivement), mais les fumeurs immigrants récents (ayant immigré il y a moins de 10 ans) en ont reçu beaucoup moins (29,3 %) (Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012). Pour éviter de créer ou d'exacerber des iniquités de santé, les stratégies doivent être déployées pour que ces groupes de fumeurs particuliers soient mieux repérés et soutenus dans la cessation tabagique.

Même pour les patients fumeurs ayant des profils de santé à risque, les médecins de famille ne recommandent pas toujours de cesser de fumer. À Montréal et en Montérégie, près d'un tiers (31,6 %) des répondants fumeurs ayant au moins un facteur de risque cardiométabolique (diabète, hypertension ou hypercholestérolémie) n'ont pas reçu de recommandation de cesser de fumer de leur lieu habituel de soins dans les deux années antérieures (Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012). Toujours dans ces deux régions, près d'un tiers (30,1 %) des répondants fumeurs déjà atteints d'une maladie respiratoire chronique (asthme ou MPOC) n'ont pas reçu de recommandation de cesser de fumer de leur lieu habituel de soins dans les deux années antérieures. Ce pourcentage était très différent si la personne avait (26 %) ou non (50,8 %) un médecin de famille (Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012).

Soutien à la cessation tabagique chez les fumeurs lavallois et à Laval

Quelques sources de données nous permettent de faire un portrait du soutien à la cessation tabagique à Laval.

En 2011-2012, on estime que 7 342 fumeurs lavallois ont bénéficié de 8 011 consultations auprès d'omnipraticiens (à Laval ou à l'extérieur de Laval) pour lesquelles un soutien médical à la cessation tabagique a été facturé⁵⁴. De plus, en 2012-2013, 565 omnipraticiens ont facturé 7 692 fois dans la région de Laval pour du soutien médical à l'abandon du tabagisme à 7 223 patients, peu importe le lieu de résidence de ces derniers⁵⁵.

Il existe aussi des services spécialisés de soutien à la cessation tabagique, tels que le Centre d'abandon de tabac (CAT) du CSSS de Laval. En 2011-2012, 52 personnes étaient inscrites aux activités de groupes du CAT, offertes dans deux sites. La capacité maximale était 100 personnes par année. Dans la même année, 184 personnes qui fument ont eu 551 rencontres individuelles avec un professionnel du CAT, offertes dans cinq sites (moyenne de 2,9 rencontres par personne).

⁵⁴ RAMQ. Un médecin peut facturer une fois par année par patient pour le soutien médical à l'abandon du tabagisme, même si plusieurs visites sont parfois nécessaires. Cependant, plusieurs médecins peuvent avoir facturé pour un même patient.

⁵⁵ L'acte rémunéré comporte du counseling pour soutenir la cessation tabagique, même si le patient décide de ne pas cesser de fumer tout de suite. La prescription d'un médicament pour soutenir la cessation tabagique n'est pas obligatoire pour facturer cet acte.

Il existe aussi la ligne J'Arrête, un soutien téléphonique provincial que les fumeurs et ex-fumeurs peuvent utiliser pour les aider dans leur démarche de cessation tabagique et dans le maintien de l'abstinence. Ce service est très utilisé, toutefois, on ne connaît pas la volumétrie d'appels à la ligne J'Arrête provenant de fumeurs lavallois.

La Direction régionale de santé publique de l'ASSS de Laval a rédigé une ordonnance collective régionale de cessation tabagique en 2009 qui permet aux pharmaciens travaillant à Laval de soutenir davantage la cessation tabagique chez leurs clients et qui facilite la vente de certains produits de remplacement de nicotine couverts par le régime d'assurance médicament, à des coûts réduits ou sans frais, pour plusieurs fumeurs sans que ceux-ci doivent obtenir d'abord une ordonnance médicale. À Laval, en 2013, cette ordonnance collective régionale de cessation tabagique a été utilisée par des pharmaciens lavallois plus de 5 500 fois pour des timbres de nicotine (Nicoderm™ ou Habitrol™) et plus de 550 fois pour des gommes de nicotine (Nicorette™ ou Nicorette+™). Cela n'inclut pas les ordonnances rédigées par les médecins de famille ni les produits qui ont été achetés en vente libre.

LE LIEN ENTRE LE TABAGISME ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont une espérance de vie moindre (jusqu'à 15 ans) que les personnes n'ayant pas de problème de santé mentale (Chang et autres, 2011; Lawrence et autres, 2013). La différence est en grande partie attribuable à un risque plus élevé de maladie cardiaque, de maladie pulmonaire et de cancer (Russ et autres, 2012) pour lesquelles la prévalence très élevée de tabagisme dans cette population serait très souvent en cause.

Environ un fumeur sur trois aurait un problème de santé mentale (Lawrence et autres, 2009). Ces fumeurs ont un profil de consommation de tabac plus intense que les fumeurs n'ayant pas de problèmes de santé mentale. Ils ont également plus de difficulté à cesser de fumer (Lasser et autres, 2000).

Comme présenté aux tableaux 56 et 57 du chapitre 10, la prévalence des diagnostics de problème de santé mentale et de détresse psychologique est plus importante chez les fumeurs, autant les jeunes que les adultes.

Il est possible que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient de plus en plus surreprésentées chez les fumeurs, au fur et à mesure que les personnes sans problème de santé mentale s'abstiennent ou cessent davantage de fumer. Il est donc important que les stratégies pour prévenir l'initiation à la cigarette, ainsi que les services de soutien à la cessation tabagique et de prise en charge des maladies causées par le tabagisme (notamment les maladies respiratoires, cardiovasculaires et les cancers) soient mieux adaptés aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale, qui sont particulièrement touchées par le tabagisme.

11.2. Vaccination

11.2.1. Influenza

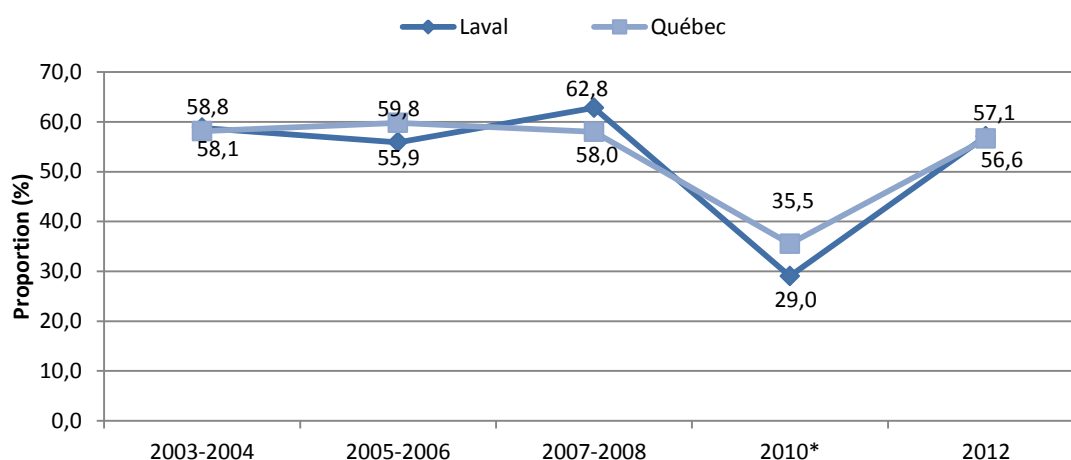
Le vaccin contre l'influenza est conseillé pour toute la population, à l'exception des bébés de moins de six mois. Cependant, le vaccin n'est offert gratuitement qu'aux personnes de 60 ans et plus, aux groupes à risque élevé de complications à la suite de cette infection respiratoire et aux personnes en contact avec ceux-ci (MSSS, 2013).

Les sections suivantes résument les couvertures populationnelles contre l'influenza pour différents groupes de Lavallois.

Les personnes de 60 ans et plus

On constate d'abord que la couverture vaccinale chez les 60 ans et plus n'a pas beaucoup changé depuis 2004, exception faite de 2010, l'année de la pandémie de grippe A(H1N1) pendant laquelle la campagne de vaccination contre l'influenza saisonnier a été retardée de façon importante (graphique 57).

GRAPHIQUE 57
COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'INFLUENZA AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, POPULATION LAVALLOISE DE 60 ANS ET PLUS, 2003-2004 À 2012



* Année de la pandémie d'influenza A (H1N1). Les données de la couverture populationnelle de cette campagne de vaccination ne sont pas incluses. En 2009-2010, 60,7 % des Lavallois de 18 ans et plus s'étaient fait vacciner contre la grippe A (H1N1).

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2003 à 2012. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Au Québec, la couverture vaccinale contre l'influenza est plus élevée chez les personnes de 60 ans et plus atteintes de maladies chroniques (63,0 % comparativement à 51,1 %) ainsi que chez les personnes de 60 ans et plus vivant dans un ménage où au moins une autre personne est atteinte de maladies chroniques (64,2 % comparativement à 54,7 %) (INSPQ, 2013).

Les personnes de 18 à 59 ans atteintes de maladies chroniques

Chez les personnes âgées de 6 mois à 59 ans, le vaccin contre la grippe est gratuit s'il y a présence des facteurs de risque répertoriés dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). L'Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012 a permis d'établir la couverture vaccinale chez les 18-59 ans ayant certains de ces facteurs de risque de complications, notamment l'asthme, d'autres maladies pulmonaires chroniques, un problème cardiaque, le diabète, la cirrhose, une maladie rénale chronique, un cancer ou un autre problème du système immunitaire. Chez ceux-ci, la couverture vaccinale contre l'influenza était d'environ 29,9 % en 2012 (INSPQ, 2013).

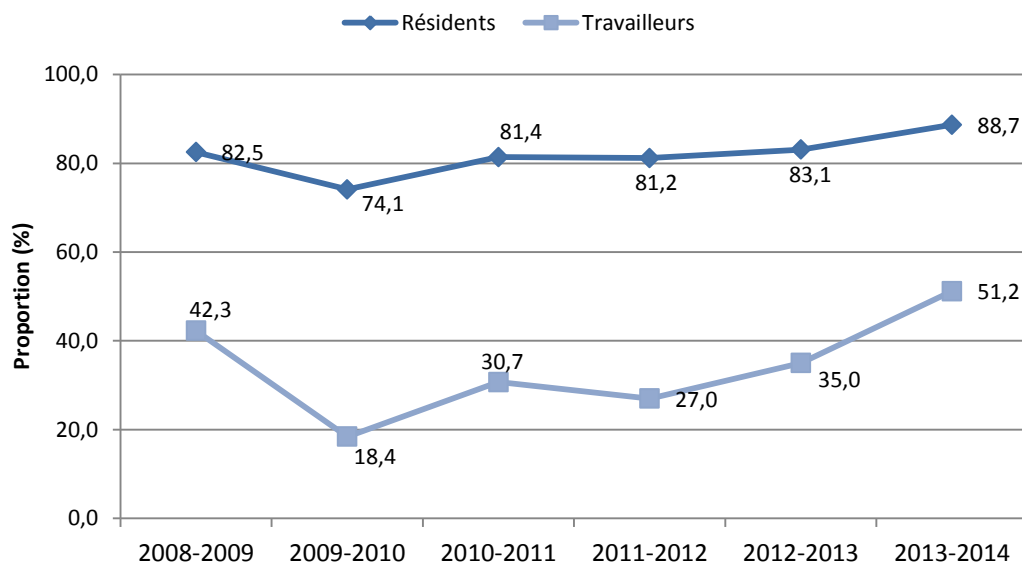
Les contacts domiciliaires des personnes à risque élevé de complications

Les contacts domiciliaires des personnes à risque élevé de complications peuvent aussi obtenir gratuitement le vaccin contre l'influenza afin de protéger leurs proches. Parmi contacts domiciliaires des personnes âgées de 60 ans et plus, près de la moitié (47,8 %) s'est fait vacciner contre l'influenza en 2012 (au Québec). Parmi les contacts domiciliaires des personnes de 50 ans et plus atteintes de maladies chroniques, 39,3 % s'est fait vacciner contre l'influenza en 2012 au Québec, un taux beaucoup plus élevé que chez ceux qui ne sont pas des contacts domiciliaires de personnes à risque (28,4 %) (INSPQ, 2013).

Les personnes qui résident ou travaillent dans des établissements de santé

En ce qui concerne la couverture vaccinale dans les établissements de santé, des données lavalloises existent. Elles sont présentées dans le graphique ci-dessous. La couverture vaccinale des personnes qui vivent dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) lavallois (publics ou privés) a connu une baisse en 2009-2010, probablement en raison de la campagne vaccinale contre l'influenza pandémique A (H1N1). On constate toutefois une amélioration de la couverture vaccinale depuis. Pour ce qui est du personnel de la santé qui travaille dans les établissements lavallois, il est nettement moins porté à obtenir le vaccin contre l'influenza. À la suite de la pandémie, la couverture vaccinale des travailleurs n'est pas remontée au niveau pré-pandémique jusqu'en 2012-2013. Cependant, avec l'adoption en 2013-2014 de la nouvelle politique de vaccination de l'influenza du CSSS de Laval, qui oblige les travailleurs non vaccinés à porter un masque pendant la période d'activité grippale, le taux de vaccination chez le personnel de la santé a dépassé les taux pré-pandémiques. Au CSSS de Laval, le taux de vaccination des employés est passé de 37,0 % en 2012-13 à 55,6 % en 2013-14 (Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2014a).

GRAPHIQUE 58
COUVERTURE VACCINALE CONTRE L'INFLUENZA CHEZ LES RÉSIDENTS ET LES TRAVAILLEURS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, 2008-2009 À 2013-2014



Notes : Les résidents incluent les personnes qui vivent en CHSLD (privés non conventionnés, privés conventionnés et publics) et le Centre de réadaptation Louise-Vachon. Les travailleurs incluent les personnes qui travaillent dans les CHSLD (privés non conventionnés, privés conventionnés et publics), les CLSC, à la CSL, à l'Hôpital juif de réadaptation, au Centre ambulatoire du CSSS de Laval, au CISPLOI (Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île) du CSSS de Laval, au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Normand-Laramée et au Centre jeunesse.

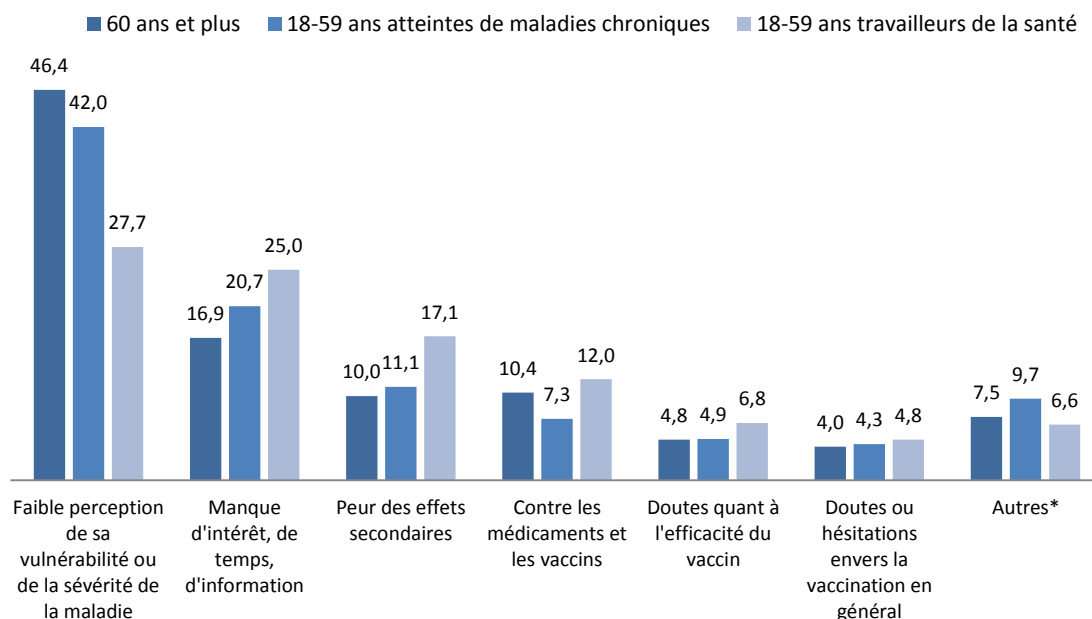
Source : Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Tableau sommaire travailleurs et résidents, 2008-2009 à 2013-2014 (non publié).

Raisons de non-vaccination contre l'influenza

Des données québécoises offrent également de l'information sur les raisons de non-vaccination selon les différents groupes cibles : les 60 ans et plus, les 18 à 59 ans atteints de maladies chroniques et les 18 à 59 ans qui travaillent dans le milieu de la santé. Chaque répondant devait mentionner une seule raison de non-vaccination (la principale). Dans les trois groupes, la raison de non-vaccination la plus souvent mentionnée était la faible perception de sa vulnérabilité ou de la gravité de la maladie, et ce, même chez les personnes à risque élevé de complications. La deuxième raison était un manque d'intérêt, de temps ou d'information. Les autres raisons de non-vaccination ne comptaient que pour une minorité de plus en plus petite des répondants (graphique 59) (INSPQ, 2013).

GRAPHIQUE 59

PRINCIPALES RAISONS DE NON-VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE CHEZ LES PERSONNES NON VACCINÉES DANS LA DERNIÈRE ANNÉE, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2012



* Autres raisons : présence de contre-indications, pas de recommandation reçue, problème d'accessibilité, n'aime pas les injections et diverses raisons inclassables, y compris les médecines alternatives préférées au vaccin.

Source : Institut national de santé publique du Québec (2013). Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012.

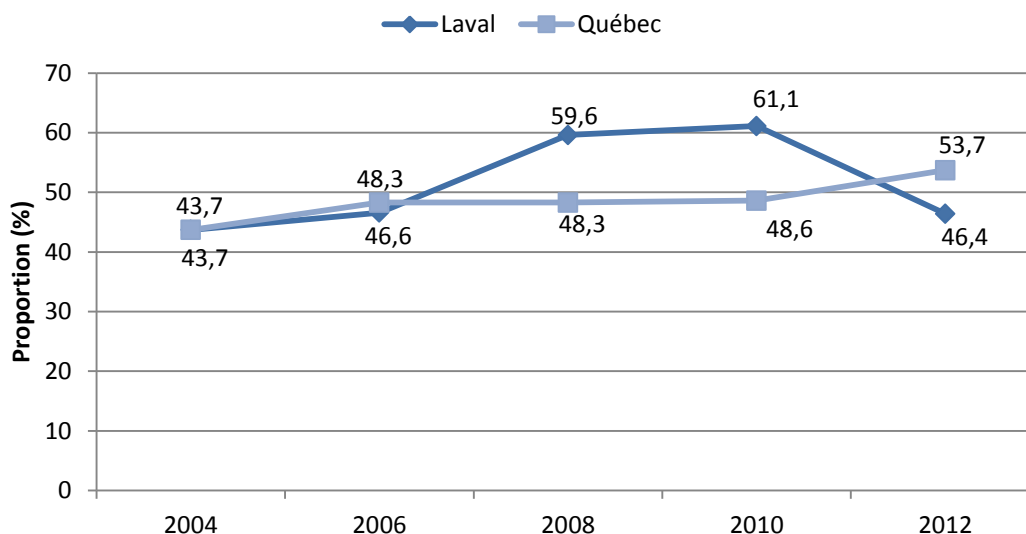
11.2.2. Pneumocoque

Le vaccin contre le pneumocoque est recommandé pour toutes les personnes à risque accru d'infection invasive à pneumocoque, ce qui inclut tous les enfants âgés de 2 à 59 mois, toutes les personnes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes de 59 mois à 65 ans ayant des facteurs de risque. Selon leur âge et leurs facteurs de risque, le vaccin contre le pneumocoque recommandé est soit le vaccin conjugué, soit le vaccin polysaccharidique. Pour les personnes de 18 à 65 ans sans facteurs de risque, le vaccin conjugué est autorisé, mais ne fait pas partie du programme de vaccination gratuite.

Les personnes âgées de 65 ans et plus

Comme le vaccin contre le pneumocoque n'a pas besoin d'être répété annuellement, la couverture vaccinale s'est améliorée dans le temps jusqu'en 2010. La couverture lavalloise semble avoir connu une baisse importante en 2012 par rapport à 2010, qui ne se reproduit pas à l'échelle provinciale; la baisse n'est toutefois pas statistiquement significative. Il est plausible que les enquêtes de 2008 et de 2010 aient surestimé la couverture réelle à Laval, car des hausses similaires n'ont pas eu lieu dans le reste du Québec. Il n'en demeure pas moins qu'environ la moitié (46,4 %) des Lavallois de 65 ans et plus ne sont toujours pas vaccinés contre le pneumocoque en 2012.

GRAPHIQUE 60
COUVERTURE VACCINALE CONTRE LE PNEUMOCOQUE, POPULATIONS LALLAISE ET QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2004 À 2012



Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2002 à 2012. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Au Québec, en 2012, les personnes de 65 ans ou plus atteintes d'une maladie chronique étaient plus nombreuses à être vaccinées contre le pneumocoque (59 %) que les autres personnes de 65 ans et plus (49 %) ⁵⁶. Cependant, il n'y a aucune différence chez les personnes de 65 ans et plus selon la présence d'autres personnes dans le ménage qui sont atteintes de maladies chroniques ⁵⁷.

Les personnes de 18 à 64 ans atteintes de maladies chroniques

Comme pour la grippe, les personnes de moins de 65 ans atteintes de certaines maladies chroniques sont plus susceptibles d'avoir des complications si elles sont infectées par le pneumocoque. Le vaccin contre le pneumocoque est donc disponible gratuitement pour elles. L'enquête provinciale a permis de constater qu'au Québec, chez les 18-64 ans qui ont certains de ces facteurs de risque de complications, la couverture vaccinale ne s'élève qu'à 21,5 %. Cette couverture vaccinale varie selon le sexe (24 % chez les femmes comparativement à 18,7 % pour les hommes) et l'âge (31,7 % chez les 60-64 ans, 23,1 % chez les 50-59 ans, 17,6 % chez les 18-49 ans).

Les raisons de non-vaccination chez les personnes non vaccinées

Chez les personnes à risque élevé de complications, mais non vaccinées contre le pneumocoque, la raison principale était relative au manque d'intérêt, de temps ou d'information. En fait la méconnaissance comptait pour la majorité de celles-ci, autant chez les personnes âgées de 65 ans et plus (environ les trois quarts de celles dont la réponse se trouvait dans cette catégorie) que chez les personnes âgées de 18 à 64

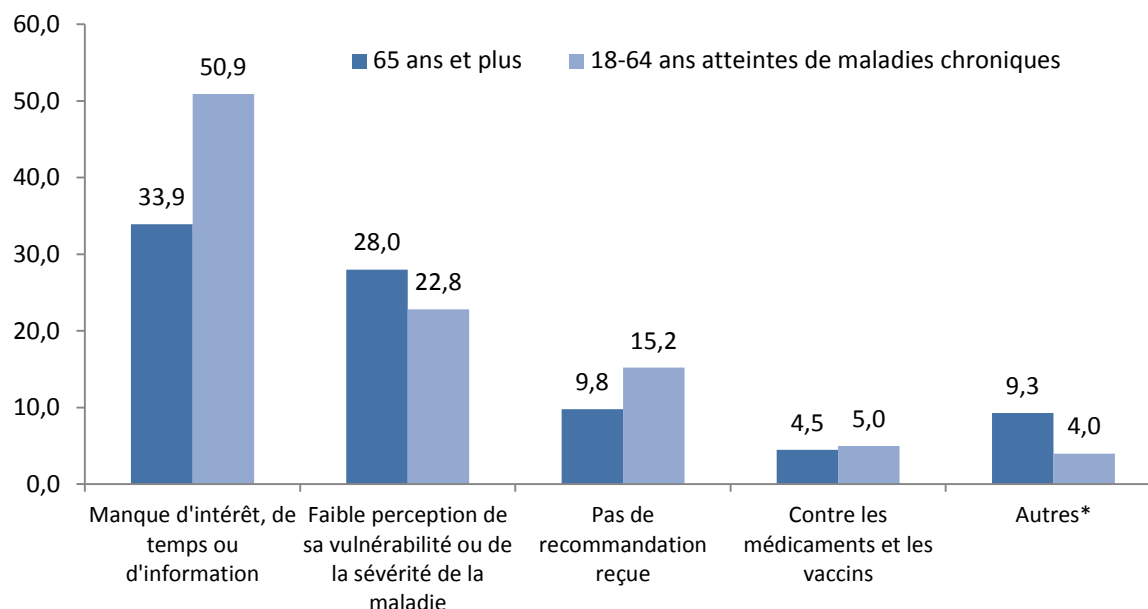
⁵⁶ Il s'agit des mêmes maladies chroniques que celles qui sont prises en considération pour la vaccination contre l'influenza. Source : INSPQ (2013).

⁵⁷ Idem.

ans atteintes de maladies chroniques (environ les quatre cinquièmes de celles dont la réponse se trouvait dans cette catégorie). La deuxième raison en importance était la faible perception de sa vulnérabilité ou de la gravité de la maladie. Il y a donc matière à réflexion pour améliorer la promotion de ce vaccin et l'information à offrir sur celui-ci auprès des personnes à qui le vaccin est recommandé.

GRAPHIQUE 61

PRINCIPALE RAISON DE NON-VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE CHEZ LES PERSONNES NON VACCINÉES, POPULATION QUÉBÉCOISE, 2012



* Autres raisons : peur des effets secondaires, doutes/hésitations envers la vaccination, recommandation par un professionnel de la santé de ne pas recevoir le vaccin, présence de contre-indications, problème d'accessibilité ou de coût, n'aime pas les injections, doutes sur l'efficacité du vaccin et diverses raisons inclassables.

Source : Institut national de santé publique du Québec (2013). Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012.

11.3. Counseling en matière d'alimentation et d'activité physique

L'obésité est un facteur de risque pour le développement de l'apnée du sommeil, et probablement aussi pour l'asthme. Elle est également un facteur qui aggrave la condition des personnes atteintes d'asthme ou d'une MPOC. Le counseling en matière d'alimentation et d'activité physique pourrait donc jouer un rôle dans la prévention de ces maladies chez les personnes obèses ainsi que dans le contrôle des symptômes chez les personnes obèses atteintes d'une de ces maladies.

À Montréal et en Montérégie, parmi les personnes atteintes d'asthme ou de MPOC qui ont un lieu habituel de soins, 36,8 % qui ont reçu des recommandations concernant les habitudes alimentaires et 40,3 % ont reçu des recommandations concernant la pratique de l'activité physique, soit les mêmes proportions que pour les personnes qui ne sont pas atteintes d'asthme ni de MPOC (Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012).

Malheureusement, il n'était pas possible de connaître le taux de recommandation concernant les habitudes alimentaires ou la pratique de l'activité physique en fonction de la présence ou l'absence de l'obésité.

11.4. Soutien à l'allaitement

Étant donné que l'absence d'allaitement est un facteur de risque pour le développement de l'asthme chez les enfants, il est recommandé que les cliniciens de première ligne interviennent auprès des femmes enceintes et de celles qui ont donné naissance, pour promouvoir et soutenir l'allaitement (USPSTF, 2008b). Malheureusement, on ne connaît pas le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu de telles recommandations et un tel soutien de leur clinicien de première ligne au cours de leur grossesse ou des six premiers mois de vie du nourrisson. Cependant, des stratégies ont été mises en œuvre à la CSL dans le cadre de l'Initiative des amis des bébés, afin que les cliniciens accoucheurs et les infirmières du département d'obstétrique fassent davantage de promotion et de soutien de l'allaitement au moment de l'accouchement.

11.5. Dépistage des maladies respiratoires

La spirométrie a déjà été recommandée comme test de dépistage de MPOC chez des patients asymptomatiques à risque élevé (ATR/ERS, 2004). Cependant, le dépistage n'est pertinent et justifié que lorsqu'il existe une intervention pour changer l'évolution de la maladie qui est plus efficace à un stade asymptomatique que lorsque l'on intervient à un stade symptomatique, ce que les données probantes n'ont pas encore démontré pour la MPOC (USPSTF, 2008a). On ne sait pas à quel point cette pratique de dépistage non pertinente est généralisée.

11.6. Pistes de réflexion

Comme on l'a montré dans ce chapitre, la couverture populationnelle n'est pas optimale pour plusieurs interventions cliniques qui visent à prévenir les maladies respiratoires. Cela s'explique en grande partie par le fait que les personnes n'ayant pas de médecin de famille reçoivent moins de services préventifs que ceux qui en ont un. Bien qu'une proportion importante de Lavallois n'ait pas de médecin de famille, il n'en demeure pas moins que la plupart de ceux-ci consultent habituellement le même lieu pour leurs soins de première ligne et sont donc probablement mieux servis que ceux qui n'ont pas de lieu habituel de soins de première ligne.

Néanmoins, il y a encore des améliorations qui peuvent être apportées relativement au soutien à la cessation tabagique, à la vaccination contre les infections respiratoires et au counseling en matière d'alimentation et d'activité physique, autant auprès des personnes atteintes de maladies respiratoires que de celles qui ne le sont pas, qu'elles aient ou non un médecin de famille ou un lieu habituel de soins de première ligne. Cela est particulièrement vrai pour la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, pour lesquels de meilleures stratégies doivent être conçues pour modifier la perception des personnes à l'égard de leur vulnérabilité et de la gravité de ces deux infections. Ces stratégies doivent également permettre de mieux informer les personnes qui sont à risque élevé de complications, afin que celles-ci demandent en plus grand nombre de se faire vacciner.

En ce qui concerne plus particulièrement les fumeurs, il est clair que la grande majorité d'entre eux ne comptent pas sur les services de soutien professionnel ni sur ceux du Centre d'abandon du tabac pour les soutenir. Il y a donc une réflexion à faire pour améliorer l'accès à ces services et les adapter de façon à

mieux répondre aux besoins de ceux qui souhaitent cesser de fumer. Doit-on rappeler que des milliers de fumeurs lavallois ont l'intention de cesser de fumer ou tentent de le faire chaque année?

De plus, certains incitatifs pour soutenir la cessation tabagique au Québec s'appliquent de façon limitée. Par exemple, les médecins ne peuvent facturer qu'une fois par année pour le soutien à la cessation tabagique pour un patient donné et le régime d'assurance médicament couvre les produits de cessation tabagique pendant seulement 12 semaines consécutives, une fois par année. Étant donné que de nombreux fumeurs tentent de cesser de fumer plusieurs fois dans une même année (graphique 55), il y a lieu de réfléchir à un meilleur arrimage entre ces incitatifs et les besoins réels.

Finalement, une réflexion s'impose au sujet des liens entre les problèmes de santé mentale et le tabagisme, et ce, pour que les stratégies de prévention du tabagisme et de la cessation tabagique parviennent mieux à diminuer la prévalence de tabagisme et à réduire les méfaits de la dépendance à la nicotine. De plus, les services de soins pour les maladies causées par le tabac auront un défi à relever à l'égard des fumeurs d'aujourd'hui qui seront les malades de demain. Ces services devront s'adapter dans le but de mieux répondre aux besoins des patients atteints de problèmes de santé mentale, étant donné que ceux-ci sont surreprésentés présentement chez les fumeurs et seront donc probablement surreprésentés chez les patients atteints de maladies cardiaques, de maladies respiratoires et de cancers dans l'avenir.

Synthèse

Prévention clinique des maladies du système respiratoire

- > En 2011-2012, près de la moitié (45,2 %) des fumeurs lavallois de 12 ans et plus avaient tenté de cesser de fumer (sans succès) au cours des 12 derniers mois.
- > Toujours en 2011-2012, plus de la moitié (57,3 %) des fumeurs lavallois de 12 ans et plus avaient l'intention de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois.
- > Dans les deux dernières années, le statut tabagique a été demandé à moins de la moitié des patients qui ont un lieu habituel de soins de santé primaire.
- > Malgré le fait que la majorité des fumeurs soient vus par des médecins, des dentistes, des hygiénistes dentaires et des pharmaciens chaque année, ces professionnels ne saisissent pas toutes ces occasions pour leur conseiller de cesser de fumer ni pour les soutenir dans la cessation.
- > Pour la première fois, plus de la moitié (51,2 %) des travailleurs de la santé du CSSS de Laval se sont fait vacciner contre l'influenza en 2013-2014.
- > Près de la moitié des personnes non vaccinées à risque élevé de complications de la grippe en 2012 ont donné comme raison principale de non-vaccination qu'elles ne se perçoivent pas comme vulnérables ou ne considèrent pas que la maladie est grave (46,4 % chez les personnes non vaccinées de 60 ans et plus, 42 % chez les personnes non vaccinées de 18-59 ans avec maladies chroniques).

CONCLUSION

Les MSR regroupent des affections variées des voies respiratoires supérieures (sinus, fosses nasales, pharynx, larynx) et inférieures (trachée, bronches, poumons et plèvre), qui peuvent être aiguës ou chroniques. Les caractéristiques des personnes atteintes de MSR varient selon les regroupements des maladies traitées dans le présent portrait. Par exemple, les AAVR touchent davantage les très jeunes tandis que les MPOC concernent davantage les personnes âgées. De plus, la clientèle atteinte d'une maladie aiguë telle que la grippe peut varier dans le temps.

Dans certains cas, on assiste à une diminution importante des hospitalisations : les hospitalisations de courte durée pour asthme ainsi que les chirurgies d'un jour pour une maladie des voies respiratoires supérieures.

Toutefois, pour d'autres MSR, même lorsque les taux sont stables, l'accroissement démographique et le vieillissement de la population causent une augmentation des cas. Par exemple, en ce qui concerne les MPOC, qui touchent davantage les personnes âgées, même si les tendances de prévalence et de taux d'hospitalisation sont assez stables, le nombre de personnes atteintes est susceptible d'augmenter alors que la population vieillit. La demande de services de santé risque donc de croître dans les prochaines années, surtout si l'on prend en considération que les MPOC sont associées à d'autres maladies chroniques et qu'elles ont des répercussions sur la qualité de vie.

Par ailleurs, les MSR demeurent une cause de mortalité non négligeable. Elles arrivent au troisième rang des principales causes de décès, et on constate une augmentation du nombre de décès depuis les 12 dernières années. Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ainsi que la grippe et la pneumopathie en sont les principales causes.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les MSR, mais c'est le tabagisme qui constitue le plus important facteur modifiable. Encore aujourd'hui, on estime qu'entre 68 000 et 74 100 Lavallois fumeraient et qu'environ 70 300 Lavallois seraient exposés à la fumée secondaire. Des initiatives pour diminuer le tabagisme sont donc encore nécessaires et susceptibles de permettre d'importants gains dans la prévention de maladies telles que l'asthme et les MPOC.

Finalement, des stratégies doivent être élaborées pour que les campagnes de vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque touchent les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques, et ce, dans le but d'augmenter les couvertures vaccinales et de mieux protéger ces groupes à risque.

ANNEXES ●●●

ANNEXE 1 : SOURCES DE DONNÉES ET LIMITES À L'INTERPRÉTATION

Recensement de 2011, Statistique Canada

Source de données

La collecte de données concerne l'ensemble de la population du Canada. Nous utilisons la portion s'adressant aux personnes vivant dans des logements privés.

Temporalité

Un recensement est effectué tous les cinq ans (les années finissant par 1 ou 6). Nous avons utilisé le recensement de 2011.

Limites à l'interprétation

Bien que généralement reconnu comme étant très fiable, le recensement comporte un total de cinq sources d'erreurs potentielles selon Statistique Canada. Des erreurs de couverture, de non-réponse, de réponse, de traitement et d'échantillonnage sont expliquées par l'organisme fédéral.

Projections de population, ministère de la Santé et des Services sociaux

Source de données

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) emploie des données du recensement canadien pour faire ses estimations. Ces données sont utilisées et diffusées par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans ses travaux de planification.

Limites à l'interprétation

Les principales limites à l'interprétation sont les mêmes que celles du recensement étant donné que les projections de l'Institut sont basées sur les données de celui-ci. Par contre, en ce qui a trait à la projection proprement dite, l'Institut ajoute une limite supplémentaire. Il ne s'agit pas d'un futur probable, mais bien d'un futur possible qui repose sur la continuité des tendances démographiques et migratoires actuelles. Étant donné que les phénomènes démographiques sont plus ou moins volatils, il faut tenir compte qu'un changement de tendance puisse influencer les projections à plus ou moins long terme.

Fichier MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux

Source de données

Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier du système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

Temporalité

Le fichier est produit pour chaque année financière, du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. Nous avons utilisé les années 2001-2002 à 2012-2013.

Limites à l'interprétation

Dans certains cas, les données présentées sont obtenues à partir du diagnostic principal seulement. Chez un patient présentant plusieurs affections, le diagnostic principal doit correspondre à l'affection ayant nécessité la plupart des ressources médicales durant le séjour.

La CIM-9 a été remplacée par la CIM-10 à partir du fichier de 2006-2007. Ce faisant, étant donné que la classification diffère d'une CIM à l'autre, la comparaison historique est à interpréter avec précaution.

Le fichier MED-ÉCHO ne comprend pas les hospitalisations qui surviennent dans les autres provinces. Pour l'ensemble du Québec, cela représente environ 1 % des épisodes.

Les données présentées le sont du point de vue des épisodes d'hospitalisation et non des individus. En effet, une même personne peut avoir été hospitalisée à plusieurs reprises au cours d'une période donnée.

L'hospitalisation est fonction non seulement de l'état de santé, mais aussi de facteurs autres comme la disponibilité des lits et des services, les pratiques médicales, l'accessibilité physique, la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, les décisions administratives des directions hospitalières et la spécialisation des hôpitaux. La prudence est donc de mise lorsque des données d'hospitalisation sont utilisées pour mesurer la morbidité (état de santé). De plus, l'interprétation des comparaisons géographiques ou temporelles des données d'hospitalisation est difficile et requiert idéalement une connaissance précise des facteurs autres que l'état de santé pour les unités géographiques ou les périodes temporelles comparées.

Fichier des décès, ministère de la Santé et des Services sociaux

Source de données

Le fichier des décès comprend tous les décès de la population québécoise survenus au Québec ou à l'extérieur et inscrits au Registre des événements démographiques du Québec.

Temporalité

Le fichier est produit annuellement, selon les années civiles. Nous avons utilisé les années 2001 à 2012 (CIM-10). Les données des années 2011 et 2012 sont provisoires (p), il est donc possible qu'elles soient incomplètes.

Limites à l'interprétation

Les données présentées sont obtenues en utilisant la cause initiale du décès, qui correspond à la maladie qui a déclenché l'évolution morbide ayant directement conduit au décès. De plus, il arrive que la cause initiale du décès soit difficile à définir sur l'acte de décès, particulièrement pour les âges avancés. Le fait de ne retenir qu'une seule cause par décès peut jouer sur l'importance des différentes causes de décès.

Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec

Source de données

Les données proviennent des demandes de paiement à l'acte pour les consultations médicales des Lavallois.

Temporalité

Nous avons utilisé des données produites, à notre demande, tous les deux ans, du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante. Les fichiers concernaient les années 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012.

Limites à l'interprétation

Pour des raisons de confidentialité, la Régie rend disponible un échantillon d'un maximum de 125 000 personnes annuellement. Malgré l'utilisation d'une pondération populationnelle, il est possible que des événements rares ne soient pas parfaitement représentés.

Le fichier des services rémunérés à l'acte de la Régie sert principalement à la facturation. Les volumes d'activité seront vraisemblablement fidèles, mais la description des diagnostics risque d'être moins précise, notamment à cause du nombre important d'examen généraux et d'examen généraux sommaires comptabilisés.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

Source de données

L'ESCC est réalisée par Statistique Canada dans plus de 100 collectivités canadiennes, dont les régions socioadministratives du Québec. La population visée est celle des 12 ans et plus. Les habitants des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées sont exclus.

Temporalité

D'abord réalisée tous les deux ans (en 2001, 2003 et 2005), l'ESCC est menée depuis 2007 sur une base continue. Il faut deux ans pour recueillir un échantillon de taille suffisante pour être représentatif d'une collectivité comme Laval. Nous avons utilisé principalement l'enquête de 2011-2012. Par contre, les autres enquêtes ont été employées pour les comparaisons historiques.

Limites à l'interprétation

Étant donné qu'il s'agit majoritairement d'une enquête téléphonique, il est impossible de garantir l'objectivité des réponses. Que ce soit en raison du phénomène de désirabilité sociale, d'une difficulté à se souvenir ou bien de la collecte des données par une tierce personne, les données recueillies peuvent être imprécises.

Lors d'une enquête, une taille d'échantillon représentative est sélectionnée pour répondre au questionnaire (près de 1 300 personnes pour Laval). Bien que statistiquement représentatif, cet échantillon se compose d'une fraction de la population entière, ce qui peut créer des différences mineures entre les résultats de l'étude et la situation réelle, notamment pour les phénomènes rares.

Fichier Intégration CLSC, ministère de la Santé et des Services sociaux

Source de données

Le fichier Intégration CLSC contient les services utilisés en CLSC par les Lavallois.

Temporalité

Le fichier est produit pour chaque année financière, soit du 1^{er} avril au 31 mars. Nous avons utilisé les années 2007-2008 à 2012-2013.

Limites à l'interprétation

Pour les interventions impliquant successivement plusieurs intervenants, chaque intervenant doit inscrire l'intervention réalisée. Cela est une limite à l'interprétation dans la mesure où ce ne sont pas tous les centres de santé et de services sociaux qui procèdent de la même façon pour une intervention donnée. En d'autres mots, un patient qui est trié et traité pourrait être saisi de façon différente en fonction des procédures du centre de santé et de services sociaux.

Bien que nous disposions du fichier national depuis 2011-2012, nous avons choisi de n'utiliser que les données régionales.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé, Statistique Canada

Source de données

La population ciblée par l'ECMS comprend les personnes âgées de 6 à 79 ans vivant dans des logements privés dans les 10 provinces et les 3 territoires. Les habitants des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les résidents des établissements, les membres des Forces canadiennes à plein temps ainsi que les habitants de certaines régions éloignées ne font pas partie de cette enquête. Celle-ci représente près de 97 % de la population canadienne.

L'échantillon a été réparti selon 10 groupes d'âge et de sexe différents. Cinq cents personnes par groupe sont nécessaires pour produire des estimations nationales, pour un total de 5 000 personnes répondantes par cycle d'enquête.

Comme son nom l'indique, cette enquête met l'accent sur des mesures physiques et objectives de plusieurs facettes de l'état de santé des Canadiens.

Temporalité

La collecte de données se déroule sur deux années. Par exemple, l'ECMS de 2009-2011 débute à l'été 2009 et se termine à l'automne 2011.

Limites à l'interprétation

Des efforts considérables ont été déployés pour que toutes les opérations de collecte et de traitement obéissent à des normes élevées. Cependant, les estimations obtenues sont inévitablement entachées, jusqu'à un certain point, d'erreurs non dues à l'échantillonnage. La non-réponse, par exemple, est une source importante d'erreurs non dues à l'échantillonnage. La couverture de la population, les écarts dans l'interprétation des questions et les erreurs de consignation, de codage et de traitement des données représentent d'autres exemples d'erreurs non liées à l'échantillonnage.

Les cas de non-réponse sont traités en corrigeant les poids échantillonnaires des personnes dans les ménages qui ont participé à l'enquête pour tenir compte de celles qui n'y ont pas participé.

L'erreur type de l'estimation peut servir à mesurer l'erreur d'échantillonnage. Le coefficient de variation représente l'erreur de l'estimation de l'enquête. Les estimations comprenant un coefficient de variation de moindre importance sont plus fiables que celles dont le coefficient de variation est plus élevé.

ANNEXE 2 : LISTE DES CODES UTILISÉS

Fichiers MED-ÉCHO et fichiers des décès, ministère de la Santé et des Services sociaux

Selon les banques de données, des codes CIM-9 et CIM-10-CA ont été utilisés dans la rédaction du portrait de santé (voir l'annexe 1). La CIM permet à la communauté internationale d'obtenir une normalisation dans la production de statistiques sanitaires. Dans les fichiers MED-ÉCHO, les codes CIM-9 ont été utilisés de 2001-2002 à 2005-2006 et les codes CIM-10 à partir de 2006-2007. Dans les fichiers des décès, seuls les codes CIM-10 ont été utilisés.

Codes CIM-9 – Maladies du système respiratoire

- 460-519 : Maladies de l'appareil respiratoire
- 460-466 : Affections aiguës des voies respiratoires
- 470-478 : Autres maladies (non aiguës) des voies respiratoires supérieures
- 480-487 : Pneumonie et grippe
- 490-496 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes
 - 490-494 : Maladies des voies respiratoires inférieures;
 - 490-492, 496 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC);
 - 493 : Asthme
- 500-508 : Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes
- 510-519 : Autres maladies de l'appareil respiratoire

Codes CIM-10CA – Maladies du système respiratoire

- J00-J99 : Maladies de l'appareil respiratoire
- J00-J06 : Affections aiguës des voies respiratoires supérieures
- J09-J18 : Pneumonie et grippe
- J20-J22 : Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures
- J30-J39 : Autres maladies (non aiguës) des voies respiratoires supérieures
- J40-J47 : Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
 - J40-J44 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (incluant Bronchite chronique et emphysème)
 - J45-J46 : Asthme
- J60-J70 : Maladies du poumon dues à des agents externes
- J80-J84 : autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel
- J85-J86 : Maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures
- J90-J94 : Autres affections de la plèvre
- J95-J99 : Autres maladies de l'appareil respiratoire

Codes d'établissements

Encore ici, pour aider à la classification des hospitalisations, des codes ont été attribués aux établissements avec mission hospitalière par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les codes suivants correspondent aux installations de la région de Laval.

Établissements d'hospitalisation	Codes d'installation
▪ Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval	12 716 676 / 51 228 757
▪ Hôpital juif de réadaptation	11 097 029

Banque de services médicaux rémunérés à l'acte, Régie de l'assurance maladie du Québec

Codes liés aux maladies du système respiratoire (CIM-9 – regroupement 119)

- 51 : Affections aiguës des voies respiratoires (CIM-9 : 460-466)
- 52 : Autres maladies des voies respiratoires supérieures (CIM-9 : 470-478)
- 53 : Pneumonie et grippe (CIM-9 : 480-487)
- 54 : Maladies pulmonaires obstructives et affections connexes (CIM-9 : 490-496)
- 55 : Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires, agents externes (CIM-9 : 500-508)
- 56 : Autres maladies de l'appareil respiratoire (CIM-9 : 510-519)

Fichier Intégration CLSC

Raisons de l'acte liées aux maladies du système respiratoire (raison 1, 2 ou 3)

- 1900 : Maladies et troubles de l'appareil respiratoire
- 1901 : Sinusite
- 1902 : Grippe
- 1903 : Pneumonie
- 1904 : Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), excluant bronchite (1912), bronchite aiguë chronique (1913) et asthme (1911)
- 1905 : Maladies pulmonaires dues à des agents externes, incluant : amiantose, pneumoconiose
- 1906 : Amygdalite
- 1907 : Affections aiguës des voies respiratoires supérieures, excluant : sinusite (1901), amygdalite (1906)
- 1909 : Rhinite allergique
- 1910 : Autres maladies des voies respiratoires supérieures, excluant : amygdalite (1906), rhinite allergique (1909)
- 1911 : Asthme
- 1912 : Bronchite aiguë
- 1913 : Bronchite chronique

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

- 2000-2001, cycle 1.1 : Asthme (CCCA_031), bronchite chronique (CCCA_91A), emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive (CCCA_91B)
- 2003, cycle 2.1 : Asthme (CCCC_031), bronchite chronique (CCCC_91A), emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive (CCCC_91B)
- 2005, cycle 3.1 : Asthme (CCCE_031), bronchite chronique (CCCE_91A), emphysème (CCCE_91E), bronchopneumopathie chronique obstructive (CCCE_91F)
- 2007-2008 : Asthme (CCC_031), bronchite chronique (CCC_91A), emphysème (CCC_91E), bronchopneumopathie chronique obstructive (CCC_91F)
- 2009-2010 : Asthme (CCC_031), bronchite chronique, d'emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (CCC_091)
- 2011-2012 : Asthme (CCC_031), bronchite chronique, d'emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique (CCC_091)

ANNEXE 3 : NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Soins physiques de courte durée

Pour les comparaisons des taux d'hospitalisation de Laval avec le Québec, nous avons présenté les données de l'Infocentre de santé publique du Québec, qui utilise les taux ajustés en soins physiques de courte durée. Ces soins sont ceux qui sont donnés uniquement les centres hospitaliers généraux et spécialisés, excluant ainsi les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée. Il s'agit de soins physiques de courte durée excluant les hospitalisations pour troubles mentaux, les chirurgies d'un jour (depuis 1995), les soins de longue durée, les hospitalisations du type « hôpital à domicile », celles des non-résidents québécois et celles de longue durée dans des unités de soins de courte durée.

Équivalents-lits

Le terme *équivalents-lits* désigne le nombre de lits utilisés dans un établissement hospitalier au cours de l'année pour une pathologie déterminée. Pour calculer ceux-ci, il s'agit de prendre le nombre total de jours d'hospitalisation en raison d'une maladie et de le diviser par le nombre de jours dans une année, soit 365.

Par exemple, en divisant par 365 les 43 017 jours d'hospitalisation liés à une condition, on obtient 118 équivalents-lits. Donc, au cours de l'année 2009-2010, 118 lits ont servi à temps plein à répondre à la demande en hospitalisation pour cette condition.

Taux de rétention

Le taux de rétention est la proportion d'épisodes de soins reçus dans la région de résidence. Il s'agit donc du pourcentage de Lavallois soignés à la CSL ou à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR), selon le cas.

Par exemple, si parmi 2 575 épisodes d'hospitalisation de courte durée de Lavallois, il y en a 1 271 qui ont été consommés à la CSL ou à l'HJR, on obtient un taux de rétention de 49 % (1 271/2 575).

Taux d'attraction

Le taux d'attraction est la proportion d'épisodes de soins ayant eu lieu à la CSL ou à l'HJR qui concernaient des résidents de Laval.

Par exemple, si parmi 2 000 épisodes d'hospitalisation ayant eu lieu à la CSL et à l'HJR, 1 500 concernaient des personnes résidant à Laval, le taux d'attraction des Lavallois est de 75 % (1 500/2 000).

Taux bruts

Les taux bruts correspondent au nombre de cas (hospitalisation, décès ou autre), rapporté sur la population d'intérêt, pour une période donnée.

Par exemple, s'il y a eu 20 cas de décès à Laval en 2012 pour une cause donnée, et que durant cette période la population totale était de 407 196, le taux annuel brut est de 4,91 pour 100 000 personnes $((20/407\ 196) * 100\ 000)$.

Taux ajustés

À la différence des taux bruts, les taux ajustés tiennent compte de la structure par âge de la population. En calculant des taux ajustés pour une maladie qui s'aggrave de façon importante avec l'âge, on peut comparer de façon plus précise deux populations qui ont une démographie différente. Par exemple, le taux ajusté permet de comparer une population ayant un âge médian plus jeune qu'une autre en déterminant quels seraient les taux d'hospitalisation pour une maladie si les deux populations étaient identiques en ce qui a trait à leur structure d'âge.

L'utilisation de taux ajustés est préférée à celle de taux bruts lorsque l'on souhaite comparer deux populations différentes ou une même population à deux moments différents.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2014a). *Analyse de l'implantation de la Politique de prévention et de protection contre l'influenza au Centre de santé et de services sociaux de Laval 2013-2014 – Rapport d'évaluation*, Laval, L'Agence.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2014b). « Les maladies à déclaration obligatoire à Laval en 2013 », *Mission Prévention Possible*, vol. 24, n° 3, juin.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012). *Les pratiques cliniques préventives – résultats de l'enquête populationnelle 2010*, données compilées par la Direction régionale de santé publique de Montréal, Montréal, L'Agence.

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

AMERICAN THORACIC SOCIETY (2003). « American Thoracic Society Statement: Occupational Contribution to the Burden of Airway Disease », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 167, p. 787-797.

AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (2004). « Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper », *European Respiratory Journal*, n° 23, p. 932-946

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (2013). *Asthma hospitalisations in Australia 2010-2011*, Cat. no. ACM 27, Canberra, AIHW.

BOULET, Louis-Philippe (2012). « Asthma and obesity », *Clinical & Experimental Allergy*, vol. 43, p. 8-21.

BOULET, L.-P., et autres (2007). « New insights into occupational asthma », *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology Journal*, vol. 7, n° 1, p. 96-101.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014). *Health Effects of Cigarette Smoking*. Disponible en ligne : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/.

CHEN, Y., et autres (2004). « Influence of relatively low level of particulate air pollution on hospitalization for COPD in elderly people », *Inhalation Toxicology*, n° 1, p. 21-25.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2011). *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional*. Disponible en ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-046-9.pdf.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2009). *Hospitalisations pour asthme chez les enfants résidant sur l'île de Montréal. Tendances récentes (1991-2006)*. Disponible en ligne : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=168.

- EIDELMAN, A., et autres (2012). « Breastfeeding and the Use of Human Milk », *Pediatrics*, vol. 129, n° 3, p. e827-e841.
- GARG, R., et autres (2003). *Asthma Facts*, deuxième édition, New York, New York City Department of Health and Mental Hygiene.
- GILLILAND, F. D., et autres (2003). « Obesity and the risk of newly diagnosed asthma in school-age children », *American Journal of Epidemiology*, vol. 158, n° 5, p. 406-415.
- GUÉNETTE, Jasmin, et Julie FRAPPIER (2013). « La médecine privée au Québec », Montréal, Institut économique de Montréal. Disponible en ligne : http://www.iedm.org/files/note1213_fr.pdf
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). « La santé physique et mentale des enfants : une étude des prévalences cumulatives », Québec, L'Institut.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Données consultées sur le site Internet de l'Infocentre de santé publique du Québec de l'Institut national de santé publique.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012*. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1657_EnqVaccGrippeSaisonPneumoRougeole_2012.pdf
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012). *Les pratiques cliniques préventives – Résultats de l'enquête populationnelle 2010 – L'évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie*, Québec et Montréal, L'Institut et L'Agence.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Indice de défavorisation 2006, Table d'équivalence du Québec*, Québec, L'Institut.
- LASNIER, B. (2013). « Prévalence de l'usage de cigarettes et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois : 2010-2011 », *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes*, n° 7, Québec, Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1743_PrevUsageCigElevesQuebecois_2010-2011.pdf.
- LIN, Mei, et autres (2002). « The influence of ambient coarse particulate matter on asthma hospitalization in children: case-crossover and time-series Analyses », *Environmental Health Perspectives*, vol. 110, n° 6, p. 575-581.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Le Ministère, Direction générale de la santé publique. (Analyses et surveillance, n° 14).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a). *Projections de la population du Québec, selon la région sociosanitaire, le sexe et le groupe d'âge, au 1^{er} juillet, 2006 à 2031*, Québec, Le Ministère, Service du développement de l'information.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b). *Estimations de la population du Québec, selon la région sociosanitaire, le sexe et le groupe d'âge, au 1^{er} juillet, 1981 à 2005*, Québec, Le Ministère, Service du développement de l'information.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010c). *Cadre normatif du système MED-ÉCHO*, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *La rhinite allergique au Québec*, Québec, Le Ministère, Direction des communications.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES (2001 à 2013). *Fichiers MADO*, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001 à 2012p). *Fichiers des décès*, 2001 à 2012p, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007-2008 à 2012-2013). *Fichiers Intégration CLSC*, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001-2002 à 2012-2013). *Fichiers MED-ÉCHO*, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Le Ministère.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (2010). *Inventaire des émissions des principaux contaminants atmosphériques au Québec en 2007 et évolution depuis 1990*, Québec, Le Ministère. Disponible en ligne : <http://www.mddelcc.gouv.qc.ca/air/inventaire/rapport2007.pdf>.
- NEILL, Ghyslaine, et autres (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014). *Affections respiratoires chroniques. L'asthme*, Genève, L'Organisation. Disponible en ligne : <http://www.who.int/respiratory/asthma/fr/>
- PAPOUTSAKIS, C., et autres (2012). « Childhood overweight/obesity and asthma: Is there a ? A systematic review of recent epidemiologic evidence », *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 113, p.77-105.
- POULAIN, Magali, et autres (2006). « The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 9, p. 1293-1299.
- PUISEUX, F. « Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses », *Revue des maladies respiratoires*, vol. 26, p.587-605.
- QUINTO, K., et autres (2011). « The association of obesity and asthma severity and control in children », *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 128, n° 5, p. 964-969.
- RAMACHANDRAN, K., et autres (2009), « The influence of obesity on pulmonary rehabilitation outcomes in patients with COPD », *Chronic Respiratory Disease*, vol. 5, n° 4, p. 205-209.

- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012). *Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte*, Québec, La Régie.
- REID, J. L., et autres (2014). *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends*, Waterloo (Ontario), Propel Centre for Population Health Impact. Disponible en ligne : http://www.tobaccoreport.ca/2014/TobaccoUseinCanada_2014.pdf.
- SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2011). *Dossier statistique – Bilan 2010 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Québec, La Société, Direction des études et des stratégies en sécurité routière de la Vice-présidence à la sécurité routière.
- SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2012). *Dossier statistique – Bilan 2011 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Québec, La Société, Direction des études et des stratégies en sécurité routière de la Vice-présidence à la sécurité routière.
- STATISTIQUE CANADA (2000-2001 à 2011-2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.
- STATISTIQUE CANADA (2006-2007 à 2010-2011). *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes*.
- STATISTIQUE CANADA (2010). *Rapports sur la santé – Tendances récentes des infections des voies respiratoires supérieures, des infections de l'oreille et de l'asthme chez les jeunes enfants au Canada*, Ottawa, Statistique Canada.
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Recensement de 2011*.
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Maladie pulmonaire obstructive chronique chez les Canadiens, 2009 à 2011*, Feuillelet d'information sur la santé, Statistique Canada. Disponible en ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11709-fra.htm>.
- TOREN, K., et P. D. BLANC (2009), PD. « Asthma caused by occupational exposures is common – a systematic analysis of estimates of the population-attributable fraction », *BMC Pulmonary Medicine*, vol. 9, p. 7-10; cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012), *Étude exploratoire visant l'identification d'un réseau de médecins sentinelles pour la surveillance de l'asthme professionnel au Québec. Rapport synthèse*, Québec, L'Institut.
- UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) (2008a). « Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry – recommendation statement », *Annals of Internal Medicine*, vol. 148, n° 7, p. 529-34.
- UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) (2008b). « Primary care interventions to promote breastfeeding », *Annals of Internal Medicine*, vol. 149, n° 8, p. 560-564.
- VANDENPLAS, O., et J. L. MALO (2003). « Definitions and types of work-related asthma: a nosological approach », *European Respiratory Journal*, vol. 21, n° 4, p. 706-12; cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012), *Étude exploratoire visant l'identification d'un réseau de médecins sentinelles pour la surveillance de l'asthme professionnel au Québec. Rapport synthèse*, Québec, L'Institut.

