

Profils sur la santé

Septembre 2016

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au Nouveau-Brunswick

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection pulmonaire chronique et évolutive courante. Elle se manifeste sous deux formes principales : la bronchite chronique et l'emphysème. Les principaux symptômes physiques comprennent l'essoufflement, une toux prolongée et la production de crachat. Cette maladie est le plus souvent diagnostiquée chez des personnes de 35 ans et plus, mais les dommages aux voies respiratoires et à d'autres parties des poumons peuvent commencer des années auparavant.

Chaque année, la MPOC cause plus de 3 millions de décès dans le monde, soit 6 p. 100 de tous les décès [1]. Des facteurs de risques connus contribuent de manière importante à des années de vies perdues à cause de la maladie et de l'invalidité [2]. En Amérique du Nord, l'usage du tabac est le facteur de risque le plus important. Bien qu'il soit impossible de guérir de la MPOC, des traitements comme la pharmacothérapie (souvent au moyen d'inhalateurs), l'oxygénothérapie ou la chirurgie ainsi que des changements du style de vie peuvent aider à gérer la maladie.

Principale cause d'insuffisance respiratoire, la MPOC a des répercussions considérables sur les personnes, les familles et le système de santé. C'est une cause majeure de morbidité et de mortalité au Nouveau-Brunswick, au Canada et partout dans le monde.

Dans ce numéro :

- Niveaux et tendances de la MPOC au Nouveau-Brunswick.
- Conséquences pour la santé de la MPOC.
- Usage du tabac et autres facteurs contributifs.
- Possibilités d'action.

Niveaux et tendances de la MPOC

D'après les données de surveillance des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick, l'incidence de la MPOC, ou le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, a varié légèrement d'une année à l'autre au cours de la dernière décennie, mais dans l'ensemble elle est restée stable (figure 1). En 2013-2014, il y a eu 4 450 nouveaux cas de MPOC diagnostiqués par un médecin chez les Néo-Brunswickois de 35 ans et plus, soit 3 p. 100 de changement par rapport à 2003-2004 (4 320 nouveaux cas).

Le nombre de nouveaux cas était plus élevé chez les hommes que chez les femmes en 2013-2014 (2 250 cas par rapport à 2 200). Le taux d'incidence est resté plus élevé chez les hommes au cours de la dernière décennie, bien que



On estime à **1 sur 9** le nombre de Néo-Brunswickois de 35 ans et plus ayant eu un diagnostic de MPOC.



La MPOC est plus fréquente dans les groupes de personnes âgées. Chez les 65 ans et plus, **1** personne sur 5 est atteinte de cette maladie.

la différence entre les sexes diminue.

Étant donné que les personnes vivent plus longtemps, la prévalence (ou le nombre total de cas) de la MPOC continue d'augmenter. On estime que 57 340 Néo-Brunswickois de 35 ans et plus (1 personne sur 9) ont eu un diagnostic de MPOC. Cela représente une hausse de 45 p. 100 par rapport aux chiffres d'il y a dix ans (figure 2).

La MPOC étant une affection chronique, la proportion de personnes atteintes tend à augmenter avec l'âge, de sorte qu'une personne de 65 ans et plus sur cinq souffre de cette maladie. Chez les personnes de 85 ans et plus, le taux de prévalence est environ 30 fois plus élevé que chez les personnes de 35 à 39 ans

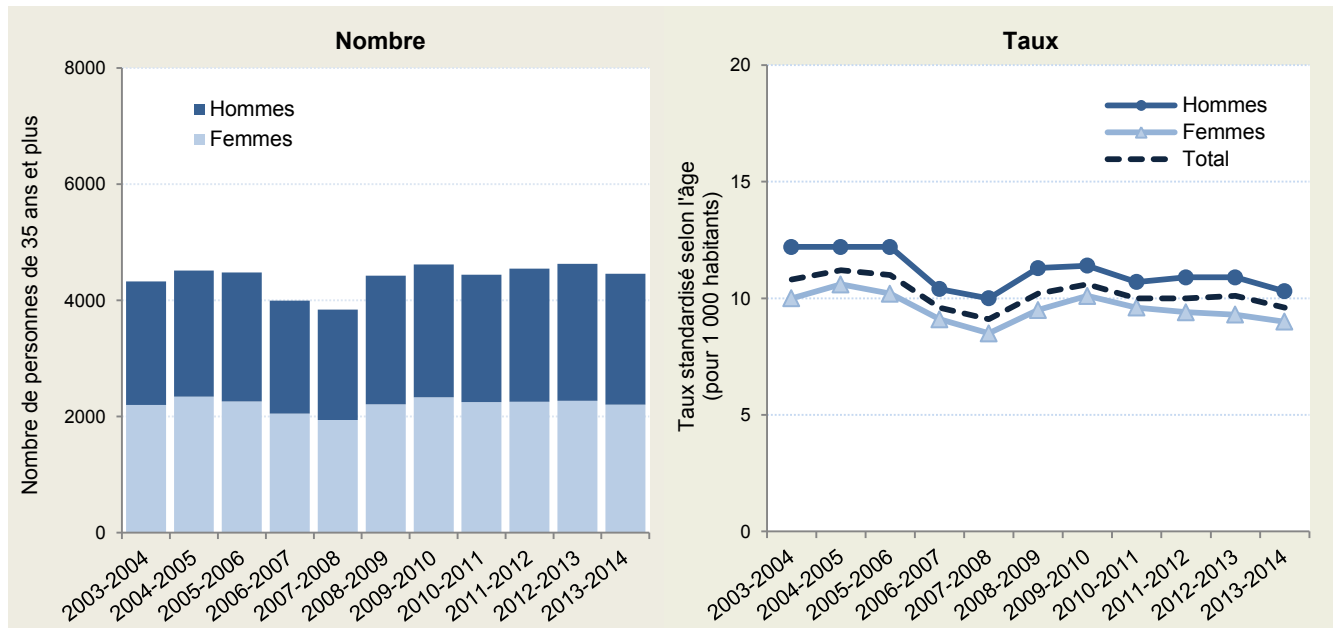
(280 par rapport à 9 pour 1 000 habitants) (figure 3) [3]. Avec le vieillissement de la population, le nombre de Néo-Brunswickois atteints de MPOC continuera probablement d'augmenter [4]. Cela inclut les cas de modérés à graves, ainsi que les cas légers et bien gérés.

La MPOC a déjà été beaucoup plus courante chez les hommes que chez les femmes, mais cela est en train de changer. En 2013-2014, le nombre de Néo-Brunswickoises atteintes était plus élevé que le nombre de Néo-Brunswickois (29 630 femmes par rapport à 27 710 hommes), alors qu'il y a dix ans la prévalence était plus faible chez les femmes que chez les hommes (19 360 femmes par rapport à 19 640 hommes en 2003-2004).

Ce changement peut s'expliquer en partie par l'évolution des données démographiques, compte tenu du vieillissement de la population et de la longévité plus grande des femmes. Si on adapte la structure par âge de la population pour permettre des comparaisons plus significatives en fonction du temps, on constate que le taux de prévalence de la MPOC a augmenté plus rapidement chez les femmes au cours des dernières années, de sorte que l'écart entre les sexes a considérablement diminué, mais le taux reste plus élevé chez les hommes (figure 2).

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) portant sur le taux auto-déclaré de MPOC diagnostiquée confirment la

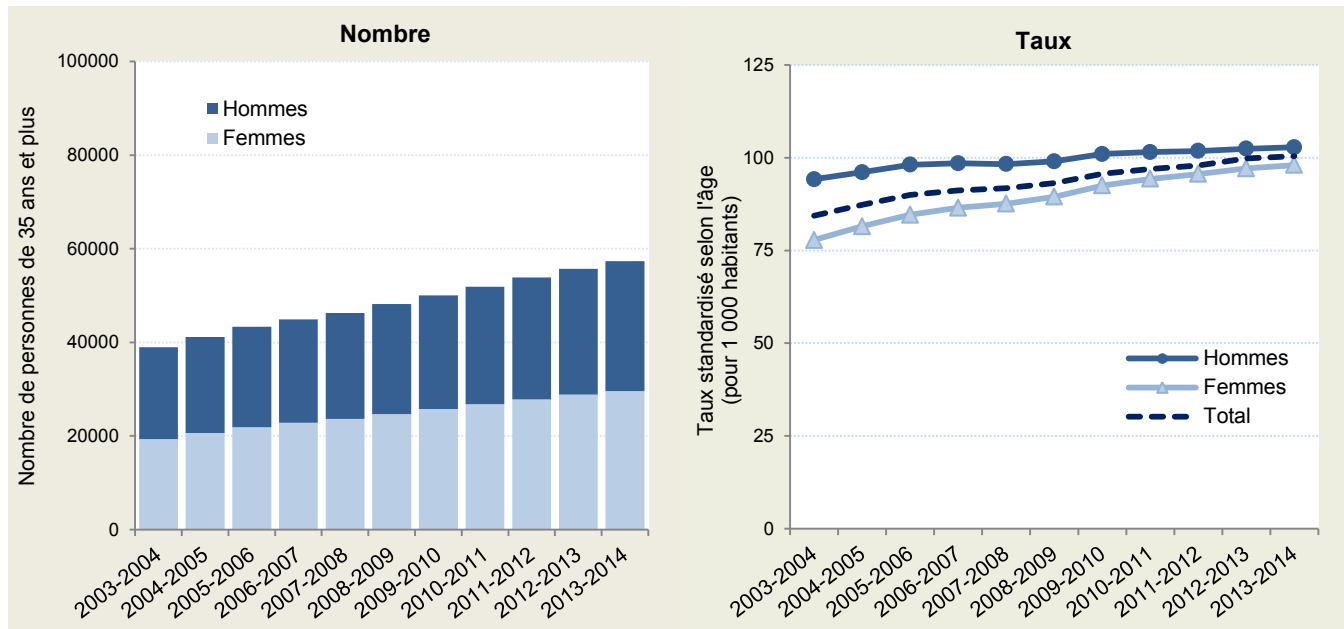
Figure 1. Tendances de l'incidence (nouveaux cas) de MPOC, selon le sexe, au Nouveau-Brunswick, de 2003-2004 à 2013-2014



Nota : Les données sur la MPOC diagnostiquée par un médecin chez les résidents du Nouveau-Brunswick sont fondées sur le suivi des interactions des personnes avec le système de santé intégrant diverses bases de données administratives sur la santé. Les taux sont pour la population de 35 ans et plus et sont standardisés selon l'âge en fonction de la structure démographique du recensement canadien de 1991 afin de permettre des comparaisons significatives entre les groupes avec différentes répartitions de la population selon l'âge.

Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

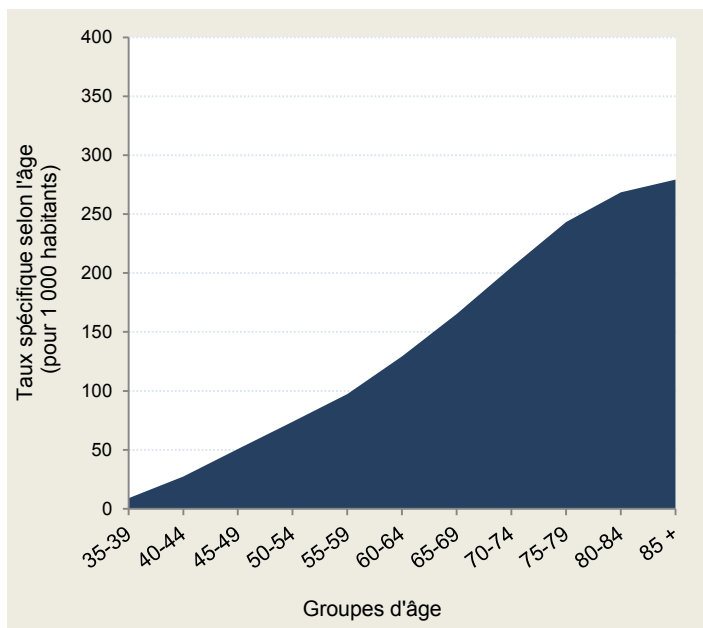
Figure 2. Tendances de la prévalence (nombre total de cas) de MPOC, selon le sexe, au Nouveau-Brunswick, de 2003-2004 à 2013-2014



Nota : Les données sur la MPOC diagnostiquée par un médecin chez les résidents du Nouveau-Brunswick sont fondées sur le suivi des interactions des personnes avec le système de santé intégrant diverses bases de données administratives sur la santé. Les taux sont pour la population de 35 ans et plus et sont standardisés selon l'âge en fonction de la structure démographique du recensement canadien de 1991 afin de permettre des comparaisons significatives entre les groupes avec différentes répartitions de la population selon l'âge.

Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

Figure 3. Prévalence de la MPOC selon le groupe d'âge, au Nouveau-Brunswick, en 2012-2013



Nota : Données sur la MPOC diagnostiquée par un médecin chez les résidents du Nouveau-Brunswick.

Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

tendance d'une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes au Nouveau-Brunswick (5,6 p. 100 par rapport à 4,8 p. 100 de la population de 35 ans et plus en 2014, une différence de 0,8 point de pourcentage), mais une réduction de l'écart entre les sexes en fonction du temps (la différence était de 1,4 point de pourcentage il y a dix ans) [5].

Les données de l'enquête indiquent aussi l'absence de différence significative entre le taux provincial de MPOC et la moyenne canadienne de 2012 à 2014. Les taux de prévalence de MPOC auto-déclarée ont tendance à être inférieurs aux taux calculés par des mesures cliniques objectives étant donné que les symptômes sont souvent non reconnus et que les répondants à l'enquête peuvent être moins enclins à signaler des cas légers ou bien gérés [6].

Conséquences pour la santé de la MPOC

Maladie qui s'aggrave avec le temps, la MPOC a des répercussions importantes sur la santé physique, mentale et sociale. Les Canadiens de 35 ans et plus atteints de MPOC sont jusqu'à trois fois plus susceptibles d'indiquer que leur santé générale est passable ou mauvaise par comparaison aux autres Canadiens (45 p. 100 par rapport à 13 p. 100), et deux fois plus susceptibles d'indiquer que leur santé est un peu moins bonne ou beaucoup moins bonne que l'année précédente (33 p. 100 par rapport à 13 p. 100) [7].

Un Canadien atteint de MPOC sur cinq (21 p. 100) indique que des problèmes respiratoires affectent beaucoup ou énormément sa santé, ce qui cause de nombreuses difficultés pour participer à des exercices ou des sports, faire les courses, faire les corvées domestiques et d'autres

activités quotidiennes. Les personnes atteintes de MPOC sont une fois et demie plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux par comparaison aux autres [8].

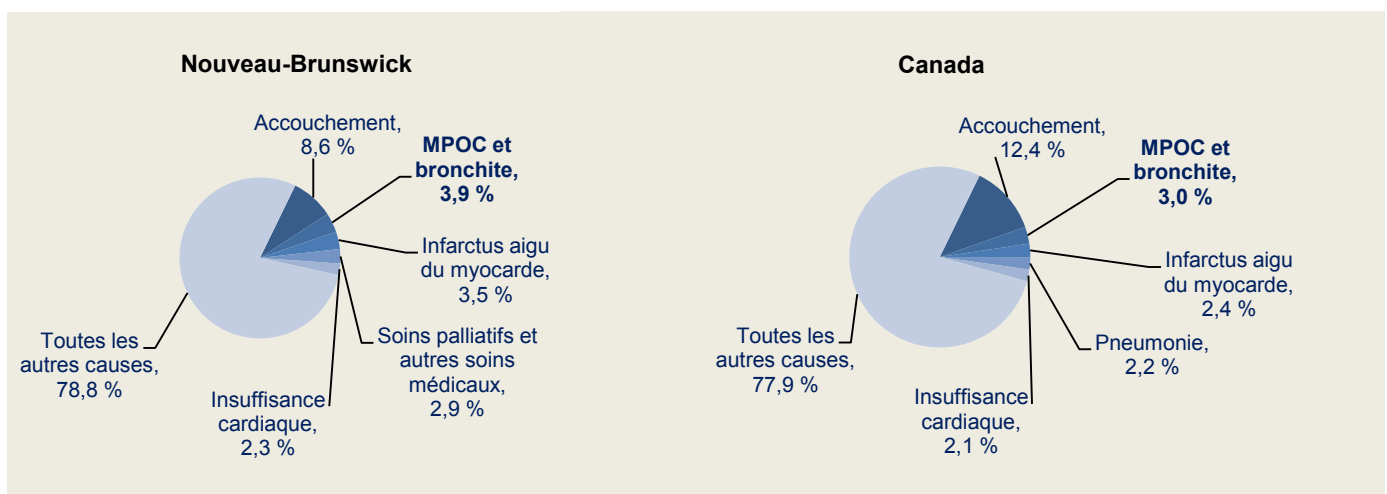
La MPOC peut influencer sur le travail et la participation dans la communauté : 14 p. 100 des Canadiens atteints ont indiqué avoir arrêté de travailler à cause de problèmes respiratoires et 22 p. 100 ont changé le nombre d'heures ou le type de bénévolat [7]. Le fardeau économique de la MPOC est évalué à 3,9 milliards de dollars par année en frais directs pour le système de santé du Canada et en frais indirects associés à une invalidité de longue durée et à un décès prématuré [9].

Les personnes atteintes de MPOC peuvent devoir être hospitalisées, soit pour le traitement d'une exacerbation aiguë (poussée active) ou à l'étape finale de leur maladie. Tout comme c'est le cas

pour la tendance nationale, au Nouveau-Brunswick la MPOC est la deuxième cause la plus importante d'hospitalisations après les accouchements (figure 4) [10]. Elle entraîne environ 3 100 admissions dans les hôpitaux chaque année, dont 8 p. 100 se terminent par un décès à l'hôpital [3]. Le taux de réadmission dans les 30 jours pour la MPOC est de 6 p. 100. Les frais hospitaliers pour le soin de patients hospitalisés pour une exacerbation aiguë de la maladie s'élèvent à 23 millions de dollars par année [3].

Malgré un meilleur taux de survie chez les personnes atteintes de MPOC, cette maladie reste une importante cause de décès au Nouveau-Brunswick. Elle a été la cause enregistrée pour 180 décès chez les hommes et 171 décès chez les femmes en 2014, soit un total de 351 décès ou 5,2 p. 100 de tous les décès dans la province (figure 5) [11].

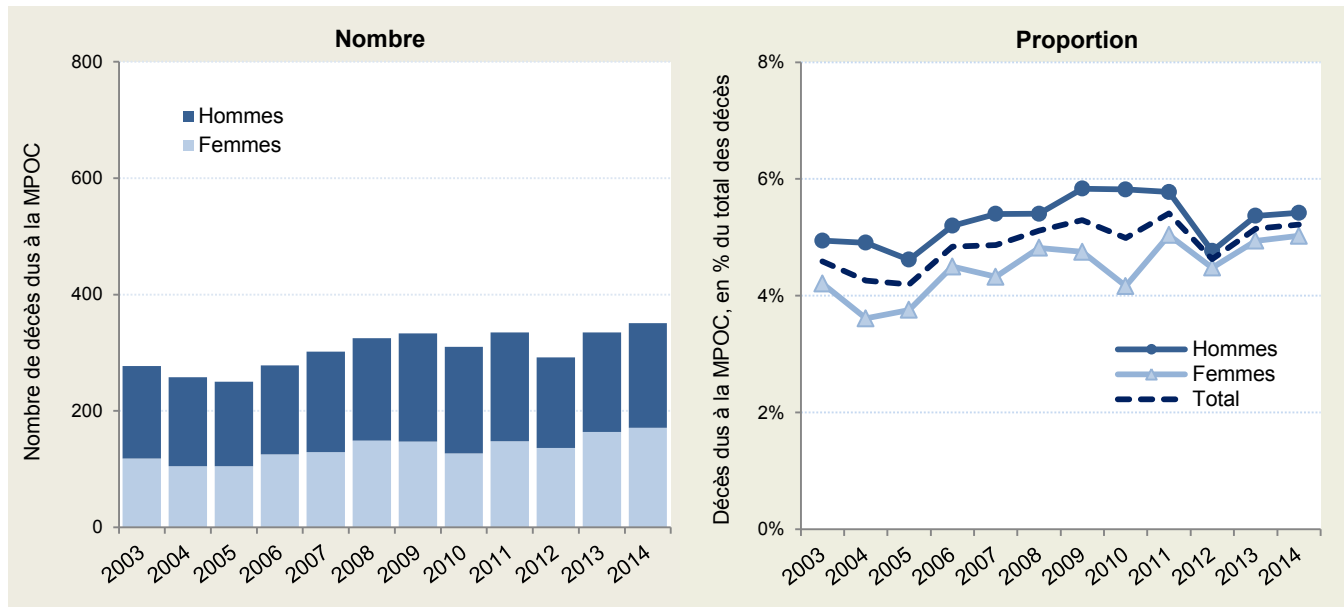
Figure 4. Répartition en pourcentage des hospitalisations en soins de courte durée, selon la cause, au Nouveau-Brunswick et au Canada, en 2014-2015



Nota : Données fondées sur le diagnostic principal pour l'hospitalisation en soins de courte durée, catégorisées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10-CA).

Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données sur la morbidité hospitalière.

Figure 5. Tendances de la mortalité due à la MPOC, selon le sexe, au Nouveau-Brunswick, de 2003 à 2014



Nota : Données sur la cause initiale de décès chez les résidents du Nouveau-Brunswick, catégorisées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version*, CIM-10, codes J40-J44, J47 (bronchite chronique, emphyseme et autres maladies chroniques des voies respiratoires inférieures). La cause initiale de décès est définie comme étant la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution conduisant directement au décès.

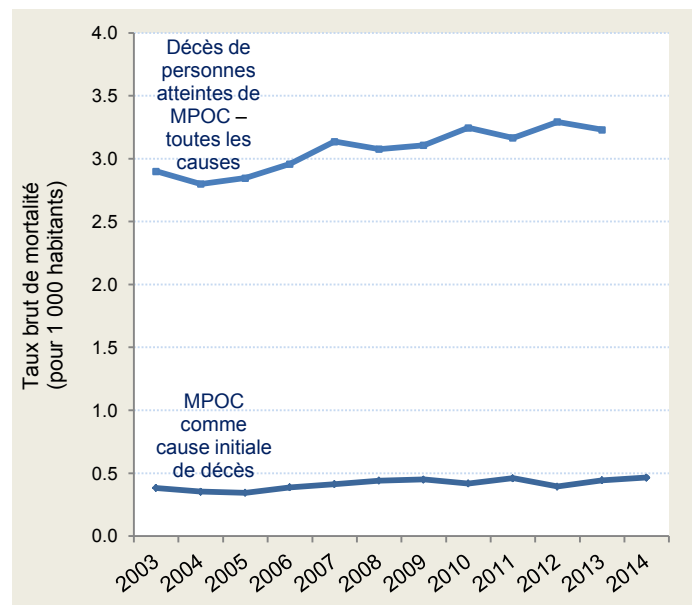
Source : Statistique Canada et Service Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil.

Bien que les chiffres aient varié d'une année à l'autre, de manière générale, le fardeau de la mortalité due à la MPOC est resté à peu près stable au cours de la dernière décennie.

Selon les données de 2012, la proportion de décès attribuables à la MPOC au Nouveau-Brunswick est comparable à la moyenne canadienne (4,6 p. 100 par rapport à 4,4 p. 100 de tous les décès) [11].

En même temps, on s'attend à ce que le nombre réel de décès soit plus élevé parce que deux complications de la MPOC, la pneumonie et l'insuffisance cardiaque, sont souvent indiquées comme cause de décès [4]. Au Nouveau-Brunswick, le nombre de décès de personnes ayant un diagnostic de MPOC est sept fois plus grand que le nombre de décès pour lesquels la MPOC a été indiquée comme cause initiale (2 440 décès par rapport à 335 en 2013) (figure 6). Les données nationales indiquent que la MPOC est une affection comorbide fréquente chez les personnes qui souffrent de diabète et d'hypertension et que la présence de la MPOC est associée à une mortalité plus élevée chez ces personnes [8].

Figure 6. Tendances du taux de mortalité chez les personnes souffrant de MPOC, au Nouveau-Brunswick, de 2003 à 2014



Nota : Données sur la cause de décès chez les résidents du Nouveau-Brunswick, catégorisées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*.

Source : Statistique Canada et Service Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil; ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

Facteurs contributifs de la MPOC

La cause principale de la MPOC est la fumée du tabac, principalement par l'usage personnel de tabac, mais aussi par l'exposition à la fumée secondaire. On estime que 80 p. 100 à 90 p. 100 des cas de MPOC sont causés par le tabagisme [4, 12]. Habituellement, l'exposition à la fumée doit se produire pendant plusieurs années avant que des symptômes apparaissent et l'usage continu du tabac influe sur le pronostic. Les autres facteurs de risques comprennent l'hérédité, l'exposition à la pollution de l'air au travail et dans l'environnement (p. ex. vapeurs chimiques et poussières), et des antécédents d'infections pulmonaires pendant l'enfance.

L'usage du tabac diminue régulièrement au Canada et au Nouveau-Brunswick depuis plusieurs décennies, mais il continue de représenter un fardeau considérable pour la santé publique et une cause de MPOC [4, 13]. Étant donné que la MPOC progresse lentement sur une période de plusieurs années, les tendances récentes de l'incidence et de la prévalence de la maladie, avec la réduction de l'écart entre les sexes au fil du temps, reflètent des changements historiques dans les comportements relatifs à l'usage du tabac. Le taux de Néo-Brunswickoises de 15 ans et plus qui fument actuellement est inférieur de 8,8 points de pourcentage par rapport à celui des Néo-Brunswickois (15,3 p. 100 par rapport à 24,1 p. 100 en 2013), alors qu'il y a cinquante ans, cet

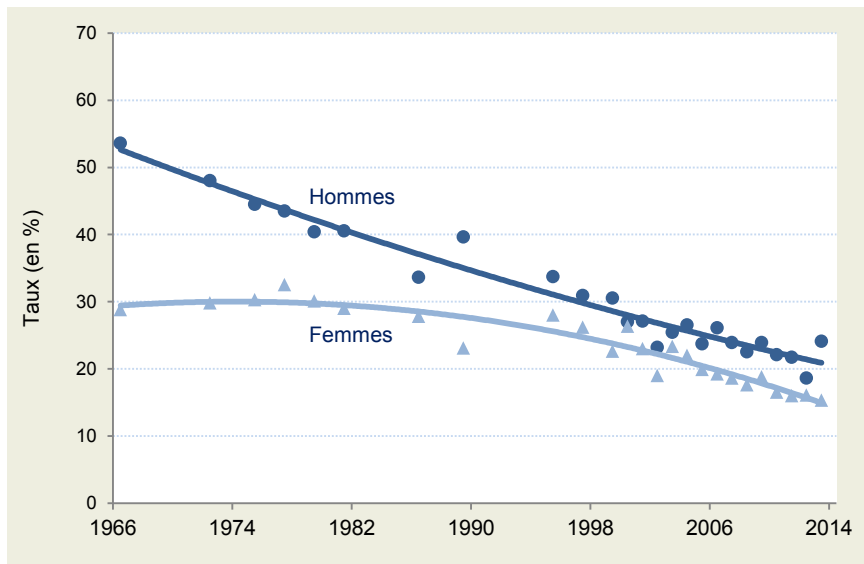
écart entre les sexes était de 24,8 points de pourcentage (28,8 p. 100 par rapport à 53,6 p. 100 en 1966) (figure 7).

Malgré les réductions significatives des taux de tabagisme, l'évolution de la population du Nouveau-Brunswick (structure par âge et croissance de la population), combinée avec un usage du tabac qui reste élevé dans certaines parties de la population, explique le nombre croissant de personnes atteintes de MPOC. Il est bien connu que la prévention et l'abandon de l'usage du tabac seraient les mesures les plus efficaces pour réduire les taux et les coûts de la MPOC [4, 9]. Cela aurait un effet positif sur le fardeau imposé par d'autres maladies respiratoires chroniques attribuées au tabagisme, notamment le cancer du poumon et l'asthme.

La diminution de l'usage du tabac aurait aussi des conséquences sur le taux d'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire. Au Nouveau-Brunswick, la réduction des taux de tabagisme s'est accompagnée de diminutions importantes des taux d'exposition à la fumée secondaire (figure 8) [5]. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2014, 4,6 p. 100 des Néo-Brunswickois de 12 ans et plus indiquaient être exposés à la fumée à la maison, un niveau statistiquement semblable à la moyenne nationale (3,9 p. 100) [5].

En 2015, la *Loi sur les endroits sans fumée* a été modifiée pour interdire de fumer dans certains endroits publics extérieurs. Le questionnaire de l'ESCC ne donne pas de définition précise d'un « endroit public » et il ne fait pas

Figure 7. Tendances à long terme du tabagisme, selon le sexe, au Nouveau-Brunswick, de 1966 à 2013



Nota : Les données depuis 1986 réfèrent à l'usage quotidien et non quotidien du tabac dans la population âgée de 15 ans et plus. Les données historiques précédentes réfèrent à l'usage quotidien du tabac. Les lignes du graphique représentent le meilleur ajustement pour les tendances dans les données.

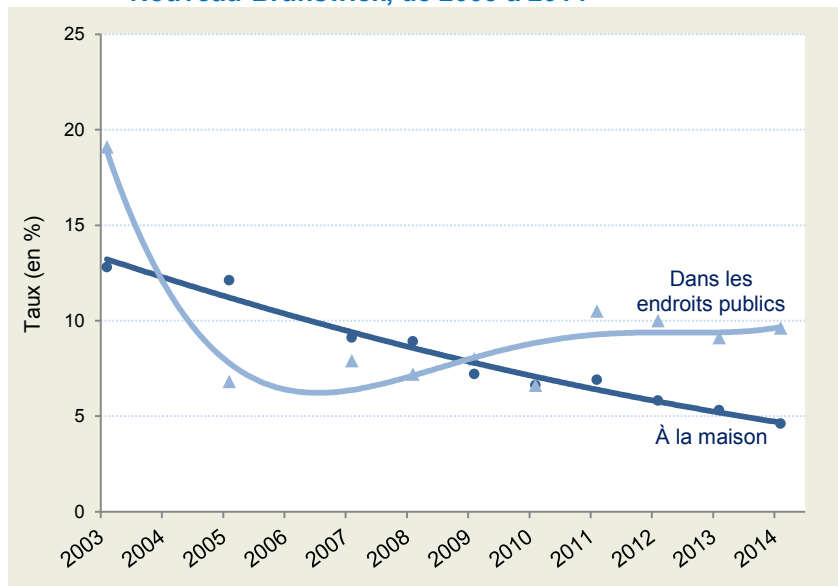
Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation des données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), de l'Enquête sur les habitudes de fumer et d'autres sources statistiques officielles.

la distinction entre les lieux intérieurs et extérieurs. Il est possible que la perception qu'ont les répondants de ce qui est un endroit public puisse changer avec le temps à mesure qu'évoluent les attitudes envers le tabagisme et les perceptions des politiques sur les endroits sans fumée.

Une personne commence habituellement à fumer au cours de l'adolescence, de sorte que le pourcentage de jeunes qui n'ont pas commencé à fumer à l'âge de 20 ans est un indicateur des futurs taux d'usage du tabac [14]. Bien que la prévalence du tabagisme ait varié chez les Néo-Brunswickois de 12 à 19 ans, dans l'ensemble le taux a diminué de manière significative depuis 2003 (figure 9) [5]. En 2014, le taux de jeunes fumeurs au Nouveau-Brunswick était inférieur à la moyenne nationale (4,8 p. 100 par rapport à 7,7 p. 100) [5].

Malgré les interdictions de fumer imposées par la loi provinciale et les autres initiatives de mieux-être des étudiants, quelque 4 500 jeunes Néo-Brunswickois continuent de fumer, et la moitié fume tous les jours [15].

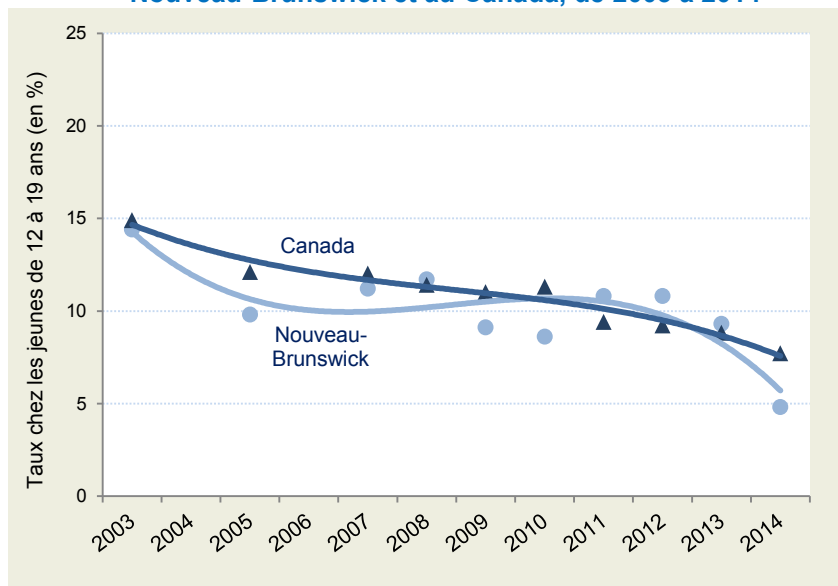
Figure 8. Tendances de l'exposition à la fumée secondaire au Nouveau-Brunswick, de 2003 à 2014



Nota : Données fondées sur la population de non-fumeurs de 12 ans et plus ayant indiqué qu'au moins une personne fumait des cigarettes à l'intérieur de la maison (à l'exclusion du garage) et ayant indiqué avoir été exposés à la fumée secondaire dans des endroits publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois. Les lignes du graphique représentent le meilleur ajustement pour les tendances dans les données.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Figure 9. Tendances du tabagisme chez les jeunes au Nouveau-Brunswick et au Canada, de 2003 à 2014



Nota : Les données se réfèrent à la population de jeunes de 12 à 19 ans ayant déclaré fumer des cigarettes tous les jours ou à l'occasion. Les taux de jeunes fumeurs au Nouveau-Brunswick depuis 2007 doivent être interprétés avec prudence parce qu'ils sont sujets à une grande variabilité d'échantillonnage étant donné les petits nombres utilisés pour calculer le numérateur et la réduction de la taille du groupe comme base pour le dénominateur. Les lignes du graphique représentent le meilleur ajustement pour les tendances dans les données.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

On reconnaît généralement que les conditions sociales et culturelles dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent et vieillissent sont d'autres déterminants importants de la santé.

Il est prouvé que les Néo-Brunswickois qui vivent dans des ménages à faible revenu sont significativement plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens que ceux qui vivent dans des ménages à revenu élevé [16]. Simultanément, la prévalence de la MPOC est plus élevée dans les ménages à faible revenu au Nouveau-Brunswick par comparaison aux ménages les mieux nantis. Des iniquités semblables pour les résultats en matière de santé s'appliquent pour le cancer, les maladies du cœur et le diabète [16].

Certaines collectivités sont plus vulnérables à des résultats néfastes pour la santé, notamment les Premières Nations qui sont significativement plus susceptibles de fumer par comparaison à la population non autochtone (40 p. 100 par rapport à 22 p. 100) et sensiblement plus susceptibles d'indiquer souffrir de MPOC ou d'asthme (16 p. 100 par rapport à 11 p. 100) [17]. Cette tendance peut être attribuée à leur désavantage socioéconomique par comparaison au reste de la population, le revenu moyen des Autochtones étant inférieur de 30 p. 100 environ à la moyenne provinciale [18].

Les données nationales indiquent que si les taux d'hospitalisation pour la MPOC de tous les Canadiens étaient aussi faibles que ceux des salariés à revenu

élevé, les économies pour le secteur de la santé atteindraient 150 millions de dollars par année [19].

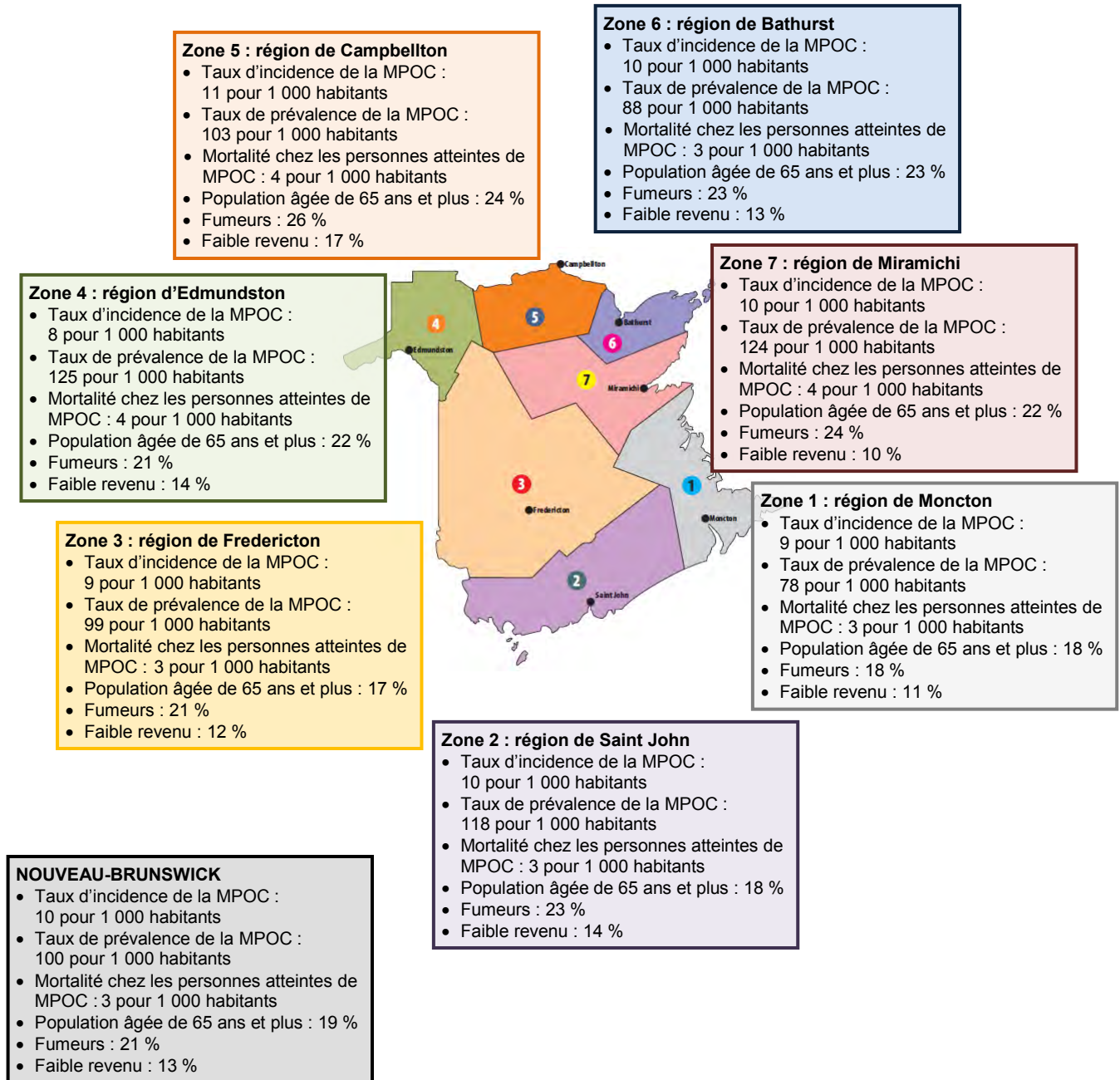
La figure 10 fournit d'autres données sur la MPOC, le vieillissement de la population, le tabagisme et les iniquités en matière de revenus entre les sept régions sanitaires du Nouveau-Brunswick.



Éléments clés

- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une affection pulmonaire qui rend la respiration difficile. Au Nouveau-Brunswick, 1 personne sur 9 de 35 ans et plus a eu un diagnostic de MPOC. Chez les aînés de 65 ans et plus, le ratio est de 1 personne sur 5. Souvent non reconnue, cette maladie peut en grande partie être prévenue et traitée.
- Quelque 4 450 Néo-Brunswickois reçoivent un diagnostic de MPOC chaque année. Il est possible que d'autres n'aient pas encore reçu le diagnostic. Le nombre de nouveaux cas est resté relativement stable au cours de la dernière décennie, mais il y a eu une hausse importante de la prévalence compte tenu du plus grand nombre de personnes qui vivent plus longtemps avec cette maladie.
- La MPOC est habituellement évolutive et elle progresse lentement au cours d'un certain nombre d'années, pour passer d'un état léger à très grave. Elle cause une invalidité croissante, la perte de productivité au travail et une réduction de la qualité de vie et elle peut mettre la vie en danger. C'est la première cause d'hospitalisation en soins de courte durée au Nouveau-Brunswick (à l'exception des accouchements). En moyenne, 2 440 Néo-Brunswickois atteints de MPOC décèdent chaque année.
- Le tabagisme, le facteur de risque le plus important de la MPOC, diminue mais il continue de représenter un fardeau considérable pour la santé publique. Les changements de l'écart entre les sexes pour ce qui est de l'usage du tabac signifient que les conséquences de la MPOC touchent maintenant un plus grand nombre de femmes.
- Il faut des stratégies cliniques et en santé publique efficaces pour prévenir la MPOC et pour gérer le nombre croissant de personnes qui vivent plus longtemps avec cette maladie. La prévention et l'abandon de l'usage du tabac auraient le plus grand impact sur la réduction du fardeau de la MPOC dans la population. Les mesures visant à améliorer les taux de MPOC et ses déterminants sociaux sous-jacents sont susceptibles d'avoir un effet positif sur d'autres problèmes de santé courants.

Figure 10. Indicateurs choisis du fardeau de la MPOC et facteurs connexes dans les régions sanitaires du Nouveau-Brunswick



Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Système national de surveillance des maladies chroniques 2013-2014 (taux d'incidence et de prévalence de la MPOC standardisés selon l'âge pour la population de 35 ans et plus; taux de mortalité pour toutes causes chez les personnes atteintes de MPOC pour la population totale); Statistique Canada, Estimations de la population de 2015 (proportion de la population âgée de 65 ans et plus); Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 à 2014 (prévalence du tabagisme chez la population âgée de 12 ans et plus); Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (prévalence d'un faible revenu avant impôt pour les personnes dans les ménages privés).

Des preuves à l'action

La MPOC est une des maladies les plus fréquentes au Nouveau-Brunswick et la principale cause des admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée (à l'exclusion des accouchements). Cette maladie doit être diagnostiquée rapidement (au moyen d'un test de spirométrie) et gérée de manière optimale pour réduire les complications et améliorer la qualité de vie.

Une méthode économique de réduire le nombre de poussées actives et d'hospitalisations liées à la MPOC consiste à augmenter la vaccination contre la pneumonie et d'autres infections respiratoires [19, 20]. La pharmacothérapie et l'oxygénothérapie peuvent aider à soulager les symptômes, et des traitements chirurgicaux peuvent bénéficier certains patients.

Toutefois, la réduction du tabagisme est la mesure qui aurait le plus grand effet sur la diminution de la morbidité et de la mortalité associées à la MPOC [1, 9, 19-21]. C'est la seule intervention fondée sur des preuves et l'intervention la plus économique pour réduire le

risque de développer la MPOC et en ralentir l'aggravation [22].

Le counselling pour l'abandon du tabac et la formation pour inciter à faire de l'exercice permettent au patient de mieux gérer cette maladie chronique sur de longues périodes. Toutes les personnes atteintes de MPOC auraient avantage à faire de l'activité physique régulièrement [20]. Le fait de rester actif est un indicateur puissant de l'état de santé et un prédicteur du pronostic.

Les décisionnaires des politiques et des programmes, les professionnels de la santé, les particuliers et leurs familles, d'autres intervenants du réseau de la santé et de la collectivité, tous ont un rôle important à jouer pour réduire le fardeau de la MPOC. Si des programmes généraux et coordonnés visant à évaluer, à contrôler et à gérer la maladie doivent être la norme des soins pour tous les patients atteints de MPOC, la mesure la plus importante consiste à aider les personnes à arrêter de fumer.

La prévention de l'exposition à la fumée du tabac et la protection des poumons sont essentielles pour la santé et c'est un processus qui

dure toute la vie [2]. Les efforts visant à réduire l'usage du tabac et à rester actifs diminuent aussi les risques d'autres maladies, ce qui réduit d'autant les décès prématurés et permet une utilisation plus efficace des ressources en santé.

Face à la concurrence entre les priorités cliniques et en santé publique, il faut renouveler les efforts pour s'attaquer à la dépendance physique au tabagisme et s'occuper des contextes sociaux qui l'encouragent [18]. Au Nouveau-Brunswick, les stratégies générales de lutte contre le tabagisme portent sur divers aspects :

- la prévention : empêcher les non-fumeurs de commencer à fumer, en particulier les jeunes;
- la protection : protéger le public contre les effets néfastes de l'exposition à la fumée secondaire et les influences du marketing de l'industrie du tabac;
- l'abandon : aider les fumeurs à arrêter de fumer et prévenir une rechute avec des programmes ciblés parmi les groupes à faible revenu.

Pour obtenir de plus amples renseignements :

- Pour des ressources et du soutien afin de vivre sans tabac au travail, à la maison et dans la collectivité, visiter la Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick sur www.nbatc.ca ou appeler la ligne Téléassistance pour fumeurs au **1-877-513-5333** (numéro sans frais).
- Pour des renseignements sur la *Loi sur les endroits sans fumée* ou pour signaler un manquement à la loi, appeler au **1-866-234-4234** (numéro sans frais).
- Les professionnels de la santé sont encouragés à revoir les plus récentes lignes directrices sur la pratique et les possibilités d'apprentissage pour donner des soins éclairés sur l'abandon du tabac, fondés sur des preuves, en consultant le site du modèle d'Ottawa : ottawamodel.ottawaheart.ca.

Au sujet des données

Les mesures de l'incidence et de la prévalence de la MPOC au Nouveau-Brunswick ont été calculées au moyen des données administratives provinciales provenant du registre de l'assurance-maladie, de la base de données sur la facturation des médecins et de la base de données sur les congés des patients hospitalisés en utilisant l'infrastructure, les protocoles sur la vie privée et les définitions de cas du Système de surveillance des maladies chroniques au Canada [23]. Le Nouveau-Brunswick a un système de santé à payeur unique qui couvre tous les services des médecins et des hôpitaux fournis aux résidents. Les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et le personnel des établissements correctionnels fédéraux ne sont pas inclus dans les bases de données provinciales.

Les renseignements provenant de la base de données sur les congés des patients comprennent les diagnostics cliniques pour les séjours dans les hôpitaux de soins de courte durée, codés selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10-CA). Les données sur la MPOC provenant de la base de données sur la facturation des médecins sont fondées sur la recherche de « MPOC » et de la nomenclature connexe, incluant toutes les rémunérations à l'acte pour les services rendus ainsi que les autres structures de paiement utilisant la facturation pro forma.

Les tendances des taux d'incidence peuvent refléter un réel changement dans l'état de santé de la population, mais elles peuvent aussi être une fonction du changement des caractéristiques des données administratives ou des méthodes de collecte des données. Des facteurs comme les systèmes de codage ou de classification, les pratiques cliniques ou les méthodes de facturation peuvent influencer sur les taux estimés à partir des données administratives. Les comparaisons avec les taux publiés antérieurement doivent être effectuées avec prudence. Advenant un écart, les taux figurant dans le présent rapport sont les taux définitifs.

Les données provenant des enquêtes sur la santé de la population et les statistiques de l'état civil fournissent d'autres renseignements sur la MPOC, ses facteurs de risques et ses complications. Étant donné que le présent rapport utilise de nombreuses sources de données, les estimations peuvent être rapportées pour des périodes de référence et des groupes d'âge différents et les définitions peuvent varier selon la source. Des conventions précises sont utilisées pour distinguer les différentes périodes de référence de collecte des données. Le format « 20XX-20YY » indique une année financière allant du 1^{er} avril 20XX au 31 mars 20YY; les données qui couvrent plus d'une année sont indiquées ainsi : « de 20XX à 20YY ».

Dans tous les cas, les descriptions de la MPOC excluent les cas non diagnostiqués dans la population. Grâce aux efforts importants effectués au sein du système de santé pour améliorer le dépistage et la gestion des maladies chroniques, le nombre de personnes qui ne connaissent pas leur état devrait diminuer avec le temps.

Références

1. Organisation mondiale de la santé, *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)* (en ligne), janvier 2015, « Aide-mémoire », n° 315, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr>.
2. The Lancet, « The lung: A magnificent organ that needs lifelong attention », *The Lancet*, vol. 387, n° 10030 (2016), p. 1789.
3. Nouveau-Brunswick, Ministère de la santé, *La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au Nouveau-Brunswick de 2003-2004 à 2014-2015*, Fredericton, le Ministère, 2015 (document photocopié).
4. Agence de la santé publique du Canada, *La vie et le souffle, les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, l'Agence, 2007.
5. Statistique Canada, *Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires*, CANSIM (base de données en ligne),

<http://www5.statcan.gc.ca/cansim>, consulté le 28 avril 2016.

6. J. Evans et coll., « Évaluation de la prévalence de la MPOC au Canada fondée sur les déclarations d'un diagnostic et sur l'obstruction des voies aériennes mesurée », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 3 (mars 2014).
7. Agence de la santé publique du Canada, *Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), données compilées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada de 2011*, Ottawa, l'Agence, 2011.
8. P. Camp et coll., « The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in individuals with diabetes, hypertension, asthma, or mood/anxiety disorders: A Canadian population study », *European Respiratory Journal*, vol. 40, suppl. 56 (2012).
9. G. Hermus et coll., *Analyse des risques liés aux coûts des maladies pulmonaires chroniques au Canada*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2012.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés et les accouchements en 2014-2015*, Ottawa, ICIS, 2016.
11. Statistique Canada, *Tableau 102-0552 Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>, consulté le 10 mars 2016.
12. Centers for Disease Control and Prevention, *Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress*, Rockville (Md.), United States Department of Health and Human Services, 2014.
13. J. L. Reid et coll., *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 Edition*, Waterloo (Ont.), Propel Centre for Population Health Impact, 2015.
14. Statistique Canada, *Tabagisme, 2014* (en ligne), Ottawa, Statistique Canada, coll. « Feuilles d'information sur la santé », <http://www5.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14190-fra.htm>, consulté le 28 avril 2016.

15. Statistique Canada, *Tableau 105-0502 Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans, selon le groupe d'âges et le sexe, Canada, provinces, territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>, consulté le 28 avril 2016.
16. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Les iniquités en santé au Nouveau-Brunswick*, Fredericton, le Ministère, 2016, <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/IniquitesEnMatiereDeSanteNouveauBrunswick2016.pdf>.
17. Statistique Canada, *Tableau 105-0512 Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le groupe d'âge et sexe, estimations de quatre ans, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>, consulté le 28 avril 2016.
18. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *État de la santé publique au Nouveau-Brunswick en 2013 : la santé du cœur*, Fredericton, le Ministère, 2013, http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/Sante_du_coeur.pdf.
19. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*, Ottawa, ICIS, 2015.
20. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Marbourg (Allemagne), Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2016, <http://goldcopd.org>, consulté le 20 mai 2016.
21. Société canadienne de thoracologie, *Le fardeau humain et financier de la MPOC : une des principales causes d'hospitalisation au Canada*, Ottawa, Société canadienne de thoracologie, 2010.
22. E. van Eerd, et coll., « Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9 (2013), article n° CD010744.
23. Agence de la santé publique du Canada, « Système canadien de surveillance des maladies chroniques », *Surveillance* (en ligne), Ottawa, l'Agence, <http://www.phac-aspc.gc.ca/surveillance-fra.php>, consulté le 20 mai 2016.

La MPOC est la première cause d'hospitalisation en soins de courte durée au Nouveau-Brunswick (à l'exception des accouchements).

Le tabagisme en est la cause principale.