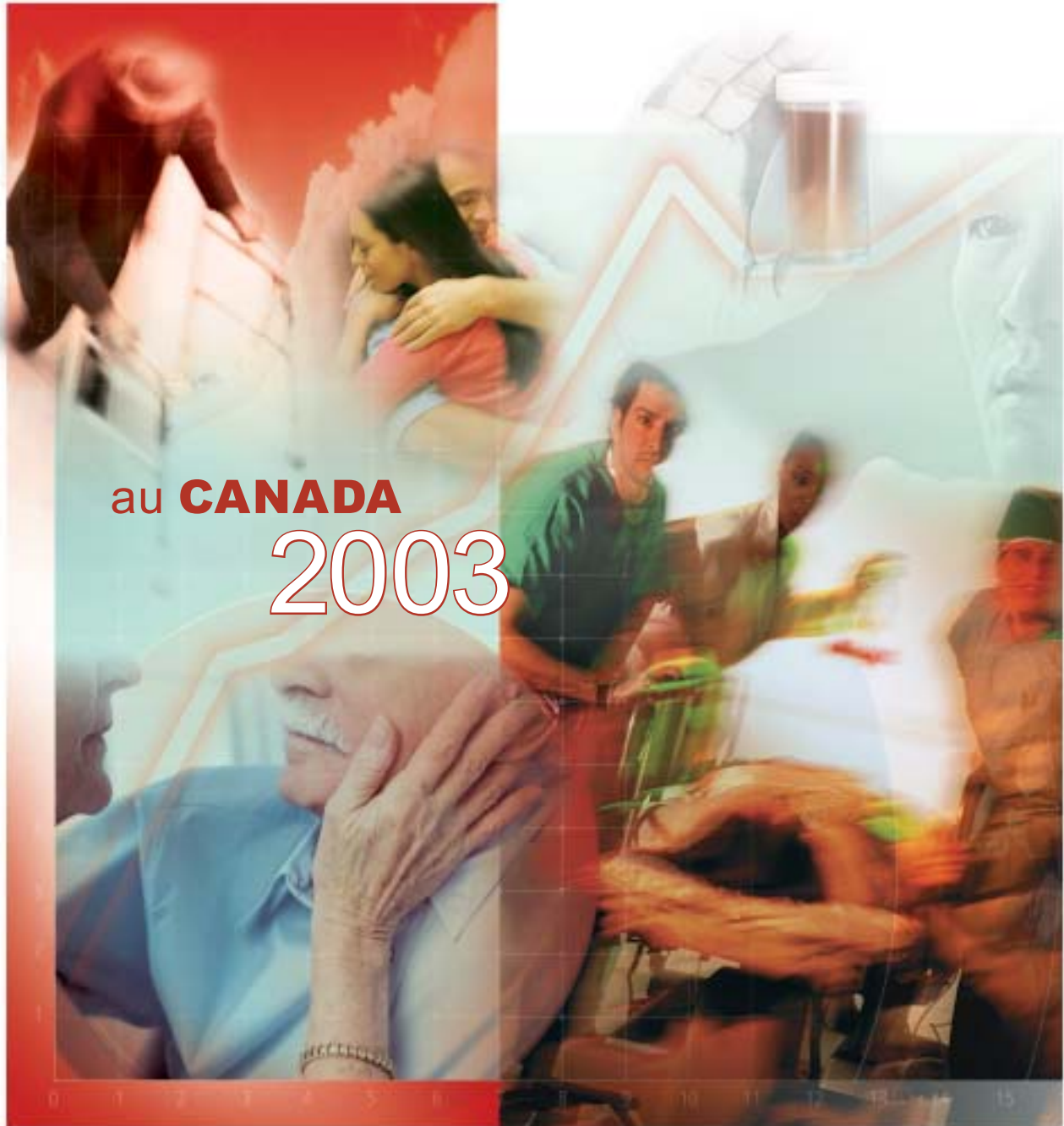


Le

FARDEAU CROISSANT

des **MALADIES CARDIOVASCULAIRES**
et des **ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX**



Après les découvertes du XX^e siècle, imaginez ce qu'apportera le XXI^e

Au moment où s'achève un siècle stupéfiant, il est bon de se rappeler les progrès accomplis dans le domaine de la santé. Les maladies les plus meurtrières il y a une centaine d'années ont été, pour la plupart, maîtrisées. Bref, nous pouvons vivre plus longtemps, tout en demeurant actifs et en bonne santé.

Chez Pfizer, nous avons apporté notre contribution aux innovations du XX^e siècle. Pendant les années noires de la Deuxième Guerre mondiale, nous avons appliqué notre connaissance de la fermentation des produits chimiques à la mise au point d'une méthode de production en grande quantité du premier médicament miracle de l'histoire – la pénicilline. Depuis ce temps, nous n'avons jamais cessé de découvrir et de fabriquer des médicaments novateurs.

Aux quatre coins du monde, les 6000 scientifiques de l'entreprise travaillent déjà aux premières innovations du XXI^e siècle dans le domaine de la santé. Grâce à notre engagement à l'égard de la recherche, nous avons espoir d'élucider les mystères de l'hypertension, de la cardiopathie ischémique, des troubles lipidiques, de la maladie d'Alzheimer, de l'arthrite, du diabète, du cancer et de plusieurs autres maladies. Un siècle fabuleux se termine peut-être, mais un autre siècle de découvertes débute. Et nous ouvrirons la voie.

After what we did in the 20th century, imagine what we'll do in the 21st

As an amazing century draws to a close, let's remember what's been accomplished in healthcare. Most of the big killers of a hundred years ago have been tamed. We live longer, healthier and more productive lives.

Pfizer has contributed to healthcare innovation this century. During the dark days of World War II, we applied our chemical fermentation knowledge to develop a way to mass-produce the world's first wonder drug – penicillin. We've been discovering and producing innovative new medicines ever since.

Our 6,000 scientists around the world are already working on the first healthcare innovations of the 21st century. Our commitment to research holds real hope of unlocking the mysteries of hypertension, coronary artery disease, lipid disorders, Alzheimer's disease, arthritis, diabetes, cancer and other illnesses. One century may be ending, but another of discovery dawns. And we'll be leading the way.



Life is our life's work
Notre passion, la vie

Pfizer Canada Inc., Kirkland, Québec – www.pfizer.ca

Tout droit du cœur

Chez Solvay Pharma, nous sommes fiers de soutenir le travail remarquable d'organisations comme la Fondation des maladies du cœur du Canada. Le rôle de chef de file dont fait preuve la Fondation, ainsi que d'autres organismes de santé, représente une source d'inspiration fertile dans nos efforts soutenus de développement de traitements pharmacologiques innovateurs destinés à un vaste éventail de troubles médicaux.

Notre cheminement dans le domaine de l'innovation intègre aussi un engagement résolu envers les initiatives de recherche et d'éducation entreprises au sein de la communauté médicale et scientifique. Des partenariats efficaces contribueront, à notre avis, à accélérer nos efforts collectifs vers une meilleure compréhension des maladies cardiovasculaires.

L'appui accordé par Solvay à l'égard du présent guide est un modeste témoignage de cette conviction – qui vous vient... **tout droit du cœur.**

Solvay
Pharma



Solvay Pharma Inc. est une société pharmaceutique axée sur la recherche, dont la détermination particulière envers la cardiologie se manifeste notamment par ses programmes de recherche et de développement en cours dans les domaines de la fibrillation auriculaire, de l'hypertension artérielle et de l'hypertriglycéridémie. Solvay exerce ses activités dans 50 pays et compte quelque 32 000 employés, dont plus de 2000 au Canada, répartis dans ses installations de Markham, en Ontario, et Victoriaville, au Québec.

LE FARDEAU CROISSANT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX AU CANADA, 2003

Collaboration

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada
Société canadienne de cardiologie
Fondation des maladies du cœur du Canada



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Sources de données et analyse*

Statistique Canada

Institut canadien d'information sur la santé



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

** Nous désirons remercier nos partenaires clés, Statistique Canada et l'Institut canadien de renseignements sur la santé, qui nous ont fourni les données et l'analyse des données nécessaires à cette publication. Veuillez noter cependant que les sections « Mesures à envisager » qui apparaissent à la fin de chaque chapitre ne représentent pas l'opinion de Statistique Canada ni celle de l'Institut canadien d'information sur la santé.*

© FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA

Mai 2003

L'information contenue dans ce rapport peut être reproduite ou copiée sans autorisation. Toutefois, nous apprécierions que la source soit mentionnée de la façon suivante :

Fondation des maladies du cœur du Canada :
**Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et
des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003**

Ottawa, Canada, 2003

1-896242-30-8 (English)

1-896242-32-4 (Français)

Comité de rédaction

Dr Andreas Wielgosz, Hôpital d'Ottawa (réviseur scientifique)
M. Manuel Arango, Fondation des maladies du cœur du Canada
Dre Helen Johansen, Statistique Canada
Dr Yang Mao, Santé Canada
M. Cyril Nair, Statistique Canada
Dr Gilles Paradis, Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Dr Stephen Phillips, Université Dalhousie
Dr Siro Trevisanato, Fondation des maladies du cœur de l'Ontario
Dr Jack Tu, *Institute for Clinical Evaluative Sciences*
Dre Linda Turner, Institut canadien d'information sur la santé
Dre Elinor Wilson, Fondation des maladies du cœur du Canada

Comité consultatif

Dre Ruth Bonita, Organisation mondiale de la Santé, Suisse
Dr Bruce McManus, *University of British Columbia*, Canada
Dr Shanthi Mendis, Organisation mondiale de la Santé, Suisse
Dr George Mensah, *Centers for Disease Control and Prevention*, États-Unis
Dr K. Srinath Reddy, *Initiative for Cardiovascular Health Research in Developing Countries*, Inde
M. Larry Svenson, *Alberta Health and Wellness*, Canada
Dr Salim Yusuf, *McMaster University*, Canada

Remerciements

Ce rapport a été produit avec l'aide des consultants suivants :

Paula J Stewart
Community Health Consulting

Paul Sales
Douglas Consulting

L'aide apportée par Kathy Nguyen, James Conner et Robert Semenciw a également été précieuse.

Traduction

Nous remercions également l'équipe de révision des traductions françaises, tant au niveau de la Fondation des maladies du cœur du Québec que de la Fondation des maladies du cœur du Canada.

RÉSUMÉ

Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003 est le sixième numéro de notre publication bisannuelle sur les maladies cardiovasculaires au Canada. Il s'inscrit dans la lignée du rapport précédent intitulé *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2000* qui était axé sur le profil défavorable des déterminants des maladies cardiovasculaires dans la population vieillissante et sur les modes de vie malsains adoptés par les jeunes Canadiens, les immigrants et les Autochtones. Dans ce rapport, nous évoquons la charge sans cesse croissante que ces maladies font peser sur notre société, tant sur le plan économique qu'en matière de qualité de vie. Puisque l'on s'attend à ce que le nombre de cas de maladies cardiovasculaires augmente au cours des 20 prochaines années, ce fardeau devrait continuer de s'alourdir.

Chapitre 1 Facteurs de risque

Les Canadiens présentent un risque élevé de développer une maladie cardiovasculaire : huit personnes sur dix affichent au moins un des facteurs de risque suivants — tabagisme, sédentarité, excès de poids, hypertension artérielle et diabète — et un Canadien sur dix présente trois facteurs de risque ou plus. À moins que des interventions communautaires ayant un impact préventif suffisant soient mises en œuvre, l'épidémie de maladies cardiovasculaires se poursuivra. Il faut donc s'attaquer à ces facteurs de risque pour prévenir non seulement les maladies cardiovasculaires, mais aussi de nombreuses autres maladies chroniques qui partagent les mêmes facteurs de risque.

Les tendances affichées par certains facteurs de risque sont toutefois encourageantes. La sédentarité dans la population adulte et le tabagisme en général ont diminué depuis huit ans, si l'on en croit les données autodéclarées. Malheureusement, les tendances des autres facteurs de risque restent préoccupantes. Le pourcentage de la population présentant un excès de poids a très peu changé et, en fait, l'obésité s'est accrue chez les hommes (passant de 13,5 % en 1994 à 16,1 % en 2000). De plus, la prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète, selon les données autodéclarées, a augmenté. (L'hypertension artérielle est passée de 11,6 % à 14,4 %, et le diabète de 3,7 % à 4,7 % entre 1994 et 2000.)

Les jeunes présentent un risque élevé de maladies cardiovasculaires. Près des deux cinquièmes (38,7 %)

des adolescentes sont sédentaires. Plus du quart des hommes et des femmes dans la vingtaine présentent un excès de poids. Chez les jeunes femmes en fin d'adolescence (18 et 19 ans), une sur cinq fume chaque jour des cigarettes, tandis que chez les jeunes hommes du même groupe d'âge, les statistiques sont de l'ordre de un sur quatre. Les habitudes de vie qui se forment pendant la jeunesse persistent avec l'âge.

Les facteurs de risque ne sont pas les mêmes chez les hommes et les femmes. Les femmes sont généralement plus sédentaires et plus nombreuses à déclarer une hypertension artérielle. Les hommes fument en plus grand nombre que les femmes. Ils sont aussi plus nombreux à ne pas consommer les quantités de fruits et de légumes recommandées et à présenter un excès de poids.

La prévalence de tous les facteurs de risque varie selon les régions. Comparée à l'ensemble du Canada, la prévalence de tous les facteurs de risque est moins élevée en Colombie-Britannique, alors qu'elle est plus élevée à Terre-Neuve. Malgré tout, le gradient est-ouest sur le plan des facteurs de risque, mis en lumière dans les rapports antérieurs, s'est estompé; certaines provinces des Prairies affichent plus de facteurs de risque tandis que certaines provinces de l'Est moins que les autres provinces ou territoires.

La principale limite des données existantes tient à l'absence de mesures physiques et biochimiques du risque cardiovasculaire. La plupart des provinces n'ont pas renouvelé les enquêtes sur la santé cardiovasculaire qui ont été entreprises entre 1985 et 1990, d'où un manque flagrant d'information sur la détection et le contrôle de l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie au Canada. De plus, nous devons nous fier à des données autodéclarées sur le poids et la taille pour estimer la prévalence de l'excès de poids dans la population.

Chapitre 2 Interventions et services

Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux sont des maladies chroniques permanentes dont le traitement peut consister à soulager les symptômes, à améliorer la qualité de vie et à réduire le risque de décès prématuré. Les maladies cardiovasculaires sont une importante cause d'hospitalisation chez les hommes et les femmes, qu'elles constituent le diagnostic primaire ou un diagnostic secondaire. Bien qu'il n'existe pas de données nationales à ce sujet, il est raisonnable de penser que les maladies

cardiovasculaires sont également le principal facteur de consultation auprès des services d'urgence et dans les cliniques externes. Bien que les taux d'hospitalisation associés aux maladies cardiovasculaires (à l'exception de l'insuffisance cardiaque) diminuent, le nombre réel d'hospitalisations augmentera à l'avenir en raison du vieillissement de la population.

Malgré la diminution des taux d'hospitalisation, le nombre d'ordonnances délivrées pour le traitement des maladies cardiovasculaires a augmenté dans les années 90. L'amélioration des traitements et l'introduction de nouveaux médicaments peuvent avoir diminué la nécessité des hospitalisations. Malheureusement, il n'existe pas de données nationales à propos des effets sur la santé de la multiplication des ordonnances médicales, ni sur le caractère approprié de ces ordonnances ou l'adhésion des patients aux traitements qui leur sont prescrits.

Le nombre de plusieurs interventions chirurgicales, dont le pontage coronarien, l'angioplastie, la valvulotomie, l'implantation d'un stimulateur cardiaque et la transplantation cardiaque, a augmenté. Ces chiffres peuvent témoigner de l'augmentation du vieillissement de la population au Canada. Le nombre réel d'interventions est effectivement bien supérieur, puisque de nombreuses interventions sont désormais pratiquées en clinique externe et sont, par conséquent, non comprises dans les données d'hospitalisation. En fait, le recours croissant à des services externes pour ce type d'interventions (qui étaient auparavant pratiquées en milieu hospitalier) pourrait expliquer en partie la diminution des taux d'hospitalisation attribuables aux maladies cardiovasculaires. L'augmentation des interventions a des conséquences importantes sur les coûts des soins de santé. Elle accroît en outre les pressions exercées sur des ressources humaines et matérielles déjà réduites.

Il existe des différences entre les sexes dans les taux d'hospitalisation attribuables aux maladies cardiovasculaires et les interventions correspondantes. Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, pour toutes les maladies cardiovasculaires. La différence est moins marquée pour les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque. Toutes les interventions concernent davantage les hommes que les femmes. Il faudrait toutefois approfondir les recherches pour savoir si ces différences sont le reflet d'attitudes de la part des professionnels de la santé, attribuables au sexe des patients, ou si elles résultent de caractéristiques biologiques, ou des deux.

Chapitre 3 Coût des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires ont un impact économique important au Canada. Dans son rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Santé

Canada évalue le coût des maladies cardiovasculaires pour le secteur de la santé de l'économie canadienne à 18 472,9 millions de dollars (11,6 % du coût total de toutes les maladies), lequel englobe des coûts directs de 6 818,1 millions de dollars (8,1 % du coût direct total de toutes les maladies) et des coûts indirects de 11 654,1 millions de dollars (15,4 % du coût indirect total de toutes les maladies).

« Les coûts directs sont définis comme étant la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins et de la réadaptation liés aux maladies ou aux blessures. Dans le présent rapport, les coûts directs sont organisés et mesurés en cinq composantes : le coût des soins hospitaliers; le coût des médicaments; le coût des soins médicaux; le coût des soins dispensés dans d'autres établissements; et les autres coûts directs relatifs à la santé (y compris les autres professionnels, les immobilisations, la santé publique, l'administration, la recherche en santé, etc.). Les autres coûts directs assumés par les patients ou d'autres payeurs (par ex. frais de déplacement pour consulter un professionnel de la santé, diètes spéciales et vêtements adaptés) ne sont pas inclus.

Les coûts indirects sont définis comme étant la valeur de la production économique perdue en raison de maladies, de blessures rendant inapte au travail ou de décès prématurés. Les trois composantes des coûts indirects utilisées dans le présent rapport sont mesurées par la valeur des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée (coût de la mortalité), et de la valeur des jours d'activité perdus pour cause d'invalidité de courte et de longue durée (coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de courte et de longue durée). Les autres coûts indirects, y compris la valeur du temps de travail ou de loisirs perdu par les membres de la famille ou les amis qui prennent soin du patient, ne sont pas inclus dans le présent rapport ». (FEMC)

En 1998, le fardeau économique total des maladies s'établissait à 159 434,5 millions de dollars — 83 954,9 millions en coûts directs et 75 479,6 millions en coûts indirects. Il a été impossible d'attribuer à une catégorie particulière de maladie 38 266 millions de dollars des coûts totaux. Ces coûts « non attribuables » représentent une proportion importante (24 %) des coûts totaux. Les coûts totaux liés aux maladies cardiovasculaires pourraient par conséquent être beaucoup plus élevés.

Les coûts directs, indirects et totaux pour 1998 étaient inférieurs à ceux de 1993, calculés en dollars de 1998. La raison de cet écart n'est pas claire. Les coûts non attribuables étaient beaucoup plus élevés en 1998 qu'en 1993 (38 266 millions de dollars comparativement à

29 443,6 millions de dollars), mais le pourcentage qu'ils représentent est passé de 17,6 % à 24 % des coûts totaux. Leur impact sur les coûts des maladies cardiovasculaires est incertain. Il est néanmoins primordial de savoir comment contrôler les coûts et maximiser l'efficacité.

Les principales composantes des coûts directs des maladies cardiovasculaires au Canada en 1998 étaient les suivantes : soins hospitaliers (4 161,8 millions de dollars; 61 % des coûts directs des MCV), médicaments (1 772,8 millions de dollars; 26 %), soins médicaux (822,3 millions de dollars; 12,1 %) et autres coûts relatifs à la santé, y compris la recherche (61,2 millions de dollars; 0,9 %).

Les principales composantes des coûts indirects des maladies cardiovasculaires en 1998 étaient les suivantes : coûts attribuables à la mortalité en termes de coût de la mortalité prématurée (8 250 millions de dollars; 70,8 % des coûts indirects des MCV), morbidité attribuable à l'invalidité de longue durée (3 151,5 millions de dollars; 27 %) et morbidité attribuable à l'invalidité de courte durée (253,3 millions de dollars; 2,2 %).

Les maladies cardiovasculaires sont les principaux facteurs contributifs des coûts directs et indirects de la santé au Canada — il est aussi possible en grande partie de les prévenir. Environ 80 % de la population affiche au moins un facteur de risque contrôlable des maladies cardiovasculaires. Par conséquent, la diminution de ces facteurs de risque dans la population pourrait avoir un impact important sur la réduction du coût des maladies cardiovasculaires.

On croit souvent à tort que les maladies cardiovasculaires touchent essentiellement les personnes âgées. Bien qu'une grande part des coûts des soins de santé soit associée aux personnes de 65 ans et plus, les maladies cardiovasculaires chez les jeunes adultes ont également un impact économique important. La prévention des maladies cardiovasculaires dans ce groupe d'âge peut avoir des conséquences économiques non négligeables à long terme.

Les hospitalisations pour des maladies cardiovasculaires coûtent plus de 4 milliards de dollars par an. Puisque les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge (voir chapitre 2) et que le nombre de personnes de plus de 65 ans au Canada est en croissance, les dépenses hospitalières devraient vraisemblablement augmenter à l'avenir.

Le nombre de médicaments prescrits pour le traitement des maladies cardiovasculaires a augmenté. Par conséquent, il faut s'attendre à ce que le coût des médicaments prescrits augmente également à l'avenir.

Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998, a fait face à d'importants défis quant à l'utilisation des données existantes pour décrire le fardeau économique imposé au Canada par la maladie, dans une perspective de santé. Un des principaux obstacles rencontrés par ce

rapport était que les coûts de soins de santé associés à d'autres facettes de la gestion des problèmes de santé, tels les soins à domicile ainsi que les soins et les traitements en établissement difficiles à cerner et à assigner à une catégorie précise de maladie, se sont retrouvés consignés sous « coûts non attribuables ». La forte proportion des coûts « non attribuables » rend difficile l'analyse et l'interprétation des données et fait ressortir la nécessité de mettre au point et d'améliorer la collecte des données. Plus de détails dans l'analyse des données permettent de suivre les changements dans une composante de coûts par rapport à d'autres, pour certaines maladies.

Le dernier rapport sur le fardeau économique des maladies au Canada est fondé sur les données de 1998. Bien que ces données soient utiles du point de vue de la recherche, leur application pour la surveillance reste limitée. Les décideurs tentant d'élaborer des politiques pour 2003 ont besoin de données plus récentes.

Chapitre 4

Résultats sur le plan de la santé

Lorsqu'on examine les résultats sur le plan de la santé associés aux maladies cardiovasculaires (cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux), on accorde généralement plus d'importance à la mortalité, en raison de la disponibilité des données. Or, étant donné qu'un grand nombre de personnes vivent avec une maladie cardiovasculaire, il importe de s'intéresser aussi aux caractéristiques de celles qui développent ce genre de maladie (incidence) et en sont actuellement atteintes (prévalence), ainsi qu'à la qualité de vie de ces personnes et aux invalidités dont elles sont affligées.

Les maladies cardiovasculaires sont la cause initiale de décès d'un Canadien sur trois. Le nombre de décès et, par conséquent, le nombre de Canadiens atteints de maladies cardiovasculaires augmenteront vraisemblablement à mesure que la population vieillira. Aussi, le fardeau des maladies cardiovasculaires continuera de s'alourdir pendant de nombreuses années encore.

Les chiffres de la mortalité ne donnent qu'un aperçu de la situation. Dans l'ensemble, 5,7 % des adultes canadiens et près d'une personne âgée de 70 ans et plus sur quatre déclarent souffrir de problèmes cardiaques et que leur famille et eux connaissent personnellement les défis que représente la vie avec une maladie cardiovasculaire. Ils se sentent en moins bonne santé que le reste de la population canadienne, plusieurs d'entre eux doivent réduire leurs activités et nombreux sont ceux qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités normales de la vie quotidienne. Bien que le taux de maladies cardiovasculaires est plus élevé dans le groupe d'âge de 70 ans et plus, de nombreux canadiens développent ce type d'affection dans la quarantaine et la cinquantaine.

Par rapport à d'autres pays, le Canada enregistre le plus faible taux de mortalité par accident vasculaire cérébral. Par contre, la situation du Canada est moins reluisante par rapport aux autres pays en ce qui concerne les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques. Le Canada aurait beaucoup à apprendre des méthodes mises en œuvre ailleurs pour réduire l'incidence des cardiopathies ischémiques et les taux de décès prématurés correspondants.

Au Canada, les taux de maladies cardiovasculaires varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Terre-Neuve affiche des taux de mortalité supérieurs à ceux des autres provinces et territoires pour les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble, les cardiopathies ischémiques, l'infarctus aigu du myocarde et les maladies vasculaires cérébrales. Les gens de Terre-Neuve signalent également une plus forte prévalence de tous les facteurs de risque contrôlables, par rapport à l'ensemble de la population canadienne. À l'exception de l'insuffisance cardiaque, les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires étaient plus faibles dans le nord du pays que dans l'ensemble du territoire canadien.

Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques, infarctus aigu du myocarde et maladies vasculaires cérébrales continuent de diminuer chez les hommes comme chez les femmes. Le taux d'insuffisance cardiaque décroît également, mais plus lentement. Il s'agit là peut-être du résultat à la fois de l'augmentation de l'incidence de la maladie et d'un changement possible dans l'établissement du diagnostic pour les cardiopathies ischémiques. Même si les taux de mortalité associés aux maladies cardiovasculaires ont diminué, le nombre de femmes qui décéderont des suites d'une maladie cardiovasculaire devrait augmenter à l'avenir en raison du vieillissement de la population. Le fardeau des maladies cardiovasculaires dans la population continuera donc de s'alourdir.

Les maladies cardiovasculaires touchent différemment les hommes et les femmes. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à mourir d'une cardiopathie ischémique ou d'un infarctus aigu du myocarde, mais l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires cérébrales frappent davantage les femmes que les hommes.

Chapitre 5

Déterminants de la santé cardiovasculaire

Un vaste éventail de facteurs interdépendants influent sur la santé : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et matériel, les stratégies d'adaptation et les comportements personnels en matière de santé, le développement sain des enfants, les facteurs biologiques et le patrimoine génétique, les services de santé, le sexe

ainsi que la culture. Certains d'entre eux, comme les comportements en matière de santé, sont strictement personnels. D'autres, comme l'environnement social, dépendent du milieu dans lequel on vit.

Le revenu et l'éducation influent sur l'adoption de comportements sains. Les possibilités qui s'offrent aux personnes ayant un revenu plus élevé sont plus nombreuses, ce qui peut avoir une incidence sur la santé. Plus le niveau de scolarité est élevé, plus les connaissances et compétences en matière de comportements sains augmentent et plus il est possible d'avoir accès à un emploi lucratif.

Les personnes qui vivent dans la pauvreté doivent chaque jour surmonter le stress lié à la difficulté de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Certains modes de vie, comme le tabagisme, sont parfois dictés par ce stress. Un revenu insuffisant peut limiter la capacité d'acheter des aliments sains, ce qui peut en retour causer des problèmes de santé. De même, la personne qui ne dispose pas d'un revenu suffisant ne pourra peut-être pas se procurer les médicaments qui pourraient atténuer ses problèmes de santé, comme l'hypertension artérielle.

La mortalité par cardiopathies ischémiques, y compris les décès prématurés, est étroitement liée au revenu selon les quartiers, le quintile de revenu le plus élevé enregistrant les taux les plus bas et le quintile de revenu le plus faible, les taux les plus élevés. Les différences dans les soins de santé après un infarctus aigu du myocarde ne sont pas responsables de l'essentiel des différences dans les taux de survie, selon les catégories socioéconomiques. Par conséquent, les différences socioéconomiques dans les taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique semblent être dues essentiellement aux différences d'incidence plutôt qu'au traitement prodigué et à la survie.

L'analyse des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) fournit une explication possible des disparités affichées par les taux de mortalité selon le revenu. Les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible affichaient une proportion de facteurs de risque supérieure à celles du quintile de revenu le plus élevé. Pour être efficaces, les politiques de prévention doivent par conséquent s'attaquer aux disparités socioéconomiques.

Les taux de mortalité de plus en plus élevés attribuables au diabète dans les groupes de revenu les plus faibles peuvent indiquer des taux supérieurs de diabète dans les groupes à faible revenu. Puisque le diabète est un facteur de risque de cardiopathies ischémiques, les personnes à faible revenu souffrant de diabète ont également un risque accru de cardiopathies ischémiques.

Les politiques publiques peuvent moduler l'effet des inégalités sur les risques des maladies cardiovasculaires en diminuant l'exposition aux facteurs de risque ou en

facilitant l'adoption de comportements sains. Par exemple, en réglementant l'exposition au tabac dans l'industrie des services où les salaires sont généralement inférieurs par rapport à ceux d'autres professions, on pourrait réduire le risque de maladies cardiovasculaires en diminuant l'exposition à ce facteur de risque et en encourageant l'abandon du tabac.

Pour concevoir des interventions efficaces, la recherche doit également s'assurer de mieux comprendre l'action des différences socioéconomiques sur les résultats de santé.

Étant donné l'importance des déterminants sociaux de la santé, la capacité de fournir des données sur la mortalité et la morbidité en fonction des caractéristiques socioéconomiques familiales et individuelles, comme la scolarité, le métier, la race, l'origine ethnique et la date de l'immigration, est à la fois souhaitable et essentielle à tout système de surveillance des maladies cardiovasculaires.

Mesures à envisager

Accroître la prévention

- Concevoir des politiques et mettre en œuvre des programmes, à l'échelle communautaire et nationale, ayant un volet préventif suffisamment solide pour abaisser la forte prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.
- Mettre en œuvre des politiques et des programmes pour inciter les enfants et les jeunes à adopter des habitudes de vie saines.
- Mener des enquêtes régulièrement, auprès d'échantillons représentatifs à l'échelle nationale, assorties de mesures physiques et biochimiques pour évaluer la prévalence de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'excès de poids.

Services de santé efficaces

- Améliorer la surveillance des maladies cardiovasculaires en élaborant des sources de données pour fournir des informations comparatives sur un certain nombre d'indicateurs : recours aux services d'urgence et aux cliniques externes; utilisation des programmes de traitement et de réadaptation; accès aux interventions chirurgicales et aux services de soins ambulatoires; utilisation des interventions selon les lignes directrices de pratique clinique et satisfaction à l'égard des services.

- Examiner les ressources (humaines et techniques) actuellement disponibles dans le domaine de la santé cardiovasculaire et les besoins futurs, en tenant compte de l'augmentation projetée du nombre d'hospitalisations et d'interventions en raison du vieillissement de la population.
- Concevoir des programmes et services rentables pour faire face à l'augmentation prévue des besoins en matière de traitement des maladies cardiovasculaires.
- Mener des recherches sur les différences entre les sexes en matière d'hospitalisation et d'intervention pour les maladies cardiovasculaires.

Alléger le fardeau économique

- Investir dans la prévention et la réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, afin d'alléger le fardeau économique des maladies cardiovasculaires au Canada.
- Concevoir des programmes efficaces et moins onéreux qui se substitueraient aux soins hospitaliers pour les maladies cardiovasculaires afin d'atténuer l'augmentation prévue des coûts hospitaliers se rapportant aux soins actifs.
- Améliorer l'actualité et la qualité des données administratives existantes et mettre en place d'autres sources de données afin de rehausser l'utilité des données économiques pour la surveillance.

Améliorer les résultats

- Accroître les soins à domicile, les soins pharmaceutiques et les soins palliatifs pour faire face à l'augmentation prévue du nombre de personnes qui décéderont des suites d'une maladie cardiovasculaire à l'avenir.
- Chercher à savoir pourquoi les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques sont plus élevés au Canada qu'ailleurs dans le monde.
- Concevoir un système permanent de collecte de données pour surveiller l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires, leur impact et les résultats des traitements.

S'attaquer aux déterminants socioéconomiques de la santé

- Mettre en œuvre des politiques pour s'attaquer aux déterminants socioéconomiques de la santé cardiovasculaire.
- Axer les interventions sur les groupes à faible revenu, où la prévalence des facteurs de risque est élevée.
- Mener des recherches pour identifier les raisons des différences socioéconomiques dans les facteurs de risque cardiovasculaires et les résultats sur le plan de la santé.
- Inclure des indicateurs socioéconomiques de la santé dans le système de surveillance des maladies cardiovasculaires.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	v
Liste des figures	xiii
Liste des tableaux	xvii
Introduction	19
Chapitre 1 Facteurs de risque	21
Chapitre 2 Interventions et services	35
Chapitre 3 Coût des maladies cardiovasculaires	47
Chapitre 4 Résultats sur le plan de la santé	53
Chapitre 5 Déterminants de la santé cardiovasculaire	63
Bibliographie	69
Glossaire	71

LISTE DES FIGURES

Chapitre 1 Facteurs de risque

- Figure 1-1 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, Canada, 1999 à 2001
- Figure 1-2 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2001
- Figure 1-3 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus qui fumaient quotidiennement parmi la population générale, par province, Canada, 2001
- Figure 1-4 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2001
- Figure 1-5 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2001
- Figure 1-6 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives parmi la population générale de 20 ans et plus, Canada, 1994 à 2000
- Figure 1-7 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives parmi la population générale de 12 ans et plus, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000
- Figure 1-8 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives parmi la population générale de 12 ans et plus, par province/territoire, Canada, 2000
- Figure 1-9 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives parmi la population générale de 12 ans et plus, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-10 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives parmi la population générale de 12 ans et plus, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-11 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale et, de ce nombre, qui étaient obèses, Canada, 1994 à 2000
- Figure 1-12 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000
- Figure 1-13 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale, par province/territoire, Canada, 2000
- Figure 1-14 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-15 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-16 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000
- Figure 1-17 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, par province/territoire, Canada, 2000
- Figure 1-18 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-19 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-20 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, Canada, 1994 à 2000
- Figure 1-21 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000

- Figure 1-22 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, par province/territoire, Canada, 2000
- Figure 1-23 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-24 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-25 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, Canada, 1994 à 2000
- Figure 1-26 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000
- Figure 1-27 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, par province/territoire, Canada, 2000
- Figure 1-28 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-29 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000
- Figure 1-30 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, Canada, 1994 à 2000
- Figure 1-31 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000
- Figure 1-32 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, par province/territoire, Canada, 2000

Figure 1-33 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000

Figure 1-34 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000

Chapitre 2

Interventions et services

Figure 2-1 Hospitalisations chez les hommes et les femmes, par diagnostic, Canada, 2000 à 2001 (excluant les accouchements et les grossesses, comprenant les nouveau-nés)

Figure 2-2 Hospitalisations chez les femmes, par diagnostic, Canada, 2000 à 2001 (excluant les accouchements et les grossesses, comprenant les nouveau-nés)

Figure 2-3 Hospitalisations chez les hommes, par diagnostic, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-4 Taux d'hospitalisation pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires, par sexe, Canada, 1985 à 2000

Figure 2-5 Taux d'hospitalisation chez les hommes et les femmes, pour certaines maladies cardiovasculaires, Canada, 1985 à 2000 (standardisés pour l'âge, Canada, 1991)

Figure 2-6 Taux d'hospitalisation chez les femmes pour certaines maladies cardiovasculaires, Canada, 1985 à 2000 (standardisés pour l'âge, Canada, 1991)

Figure 2-7 Taux d'hospitalisation chez les hommes pour certaines maladies cardiovasculaires, Canada, 1985 à 2000 (standardisés pour l'âge, Canada, 1991)

Figure 2-8 Taux d'hospitalisation pour toutes les maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-9 Nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025

Figure 2-10 Nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)

Figure 2-11 Taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-12 Nombre d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025

Figure 2-13 Nombre d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)

Figure 2-14 Taux d'hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-15 Nombre d'hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025

Figure 2-16 Nombre d'hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)

Figure 2-17 Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-18 Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025

Figure 2-19 Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)

Figure 2-20 Taux d'hospitalisation pour maladies vasculaires cérébrales, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-21 Nombre d'hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025

Figure 2-22 Nombre d'hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)

Figure 2-23 Taux d'interventions hospitalières pour la revascularisation coronaire par pontage, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-24 Nombre de revascularisations par pontage, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Figure 2-25 Taux d'angioplasties coronaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-26 Nombre d'angioplasties coronaires, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Figure 2-27 Taux de valvulotomies, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-28 Nombre de valvulotomies, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Figure 2-29 Taux d'implantations de stimulateurs cardiaques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-30 Nombre d'implantations de stimulateurs cardiaques, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Figure 2-31 Taux d'endartériectomie de l'artère carotide, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Figure 2-32 Nombre d'endartériectomies de l'artère carotide, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001

Figure 2-33 Nombre de transplantations cardiaques, Canada, 1981 à 2001

Figure 2-34 Nombre d'ordonnances pour le traitement des maladies cardiovasculaires, Canada, 1996 à 2001 (millions)

Figure 2-35 Nombre estimatif et pourcentage d'ordonnances délivrées, les 10 principales classes thérapeutiques, Canada, 2001 (millions)

Chapitre 3

Coût des maladies cardiovasculaires

Figure 3-1 Coûts de la maladie par catégorie de diagnostics, Canada, 1998

Figure 3-2 Coûts par habitant associés aux maladies cardiovasculaires, par province/territoire, Canada, 1998

Chapitre 4

Résultats sur le plan de la santé

Figure 4-1 Pourcentage d'adultes âgés de 20 ans et plus qui déclarent avoir des problèmes cardiaques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000

Figure 4-2 Pourcentage d'adultes atteints d'une maladie chronique qui ont dit être en bonne ou en meilleure santé, Canada, 2000

Figure 4-3 Pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant une cardiopathie ou un accident vasculaire cérébral autodéclarés qui signalent des limitations précises dans leur vie, comparativement aux personnes sans cardiopathie ni accident vasculaire cérébral, Canada, 2000 (standardisé pour l'âge)

- Figure 4-4 Principales causes de décès, nombre et pourcentage de décès, Canada, 1999
- Figure 4-5 Pourcentage de l'ensemble des décès attribuable aux maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-6 Taux de mortalité, Canada, 1969 à 1999
- Figure 4-7 Taux de mortalité, femmes, Canada, 1969 à 1999
- Figure 4-8 Taux de mortalité, hommes, Canada, 1969 à 1999
- Figure 4-9 Nombre réel et prévu de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par sexe, Canada, 1950 à 2025
- Figure 4-10 Nombre réel et prévu de décès attribuables à une cardiopathie ischémique, Canada, 1950 à 2025
- Figure 4-11 Nombre réel et prévu de décès attribuables à un infarctus aigu du myocarde, Canada, 1970 à 2025
- Figure 4-12 Nombre réel et prévu de décès attribuables à l'insuffisance cardiaque, par sexe, Canada, 1980 à 2025
- Figure 4-13 Nombre réel et prévu de décès attribuables à une maladie vasculaire cérébrale, par sexe, Canada, 1950 à 2025
- Figure 4-14 Taux de mortalité attribuable à l'ensemble des maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-15 Taux de mortalité attribuable aux cardiopathies ischémiques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-16 Taux de mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-17 Taux de mortalité attribuable à l'insuffisance cardiaque, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-18 Taux de mortalité attribuable aux maladies vasculaires cérébrales, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999
- Figure 4-19 Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, par catégorie de maladie, 1999
- Figure 4-20 Taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999
- Figure 4-21 Taux de mortalité attribuable aux cardiopathies ischémiques, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999
- Figure 4-22 Taux de mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999
- Figure 4-23 Taux de mortalité attribuable à l'insuffisance cardiaque, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999
- Figure 4-24 Taux de mortalité attribuable aux maladies vasculaires cérébrales, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999
- Figure 4-25 Pays ayant les taux de mortalité standardisés pour l'âge les plus bas, maladies cardiovasculaires, du milieu à la fin des années 90
- Figure 4-26 Pays ayant les plus faibles taux de mortalité déclarés standardisés pour l'âge, cardiopathies ischémiques, du milieu à la fin des années 90
- Figure 4-27 Pays ayant les plus faibles taux de mortalité déclarés standardisés pour l'âge, maladies vasculaires cérébrales, du milieu à la fin des années 90

Chapitre 5

Déterminants de la santé cardiovasculaire

- Figure 5-1 Taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique chez les hommes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996
- Figure 5-2 Taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique chez les femmes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996
- Figure 5-3 Taux de mortalité attribuables au diabète chez les hommes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996
- Figure 5-4 Taux de mortalité attribuables au diabète chez les femmes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996

LISTE DES TABLEAUX

Introduction

Tableau I-1 Les huit principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardiovasculaires et d'autres importantes maladies non transmissibles

Chapitre 1 Facteurs de risque

Tableau 1-1 Facteurs de risque contrôlables (autodéclarés) chez les adultes de 20 à 59 ans, Canada, 2000

Tableau 1-2 Facteurs de risque combinés des maladies cardiovasculaires (autodéclarés) chez les adultes âgés de 20 à 59 ans, Canada, 2000

Tableau 1-3 Facteurs de risque des maladies du cœur et de l'accident vasculaire cérébral parmi les adultes de plus de 20 ans de différentes origines ethniques, Canada, 2000

Chapitre 2 Interventions et services

Tableau 2-1 Hospitalisations pour accident vasculaire cérébral, par âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Chapitre 3 Coût des maladies cardiovasculaires

Tableau 3-1 Composantes du coût des maladies cardiovasculaires, Canada, 1993 et 1998 (en millions de dollars de 1998)

Tableau 3-2 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par sexe, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Tableau 3-3 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par groupe d'âge, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Tableau 3-4 Certains coûts des maladies cardiovasculaires, par province et territoire, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Tableau 3-5 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par sous-catégories de diagnostic, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Chapitre 4 Résultats sur le plan de la santé

Tableau 4-1 Pourcentage de l'ensemble des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par sexe, Canada, 1987 à 1999

Tableau 4-2 Nombres et pourcentages des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par âge et par sexe, Canada, 1999

Chapitre 5 Déterminants de la santé cardiovasculaire

Tableau 5-1 Facteurs de risque contrôlables des maladies cardiovasculaires par revenu et par sexe, Canada, 2000

Tableau 5-2 Facteurs de risque contrôlables de maladies cardiovasculaires, par niveau de scolarité et par sexe, Canada, 2000

INTRODUCTION

Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003 est la sixième édition de notre publication biennale sur les maladies cardiovasculaires au Canada. Il s'inscrit dans la lignée du rapport précédent, intitulé *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2000*, qui était axé sur le profil défavorable des déterminants des maladies cardiovasculaires dans la population vieillissante et sur les modes de vie malsains adoptés par les jeunes Canadiens, les immigrants et les Autochtones. Dans ce rapport, nous évoquons la charge sans cesse croissante que ces maladies font peser sur notre société, tant sur le plan économique qu'en matière de qualité de vie. Puisque l'on s'attend à ce que le nombre de cas de maladies cardiovasculaires augmente au cours des 20 prochaines années, ce fardeau devrait continuer de s'alourdir.

Ce fardeau croissant sera en grande partie le résultat du vieillissement de la population canadienne. Entre 1991 et 2001, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a en effet augmenté de 41 % pour s'établir à 932 000 personnes, et l'on s'attend à une augmentation supplémentaire de 43 % entre 2001 et 2011. D'ici là, ce groupe d'âge comptera plus de 1,3 million de personnes, selon les estimations. La population âgée entre 45 et 64 ans a augmenté de 36 % entre 1991 et 2001, avec l'entrée des « baby-boomers » dans ce groupe d'âge. Selon le recensement de 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 13 % de la population canadienne en 2001, contre près de 12 % en 1991. Cette proportion devrait passer à 15 % en 2011 et dépasser légèrement les 20 % d'ici 2025.

Des répercussions défavorables différées contribueront également à alourdir ce fardeau. Les maladies cardiovasculaires guérissent rarement, et les traitements médicaux et chirurgicaux se bornent pour la plupart à procurer un soulagement temporaire. Comme la maladie sous-jacente ne cesse de progresser, des événements indésirables continuent de se produire, alourdissant d'autant la charge correspondante.

Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires reste une conséquence d'un certain nombre de choix de vie parmi lesquels figurent le tabagisme, la suralimentation et la sédentarité. Les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés, en particulier, affichent une plus forte prévalence en ce qui a trait aux principaux facteurs de risque. Sensibiliser ces populations et les autres populations à haut risque reste un objectif difficile

à atteindre, même si les données démontrent que l'écart entre les couches socioéconomiques élevées et inférieures en matière de facteurs de risque tend à se resserrer.

Bien que certains progrès aient été accomplis, il reste encore beaucoup à faire en matière de prévention. La population canadienne, dans une proportion de 80 %, présente au moins un facteur de risque contrôlable de maladies cardiovasculaires; près du tiers cumule deux facteurs de risque; alors que 11 % en cumule trois ou plus. La prévalence de certains facteurs de risque, comme l'embonpoint chez les hommes, le diabète et l'hypertension artérielle, ne cesse d'augmenter. L'augmentation quasi épidémique de l'obésité chez les adolescents et la diminution de l'activité physique en témoignent. Même la diminution de l'activité parmi les personnes âgées ne devrait pas être acceptée comme une conséquence normale du vieillissement. Des milliards de dollars sont consacrés au traitement des maladies cardiovasculaires. Une plus forte proportion des investissements en santé cardiovasculaire doit être consacrée à la prévention, et il faut accroître le financement de ce volet. Modifier l'orientation générale des soins en misant sur la prévention constitue un défi redoutable, d'autant plus redoutable qu'il va exacerber la concurrence face à des ressources déjà fort limitées. Il importe cependant d'équilibrer les besoins et les intérêts des professionnels de la santé et des patients ainsi que ceux des programmes de prévention.

Le fait d'envisager isolément les maladies cardiovasculaires a pour conséquence d'occulter l'importance des conséquences que des habitudes de vie liées aux cardiopathies peuvent avoir sur d'autres importantes maladies non transmissibles. Le tableau I-1 précise la contribution des facteurs de risque contrôlables de maladies cardiovasculaires à trois autres maladies non transmissibles importantes, en l'occurrence le diabète, le cancer et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Le regroupement des ressources et la coordination des stratégies à l'échelle locale, provinciale, nationale et mondiale peuvent permettre des interventions communes en matière de prévention pour alléger le fardeau que diverses maladies non transmissibles font peser sur nos sociétés. En outre, l'obtention de données fiables et rapides peut servir de base à des interventions appropriées en matière de politiques pour seconder la prévention à la fois primaire et secondaire.

Même si ce document est essentiellement axé sur la prévention, nous reconnaissons l'importance des traitements médicaux et chirurgicaux dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires. L'investissement dans la recherche sur de nouveaux agents pharmacologiques

et des techniques chirurgicales novatrices commence à porter fruit puisque l'on observe une amélioration des taux de survie et de la qualité de vie des patients. Comprendre le rôle que jouent certains gènes peut nous aider à cibler les interventions, et faire renaître l'espoir de traitements et d'initiatives de prévention plus efficaces. De même, l'expérimentation de nouvelles stratégies pour motiver des changements de comportement, comme le renoncement au tabac ou l'adoption d'un mode de vie beaucoup plus actif, devrait déboucher sur des interventions de prévention primaire et secondaire plus larges. L'espoir que fait naître l'avenir n'efface pas pour autant les échecs d'hier ni leurs conséquences actuelles. Les traitements chirurgicaux et médicaux offerts en milieu hospitalier et à l'extérieur, les soins de réadaptation et les soins à domicile coûtent cher et ont pour effet d'alourdir le fardeau économique des maladies.

Une fois de plus, *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003* est le fruit d'une collaboration entre la Fondation des maladies du cœur du Canada, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (Santé Canada) et la Société canadienne de cardiologie. Nous désirons remercier nos partenaires clés, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, qui nous ont fourni les données et l'analyse des données nécessaires à cette publication. Veuillez prendre note que les sections « *Mesures à envisager* » qui apparaissent à la fin de chaque chapitre ne représentent pas l'opinion de Statistique Canada ni celle de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous sommes reconnaissants également envers l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences*

pour sa collaboration. Tous les renseignements contenus dans cette publication, y compris les tableaux et figures, sont accessibles sur Internet en anglais et en français à l'adresse www.fmcoeur.ca/fardeaucroissant

Vos commentaires sur ce rapport, le plus récent d'une série dressant le bilan des maladies cardiovasculaires au Canada, sont les bienvenus. Nous avons tenté de donner suite aux suggestions des personnes qui ont répondu au questionnaire annexé au rapport précédent. Comme par le passé, cette publication entend non seulement présenter les meilleures données disponibles, mais proposer aussi un certain nombre d'initiatives. À l'heure où les Canadiens soumettent leur système de soins de santé à un examen rigoureux et tentent de statuer sur son avenir, la demande d'information sur la santé augmente. De fait, ce processus permet de souligner l'importance de la surveillance. Le public, les professionnels de la santé et les décideurs ont besoin de savoir; tous conviennent de la nécessité d'obtenir des données précises, pertinentes et rapides. L'étude des données qui figurent dans ce rapport révèle aussi les lacunes dans nos connaissances et soulève de nouvelles interrogations. Prévoir et suivre les changements et en surveiller dans un même temps l'évolution font partie intégrante de la santé du cœur pour tous. Nous nous proposons d'investir dans un système de surveillance coordonné qui répondra aux besoins en matière d'information sur les maladies cardiovasculaires mais aussi sur toutes les maladies non transmissibles et enjoignons les principaux intervenants à nous emboîter le pas.

Andreas Wielgosz, réviseur scientifique

Tableau I-1 Les huit principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardiovasculaires et d'autres importantes maladies non transmissibles				
MALADIE	Maladies cardiovasculaires*	Diabète	Cancer	Maladie pulmonaire obstructive chronique
FACTEUR DE RISQUE				
Tabagisme	✓	✓	✓	✓
Alcool	✓		✓	
Sédentarité	✓	✓	✓	
Nutrition	✓	✓	✓	
Obésité	✓	✓	✓	✓
Hypertension artérielle	✓	✓		
Gras alimentaires/lipides sanguins	✓	✓	✓	
Glucose sanguin	✓	✓	✓	

*Incluant les maladies du cœur, l'AVC et l'hypertension
Source : Organisation mondiale de la Santé

FACTEURS DE RISQUE

Comme le précisait fort justement la Déclaration de Victoria sur la santé cardiaque :

Les maladies cardiovasculaires peuvent être prévenues dans la grande majorité des cas. Nous disposons des connaissances scientifiques nécessaires pour créer un monde dans lequel la plupart des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux pourraient être éliminés.

(Conseil consultatif de la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, 1992)

Malgré les connaissances scientifiques mises à notre disposition, la prévention des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux demeure une entreprise complexe qui nécessite des actions à plusieurs niveaux. La prévention primaire vise à réduire l'incidence de la maladie en contrôlant les facteurs de risque. La prévention secondaire tente de réduire la prévalence de la maladie grâce à un diagnostic et à un traitement précoces. L'objectif de la prévention tertiaire est, pour sa part, de limiter la progression ou les complications de la maladie une fois qu'elle s'est installée.

La mortalité par cardiopathie ischémique en Amérique du Nord, n'a cessé de diminuer de façon régulière depuis les années 60. On estime qu'entre 1980 et 1990, la diminution observée aux États-Unis a été attribuable aux mesures de prévention primaire (25 %), aux mesures de prévention secondaire (29 %) et à l'amélioration des traitements (43 %).

Une quantité croissante de données établissant que les déterminants de la santé ne se limitent pas au patrimoine génétique individuel, au mode de vie et au système de soins de santé, mais qu'ils englobent des facteurs beaucoup plus répandus qui relèvent de l'environnement physique, social et économique dans lequel nous évoluons. Un quatrième plan, précédant tous les autres, a donc été proposé, celui de la prévention primordiale. Ce type de prévention vise à empêcher l'apparition, dans des populations, de caractéristiques sociales, économiques et culturelles qui se sont avérées susceptibles de contribuer à l'aggravation du risque de maladies. Les décideurs et analystes du domaine de la santé ont insisté sur la nécessité de tenir compte de ces déterminants sous-jacents pour prévenir les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux. Ils nous incitent à agir non seulement sur les facteurs de risque et les comportements à risque, mais aussi sur les « situations à risque », que sont la pauvreté, l'impuissance et le manque de soutien social. Le chapitre 5 traite en détail de ces déterminants.

Conditions de risque

Âge

Le vieillissement est le facteur de risque dominant pour les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Plus on vieillit, plus les taux de toutes les principales formes de cardiopathie augmentent. Puisque la population canadienne vieillit, on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes atteintes de maladies du cœur et d'accident vasculaire cérébral augmente.

Sexe

En bas âge, les hommes ont un risque beaucoup plus grand que les femmes de développer une maladie coronarienne. L'apparition de cette maladie semble décalée de dix ans chez les femmes. Le risque d'accident vasculaire cérébral est également plus élevé chez les hommes. (Voir au chapitre 4, « Résultats sur le plan de la santé » pour les écarts entre les taux de mortalité attribuables aux maladies du cœur et à l'accident vasculaire cérébral chez les hommes et les femmes.

Antécédents familiaux

Quiconque a des antécédents familiaux de maladies coronariennes précoces risque grandement de développer ces maladies. De tels antécédents constituent également un facteur distinct de risque d'accident vasculaire cérébral. Les facteurs qui contribuent à cette association sont notamment les facteurs familiaux, le mode de vie et les anomalies moléculaires de la physiologie vasculaire qui rendent la paroi des vaisseaux plus sensible à l'athérosclérose. Des résultats de recherche prometteurs mèneront vraisemblablement à l'utilisation du typage génétique et de traitements visant des gènes particuliers pour prévenir les cardiopathies. On ignore pour l'instant dans quelle mesure ces résultats pourront être d'un secours pour la population en général.

Facteurs de risque contrôlables

Les facteurs de risque contrôlables sont ceux sur lesquels chacun d'entre nous peut agir et que l'on peut infléchir pour réduire les risques de maladies du cœur ou d'accident vasculaire cérébral. Le tableau 1-1 dresse la liste des principaux facteurs de risque contrôlables des maladies du cœur et de l'accident vasculaire cérébral.

Dans le présent rapport, chaque facteur de risque est abordé séparément mais, dans la réalité, on cumule souvent plus d'un facteur de risque. En 2000, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a révélé que 80,2 % des personnes âgées de 20 à 59 ans présentaient au moins un des facteurs de risque suivants : consommation quotidienne

de tabac, sédentarité, excès de poids, hypertension artérielle ou diabète (tableau 1-2). L'enquête comportait aussi une question à propos de la consommation de fruits et de légumes frais. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un facteur de risque indépendant majeur, ajouter la prévalence d'une consommation de fruits et de légumes frais en deçà de l'apport quotidien recommandé pourrait élever à 90 % la prévalence d'un ou plusieurs facteurs de risque combinés dans la population canadienne. L'augmentation du risque de maladies du cœur et d'accident vasculaire cérébral est proportionnelle au nombre de facteurs de risque.

Une étude récente de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié le tabagisme, l'hypertension artérielle, la consommation d'alcool, l'hypercholestérolémie, un indice de masse corporelle (IMC) élevé, une faible consommation de fruits et de légumes et la sédentarité comme étant les sept facteurs contribuant au fardeau de la maladie dans les pays en voie de développement. Le glucose sanguin n'était pas examiné dans cette étude.

Tableau 1-1 Facteurs de risque contrôlables (autodéclarés) chez les adultes de 20 à 59 ans, Canada, 2000

Facteur de risque	Proportion de la population âgée de 20 à 59 ans, Canada 2000
Tabagisme (quotidien)	25,7
Sédentarité	55,5
Excès de poids (IMC \geq 25)	47,5
Consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports recommandés	64,7
Hypertension artérielle	8,3
Diabète*	2,7

*Pour les besoins de ce rapport, le diabète est considéré comme un important facteur de risque.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Tableau 1-2 Facteurs de risque combinés des maladies cardiovasculaires (autodéclarés) chez les adultes âgés de 20 à 59 ans, Canada, 2000

Nombre de facteurs de risque	Facteurs de risque (% de la population)
Aucun facteur de risque	19,8
Au moins un facteur de risque	80,2
1 facteur de risque	39,1
2 facteurs de risque	30,0
3 facteurs de risque ou plus	11,1

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

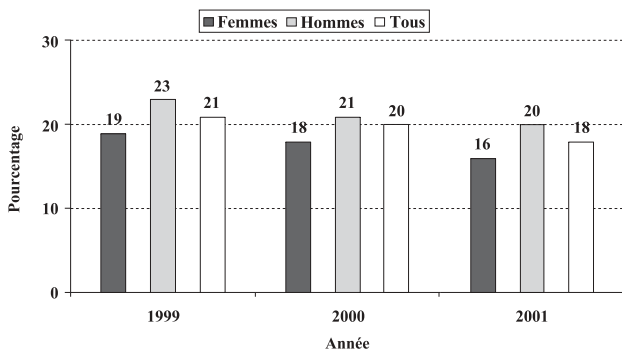
Tabagisme

Le tabagisme est la principale cause des décès évitables au Canada. Le tabac est responsable d'un nombre de décès presque équivalent au nombre des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires et au cancer. Il fait augmenter l'incidence de développer toutes les principales formes de maladies cardiovasculaires. De plus, les femmes qui fument et prennent des contraceptifs oraux présentent un plus grand risque d'hémorragie sous-arachnoïdienne.

Les données de cette section concernent les personnes âgées de plus de 15 ans, à savoir l'échantillon de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) au complet.

Selon l'ESUTC, les fumeurs âgés de 15 ans et plus représentaient 21,7 % de la population, dont 18,1 % étaient des fumeurs quotidiens et 3,7 % étaient des fumeurs occasionnels. Le pourcentage de fumeurs quotidiens avait diminué depuis 1999 (année où il s'établissait à 21 %), et cette diminution concernait à la fois les hommes et les femmes (figure 1-1).

Figure 1-1 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, Canada, 1999 à 2001

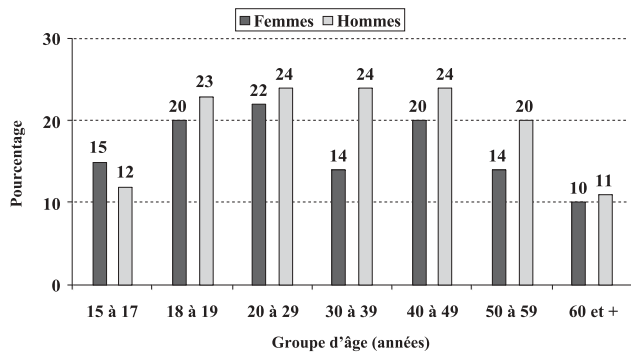


Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

Parmi les adolescents (15 à 19 ans), 16 % fumaient quotidiennement en 2001, contre 19 % en 1999. Chez les adolescentes, la prévalence s'établissait à 17 %, contre 21 % en 1999.

En 2001, le pourcentage d'hommes qui fumaient chaque jour a augmenté chez les adolescents tout en demeurant inchangé jusqu'à l'âge de 50 à 59 ans, point à partir duquel le pourcentage de fumeurs quotidiens diminuait avec l'âge (figure 1-2). Les tendances sont néanmoins différentes chez les femmes, puisque le pourcentage de fumeuses quotidiennes continue d'augmenter dans la vingtaine, puis diminue de manière significative dans la trentaine. Bien que les raisons n'aient pas été établies avec précision, ce recul peut être dû à la diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse. Le pourcentage revient ensuite à des niveaux comparables à celui des femmes vers la fin de l'adolescence. Après l'âge de 50 ans, le pourcentage de fumeuses diminue de la même manière que chez les hommes.

Figure 1-2 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2001

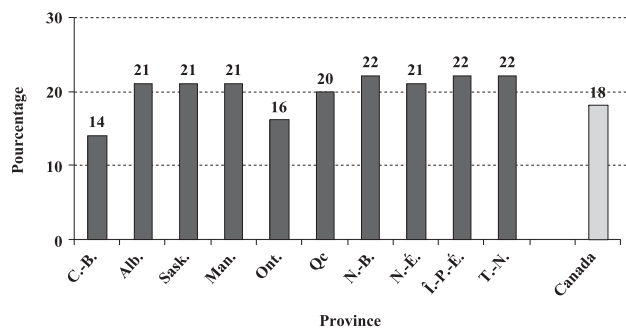


Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

C'est en Colombie-Britannique et en Ontario que le pourcentage d'adultes qui fumaient chaque jour en 2001 était le plus faible, par rapport à toutes les autres provinces (figure 1-3).

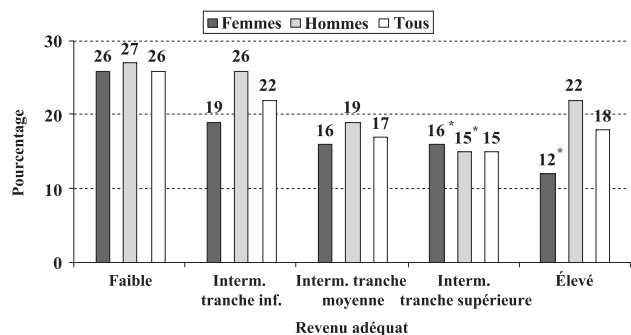
Parmi les femmes, le pourcentage de fumeuses quotidiennes le plus élevé, en 2001, a été enregistré dans la catégorie de revenu le plus faible (figure 1-4).

Figure 1-3 Pourcentage d'adultes de 15 ans et plus qui fumaient quotidiennement parmi la population générale, par province, Canada, 2001



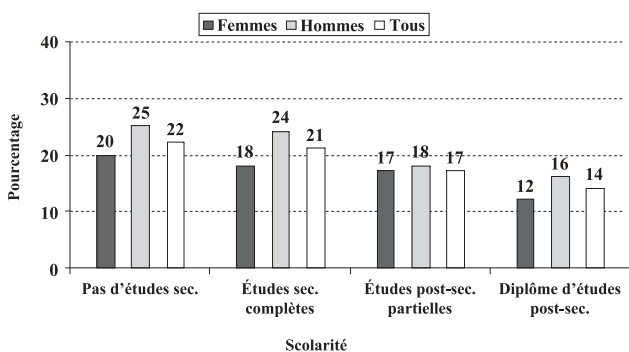
Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

Figure 1-4 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2001



*À interpréter avec prudence : pourcentages fondés sur un échantillon de petite taille
Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

Figure 1-5 Pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement parmi la population générale de 15 ans et plus, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2001



Source : Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

Chez les hommes, le plus fort pourcentage concerne les catégories de revenu le plus faible et intermédiaire inférieur.

Remarque : Pour une définition du Niveau de revenu adéquat, voir le glossaire.

Selon l'ESUTC, un plus faible pourcentage d'hommes qui avaient fait des études postsecondaires complètes ou partielles fumait chaque jour en 2001 (figure 1-5). Parmi les femmes, le plus faible pourcentage de fumeuses quotidiennes concernait les femmes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires.

Sédentarité

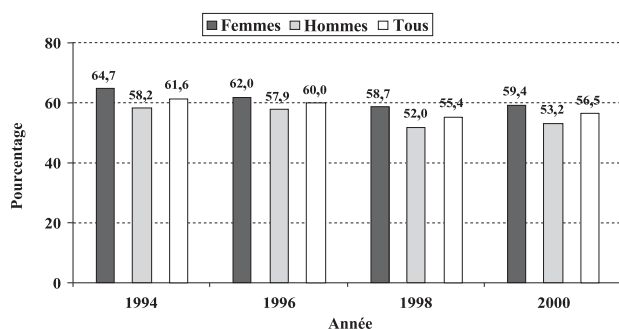
La sédentarité est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (voir la définition de Sédentarité dans le glossaire). L'activité physique régulière permet de réduire le poids, améliorer les taux de cholestérol et de lipides sanguins, la tension artérielle et le diabète, et ainsi d'atténuer le risque cardiovasculaire global. Les lignes directrices nationales recommandent l'adoption d'un mode de vie actif qui comprend 60 minutes d'activité physique légère ou 30 minutes d'activité physique modérée par jour.

Les données de l'ESCC incluent les personnes âgées de 12 ans et plus.

En 2000, plus de la moitié (56,5 %) des adultes étaient physiquement inactifs pendant leurs temps libres (figure 1-6). Les femmes demeurent plus sédentaires que les hommes. De 1994 à 2000, la sédentarité est néanmoins passée de 61,6 % à 56,5 % chez les adultes. Cette amélioration concerne à la fois les hommes et les femmes.

En règle générale, les chiffres de 2000 révèlent que la sédentarité augmente avec l'âge (figure 1-7). L'exception semble concerner les hommes âgés entre 60 et 69 ans qui sont plus actifs que les hommes de 50 à 59 ans. Les femmes sont plus souvent sédentaires que les hommes, dans toutes les catégories d'âge. Les jeunes femmes âgées entre 12 et 19 ans sont une fois et demie plus nombreuses que leurs homologues masculins à être physiquement inactives. Le pourcentage d'hommes physiquement inactifs a augmenté

Figure 1-6 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives¹ parmi la population générale de 20 ans et plus, Canada, 1994 à 2000



¹Dépense énergétique durant les heures de loisirs égale ou inférieure à 1,5 kcal/kg/jour

Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

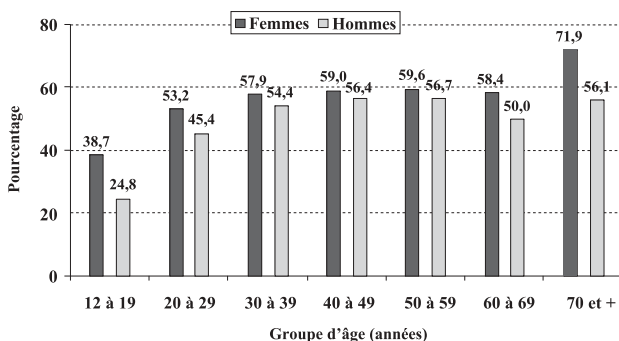
de manière spectaculaire dans les groupes d'âge de 12 à 19 ans et de 20 à 29 ans.

En 2000, le pourcentage de l'ensemble de la population qui était sédentaire variait selon les provinces et territoires (figure 1-8). Les pourcentages de sédentarité les plus faibles se retrouvaient au Yukon, en Colombie-Britannique et en Alberta. À l'opposé, à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Québec et au Manitoba on a enregistré des taux plus élevés de sédentarité que dans l'ensemble de la population canadienne.

En 2000, les hommes et les femmes de la catégorie du revenu le plus faible étaient 1,3 fois plus nombreux à être sédentaires que ceux de la catégorie du revenu le plus élevé (figure 1-9). Aucune différence significative n'a été observée entre les deux catégories de revenus inférieurs.

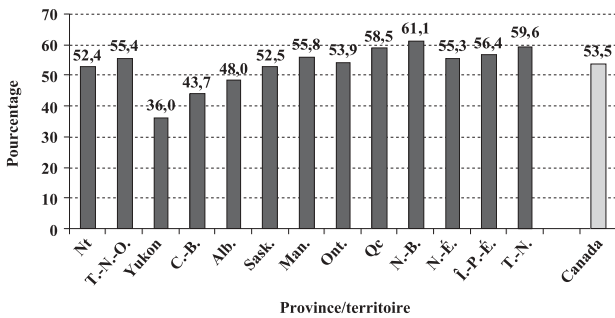
Le pourcentage d'hommes physiquement inactifs est plus faible parmi ceux qui ont une scolarité postsecondaire complète ou partielle (figure 1-10). Chez les femmes, celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires ou qui ont fait une partie de leurs études postsecondaires sont moins nombreuses à être inactives que celles qui n'ont fait que des études secondaires ou moins.

Figure 1-7 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives¹ parmi la population générale de 12 ans et plus, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



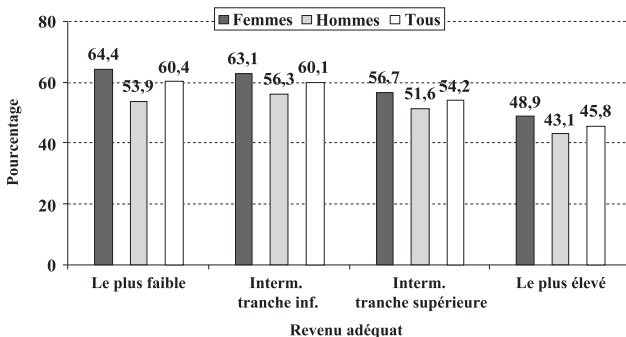
¹Dépense énergétique durant les heures de loisirs égale ou inférieure à 1,5 kcal/kg/jour
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-8 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives¹ parmi la population générale de 12 ans et plus, par province/territoire, Canada, 2000



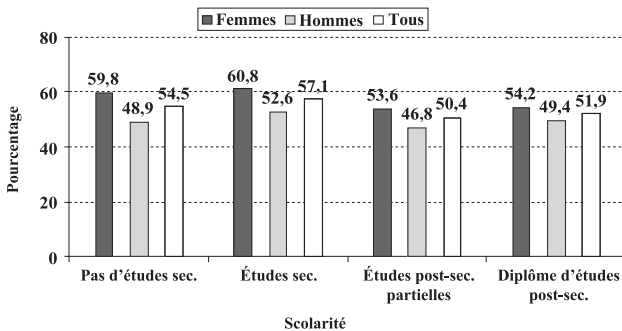
¹Dépense énergétique durant les heures de loisirs égale ou inférieure à 1,5 kcal/kg/jour
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-9 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives¹ parmi la population générale de 12 ans et plus, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000



¹Dépense énergétique durant les heures de loisirs égale ou inférieure à 1,5 kcal/kg/jour
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-10 Pourcentage de personnes qui étaient physiquement inactives¹ parmi la population générale de 12 ans et plus, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



¹Dépense énergétique durant les heures de loisirs égale ou inférieure à 1,5 kcal/kg/jour
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Excès de poids

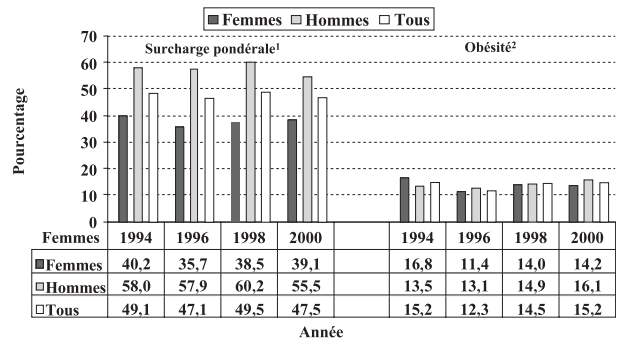
L'excès de poids — soit l'embonpoint (défini par un indice de masse corporelle (IMC) de 25 à 29,9 selon l'OMS) ou l'obésité (IMC \geq 30) chez les personnes âgées de 18 à 64 ans — est l'un des facteurs influant le plus souvent sur le développement de l'hypertension artérielle et du diabète. Ces deux affections sont pour leur part d'importants facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Plus l'IMC est élevé, plus le risque de maladies du cœur et d'accident vasculaire cérébral est élevé. En règle générale, une nutrition équilibrée et une activité physique régulière peuvent atténuer les problèmes d'embonpoint et d'obésité.

En 1998-1999, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes a révélé que, compte tenu des définitions internationales, 37 % des enfants de 2 à 11 ans faisaient de l'embonpoint et 18 % étaient considérés obèses. Il s'agit d'une augmentation de 34 % dans le cas de l'embonpoint et de 16 % dans le cas de l'obésité par rapport aux chiffres de 1994-1995.

En 2000, l'ESCC a révélé qu'un excès de poids (IMC \geq 25) se retrouvait chez 47,5 % des adultes (figure 1-11). Le pourcentage d'hommes et de femmes présentant un excès de poids a varié entre 1994 et 2000 sans toutefois afficher de tendance constante. En 2000, le pourcentage d'hommes ayant un excès de poids était 1,4 fois supérieur au pourcentage de femmes.

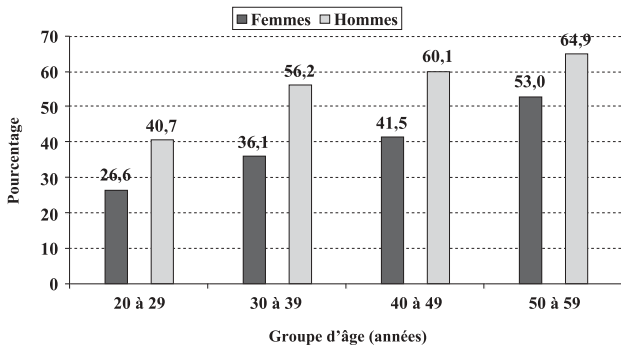
En 2000, l'ESCC a également révélé que 15,2 % des adultes étaient obèses (IMC \geq 30), chiffres identiques à ceux de 1994. Ce pourcentage a cependant fluctué dans l'intervalle. Le pourcentage d'hommes obèses a augmenté de 13,5 % à 16,1 %, alors que le pourcentage de femmes a diminué de 16,8 % à 14,2 %.

Figure 1-11 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale¹ et, de ce nombre, qui étaient obèses², Canada, 1994 à 2000



¹Surcharge pondérale : IMC autodéclaré \geq 25,0 (comprend les obèses) ²Obèse : IMC autodéclaré \geq 30,0
Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-12 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale¹, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



¹Surcharge pondérale : IMC autodéclaré $\geq 25,0$
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

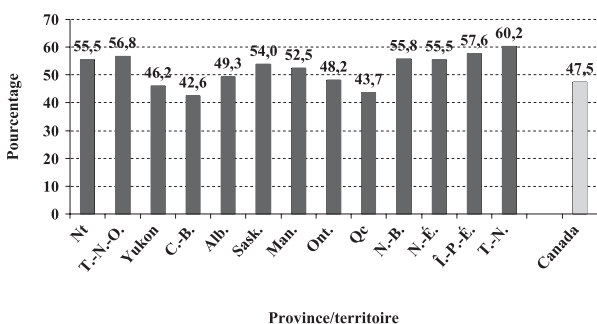
Selon les résultats de l'ESCC de 2000, le pourcentage des personnes qui présentent un excès de poids augmente avec l'âge (figure 1-12). Le pourcentage des femmes ayant un excès de poids avait doublé entre les tranches d'âge de 20 à 29 ans et de 50 à 59 ans. Concernant les hommes, le pourcentage chez les hommes plus âgés était 1,6 fois élevé que celui chez les hommes plus jeunes.

Le pourcentage d'adultes âgés de 20 à 59 ans qui présentaient un excès de poids était plus important dans les provinces de l'Est ainsi qu'au Manitoba, en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, par rapport à l'ensemble de la population canadienne (figure 1-13). C'est au Québec et en Colombie-Britannique que les pourcentages d'adultes ayant un excès de poids étaient les plus faibles.

Les femmes qui appartenaient à la catégorie de revenu le plus élevé risquaient moins d'avoir un excès de poids que celles des autres catégories de revenu (figure 1-14). Parmi les hommes, cette tendance était inversée, le pourcentage d'hommes présentant un excès de poids était bien supérieur chez ceux de la catégorie de revenu le plus élevé.

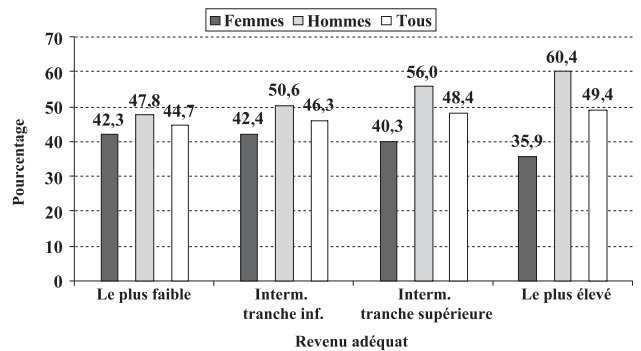
En 2000, les femmes qui n'avaient pas terminé des études secondaires étaient 1,5 fois plus nombreuses à présenter

Figure 1-13 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale¹, par province/territoire, Canada, 2000



¹Surcharge pondérale : IMC autodéclaré $\geq 25,0$
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

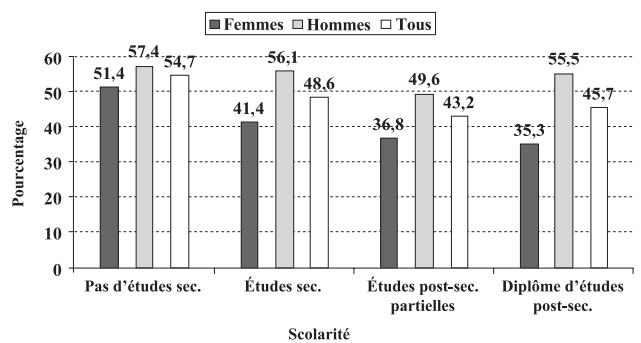
Figure 1-14 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale¹, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000



¹Surcharge pondérale : IMC autodéclaré $\geq 25,0$
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

un excès de poids que celles qui avaient un diplôme d'études postsecondaires (figure 1-15). À l'opposé, les hommes qui avaient fait des études postsecondaires enregistraient le plus faible pourcentage d'excès de poids.

Figure 1-15 Pourcentage, parmi la population générale, d'adultes de 20 à 59 ans qui avaient une surcharge pondérale¹, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



¹Surcharge pondérale : IMC autodéclaré $\geq 25,0$
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

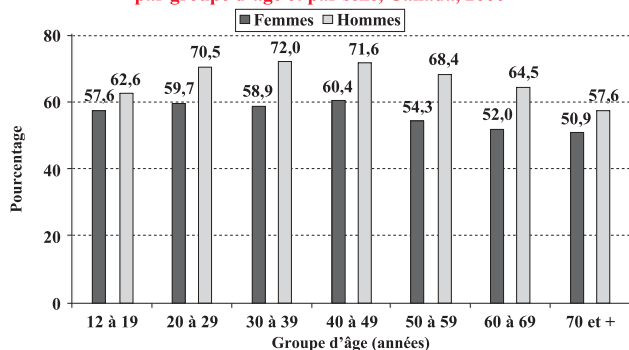
Consommation inadéquate de fruits et de légumes

La consommation quotidienne de cinq à dix portions de fruits et de légumes permet de réduire le risque de maladies cardiovasculaires. Cet avantage tient aux apports en vitamines, en antioxydants et en fibres naturels. Le potassium contenu dans ce type d'aliments exerce aussi un effet protecteur contre les accidents vasculaires cérébraux.

Bien que la consommation de fruits et de légumes frais soit très souvent saisonnière, avec des apports supérieurs pendant l'été, elle doit néanmoins être maintenue à cinq portions quotidiennes ou plus pendant toute l'année.

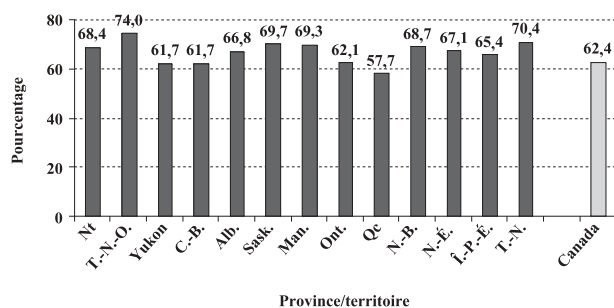
Les données de cette section concernent les personnes âgées de 12 ans et plus, soit l'échantillon de l'ESCC dans sa totalité.

Figure 1-16 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



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

Figure 1-17 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, par province/territoire, Canada, 2000



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

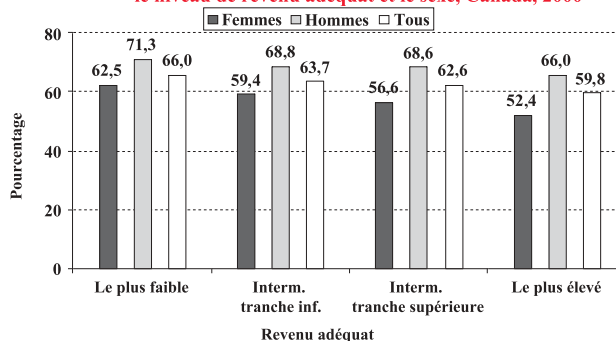
En 2000, 62,4 % des Canadiens de 12 ans et plus (57,0 % des femmes et 68,1 % des hommes) avaient une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports recommandés, selon l'ESCC. Chez les hommes, les habitudes alimentaires variaient avec l'âge (figure 1-16). Le pourcentage d'hommes dont les apports quotidiens étaient inférieurs aux recommandations augmentait dans le groupe des 20 à 29 ans et ne s'améliorait pas avant l'âge de 50 ans. C'étaient surtout les femmes âgées de moins de 50 ans qui ne respectaient pas les recommandations et qui enregistraient la plus faible consommation à ce chapitre. La consommation s'améliorait chez les femmes âgées de plus de 50 ans.

Les habitants du Yukon, de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec déclaraient une meilleure consommation de fruits et de légumes que ceux des autres provinces et territoires (figure 1-17).

Les hommes et les femmes qui disposaient de revenus inférieurs étaient plus nombreux à ne pas respecter les apports recommandés de fruits et de légumes (figure 1-18).

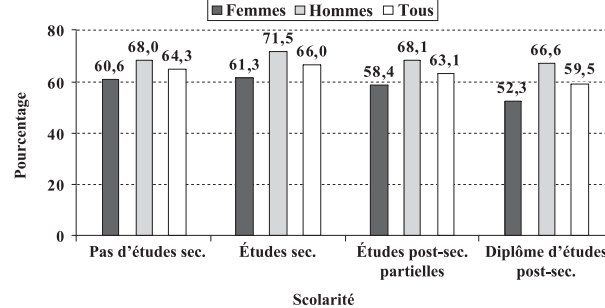
En 2000, très peu de différences ont été observées dans la consommation de fruits et de légumes chez les hommes, quel que soit le niveau de scolarité (figure 1-19). Par contre,

Figure 1-18 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000



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

Figure 1-19 Pourcentage de la population générale âgée de 12 ans et plus qui avait une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



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

le pourcentage de femmes qui avaient fait des études post-secondaires et qui consommaient moins que les quantités recommandées de fruits et de légumes était plus faible.

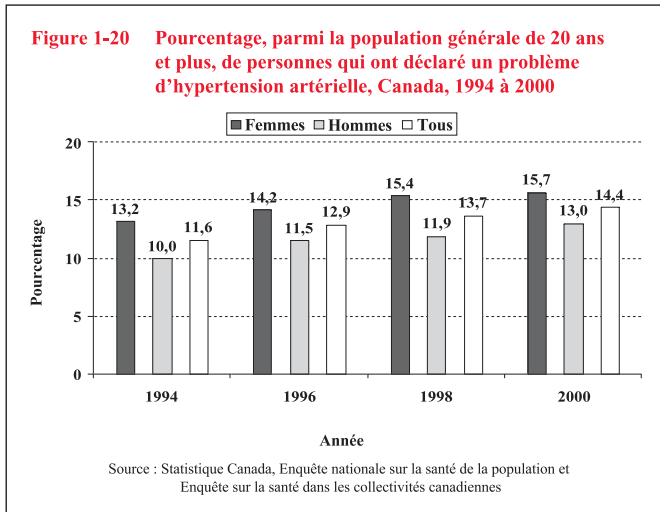
Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (définie comme étant une tension systolique ≥ 140 mmHg ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg) est un facteur de risque majeur des maladies coronariennes et de l'accident vasculaire cérébral, de maladies vasculaires périphériques et de l'insuffisance cardiaque. Elle fait augmenter de deux à trois fois le risque cardiovasculaire. Il ressort clairement des recherches que le traitement de l'hypertension artérielle permet de réduire l'incidence des AVC, des infarctus du myocarde, des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires, des maladies rénales, de l'insuffisance cardiaque, ainsi que le taux de mortalité globale.

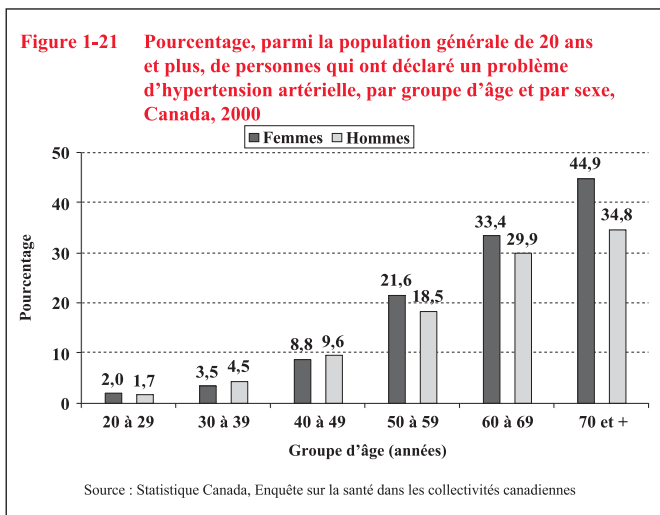
Les personnes qui font de l'embonpoint, sont physiquement inactives, boivent beaucoup d'alcool ou consomment du sel en quantité excessive, sont plus sujettes à l'hypertension artérielle. On associe l'hypertension à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire liés au métabolisme, tels que la résistance insulinaire, l'obésité, l'hyperuricémie et la dyslipidémie.

Les données de cette section concernent les personnes de 20 ans et plus, soit un sous-échantillon de l'ESCC, car le dépistage n'est conseillé qu'à partir de l'âge de 20 ans.

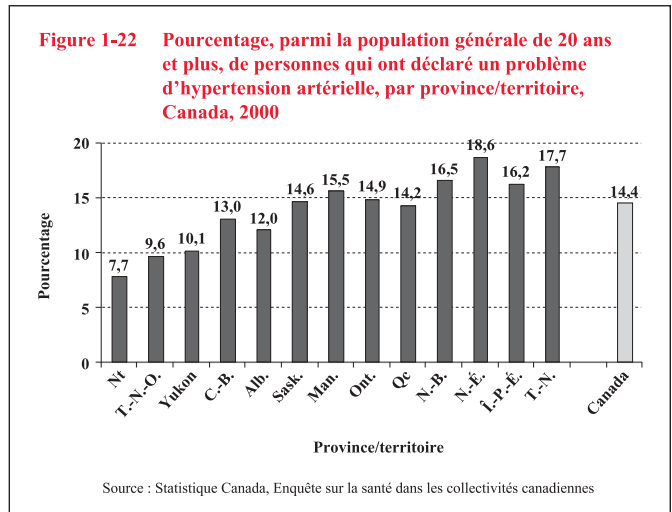
La prévalence de l'hypertension artérielle autodéclarée a augmenté chez les hommes et les femmes (figure 1-20) entre 1994 et 2000. Un plus fort pourcentage de femmes que d'hommes ont signalé régulièrement faire de l'hypertension artérielle au cours de cette période.



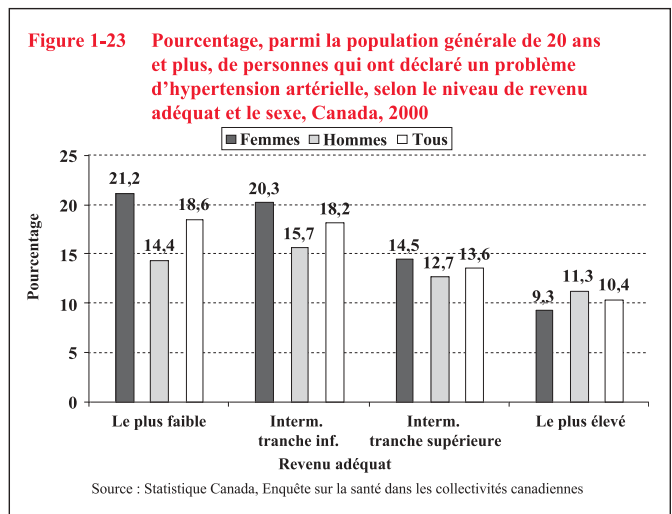
En 2000, les pourcentages d'hommes et de femmes qui ont déclaré faire de l'hypertension artérielle ont augmenté avec l'âge (figure 1-21). Après l'âge de 50 ans, le pourcentage de femmes était supérieur au pourcentage d'hommes.



En 2000, un plus fort pourcentage d'adultes des provinces de l'Est du Canada ont déclaré faire de l'hypertension artérielle, par rapport aux autres provinces et territoires combinés (figure 1-22). Le pourcentage enregistré dans les territoires du Nord, en Colombie-Britannique et en Alberta était inférieur à celui enregistré dans l'ensemble du Canada.

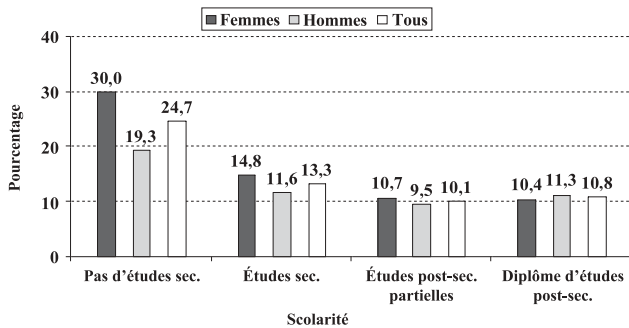


Un plus fort pourcentage d'hommes appartenant aux catégories de revenu inférieur et intermédiaire inférieur ont signalé faire de l'hypertension artérielle, par rapport aux catégories supérieures (figure 1-23). Chez les femmes, le pourcentage était inversement proportionnel au revenu. Le pourcentage de femmes qui signalaient faire de l'hypertension artérielle était significativement supérieur à celui des hommes dans toutes les catégories de revenu, à l'exception de la catégorie la plus élevée.



En 2000, le pourcentage de femmes et d'hommes qui ont déclaré faire de l'hypertension artérielle était supérieur chez ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires (respectivement 2,9 et 1,7 % de plus chez les femmes et les hommes), par rapport à ceux qui avaient un diplôme d'études postsecondaires (figure 1-24).

Figure 1-24 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré un problème d'hypertension artérielle, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



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

Détection précoce de l'hypertension artérielle

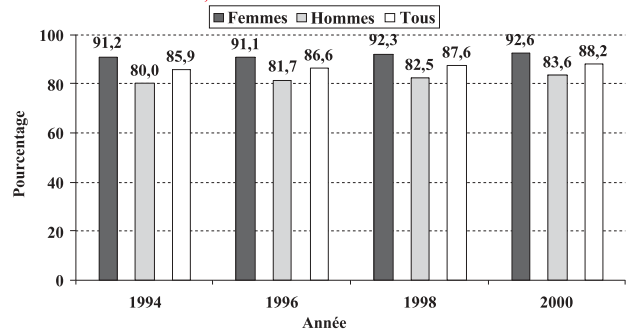
Souvent silencieuse, l'hypertension artérielle est généralement décelée à l'occasion d'un dépistage. C'est pourquoi le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande que tous les adultes de plus de 20 ans fassent mesurer leur tension artérielle tous les deux ans et plus fréquemment s'ils sont en présence de facteurs de risque supplémentaires.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'ESCC, un fort pourcentage d'adultes ($\geq 80\%$) ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle entre 1994 et 2000 (figure 1-25). Le pourcentage d'hommes avait légèrement augmenté depuis 1994.

En 2000, le pourcentage d'hommes et de femmes qui avaient fait vérifier leur tension artérielle augmentait avec l'âge (figure 1-26). Les hommes âgés entre 20 et 39 ans étaient moins portés à faire vérifier leur tension artérielle que les femmes. (Les femmes de ce groupe d'âge consultaient leur médecin pour la contraception et les soins prénataux. Leur tension artérielle était donc vérifiée plus fréquemment que celle des hommes.) L'écart s'amenuisait avec l'âge, jusqu'au groupe d'âge de 70 ans et plus où les pourcentages étaient pratiquement égaux.

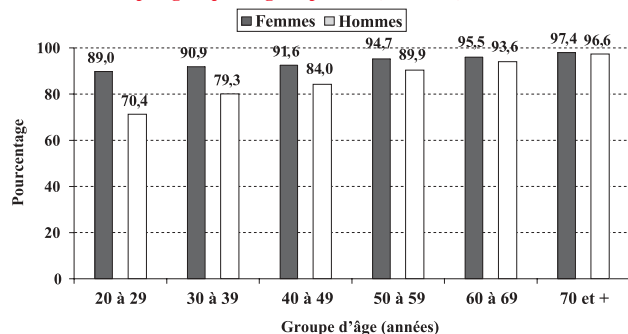
Selon l'ESCC de 2000, un très fort pourcentage d'adultes canadiens, dans toutes les provinces, ont signalé avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux années précédentes (figure 1-27). Le pourcentage le plus bas se retrouve au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Figure 1-25 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, Canada, 1994 à 2000



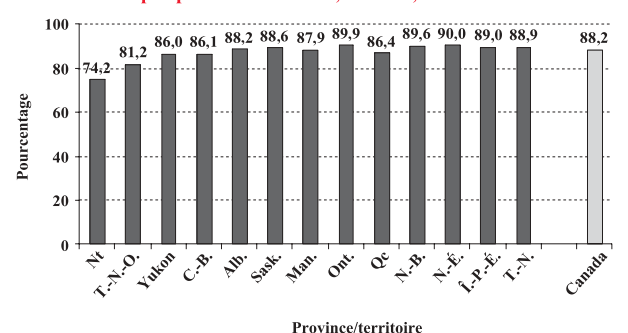
Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-26 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



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

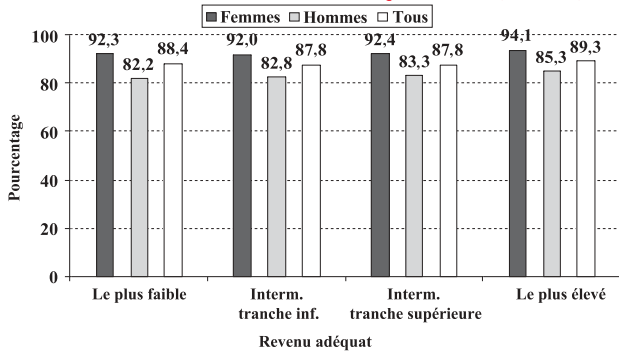
Figure 1-27 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, par province/territoire, Canada, 2000



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

En 2000, un pourcentage légèrement supérieur d'adultes dans la catégorie supérieure de revenu, par rapport à ceux des autres catégories de revenu, ont déclaré avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux années précédentes (figure 1-28).

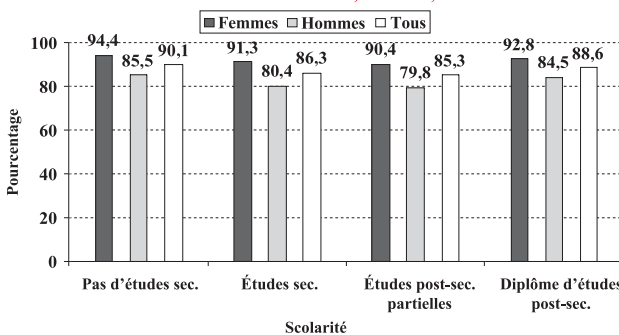
Figure 1-28 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000



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

Le pourcentage d'hommes et de femmes qui déclaraient avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux années précédentes variait peu selon le niveau de scolarité (figure 1-29). Ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires étaient moins nombreux, en pourcentage, à avoir fait vérifier leur tension artérielle, par rapport à ceux qui avaient terminé leurs études secondaires. La tendance s'inversait entre ceux qui avaient fait des études post-secondaires partielles et ceux qui les avaient terminées.

Figure 1-29 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux dernières années, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



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

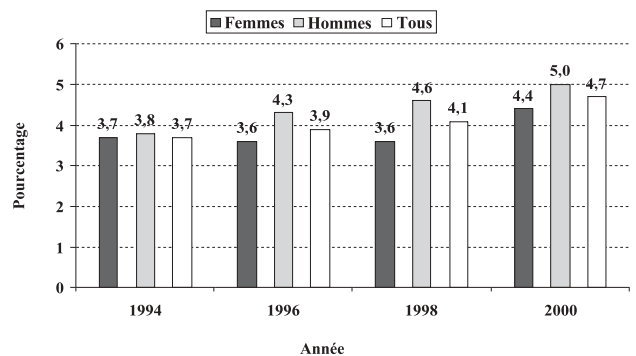
Diabète

Le diabète qui se développe à l'âge adulte est un important facteur de risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathies et de maladies vasculaires, particulièrement chez les femmes. Il accroît non seulement l'incidence des maladies cardiovasculaires mais il aggrave aussi les résultats en matière de santé. Le taux de mortalité attribuable aux maladies du cœur est en effet plus élevé chez les diabétiques.

Il est possible de prévenir le diabète en maintenant un poids santé grâce à une alimentation saine et à une activité physique régulière. Une bonne gestion du diabète peut réduire le risque de maladies cardiovasculaires et d'autres complications qui lui sont associées, telles que les maladies vasculaires périphériques, les problèmes oculaires et l'insuffisance rénale.

Cette section concerne les personnes âgées de plus de 20 ans atteintes de diabète de l'âge adulte (de type II). L'ESCC ne tient pas compte des enfants de moins de 12 ans pour déterminer le diabète de type I ou diabète infantile.

Figure 1-30 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, Canada, 1994 à 2000



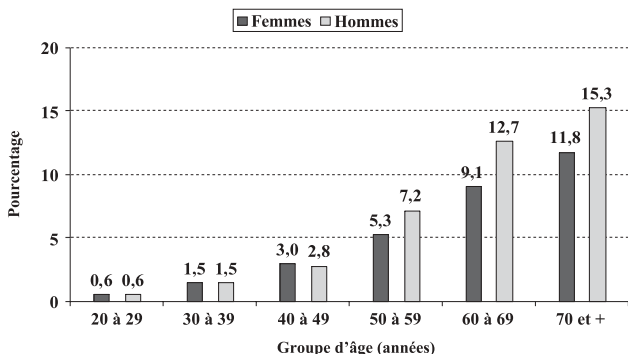
Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

La prévalence des cas autodéclarés de diabète parmi les adultes canadiens s'est accrue entre 1994 et 2000 : de 32 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes (figure 1-30).

Le pourcentage d'hommes dans la population générale qui ont signalé être atteints de diabète a augmenté avec l'âge en 2000 (figure 1-31). Après l'âge de 50 ans, le pourcentage d'hommes diabétiques était supérieur au pourcentage de femmes.

En 2000, le pourcentage d'adultes de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick qui ont déclaré avoir un diabète, était supérieur au pourcentage de l'ensemble du Canada (figure 1-32). Il était par contre inférieur en Alberta, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. (Les petits échantillons dans certaines provinces et territoires

Figure 1-31 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



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

ont compliqué l'établissement de différences statistiquement significatives avec l'ensemble de la population canadienne.)

Les hommes et les femmes des catégories de revenu supérieur et intermédiaire supérieur affichent une prévalence nettement inférieure de diabète autodéclaré que leurs homologues des catégories de revenu inférieur et intermédiaire inférieur (figure 1-33).

En 2000, le pourcentage d'hommes et de femmes n'ayant pas terminé des études secondaires qui ont déclaré avoir du diabète était 2,3 fois plus élevé que celui des gens des autres niveaux de scolarité (figure 1-34).

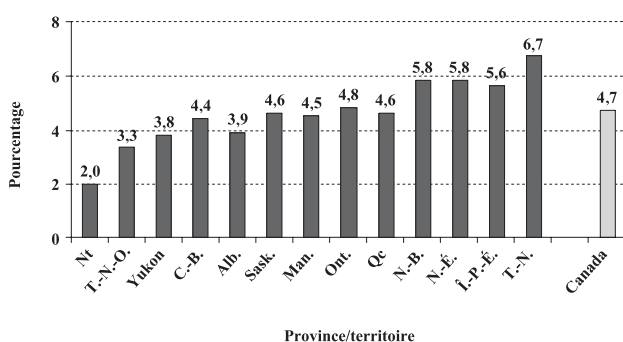
Origine ethnique

Une recherche faite sur les Canadiens nés en Asie du Sud et en Chine a révélé que les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires, ne sont pas les mêmes chez ces personnes que chez les natifs du Canada.

Les nouveaux arrivants peuvent être en meilleure santé au départ mais, au fur et à mesure qu'ils adoptent des modes de vie malsains, ils affichent des taux accrus de maladies cardiovasculaires. Certains groupes ethniques, comme les personnes originaires d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est, sont particulièrement vulnérables aux maladies du cœur, alors que les Chinois sont plus vulnérables à l'accident vasculaire cérébral (et moins aux crises cardiaques). Les programmes de prévention devraient viser les groupes ethniques à l'aide de messages adaptés aux diverses cultures et utilisant un langage et des médias susceptibles de les rejoindre. Des recherches s'imposent pour identifier les prédispositions génétiques particulières aux cardiopathies et aux accidents vasculaires cérébraux des différents groupes ethniques et pour concevoir des interventions efficaces.

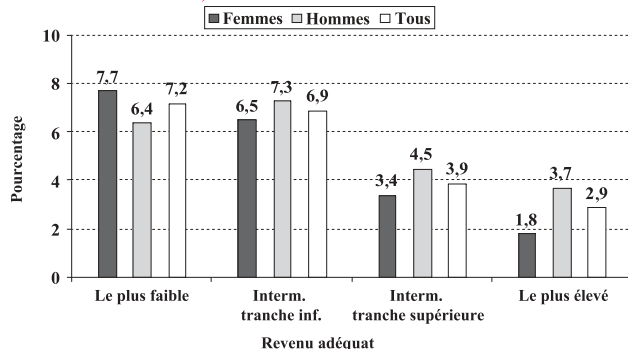
L'ESCC fournit des informations sur les facteurs de risque par groupe ethnique (tableau 1-3).

Figure 1-32 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, par province/territoire, Canada, 2000



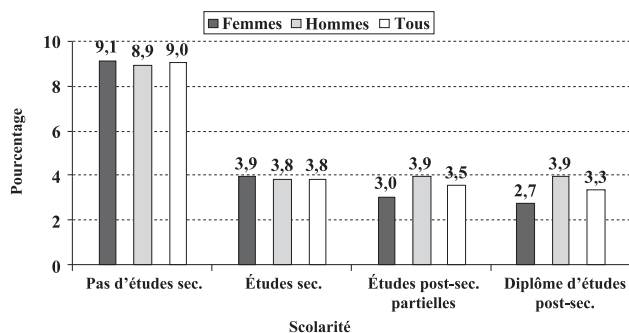
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 1-33 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, selon le niveau de revenu adéquat et le sexe, Canada, 2000



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

Figure 1-34 Pourcentage, parmi la population générale de 20 ans et plus, de personnes qui ont déclaré être atteintes du diabète, selon la scolarité et le sexe, Canada, 2000



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

Tableau 1-3 Facteurs de risque des maladies du cœur et de l'accident vasculaire cérébral parmi les adultes de plus de 20 ans de différentes origines ethniques, Canada, 2000

Facteur de risque	Pourcentage de la population présentant un facteur de risque				
	Chine	Asie du Sud	Asie du Sud-Est	Europe de l'Est	Canada
Tabagisme (quotidien)	9,9	6,4	5,3*	22,8	22,7
Sédentarité	63,3	67,0	73,5	51,9	56,5
Excès de poids (IMC \geq 25)	18,7	40,0	22,7	50,7	47,5
Consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports recommandés	70,5	61,6	67,2	62,0	62,8
Hypertension artérielle	11,2	11,4	10,3*	15,2	14,4
Diabète	3,4	5,6	2,8*	4,2	4,7

* À interpréter avec prudence : pourcentages calculés sur la base d'un petit échantillon.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

En 2000, les gens originaires d'Europe de l'Est étaient moins sédentaires que l'ensemble de la population canadienne. Les personnes qui étaient originaires d'Asie du Sud ou du Sud-Est étaient plus souvent sédentaires.

En 2000, les Canadiens originaires de Chine et d'Asie du Sud-Est avaient plus tendance que l'ensemble de la population canadienne à ne pas respecter les apports quotidiens recommandés de fruits et de légumes.

Chez les Canadiens originaires de Chine, d'Asie du Sud et du Sud-Est, on retrouvait moins souvent un excès de poids (IMC \geq 25) que dans l'ensemble de la population canadienne.

Autochtones

En 2000, les adultes autochtones du Canada de plus de 20 ans étaient plus exposés que l'ensemble de la population canadienne à présenter un excès de poids (54,8 % contre 47,5 %) et à fumer (41,6 % contre 22,7 %). Ils étaient aussi plus nombreux à avoir une consommation de fruits et de légumes inférieure aux apports quotidiens recommandés (66,7 % contre 62,8 %).

Par contre, les Autochtones avaient moins tendance que l'ensemble de la population canadienne à être sédentaires (52,6 % contre 56,5 %) et à signaler une hypertension artérielle (11,5 % contre 14,4 %). Les proportions d'individus qui ont déclaré faire du diabète étaient comparables à celles de la population canadienne (4,9 % pour les Autochtones contre 4,7 %). D'autres études ont révélé que la prévalence du diabète était de beaucoup supérieure parmi les Autochtones. Les résultats de l'ESCC tiennent peut-être au fait que cette enquête n'a pas pris en compte les personnes qui vivaient dans des réserves.

En outre, les Autochtones sont plus jeunes que l'ensemble de la population canadienne. Puisque la prévalence du diabète augmente avec l'âge, la population canadienne participant à cette enquête présentera un pourcentage plus élevé de personnes souffrant de diabète que les

Autochtones inclus dans l'enquête. La comparaison entre les deux groupes risque par conséquent d'être faussée.

Dyslipidémie

Un taux anormalement élevé de cholestérol, de lipoprotéines de basse densité (LDL) et de triglycérides, ainsi qu'un faible taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) sont d'importants facteurs de risque des maladies vasculaires et plus particulièrement des maladies coronariennes. Des taux élevés de cholestérol sérique total et de cholestérol LDL sont d'importants facteurs de risque pour tous les types d'accident vasculaire cérébral, dont ceux qui sont attribuables à une maladie carotidienne. Les médicaments conçus pour abaisser le taux de cholestérol sanguin se sont avérés des outils très précieux dans le traitement des maladies coronariennes, permettant de réduire les infarctus aigus du myocarde d'environ 25 % sur une période de 4 ans dans la plupart des études. On a aussi démontré que la pharmacothérapie permettait d'abaisser le taux de décès par accident vasculaire cérébral et par maladie coronarienne.

Selon les Enquêtes sur la santé cardiovasculaire de 1985 à 1990 :

- chez 45 % des hommes et 43 % des femmes, le taux de cholestérol plasmatique total était supérieur au taux recommandé de 5,2 mmol/l;
- 30 % des hommes et 27 % des femmes se trouvaient dans le groupe à risque moyen (5,2-6,1 mmol/l) et 18 % et 17 % se trouvaient respectivement dans le groupe à risque le plus élevé (\geq 6,2 mmol/l); et
- la proportion des hommes et des femmes ayant un taux de cholestérol élevé (\geq 5,2 mmol/l) augmentait avec l'âge, doublant pratiquement dans le groupe de 35 à 44 ans par rapport au groupe de 25 à 34 ans chez les hommes et dans le groupe de 45 à 54 ans par rapport au groupe de 35 à 44 ans chez les femmes.

Des mises à jour s'imposent pour pouvoir évaluer si des progrès ont été accomplis, à savoir si la proportion des Canadiens ayant un taux de cholestérol élevé a effectivement diminué.

Conclusions

Les Canadiens présentent un risque élevé de développer une maladie cardiovasculaire : huit personnes sur dix affichent au moins un des facteurs de risque suivants — tabagisme, sédentarité, excès de poids, hypertension artérielle et diabète — et un Canadien sur dix présente trois facteurs de risque ou plus. À moins que des interventions communautaires ayant un impact préventif suffisant ne soient mises en œuvre, l'épidémie de maladies cardiovasculaires se poursuivra. Il faut donc s'attaquer à ces facteurs de risque pour prévenir non seulement les maladies cardiovasculaires, mais aussi de nombreuses autres maladies chroniques qui partagent les mêmes facteurs de risque.

Les tendances affichées par certains facteurs de risque sont toutefois encourageantes. La sédentarité dans la population adulte et le tabagisme en général ont diminué depuis huit ans, si l'on en croit les données autodéclarées. Malheureusement, les tendances des autres facteurs de risque restent préoccupantes. Le pourcentage de la population présentant un excès de poids a très peu changé et, en fait, l'obésité s'est accrue chez les hommes. De plus, la prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète, selon les données autodéclarées, a augmenté.

Les jeunes présentent un risque élevé de maladies cardiovasculaires. Près des deux cinquièmes des adolescentes sont sédentaires. Plus du quart des hommes et des femmes dans la vingtaine présentent un excès de poids. Chez les jeunes femmes en fin d'adolescence (18 et 19 ans), une sur cinq fume chaque jour des cigarettes, tandis que chez les jeunes hommes du même groupe d'âge, les statistiques sont de l'ordre de un sur quatre. Les habitudes de vie qui se forment pendant la jeunesse persistent avec l'âge.

Les facteurs de risque ne sont pas les mêmes chez les hommes et les femmes. Les femmes sont généralement

plus sédentaires et plus nombreuses à déclarer une hypertension artérielle. Les hommes fument en plus grand nombre que les femmes. Ils sont aussi plus nombreux à ne pas consommer les quantités recommandées de fruits et de légumes et à présenter un excès de poids.

La prévalence de tous les facteurs de risque varie selon les régions. Comparée à l'ensemble du Canada, la prévalence de tous les facteurs de risque est moins élevée en Colombie-Britannique, alors qu'elle est plus élevée à Terre-Neuve. Malgré tout, le gradient est-ouest sur le plan des facteurs de risque, mis en lumière dans les rapports antérieurs, s'est estompé; certaines provinces des Prairies affichent un taux plus élevé de facteurs de risque et certaines provinces de l'Est un taux moins élevé que les autres provinces ou territoires. (Les taux provinciaux des maladies cardiovasculaires ont été standardisés pour l'âge.)

La principale limite des données existantes tient à l'absence de mesures physiques et biochimiques du risque cardiovasculaire. La plupart des provinces n'ont pas renouvelé les Enquêtes sur la santé cardiovasculaire qui ont été entreprises entre 1985 et 1990, d'où un manque flagrant d'information sur la détection et le contrôle de l'hypertension artérielle et de la dyslipidémie au Canada. De plus, nous devons nous fier à des données autodéclarées sur le poids et la taille pour estimer la prévalence de l'excès de poids dans la population.

La détermination de la prévalence du diabète dans la population constitue un défi. La méthode utilisée dans ce rapport repose sur les cas de diabète autodéclarés ayant fait l'objet d'un diagnostic par un médecin. Cette méthode comporte deux faiblesses. La première est le fait que certaines personnes peuvent ignorer qu'elles font du diabète et la deuxième tient à ce que les critères de diagnostic varient selon les médecins. Une deuxième méthode utilise des données administratives pour estimer le pourcentage de la population présentant un diabète. Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) utilise cette méthode. Son rapport est disponible au <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/cddpc-cpcm/diabetes-diabete/francais/snsd/index.html>.

Mesures à envisager

- Concevoir des politiques et mettre en œuvre des programmes, à l'échelle communautaire et nationale, ayant un volet préventif suffisamment solide pour abaisser la forte prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.
- Mettre en œuvre des politiques et des programmes pour inciter les enfants et les jeunes à adopter des habitudes de vie saines.
- Mener des enquêtes régulièrement, auprès d'échantillons représentatifs à l'échelle nationale, assorties de mesures physiques et biochimiques pour évaluer la prévalence de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'excès de poids.

INTERVENTIONS ET SERVICES

Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux sont des maladies chroniques permanentes dont le traitement peut consister à soulager les symptômes, à améliorer la qualité de vie et à réduire le risque de décès prématuré. Les centres de soins ambulatoires et les hôpitaux ont à leur disposition une vaste quantité de moyens, dont les médicaments, les interventions chirurgicales et l'éducation concernant les habitudes de vie. Des guides de pratique clinique et des protocoles de soins ont été élaborés en vue d'uniformiser les traitements en tenant compte des résultats des recherches.

Les personnes qui nécessitent des soins immédiats ou de courte durée, de même que celles qui sont de retour dans la collectivité pour y recevoir des soins de réadaptation et de soutien, ont besoin de toute une gamme de services de santé. Les interventions communautaires sont particulièrement importantes pour les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires et l'accident vasculaire cérébral, car ces personnes passent plus de temps dans la collectivité qu'à l'hôpital.

La surveillance de l'utilisation des interventions et des services de santé permet de recueillir des renseignements utiles pour planifier et évaluer les services de santé de manière à répondre aux besoins changeants de la population. À ce jour, il n'existe aucune base de données nationale sur les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou ayant subi un accident vasculaire cérébral, qui fournirait des informations individuelles sur l'utilisation des interventions et des services de santé. Plusieurs bases de données provinciales et hospitalières peuvent fournir une partie de ces informations, mais un projet national de coordination des bases de données permettrait de les améliorer et de satisfaire les besoins en matière d'information.

Hospitalisation

Les maladies cardiovasculaires entraînent souvent des problèmes de santé suffisamment graves pour justifier une hospitalisation. Les données suivantes, tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), donnent une idée de l'utilisation des services hospitaliers (hôpitaux de soins de courte durée et de soins prolongés). Les données sur l'hospitalisation correspondent aux départs (congé ou décès) des hôpitaux de soins de courte durée et de soins prolongés. Tous les établissements de soins prolongés n'y sont toutefois pas inclus; la proportion d'établissements de soins prolongés varie d'une année à l'autre et d'une province à l'autre. Il est à noter qu'à partir de l'exercice fiscal de 1997-1998, la Base de données sur la morbidité hospitalière ne tenait plus compte des établissements de soins prolongés de l'Ontario. Puisque le nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires dans les hôpitaux de soins prolongés ontariens avant cette date était faible, ce changement a eu peu d'impact sur le taux global d'hospitalisation associé aux maladies cardiovasculaires.

Pour les données présentées dans ce rapport, chaque congé d'hôpital (y compris les transferts) constitue un épisode de soins. Il en résulte qu'une même personne peut être comptée plus d'une fois si elle a obtenu différents congés de différents établissements.

Malheureusement, la base de données ne fournit pas de renseignements sur les consultations externes.

Les données de la plupart des graphiques ont été analysées à l'aide du diagnostic primaire, compte tenu de la durée du séjour. L'équipe de soins détermine ce diagnostic au moment de l'hospitalisation.

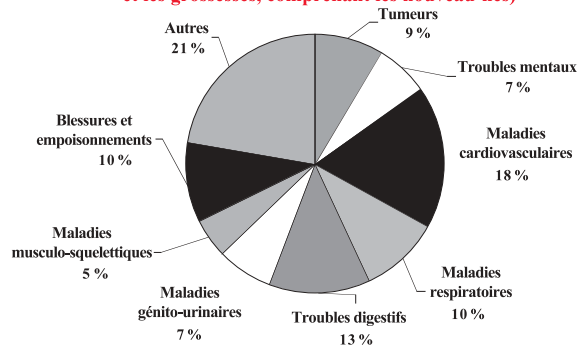
Les pathologies étudiées dans ce chapitre comprennent les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble (catégories 390 à 459 de la CIM-9) puis, certaines maladies cardiovasculaires prises individuellement : les cardiopathies ischémiques (CIM-9, 410 à 414), l'infarctus aigu du myocarde (CIM-9, 410), l'insuffisance cardiaque (CIM-9, 428) et les maladies vasculaires cérébrales (CIM-9, 430 à 438).

Les nombres prévus d'hospitalisations pour les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble ainsi que pour chacune des quatre catégories de maladies précisées précédemment ont été estimés en partant du principe que les changements annuels dans les taux d'hospitalisation à l'avenir seraient identiques aux changements annuels moyens dans les taux âge — sexe des dix dernières années. Ces nouveaux taux annuels ont été appliqués aux projections démographiques de Statistique Canada pour tenir compte du vieillissement de la population. Les taux d'hospitalisation ont manqué d'uniformité ces dix dernières années : en conséquence, ces projections ne représentent qu'une vision d'un futur hypothétique.

Part des maladies cardiovasculaires dans les hospitalisations

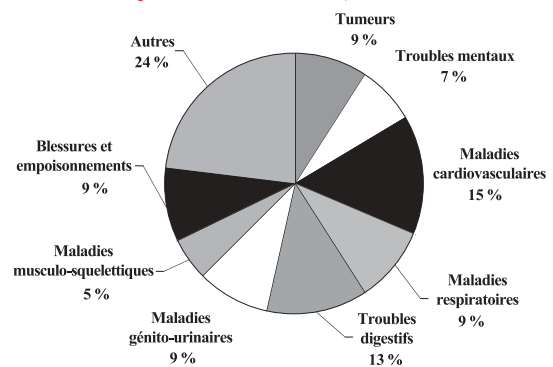
Les maladies cardiovasculaires ont représenté 18 % de l'ensemble des hospitalisations, hommes et femmes

Figure 2-1 Hospitalisations chez les hommes et les femmes, par diagnostic*, Canada, 2000 à 2001 (excluant les accouchements et les grossesses, comprenant les nouveau-nés)



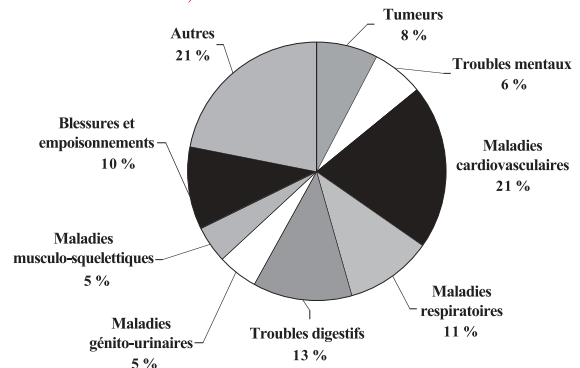
*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-2 Hospitalisations chez les femmes, par diagnostic*, Canada, 2000 à 2001 (excluant les accouchements et les grossesses, comprenant les nouveau-nés)



*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-3 Hospitalisations chez les hommes, par diagnostic*, Canada, 2000 à 2001



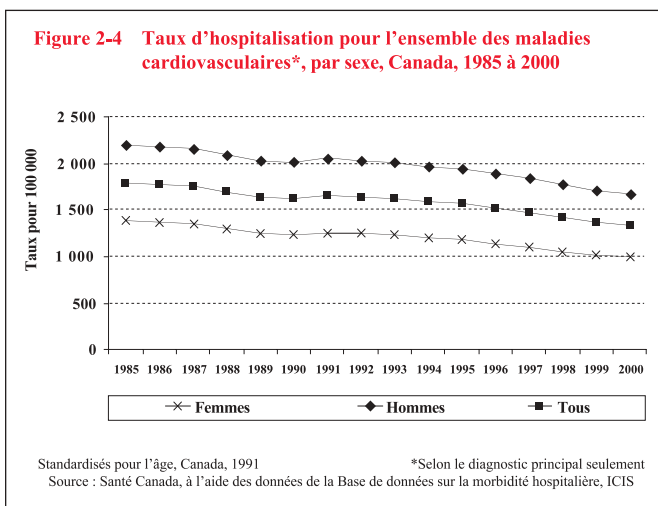
*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

confondus, au Canada en 2000-2001, et devançant à ce titre tous les autres problèmes de santé (figure 2-1).

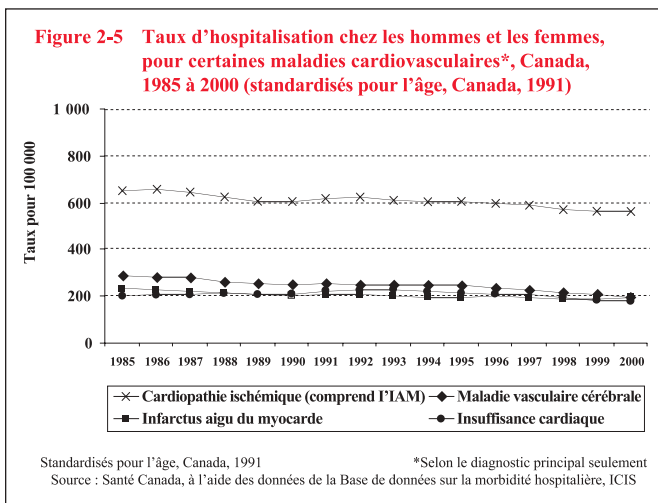
En 2000-2001, les maladies cardiovasculaires étaient la principale cause d'hospitalisation chez les hommes (21 % des hospitalisations) et les femmes (15 % des hospitalisations à l'exclusion des accouchements et des grossesses) (figures 2-2 et 2-3).

Tendances au fil du temps

Les taux d'hospitalisation attribuables aux maladies cardiovasculaires ont diminué de façon régulière depuis 1985 (figure 2-4). Les tendances au fil du temps étaient comparables pour les hommes et pour les femmes. Les hospitalisations pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires chez les hommes sont néanmoins 1,7 fois plus nombreuses que chez les femmes.

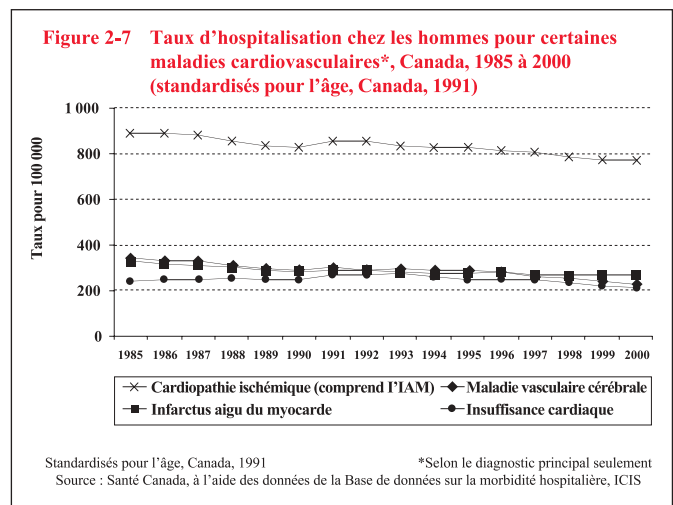
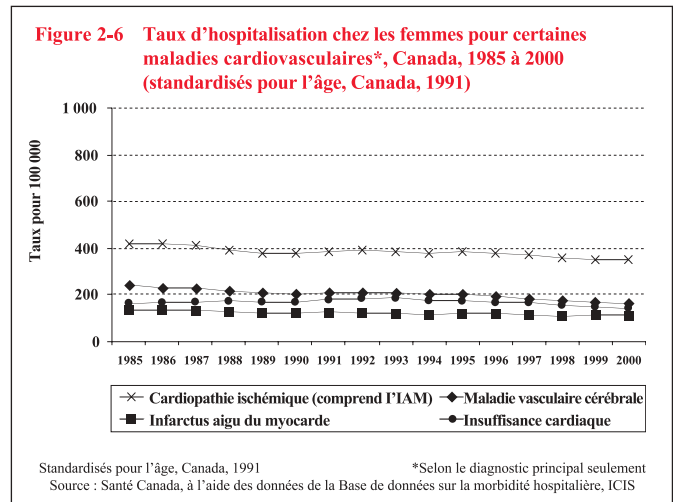


Entre 1985-1986 et 2000-2001, les taux d'hospitalisation attribuables aux cardiopathies ischémiques ont diminué de façon régulière (figure 2-5). La même tendance a été observée pour les maladies vasculaires cérébrales



(essentiellement les accidents vasculaires cérébraux). Les taux d'insuffisance cardiaque ont augmenté vers le milieu des années 90 pour diminuer par la suite.

Les taux d'infarctus aigu du myocarde ont diminué vers le milieu des années 90, puis sont demeurés stables. Cela donne à penser que la diminution des taux d'hospitalisation a marqué un temps d'arrêt.



La même tendance s'observe chez les hommes et les femmes, à la différence que les taux d'hospitalisation attribuables à l'infarctus aigu du myocarde ont plus rapidement atteint un plateau chez les femmes que chez les hommes (en 1994 pour les femmes, en 1998 pour les hommes) (figures 2-6 et 2-7).

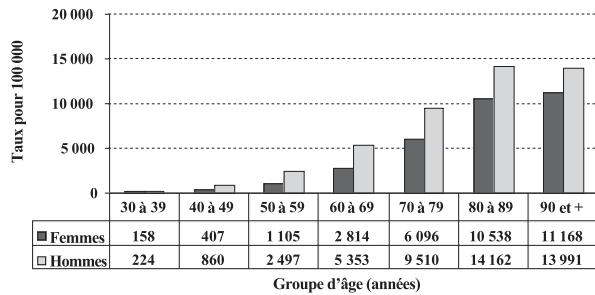
Maladies cardiovasculaires

Les taux d'hospitalisation ont augmenté avec l'âge pour toutes les maladies cardiovasculaires en 2000-2001 et ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge (figure 2-8).

Entre 1979 et le milieu des années 90, le nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires a augmenté

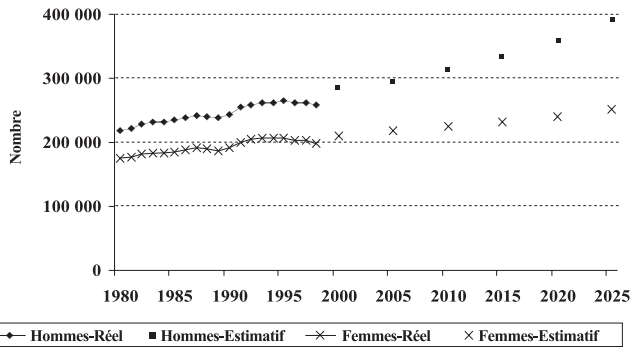
(figure 2-9). Ce nombre s'est ensuite stabilisé vers la fin des années 90. Compte tenu de l'expérience globale entre 1985 et aujourd'hui, ce chiffre devrait augmenter pour les hommes comme pour les femmes, mais de façon plus marquée chez les hommes.

Figure 2-8 Taux d'hospitalisation pour toutes les maladies cardiovasculaires*, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



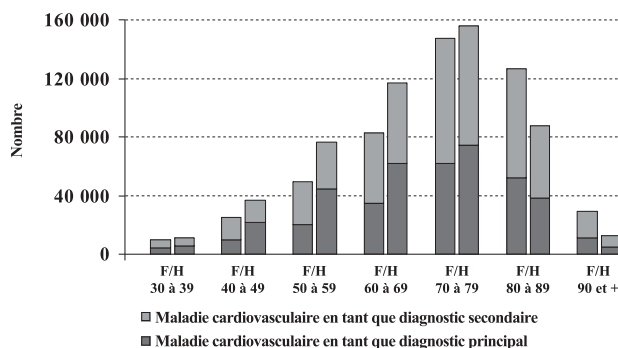
*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-9 Nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires*, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025



*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Statistique Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 2-10 Nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Lorsqu'une maladie cardiovasculaire a constitué le motif d'hospitalisation (en 2000), il s'agissait du principal facteur contributif de la durée du séjour à l'hôpital dans environ 50 % des hospitalisations, dans tous les groupes d'âge (figure 2-10).

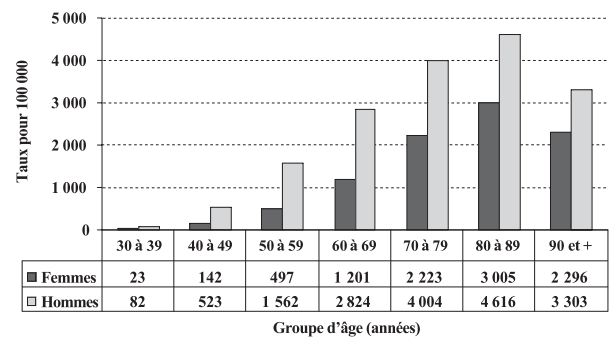
Cardiopathies ischémiques

En 2000-2001, les taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge. Ils ont augmenté régulièrement avec l'âge jusqu'au groupe d'âge des 90 ans et plus. Pour les hommes, cette augmentation débute dans le groupe des 40 à 49 ans, tandis que chez les femmes, elle n'apparaît que dix ans plus tard (figure 2-11).

Les projections indiquent que le nombre réel d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques devrait augmenter au cours des 20 prochaines années, chez les hommes comme chez les femmes, mais cette augmentation devrait être bien supérieure chez les hommes (figure 2-12).

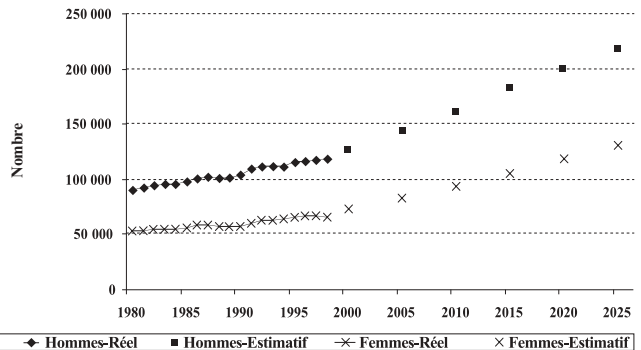
En 2000, si une personne âgée de moins de 50 ans était hospitalisée pour une cardiopathie ischémique, il s'agissait,

Figure 2-11 Taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques*, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

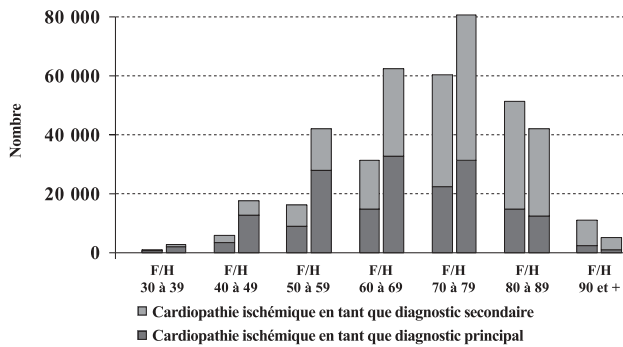
Figure 2-12 Nombre d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques*, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025



*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Statistique Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

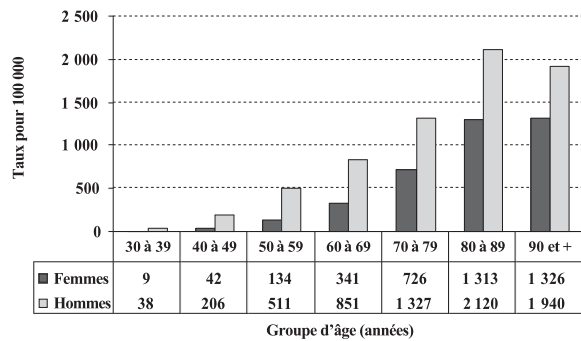
en général, du principal facteur contributif de la durée du séjour à l'hôpital (figure 2-13). Cette tendance a décliné au fil du temps jusqu'à l'âge de 70 à 79 ans : dans cette tranche d'âge, les cardiopathies ischémiques étaient plus souvent un facteur associé.

Figure 2-13 Nombre d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

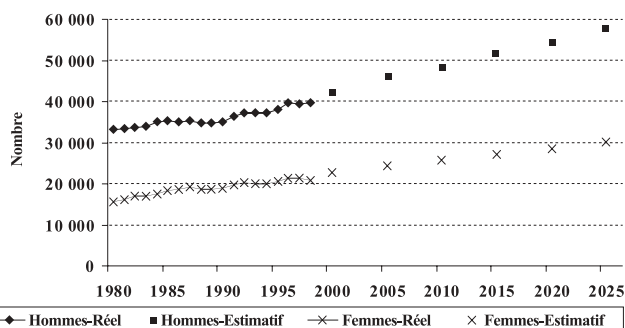
Figure 2-14 Taux d'hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde*, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



*Selon le diagnostic principal seulement

Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-15 Nombre d'hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde*, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025



*Selon le diagnostic principal seulement

Source : Statistique Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Infarctus aigu du myocarde

Les taux d'hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde ont été beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge, en 2000. Ils ont augmenté de manière régulière avec l'âge, débutant à 40 ans chez les hommes et à 50 ans chez les femmes (figure 2-14).

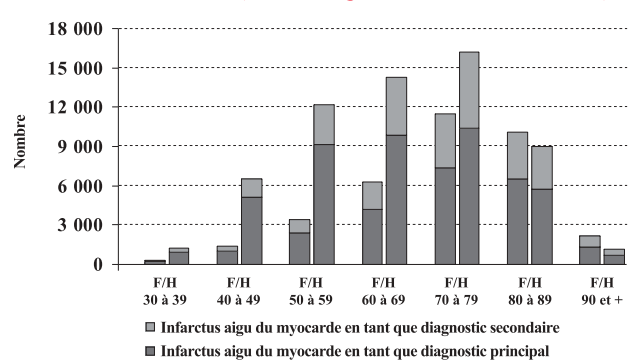
Le nombre réel d'hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde (qu'il s'agisse d'une première fois ou d'une récurrence) augmente depuis 1980 et devrait continuer de le faire au début du XXI^e siècle en raison du vieillissement de la population (figure 2-15).

Dans tous les groupes d'âge, lorsqu'une personne a été hospitalisée pour infarctus aigu du myocarde en 2000, il s'agissait généralement du principal facteur contributif de la durée du séjour à l'hôpital (figure 2-16).

Insuffisance cardiaque

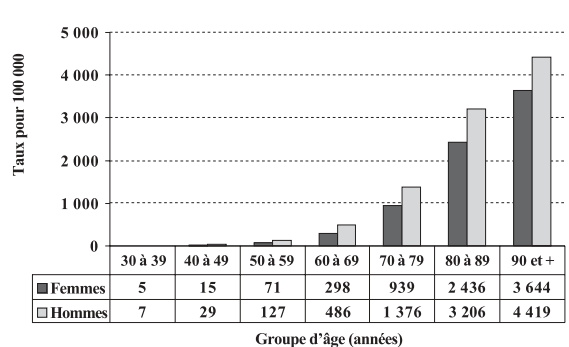
Les taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes en 2000-2001, bien que la différence selon le sexe ait été

Figure 2-16 Nombre d'hospitalisations pour infarctus aigu du myocarde, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

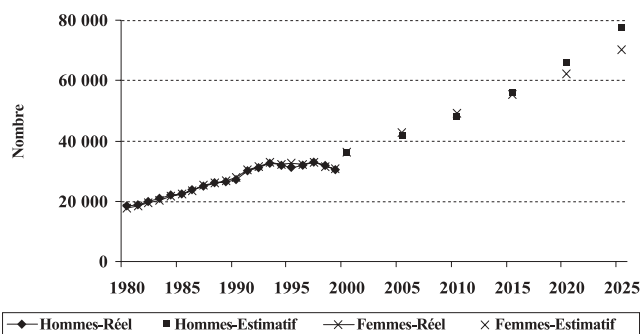
Figure 2-17 Taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque*, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



*Selon le diagnostic principal seulement

Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-18 Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque*, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025



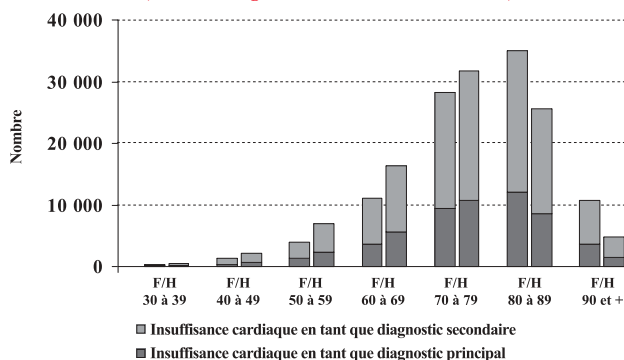
*Selon le diagnostic principal seulement
 Source : Statistique Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

moins importante que dans les cas des cardiopathies ischémiques et de l'infarctus aigu du myocarde. Les taux ont augmenté avec l'âge, surtout après 70 ans (figure 2-17).

De 1979 jusqu'au milieu des années 90, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque s'est accru puis s'est stabilisé et enfin a diminué vers la fin des années 90 (figure 2-18). Le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque se comparait chez les hommes et les femmes. D'après les projections, ces hospitalisations devraient augmenter dans l'avenir, compte tenu des tendances observées depuis 1989. Il serait important de surveiller les tendances pour savoir si la diminution observée vers la fin des années 90 se maintient, car cela influera sur les chiffres projetés.

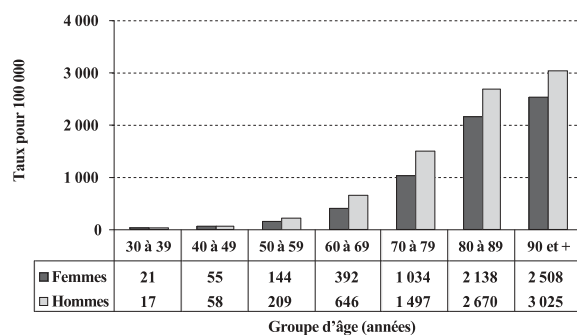
En 2000-2001, l'insuffisance cardiaque a généralement été un facteur secondaire plutôt que le principal facteur contributif à la durée du séjour à l'hôpital (figure 2-19).

Figure 2-19 Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-20 Taux d'hospitalisation pour maladies vasculaires cérébrales*, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



*Selon le diagnostic principal seulement
 Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Les données qui ne retracent que le diagnostic primaire entraîneront donc une sous-estimation de l'insuffisance cardiaque dans les chiffres des hospitalisations.

Maladies vasculaires cérébrales

Les taux d'hospitalisation attribuables aux maladies vasculaires cérébrales (essentiellement accident vasculaire cérébral) se sont accrus chez les hommes et les femmes de plus de 60 ans (figure 2-20). Les taux sont supérieurs chez les hommes, mais la différence entre les hommes et les femmes décroît après 80 ans.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la forme la plus fréquente des maladies vasculaires cérébrales. Parmi les hommes et les femmes de moins de 50 ans, l'AVC peut résulter d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, d'une hémorragie intracérébrale ou d'une sténose (occlusion) des artères cérébrales avec infarctus cérébral (tableau 2-1)¹. En 2000-2001, les hémorragies intracérébrales et les infarctus cérébraux ont augmenté de manière spectaculaire avec l'âge. Le taux d'hospitalisation pour hémorragie intracérébrale s'est accru chez les hommes âgés de plus de 60 ans et chez les femmes âgées de plus de 70 ans. Le taux d'hospitalisation pour sténose des artères cérébrales avec infarctus cérébral a augmenté de façon marquée dès l'âge de 50 ans chez les hommes comme chez les femmes et continue d'afficher une croissance exponentielle.

Entre 1979 et le milieu des années 90, le nombre d'hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales a augmenté, puis a diminué pour augmenter à nouveau, et finalement diminuer au cours des quatre dernières années (figure 2-21). Cette instabilité rend difficile les projections

¹ Dans le présent rapport, l'accident vasculaire cérébral est défini conformément à la CIM-9, codes 430-432, 434 et 436. L'ensemble des maladies vasculaires cérébrales comprend les codes 430-438 de la CIM-9. Les rubriques non incluses dans la catégorie « accident vasculaire cérébral » sont les suivantes :

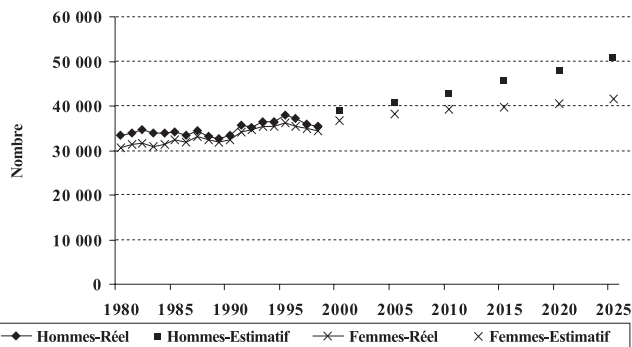
- 433 : Occlusion et sténose des artères précérébrales
- 435 : Ischémie cérébrale transitoire
- 437 : Maladies cérébrovasculaires, autres et mal définies
- 438 : Séquelles des maladies cérébrovasculaires

Tableau 2-1 Hospitalisations* pour accident vasculaire cérébral, par âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001

Type d'accident vasculaire cérébral (code CIM-9)	Taux bruts d'hospitalisation pour 100 000 habitants (groupe d'âge)						
	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	80 à 89	90 et +
HOMMES							
Tous les accidents vasculaires cérébraux (430 à 432, 434, 436)	12	41	135	385	928	1 841	2 201
Hémorragie sous-arachnoïdienne (430)	4	10	14	15	14	21	14
Hémorragie intracérébrale (431)	3	7	17	53	107	166	145
Sténose d'artères cérébrales avec infarctus cérébral (434, 436)	5	23	97	298	758	1 548	1 889
FEMMES							
Tous les accidents vasculaires cérébraux (430 à 432, 434, 436)	15	36	88	239	687	1 522	1 896
Hémorragie sous-arachnoïdienne (430)	6	14	22	22	24	24	18
Hémorragie intracérébrale (431)	2	4	10	27	74	145	127
Sténose d'artères cérébrales avec infarctus cérébral (434,436)	6	17	54	182	568	1 311	1 703

* Hôpitaux de soins de courte durée seulement, hospitalisations hors de la province exclues Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-21 Nombre d'hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales*, réel et prévu, par sexe, Canada, 1980 à 2025



*Selon le diagnostic principal seulement
Source : Statistique Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

sur le nombre d'hospitalisations futures. Quoiqu'il en soit, la tendance générale dans les années 80 a révélé une augmentation qui devrait se poursuivre en raison du vieillissement de la population.

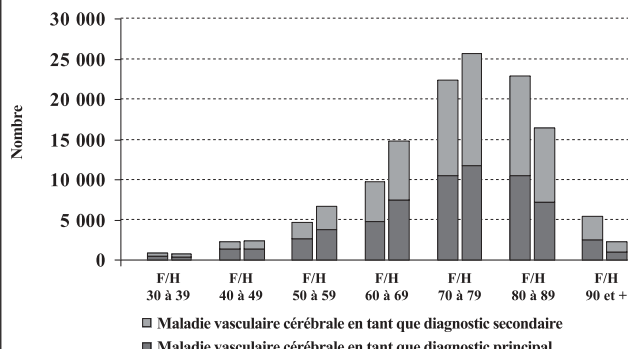
Lorsqu'une personne a été hospitalisée pour une maladie vasculaire cérébrale en 2000-2001, il pouvait s'agir aussi bien du principal facteur contributif à la durée du séjour à l'hôpital qu'un facteur secondaire (figure 2-22).

Interventions hospitalières

Plusieurs interventions chirurgicales peuvent améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité et la mortalité des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (figures 2-23 à 2-33). Le pontage coronarien et l'angioplastie constituent des traitements efficaces en cas de cardiopathie ischémique. La valvulotomie peut réduire la mortalité. L'implantation d'un stimulateur cardiaque permet de soutenir le fonctionnement électrique du cœur. L'endartériectomie carotidienne peut améliorer la circulation vers le cerveau et faire diminuer le risque d'accident vasculaire cérébral chez certaines personnes.

Les données de ce rapport ne tiennent pas compte des interventions effectuées en clinique externe, puisque la Base de données sur la morbidité hospitalière ne recense que les hospitalisations.

Figure 2-22 Nombre d'hospitalisations pour maladies vasculaires cérébrales, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001 (excluant les grossesses et les accouchements)



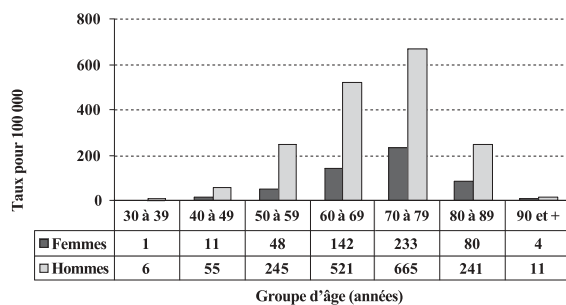
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Pontage coronarien

Lors d'un pontage coronarien, une forme de revascularisation, on utilise des artères ou des veines pour contourner les artères coronaires bloquées. L'utilisation accrue d'artères plutôt que de veines pour contourner les vaisseaux coronariens obstrués a considérablement amélioré les résultats.

En 2000, les taux de pontage coronarien ont été nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge. Le taux de pontage coronarien a augmenté jusqu'à l'âge de 70 à 79 ans pour les hommes et pour les femmes, puis a diminué par la suite (figure 2-23).

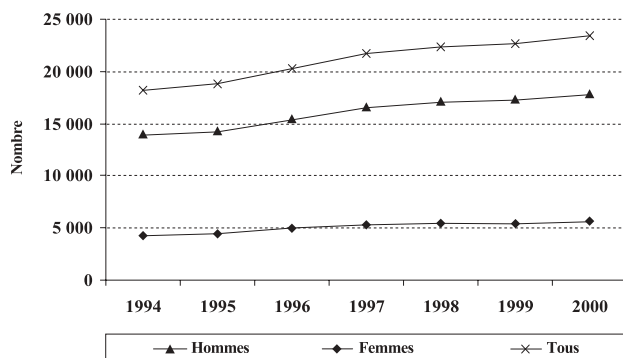
Figure 2-23 Taux d'interventions hospitalières pour la revascularisation coronaire par pontage, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Le nombre de pontages coronariens s'est accru chez les hommes et chez les femmes entre 1994-1995 et 2000-2001 (figure 2-24).

Figure 2-24 Nombre de revascularisation par pontage, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Angioplastie coronarienne

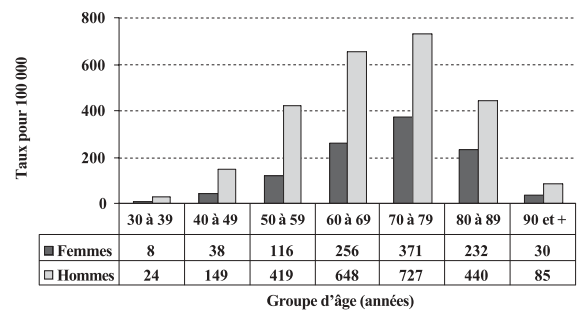
L'angioplastie, une autre forme de revascularisation, permet de dégager les artères coronaires obstruées ou rétrécies. Le mérite de l'angioplastie immédiate en cas d'infarctus aigu du myocarde est actuellement étudié de

façon intensive et tout porte à croire que cette procédure deviendra l'intervention de choix. En rétablissant le débit sanguin dans les artères coronaires, l'angioplastie par ballonnet préserve la fonction du muscle cardiaque et améliore les résultats. Le séjour à l'hôpital est écourté car de nombreuses angioplasties se font en clinique externe. L'ajout d'une endoprothèse (stent), particulièrement celle à élution d'un antiplaquettaire, a considérablement amélioré les résultats de l'angioplastie.

L'analyse des dossiers d'hospitalisation de 1998 à 1999 révèle que 40 680 personnes ont été victimes d'un infarctus aigu du myocarde. De ce nombre, 24,8 % ont subi une revascularisation. Parmi les hommes de moins de 75 ans, 38,8 % ont subi une revascularisation (36,0 % par pontage et 63,5 % par angioplastie). Parmi les hommes âgés de 75 ans et plus, 13,1 % ont subi une revascularisation (45,9 % par pontage et 53,7 % par angioplastie). Chez les femmes de moins de 75 ans, 33,3 % ont subi une revascularisation (34,7 % par pontage et 63,6 % par angioplastie), comparé à 9,1 % chez les femmes de 75 ans et plus (34,8 % par pontage et 63,4 % par angioplastie).

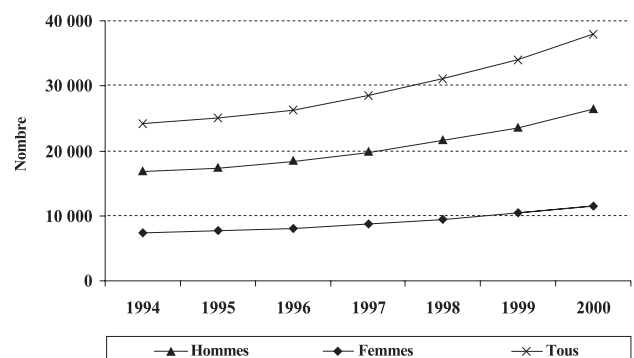
En 2000-2001, les taux d'angioplasties étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans tous les

Figure 2-25 Taux d'angioplasties coronaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-26 Nombre d'angioplasties coronaires, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

groupes d'âge (figure 2-25). Les taux ont augmenté avec l'âge et ont plus que doublé entre la tranche d'âge de 40 à 49 ans et celle de 50 à 59 ans.

Le nombre d'angioplasties dépasse celui des pontages (1,6 fois supérieure). Entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre d'angioplasties pratiquées sur les hommes et les femmes a augmenté de 36 % (figure 2-26). Le rapport hommes/femmes est resté le même, soit 2,3:1.

Valvulotomie

De nombreuses valvules peuvent être réparées; d'autres peuvent être remplacées par des bioprothèses ou par des prothèses mécaniques. Puisque la durée de vie d'une prothèse est limitée, les patients plus jeunes, en particulier, peuvent avoir à subir plusieurs valvulotomies. La majorité des interventions ne concernent qu'une valvule, quoique chez certaines personnes, il convienne de restaurer ou de remplacer plus d'une valvule. Chez les patients plus âgés, on cherche aussi à déterminer la présence d'une coronaropathie, car ces patients ont souvent besoin d'un pontage en plus d'une valvulotomie.

En 2000-2001, le taux de valvulotomies s'est accru avec l'âge chez les hommes et chez les femmes jusqu'à la tranche d'âge de 70 à 79 ans et a décru après 80 ans (figure 2-27). Le taux chez les hommes est plus élevé que chez les femmes, dans tous les groupes d'âge.

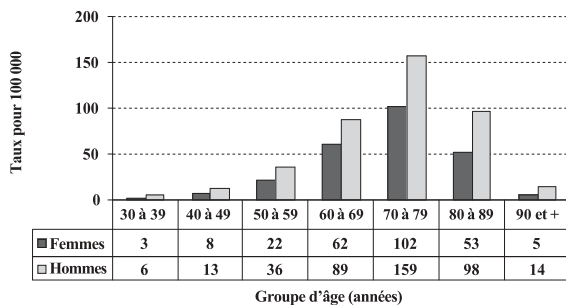
Le nombre de valvulotomies a augmenté entre 1994-1995 et 1998-1999 (figure 2-28). En 2000-2001, ce chiffre a diminué chez les hommes, mais a continué d'augmenter légèrement chez les femmes.

Implantation d'un stimulateur cardiaque

Même si leur taille diminue, les stimulateurs cardiaques deviennent de plus en plus perfectionnés. Par conséquent, leur performance peut mieux s'adapter aux besoins particuliers de chaque patient, prévenant non seulement les événements catastrophiques mais améliorant aussi leur qualité de vie. Les indications propres à l'implantation d'un stimulateur cardiaque s'élargissent à mesure que s'accroît l'éventail des fonctions de ces dispositifs.

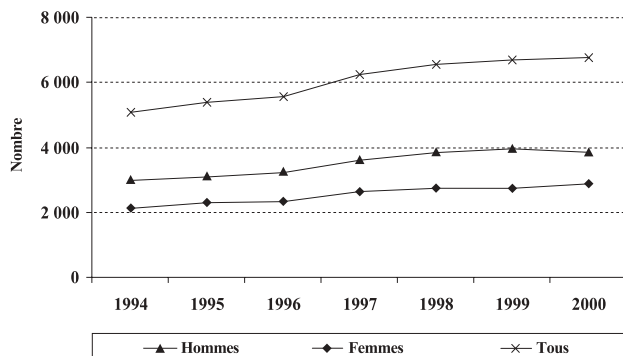
Le taux d'implantation d'un stimulateur cardiaque a augmenté régulièrement avec l'âge chez les hommes et les femmes en 2000-2001 et a culminé dans le groupe d'âge de 80 à 89 ans (figure 2-29). Le taux d'implantation d'un stimulateur cardiaque concernant les hommes est supérieur à celui des femmes, dans tous les groupes d'âge.

Figure 2-27 Taux de valvulotomies, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



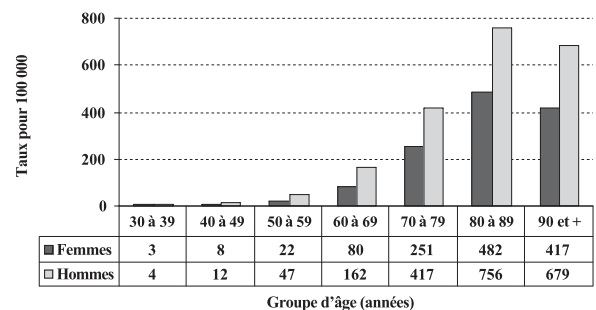
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-28 Nombre de valvulotomies, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-29 Taux d'implantations de stimulateurs cardiaques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



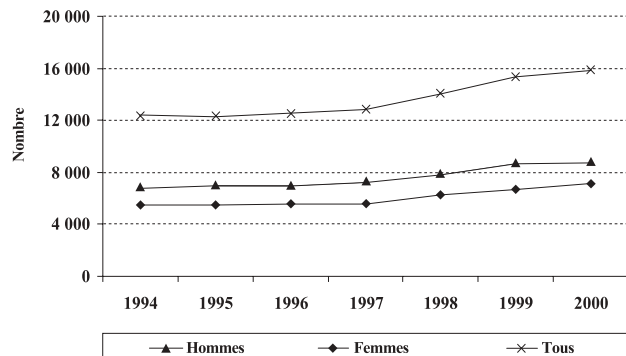
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Entre 1994-1995 et 2000-2001, le nombre d'implantations de stimulateur cardiaque s'est accru, essentiellement en raison de l'augmentation de ce type d'intervention chez les femmes (figure 2-30). Cette augmentation se fait particulièrement remarquer depuis 1997. Le vieillissement de la population et l'élargissement des indications d'implantation d'un stimulateur cardiaque ont également contribué à cette augmentation.

Endartériectomie carotidienne

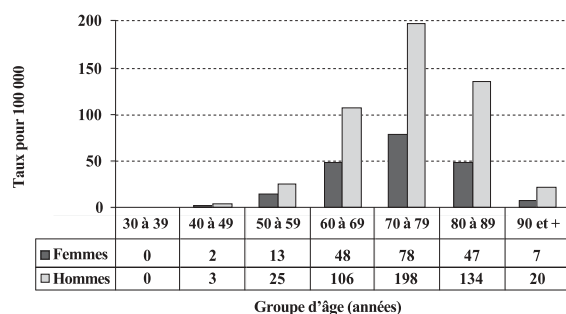
L'endartériectomie carotidienne est une intervention chirurgicale qui permet de prévenir les accidents vasculaires cérébraux. Cette intervention est plus avantageuse pour les

Figure 2-30 Nombre d'implantations de stimulateurs cardiaques, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001



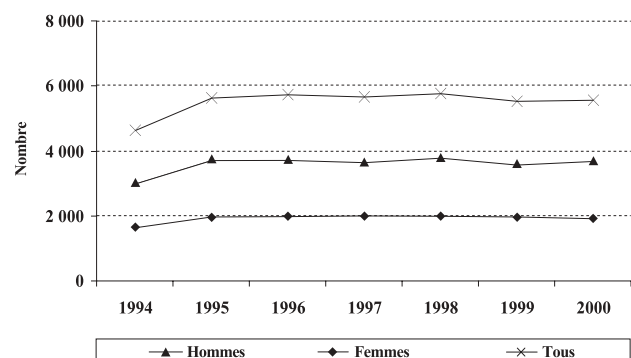
Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-31 Taux d'endartériectomie de l'artère carotide, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000 à 2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

Figure 2-32 Nombre d'endartériectomies de l'artère carotide, par sexe, Canada, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Santé Canada, à l'aide des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS

patients symptomatiques présentant une sténose de l'artère carotide interne d'au moins 70 %. Elle l'est moins chez les patients symptomatiques présentant une sténose de 50 à 69 %, et ceux dont la sténose est inférieure à 50 % n'ont aucun avantage à subir cette procédure. Le rôle de l'endartériectomie dans le traitement des patients asymptomatiques souffrant de sténose carotidienne n'est pas établi et reste controversé.

En 2000-2001, le taux d'endartériectomie carotidienne a culminé chez les adultes de 70 à 79 ans (figure 2-31). Le taux chez les hommes est deux fois supérieur à celui enregistré chez les femmes, dans tous les groupes d'âge après 50 ans.

Le nombre d'endartériectomies carotidiennes pratiquées chez les hommes ou les femmes depuis 1995-1996 (figure 2-32) n'a guère changé.

Transplantation cardiaque

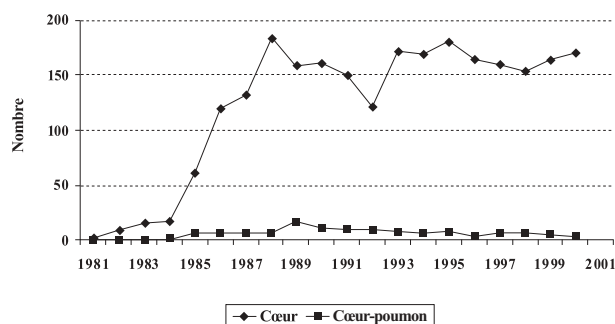
La transplantation cardiaque est une intervention qui permet d'éviter une issue fatale. Le nombre de greffes du cœur et de greffes cœur-poumon pratiquées au Canada chaque année ne reflète pas les besoins en la matière; le manque de donneurs continue de poser un défi redoutable.

Les dispositifs mécaniques pour soutenir ou remplacer la fonction cardiaque font naître quelques espoirs et, lorsqu'ils seront disponibles, devraient augmenter de manière spectaculaire le nombre d'interventions.

En 2000, 171 transplantations cardiaques et 4 transplantations cœur-poumon ont été effectuées au Canada. En 1995, le diagnostic principal le plus fréquent pour une transplantation cardiaque était la maladie coronarienne (46 %), suivie de la cardiomyopathie (41 %), puis de la cardiopathie congénitale et de la cardiopathie valvulaire dans des proportions respectives de 6 % et 3 %.

Le nombre de transplantations cardiaques a augmenté de façon spectaculaire au cours des années 80, en particulier à cause des améliorations techniques et pharmacologiques

Figure 2-33 Nombre de transplantations cardiaques, Canada, 1981 à 2001



Source : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, ICIS

(figure 2-33). Ce nombre est resté pratiquement identique en 1993 et 2001, avec quelques variations mineures dans l'intervalle.

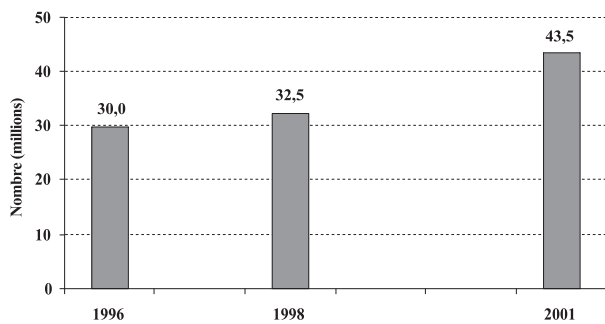
Les transplantations cœur-poumon ont augmenté pour culminer à 17 en 1989, puis revenir à 4 en 2001.

Entre 1991 et 2000, le taux de survie à un an des transplantés cardiaques était de 83,7 %. À trois ans, il était de 79,0 %, et à cinq ans, de 74,7 %. Le taux de survie à cinq ans a de fait augmenté au fil du temps, passant de 69,1 % en 1989-1997 à 77,4 % en 1995-2000.

Consommation de médicaments

En 2001, on a évalué à 43,5 millions le nombre d'ordonnances qui ont été délivrées pour le traitement des maladies cardiovasculaires, une progression de 34 % par rapport aux 32,5 millions d'ordonnances délivrées en 1998 et de 45 % par rapport aux 30,0 millions d'ordonnances de 1996 (figure 2-34). Deux catégories de médicaments sont particulièrement concernées par cette augmentation : les inhibiteurs de l'ECA (de 7,5 millions en 1996 à 8,5 millions en 1998); les hypocholestérolémiants (de 4,8 millions en 1996 à 7,3 millions en 1998). La consommation de ces médicaments a augmenté régulièrement tout au long des années 90.

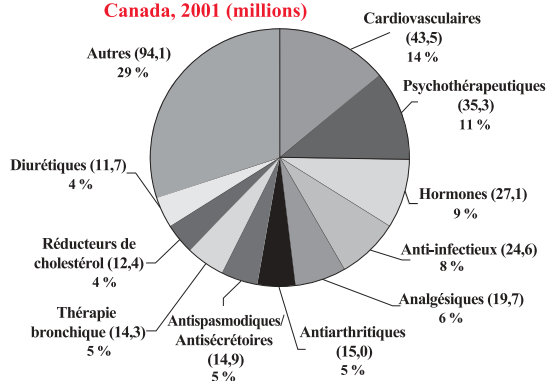
Figure 2-34 Nombre d'ordonnances pour le traitement des maladies cardiovasculaires, Canada, 1996 à 2001 (millions)



Source : Santé Canada, à l'aide des données d'IMS Health, Canada

Les ordonnances de médicaments pour le traitement des maladies cardiovasculaires ont représenté 13,9 % des 312,6 millions d'ordonnances délivrées au Canada en 2001 (figure 2-35). Bien que les ordonnances de diurétiques soient analysées séparément des ordonnances concernant le traitement des maladies cardiovasculaires, ces médicaments sont la plupart du temps prescrits pour le traitement de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque. Les diurétiques représentent 3,7 % (11,7 millions) de tous les médicaments vendus sur ordonnance au

Figure 2-35 Nombre estimatif et pourcentage d'ordonnances délivrées, les 10 principales classes thérapeutiques, Canada, 2001 (millions)



Source : Santé Canada, à l'aide des données d'IMS Health, Canada

Canada. Les pharmaciens ont délivré près de 48,9 millions d'ordonnances d'agents antihypertenseurs en 2001.

Ces tableaux comparatifs ne tiennent pas compte des traitements homéopathiques et à base d'herbes médicinales dont la popularité va croissant.

Comme au Canada, la majorité des ordonnances au Japon, en Allemagne, en France, en Italie et au Royaume-Uni ont pour objet le traitement des maladies cardiovasculaires. Aux États-Unis, les ordonnances liées au traitement des maladies cardiovasculaires se classent au deuxième rang après celles destinées au traitement des maladies du système nerveux central. Malheureusement, les ordonnances et les ventes ne fournissent aucune indication sur l'adhésion des patients aux traitements prescrits.

Consultations médicales

À l'aide des données de la Base de données *Intercontinental Medical Statistics* (IMS), on a évalué que 29,6 millions (10 %) des consultations médicales qui ont eu lieu au Canada en 2001 étaient motivées par des maladies cardiovasculaires. Cinquante-neuf pour cent d'entre elles concernaient la prise en charge de l'hypertension artérielle, 16 % les cardiopathies ischémiques dont l'angine de poitrine, 12 % les maladies cardiaques autres et 4 % les maladies vasculaires cérébrales.

Les personnes âgées ont rendu 15 182 visites à leur médecin en 1999 pour des maladies cardiovasculaires, deux fois le chiffre concernant toutes les autres catégories de maladies.

En 2001, 17,2 millions de consultations en clinique ont été effectuées pour de l'hypertension artérielle, une progression de 30 % par rapport à 1997. Ces consultations englobaient près de 6 % des visites auprès de médecins en milieu communautaire au Canada. L'hypertension artérielle était le principal diagnostic motivant les visites chez le médecin pour les adultes âgés de 38 à 57 ans et de 65 ans et plus.

Conclusions

Les maladies cardiovasculaires sont une importante cause d'hospitalisation chez les hommes et les femmes, qu'elles constituent le diagnostic primaire ou un diagnostic secondaire. Bien qu'il n'existe pas de données nationales à ce sujet, il est raisonnable de penser que les maladies cardiovasculaires sont également le principal facteur de consultation auprès des services d'urgence et dans les cliniques externes. Bien que les taux d'hospitalisation associés aux maladies cardiovasculaires (à l'exception de l'insuffisance cardiaque) diminuent, le nombre réel d'hospitalisations augmentera à l'avenir en raison du vieillissement de la population.

Malgré la diminution des taux d'hospitalisation, le nombre d'ordonnances délivrées pour le traitement des maladies cardiovasculaires a augmenté dans les années 90. L'amélioration des traitements et l'introduction de nouveaux médicaments peuvent avoir diminué la nécessité des hospitalisations. Malheureusement, il n'existe pas de données nationales sur les effets sur la santé de la multiplication des ordonnances médicales, ni sur le caractère approprié de ces ordonnances ou l'adhésion des patients aux traitements qui leur sont prescrits.

Le nombre de plusieurs interventions chirurgicales, dont le pontage coronarien, l'angioplastie, la valvulotomie, l'implantation d'un stimulateur cardiaque et la transplantation cardiaque, a augmenté. Ces chiffres peuvent

témoigner de l'augmentation du vieillissement de la population au Canada. Le nombre réel d'interventions est effectivement bien supérieur, puisque de nombreuses interventions sont pratiquées en clinique externe et sont, par conséquent, non comprises dans les données d'hospitalisation. En fait, le recours croissant à des services externes pour ce type d'interventions (qui étaient auparavant pratiquées en milieu hospitalier) pourrait expliquer en partie la diminution des taux d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires.

L'augmentation des interventions a des conséquences importantes sur les coûts des soins de santé. En outre, elle accroît les pressions exercées sur des ressources humaines et matérielles déjà réduites.

Il existe des différences entre les sexes dans les taux d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires et les interventions correspondantes. Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, pour toutes les maladies cardiovasculaires. La différence est moins marquée pour les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque. Toutes les interventions concernent davantage les hommes que les femmes. Il faudrait toutefois approfondir les recherches pour savoir si ces différences sont le reflet d'attitudes de la part des professionnels de la santé attribuables au sexe des patients, ou si elles résultent de caractéristiques biologiques, ou des deux.

Mesures à envisager

- Améliorer la surveillance des maladies cardiovasculaires en élaborant des sources de données pour fournir des informations comparatives sur un certain nombre d'indicateurs : recours aux services d'urgence et aux cliniques externes; utilisation des programmes de traitement et de réadaptation; accès aux interventions chirurgicales et aux services de soins ambulatoires; utilisation des interventions selon les lignes directrices de pratique clinique et satisfaction à l'égard des services.
- Examiner les ressources (humaines et techniques) actuellement disponibles dans le domaine de la santé cardiovasculaire et les besoins futurs, en tenant compte de l'augmentation projetée du nombre d'hospitalisations et d'interventions en raison du vieillissement de la population.
- Concevoir des programmes et des services rentables pour faire face à l'augmentation prévue des besoins en matière de traitement des maladies cardiovasculaires.
- Mener plus des recherches sur les différences entre les sexes en matière d'hospitalisation et d'intervention pour les maladies cardiovasculaires.

COÛT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires ont un impact économique important au Canada. Dans son rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Santé Canada évalue le coût total des maladies cardiovasculaires pour le secteur de la santé de l'économie canadienne à 18 472,9 millions de dollars (11,6 % du coût total de toutes les maladies), lequel englobe des coûts directs de 6 818,1 millions de dollars (8,1 % du coût direct total de toutes les maladies) et des coûts indirects de 11 654,8 millions de dollars (15,4 % du coût indirect total de toutes les maladies).

« Les coûts directs sont définis comme étant la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue du traitement, des soins et de la réadaptation liés aux maladies ou aux blessures. Dans le présent rapport, les coûts directs sont organisés et mesurés en cinq composantes : le coût des soins hospitaliers; le coût des médicaments; le coût des soins médicaux; le coût des soins dispensés dans d'autres établissements; et les autres coûts directs relatifs à la santé (y compris les autres professionnels, les immobilisations, la santé publique, l'administration, la recherche en santé, etc.). Les autres coûts directs assumés par les patients ou d'autres payeurs (par ex., frais de déplacement pour consulter un professionnel de la santé, diètes spéciales et vêtements adaptés) ne sont pas inclus.

Les coûts indirects sont définis comme étant la valeur de la production économique perdue en raison de maladies, de blessures rendant inapte au travail ou de décès prématurés. Les trois composantes de coûts indirects utilisées dans le présent rapport sont mesurées par la valeur des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée (coût de la mortalité), et de la valeur des jours d'activité perdus pour cause d'invalidité de courte et de longue durée (coût de la morbidité attribuable à l'invalidité de courte et de longue durée). Les autres coûts indirects, y compris la valeur du temps de travail ou de loisirs perdu par les membres de la famille ou les amis qui prennent soin du patient, ne sont pas inclus dans le présent rapport ». (FEMC)

En 1998, le fardeau économique total des maladies s'établissait à 159 434,5 millions de dollars — 83 954,9 millions en coûts directs et 75 479,6 millions en coûts indirects. Il a été impossible d'attribuer à une catégorie particulière de maladie 38 266 millions de dollars des coûts totaux. Ces coûts « non attribuables » représentent une proportion importante (24 %) des coûts totaux. Les coûts totaux liés aux maladies cardiovasculaires pourraient par conséquent être beaucoup plus élevés.

Les coûts directs, indirects et totaux pour 1998 étaient inférieurs à ceux de 1993, calculés en dollars de 1998 (tableau 3-1). La raison de cet écart n'est pas claire.

Tableau 3-1 Composantes du coût des maladies cardiovasculaires, Canada, 1993 et 1998 (en millions de dollars de 1998)

Type de coût	Coût (en millions de dollars de 1998)		Changement*	
	1993	1998	\$	%
Coûts directs	7 845,5 \$	6 818,1 \$	-1 027,4 \$	-13,1
Coûts indirects	13 193,7 \$	11 654,8 \$	-1 538,9 \$	-11,7
Coûts totaux	21 039,2 \$	18 472,9 \$	-2 566,3 \$	-12,2

* L'interprétation est faussée par l'augmentation des coûts « non attribuables » entre 1993 et 1998.
 Source : Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (N° de catalogue H21-136/1998F).
 Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2002.

Les coûts non attribuables étaient beaucoup plus élevés en 1998 qu'en 1993, (38 266 millions de dollars comparative- ment à 29 443,6 millions de dollars), mais le pourcentage qu'ils représentent est passé de 17,6 % à 24 % des coûts totaux. Leur impact sur les coûts des maladies cardiovas- culaires est incertain. Il est néanmoins primordial de savoir comment contrôler les coûts et maximiser l'efficacité.

Les principales composantes des coûts directs des maladies cardiovasculaires au Canada en 1998 étaient les suivantes : soins hospitaliers (4 161,8 millions de dollars; 61 % des coûts directs des MCV), médicaments (1 772,8 millions de dollars; 26 %), soins médicaux (822,3 millions de dollars; 12,1 %) et autres coûts relatifs à la santé, y compris la recherche (61,2 millions de dollars; 0,9 %).

Les principales composantes des coûts indirects des maladies cardiovasculaires en 1998 étaient les suivantes : coûts attribuables à la mortalité en termes de coût de la mortalité prématurée (8 250 millions de dollars; 70,8 % des coûts indirects des MCV), morbidité attribuable à l'invalidité de longue durée (3 151,5 millions de dollars; 27 %) et morbidité attribuable à l'invalidité de courte durée (253,3 millions de dollars; 2,2 %).

Coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires par rapport à d'autres catégories de diagnostic

En 1998, les coûts attribuables aux maladies cardiovasculaires représentaient la plus importante de toutes les catégories de diagnostic pour ce qui est des coûts totaux;

venaient ensuite les maladies musculo-squelettiques, le cancer et les blessures (figure 3-1).

En ce qui concerne les coûts directs, les maladies cardio- vasculaires constituaient la catégorie de diagnostic associée aux coûts les plus élevés; ces coûts étaient une fois et demie plus élevés que ceux des troubles mentaux, deuxième plus importante catégorie de diagnostic. Même si elles se classaient troisième pour ce qui est des coûts indirects après les maladies musculo-squelettiques et le cancer, la différence entre les maladies cardiovasculaires et le cancer était minime en ce qui concerne ces coûts. On observait un écart important (environ 2 milliards de dollars) entre ces deux catégories de diagnostic et celle occupant la quatrième place (les blessures).

Démographie du coût des maladies cardiovasculaires

Les coûts des maladies cardiovasculaires au Canada étaient plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans toutes les catégories, à l'exception des médicaments (tableau 3-2). Les coûts étaient supérieurs dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, toutes composantes confondues, à l'exception de l'invalidité de courte et de longue durée, dont les coûts étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 35 à 64 ans (tableau 3-3). Les coûts étaient peu élevés dans les groupes d'âge inférieurs à 35 ans, par rapport aux Canadiens plus âgés.

Figure 3-1 Coûts de la maladie par catégorie de diagnostics, Canada, 1998

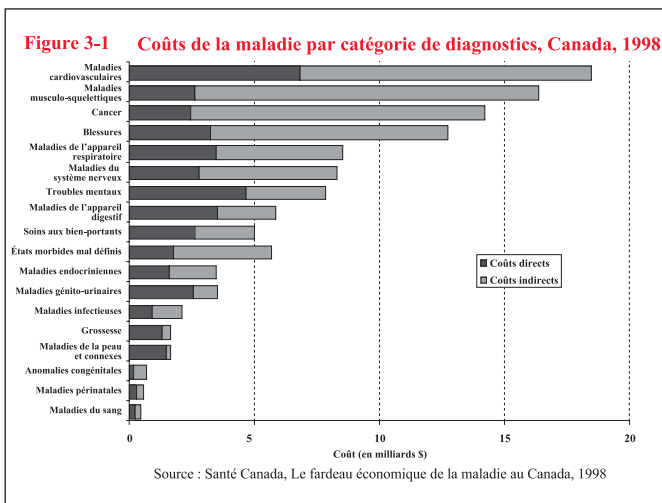


Figure 3-2 Coûts par habitant associés aux maladies cardiovasculaires, par province/territoire, Canada, 1998

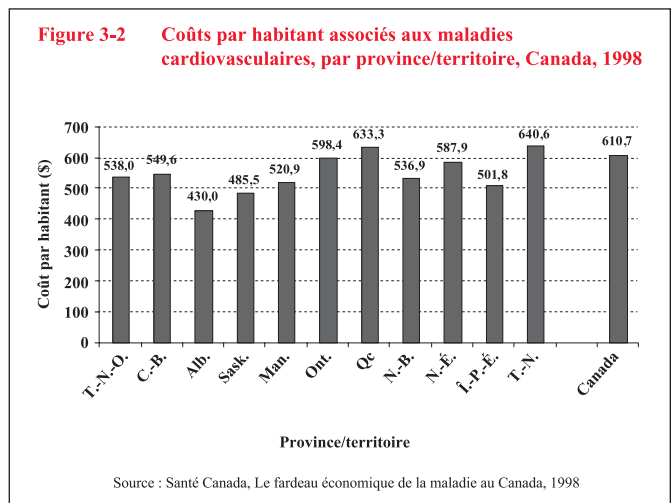


Tableau 3-2 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par sexe, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Composante	Hommes	Femmes	Tous
Médicaments	836,0 \$	903,2 \$	1 772,8 \$
Soins médicaux	432,3 \$	389,2 \$	822,3 \$
Mortalité (coût de la mortalité prématurée)	5 280,1 \$	2 970,0 \$	8 250,0 \$
Invalidité de longue durée	1 976,3 \$	1 175,2 \$	3 151,5 \$
Invalidité de courte durée	176,3 \$	77,0 \$	253,3 \$

Source : Santé Canada. FEMC en direct. Division de la recherche sur les politiques, Direction de la politique stratégique.
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/pdf/femc1998.pdf> Date de consultation : février 2003.

Tableau 3-3 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par groupe d'âge, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Composante	Groupe d'âge			
	0 à 14 ans	15 à 34 ans	35 à 64 ans	65 ans et plus
Soins hospitaliers	47,5 \$	97,9 \$	1 278,0 \$	2 730,3 \$
Médicaments	10,6 \$	46,0 \$	735,3 \$	963,3 \$
Soins médicaux	7,2 \$	31,8 \$	323,5 \$	459,8 \$
Mortalité (coût de la mortalité prématurée)	36,5 \$	215,5 \$	3 891,2 \$	4 106,8 \$
Invalidité de longue durée	Données S.O.	208,8 \$	1 664,6 \$	1 061,3 \$
Invalidité de courte durée	Données S.O.	44,6 \$	166,1 \$	42,7 \$

Source : Santé Canada. FEMC en direct. Division de la recherche sur les politiques, Direction de la politique stratégique.
 URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/pdf/femc1998.pdf> Date de consultation : février 2003.

Tableau 3-4 Certains coûts des maladies cardiovasculaires, par province et territoire, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Province	Catégorie					
	Soins hospitaliers	Médicaments	Soins médicaux	Mortalité (coût de la mortalité prématurée)	Invalidité de longue durée	Invalidité de courte durée
Colombie-Britannique	532,5	192,5	95,4	939,7	394,8	41,8
Alberta	349,0	143,1	60,0	674,2	309,5	23,7
Saskatchewan	116,7	52,5	23,9	299,7	49,9	4,8
Manitoba	153,2	59,0	25,3	346,2	143,1	8,9
Ontario	1 521,0	770,6	383,3	2 957,8	1 084,8	95,6
Québec	1 096,4	411,7	178,2	2 231,6	668,0	52,1
Nouveau-Brunswick	106,1	42,6	16,8	230,2	203,4	8,9
Île-du-Prince-Édouard	18,8	8,8	2,0	37,9	20,0	1,2
Nouvelle-Écosse	150,5	59,2	24,8	304,4	146,2	11,4
Terre-Neuve	91,3	28,1	11,7	213,1	131,8	5,0
Yukon	3,8	1,5	0,1	Données S.O.	Données S.O.	Données S.O.
Territoires du Nord-Ouest	22,3	3,0	0,8	10,3	Données S.O.	Données S.O.

Source : Santé Canada. FEMC en direct. Division de la recherche sur les politiques, Direction de la politique stratégique.
 URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/pdf/femc1998.pdf> Date de consultation : février 2003.

Coûts des maladies cardiovasculaires par province et par territoire

Les coûts de santé par habitant associés aux maladies cardiovasculaires varient selon les provinces et les territoires (figure 3-2). Cet écart peut être attribuable aux différences entre les pratiques des médecins ou les pratiques d'encodage d'un bout à l'autre du pays. Le tableau 3-4 précise certains coûts des maladies cardiovasculaires par province et territoire.

Coûts directs et indirects des maladies cardiovasculaires par sous-catégories de maladies

Les cardiopathies ischémiques dépassaient les accidents vasculaires cérébraux (30,6 % contre 17,2 %, respectivement) comme principal facteur contributif du coût des soins hospitaliers concernant les maladies cardiovasculaires (tableau 3-5). Parmi les anomalies congénitales, les

cardiopathies congénitales contribuaient à 37,2 % des coûts en soins de santé en milieu hospitalier.

En 1998, l'hypertension était le principal facteur contributif du coût des médicaments des maladies cardiovasculaires (49,6 % du coût des médicaments des maladies cardiovasculaires). Les médicaments contre les cardiopathies ischémiques représentaient 28,9 % du coût des médicaments des maladies cardiovasculaires.

Le tiers (33,5 %) des coûts associés à la mortalité (coût de la mortalité prématurée) causés par les maladies cardiovasculaires étaient attribués à l'infarctus aigu du myocarde. Associé à l'ensemble des données concernant les cardiopathies ischémiques, ce pourcentage s'élevait à 58,7 %. L'accident vasculaire cérébral était également un important facteur contributif du coût de la mortalité (15,2 %).

Parmi toutes les anomalies congénitales, les cardiopathies congénitales contribuaient à 47 % des coûts associés à la mortalité (coût de la mortalité prématurée).

Les principaux facteurs contributifs du coût des invalidités de longue durée causées par une maladie cardiovasculaire sont les cardiopathies ischémiques (18 %) et l'accident vasculaire cérébral (13,2 %).

Tableau 3-5 Certains coûts des maladies cardiovasculaires par sous-catégories de diagnostic, Canada, 1998 (en millions de dollars)

Maladies cardiovasculaires	Coût en millions de dollars (% du coût des maladies cardiovasculaires par catégorie)			
	Soins hospitaliers	Médicaments	Mortalité (coût de la mortalité prématurée)	Incapacité de longue durée
Anévrisme de l'aorte	103,2 \$ (2,5 %)		236,9 \$ (2,9 %)	
Maladies vasculaires cérébrales (à l'exclusion de l'accident vasculaire cérébral)	158,8 \$ (3,8 %)			71,8 \$ (2,3 %)
Accident vasculaire cérébral	714,4 \$ (17,2 %)		1 255,4 \$ (15,2 %)	415,7 \$ (13,2 %)
Infarctus cérébral		29,1 \$ (1,7 %)		
Cardiopathies ischémiques (y compris l'IAM)	1 274,8 \$ (30,6 %)	512,7 \$ (28,9 %)	4 845,8 \$ (58,7 %)	567,9 \$ (18,0 %)
Cardiopathies ischémiques (à l'exclusion de l'IAM)			2 081,5 \$ (25,2 %)	346,6 \$ (11,0 %)
Infarctus aigu du myocarde (IAM)			2,764,3 \$ (33,5 %)	221,3 \$ (7,0 %)
Hypertension		880,0 \$ (49,6 %)		
Cardiopathies congénitales	48,5 \$ (37,2 % des anomalies congénitales)		168,3 \$ (47,0 % des anomalies congénitales)	

Source : Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (N° de catalogue H21-136/1998F).

Méthodologie

Le rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* décrit sa méthodologie pour le calcul des coûts directs et indirects (p. 1). Le rapport dans son intégralité est accessible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/index_f.html

« Sauf pour le coût de la mortalité, une approche fondée sur la prévalence a été utilisée pour estimer tous les coûts directs et indirects attribuables aux cas existants (ou prévalents) de maladies, de blessures ou d'invalidité en 1998. Cette approche utilise de façon optimale les résultats d'enquêtes et les données administratives disponibles pour le calcul des coûts directs et indirects de base, et pour la répartition subséquente de ces coûts entre les principales catégories de diagnostics. Une limite de cette approche est que les données ne permettent pas toujours d'évaluer les répercussions des maladies concomitantes.

Pour le coût de la mortalité, une approche de capital humain fondée sur l'incidence a été utilisée, approche qui est très courante dans les études sur le coût de la maladie. Les estimations du coût de la mortalité se fondent sur la valeur actualisée des coûts actuels et futurs des décès prématurés survenant en 1998, plutôt que sur une approche fondée sur la prévalence, en vertu de laquelle les estimations seraient basées sur la valeur, en dollars de 1998, des décès prématurés survenus avant 1998. Il aurait certes été préférable d'utiliser une approche fondée sur la prévalence pour toutes les composantes de coût, mais l'approche retenue s'est imposée pour plusieurs raisons : disponibilité de statistiques fiables, relative simplicité des calculs en comparaison d'autres méthodes et uniformité entre les études utilisant la même approche. Les limites de cette approche, notamment la possibilité qu'on surestime le coût de la mortalité et qu'on sous-estime les conséquences psychosociales, sont examinées plus loin dans le chapitre « Coût de la mortalité », ainsi que dans le rapport FEMC 1993 ».

Conclusions

Les maladies cardiovasculaires sont les principaux facteurs contributifs des coûts directs et indirects de la santé au Canada — il est aussi possible en grande partie de les prévenir. Environ 80 % de la population affiche au moins un facteur de risque contrôlable des maladies cardiovasculaires. Par conséquent, la diminution de ces facteurs de risque dans la population pourrait avoir un impact important sur la réduction du coût des maladies cardiovasculaires.

On croit souvent à tort que les maladies cardiovasculaires touchent essentiellement les personnes âgées. Bien qu'une grande part des coûts de soin de santé soit associée aux personnes de 65 ans et plus, les maladies cardiovasculaires chez les jeunes adultes ont également un impact économique important. La prévention des maladies cardiovasculaires dans ce groupe d'âge peut avoir des conséquences économiques non négligeables à long terme.

Les hospitalisations pour des maladies cardiovasculaires coûtent plus de 4 milliards de dollars par an. Puisque les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge (voir chapitre 2) et que le nombre de personnes de 65 ans et plus est en croissance au Canada, les dépenses hospitalières devraient vraisemblablement augmenter à l'avenir.

Le nombre de médicaments prescrits pour le traitement des maladies cardiovasculaires a augmenté. Par conséquent, il faut s'attendre à ce que le coût des médicaments prescrits augmente également à l'avenir.

Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998, a fait face à d'importants défis quant à l'utilisation des données existantes pour décrire le fardeau économique imposé au Canada par la maladie, dans une perspective de santé. Un des principaux obstacles rencontrés par ce rapport était que les coûts de soins de santé associés à d'autres facettes de la gestion des problèmes de santé, tels les soins à domicile ainsi que les soins et les traitements en établissement difficiles à cerner et à assigner à une catégorie précise de maladie, se sont retrouvés consignés sous « coûts non attribuables ». La forte proportion des coûts « non attribuables » rend difficile l'analyse et l'interprétation des données et fait ressortir la nécessité de mettre au point et d'améliorer la collecte des données. L'obtention de plus de détails dans l'analyse des données permettrait de suivre les changements dans une composante de coûts par rapport à d'autres, pour certaines maladies.

Le dernier rapport sur le fardeau économique des maladies au Canada est fondé sur les données de 1998. Bien que ces données soient utiles du point de vue de la recherche, leur application pour la surveillance reste limitée. Les décideurs tentant d'élaborer des politiques pour 2003 ont besoin de données plus récentes.

Mesures à envisager

- Investir dans la prévention et la réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires pour alléger le fardeau économique des maladies cardiovasculaires au Canada.
- Concevoir des programmes efficaces et moins onéreux qui se substitueraient aux soins hospitaliers pour les maladies cardiovasculaires afin d'atténuer l'augmentation prévue des coûts hospitaliers se rapportant aux soins actifs.
- Améliorer l'actualité et la qualité des données administratives existantes et mettre en place d'autres sources de données afin de rehausser l'utilité des données économiques pour la surveillance.

RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

Lorsqu'on examine les résultats sur le plan de la santé associés aux maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux), on accorde généralement plus d'importance à la mortalité, en raison de la disponibilité des données. Or, puisqu'un grand nombre de personnes vivent avec une maladie cardiovasculaire, il importe de s'intéresser aussi aux caractéristiques de celles qui développent ce genre de maladies (incidence) et en sont actuellement atteintes (prévalence), ainsi qu'à la qualité de vie de ces personnes et aux incapacités dont elles sont affligées.

Incidence et prévalence

Malheureusement, puisque le système actuel de surveillance des maladies cardiovasculaires au Canada se base sur les honoraires que facturent les médecins ainsi que sur les données d'hospitalisation et de mortalité, l'incidence des maladies (taux de personnes qui développent une maladie cardiovasculaire) n'est pas systématiquement déterminée. De fait, rares sont les rapports sur l'incidence des maladies cardiovasculaires au Canada.

Quelques enquêtes peuvent néanmoins nous donner une certaine idée de la prévalence des maladies cardiovasculaires (à savoir la proportion de la population souffrant d'une maladie cardiaque ou ayant subi un accident vasculaire cérébral). Il s'agit notamment de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada et, plus récemment, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette approche comporte toutefois certaines limites : les données sont déclarées par les répondants, et il faut non seulement que la maladie ait été diagnostiquée par un médecin mais également qu'il en soit correctement fait état dans le cadre de l'enquête.

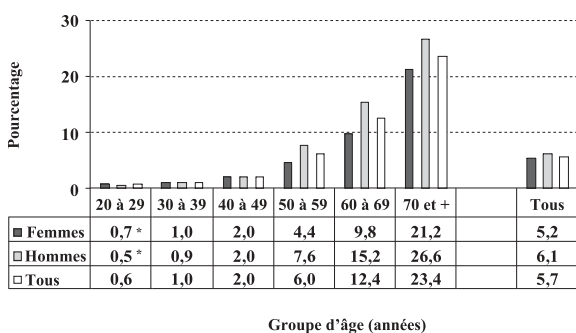
En 2000, la prévalence des problèmes cardiaques auto-déclarés était faible chez les hommes et chez les femmes jusqu'à l'âge de 50 ans (figure 4-1). Elle augmentait passé cet âge, et était plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Vers 70 ans, une femme sur cinq et un homme sur quatre déclaraient s'être fait dire par un médecin qu'ils avaient des problèmes cardiaques.

Qualité de vie

Les maladies du cœur ont un impact considérable sur la qualité de vie. En 2000, 90 % de la population ne souffrant pas de maladie cardiaque signalait être en bonne, très bonne ou excellente santé. Ce pourcentage était bien inférieur chez ceux qui avaient déclaré une maladie cardiaque (51 %) ou un accident vasculaire cérébral (36,8 %). Parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, celles qui avaient subi un accident vasculaire cérébral étaient moins nombreuses à déclarer que leur santé était bonne ou meilleure.

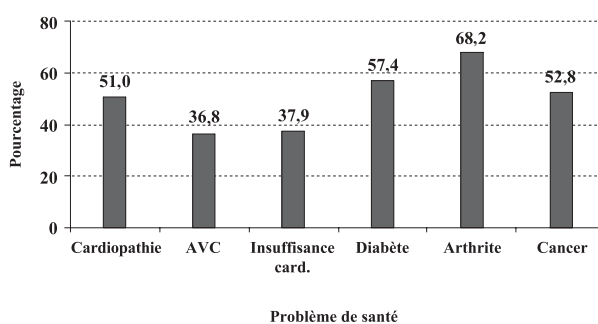
En 2000, un pourcentage élevé des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral signalaient avoir des activités restreintes et avoir besoin d'aide pour accomplir les activités

Figure 4-1 Pourcentage d'adultes âgés de 20 ans et plus qui déclarent avoir des problèmes cardiaques, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2000



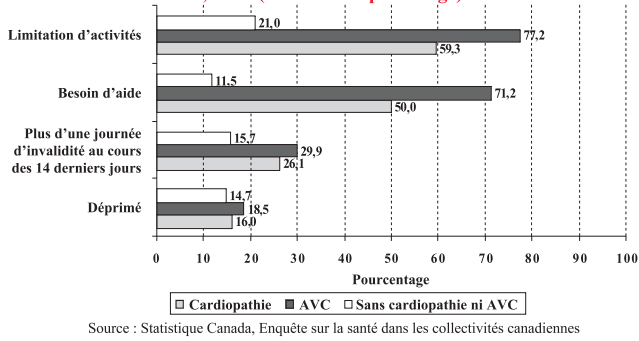
* À interpréter avec prudence : pourcentages fondés sur un échantillon de petite taille.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Figure 4-2 Pourcentage d'adultes atteints d'une maladie chronique qui ont dit être en bonne ou en meilleure santé, Canada, 2000



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

Figure 4-3 Pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant une cardiopathie ou un accident vasculaire cérébral autodéclarés qui signalent des limitations précises dans leur vie, comparativement aux personnes sans cardiopathie ni accident vasculaire cérébral, Canada, 2000 (standardisé pour l'âge)



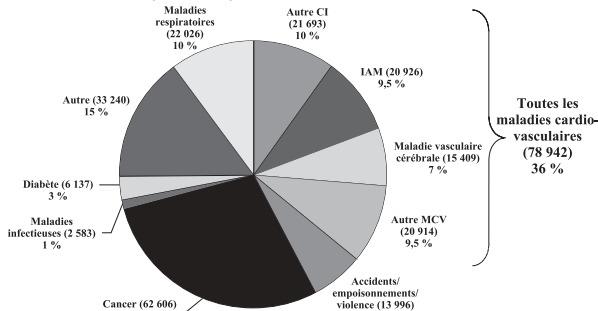
quotidiennes (figure 4-3). Le pourcentage était également élevé parmi les gens qui avaient déclaré une maladie cardiaque, mais inférieur parmi ceux ayant subi un accident vasculaire cérébral. Un peu plus du quart des personnes souffrant d'une maladie cardiaque ou ayant eu un accident vasculaire cérébral ont déclaré avoir eu recours à plus d'une journée d'invalidité au cours des 14 jours précédant l'enquête. Parmi les gens souffrant d'une maladie cardiaque, 16 % ont signalé avoir été déprimés au cours des 12 mois précédents, tout comme 18,4 % des personnes ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral. Un pourcentage beaucoup plus faible de personnes n'ayant pas de maladie cardiaque ou n'ayant pas subi un accident vasculaire cérébral ont signalé être limitées dans leurs activités quotidiennes.

Mortalité

Principale cause de décès

En 1999, les maladies cardiovasculaires constituaient la principale cause de décès (36 %) au Canada (figure 4-4).

Figure 4-4 Principales causes de décès, nombre et pourcentage de décès, Canada, 1999



Nombre total de décès : 219 530
 Maladies cardiovasculaires (CIM-9 390-459); maladies respiratoires (CIM-9 460-519); diabète (CIM-9 250); cancer (CIM-9 140-239); maladies infectieuses (CIM-9 001-139); accidents/empoisonnements/violence (CIM-9 E800-E999)
 Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

Tableau 4-1 Pourcentage de l'ensemble des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par sexe, Canada, 1987 à 1999

Année	Hommes	Femmes	Tous
1987	40,48	43,97	42,06
1988	39,47	43,42	41,26
1989	39,06	42,61	40,67
1990	37,34	41,21	39,12
1991	37,11	40,95	38,88
1992	37,12	40,72	38,78
1993	37,03	40,19	38,50
1994	36,35	39,75	37,94
1995	35,99	39,29	37,54
1996	35,93	38,84	37,32
1997	36,03	38,64	37,28
1998	35,34	37,53	36,40
1999	35,02	36,97	35,96

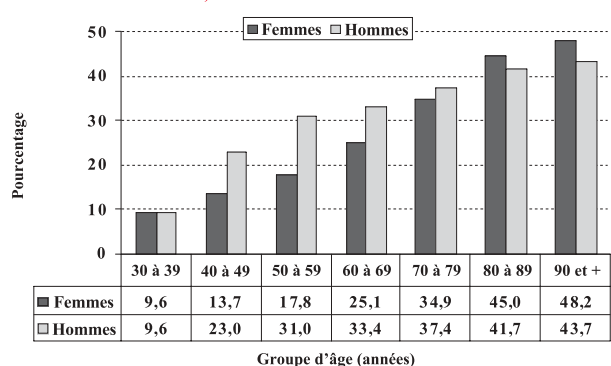
Source : Santé Canada, à l'aide de données des dossiers de mortalité, Statistique Canada

Ce sont les cardiopathies ischémiques qui affichaient le plus fort pourcentage des décès (soit 20 %), dont la moitié était attribuable à un infarctus aigu du myocarde. Les maladies vasculaires cérébrales (principalement les accidents vasculaires cérébraux) étaient responsables de 7 % des décès.

Le pourcentage de l'ensemble des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires a reculé depuis 1987, de 14 % pour les hommes et de 16 % pour les femmes (tableau 4-1).

Chez les hommes de tous les groupes d'âge, 35 % des décès étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires en 1999, alors que le pourcentage chez les femmes était légèrement supérieur, se situant à 37 % (figure 4-5; tableau 4-2). Chez les femmes, le pourcentage de l'ensemble des décès

Figure 4-5 Pourcentage de l'ensemble des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999



Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

attribuables aux maladies cardiovasculaires augmentait après 50 ans. Chez les hommes, il augmentait de façon soutenue après l'âge de 40 ans.

En 1999, il y a eu 78 942 décès dus aux maladies cardiovasculaires — 39 134 de ces décès sont survenus chez les femmes et 39 808 chez les hommes (tableau 4-2). Les cardiopathies ischémiques ont causé 48,6 % de ces décès chez les femmes, et 59,3 % chez les hommes. Les maladies vasculaires cérébrales (principalement les accidents vasculaires cérébraux) ont été à l'origine de

15 409 décès — 9 038 (8,5 % de l'ensemble des décès) chez les femmes et 6 371 (5,6 % de l'ensemble des décès) chez les hommes.

Le nombre total des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires était à peu près identique chez les hommes et chez les femmes. Un plus grand nombre d'hommes sont décédés des suites d'une cardiopathie ischémique et d'un infarctus aigu du myocarde. Toutefois, un plus grand nombre de femmes sont décédées d'une maladie vasculaire cérébrale et d'une insuffisance cardiaque.

Tableau 4-2 Nombres et pourcentages des décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par âge et par sexe, Canada, 1999

Âge	Tous les décès	Toutes les MCV ¹		CI ²		MVC ³		IAM ⁴		IC ⁵	
		Nombre	% de tous les décès	Nombre	% de tous les décès	Nombre	% de tous les décès	Nombre	% de tous les décès	Nombre	% de tous les décès
FEMMES											
< 30	2 225	111	5,0	7	0,3	24	1,1	5	0,2	3	0,1
30 à 39	1 524	147	9,6	39	2,6	42	2,8	20	1,3	0	0,0
40 à 49	3 501	478	13,7	176	5,0	143	4,1	96	2,7	8	0,2
50 à 59	6 309	1 121	17,8	553	8,8	253	4,0	324	5,1	17	0,3
60 à 69	11 575	2 900	25,1	1 567	13,5	530	4,6	884	7,6	74	0,6
70 à 79	25 380	8 862	34,9	4 621	18,2	1 845	7,3	2 540	10,0	393	1,5
80 à 89	35 729	16 067	45,0	7 759	21,7	4 043	11,3	3 631	10,2	1 119	3,1
90 et +	19 618	9 448	48,2	4 280	21,8	2 158	11,0	1 478	7,5	1 032	5,3
Tous les âges	105 861	39 134	37,0	19 002	17,9	9 038	8,5	8 978	8,5	2 646	2,5
HOMMES											
< 30	4 231	148	3,5	18	0,4	20	0,5	8	0,2	6	0,1
30 à 39	3 054	294	9,6	150	4,9	37	1,2	80	2,6	1	0,0
40 à 49	5 775	1 330	23,0	868	15,0	146	2,5	492	8,5	18	0,3
50 à 59	9 972	3 094	31,0	2 176	21,8	287	2,9	1 238	12,4	34	0,3
60 à 69	19 140	6 388	33,4	4 221	22,1	753	3,9	2 377	12,4	138	0,7
70 à 79	33 745	12 636	37,4	7 579	22,5	1 993	5,9	3 944	11,7	485	1,4
80 à 89	29 596	12 355	41,7	6 810	23,0	2 428	8,2	3 148	10,6	787	2,7
90 et +	8 155	3 563	43,7	1 795	22,0	707	8,7	661	8,1	376	4,6
Tous les âges	113 668	39 808	35,0	23 617	20,8	6 371	5,6	11 948	10,5	1 845	1,6

Le tableau ne comprend pas les décès chez des personnes dont on ignore l'âge.

¹ Toutes les MCV = Toutes les maladies cardiovasculaires (codes CIM, 9^e révision, 390 à 459)

² CI = Cardiopathie ischémique (codes CIM, 9^e révision, 410 à 414)

Source : Santé Canada; Statistique Canada, 2002

³ MVC = Maladie vasculaire cérébrale (codes CIM, 9^e révision, 430 à 438)

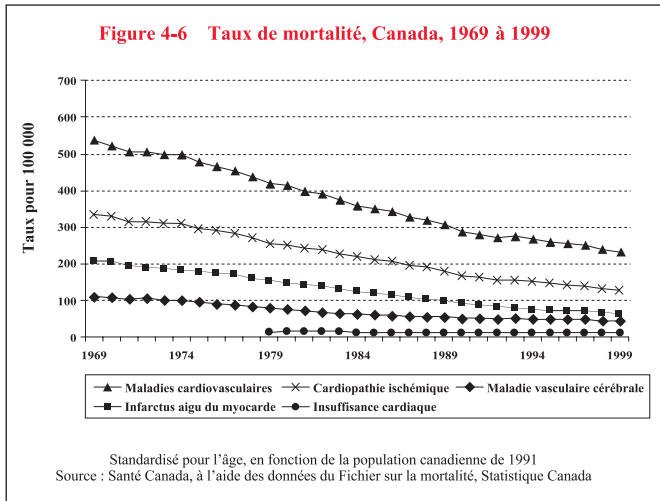
⁴ IAM = Infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) (code CIM, 9^e révision, 410),

l'IAM est une sous-catégorie des cardiopathies ischémiques

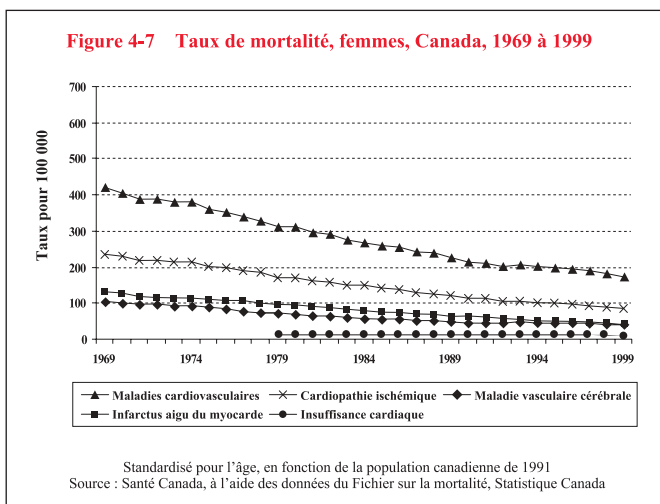
⁵ IC = Insuffisance cardiaque (code CIM, 9^e révision, 428)

Tendances de la mortalité

Entre 1969 et 1999, les taux de mortalité correspondant aux maladies cardiovasculaires, toutes catégories confondues, ont diminué de 56 % (figure 4-6). Les taux de cardiopathies ischémiques et de maladies vasculaires cérébrales ont diminué de 62 % et ceux correspondant aux infarctus aigus du myocarde de 70 %. À titre de comparaison, entre 1979 et 1999, le taux de mortalité par insuffisance cardiaque n'a diminué que de 14 %.



Chez les femmes, depuis 1969, les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont diminué de 58 %; la diminution des taux de mortalité était de 64 % pour les cardiopathies ischémiques, de 62 % pour les maladies vasculaires cérébrales et de 68 % pour l'infarctus aigu du myocarde (figure 4-7). Les taux de mortalité due à l'insuffisance cardiaque ont diminué de 12 %.



Les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires chez les hommes ont diminué de 55 % entre 1969 et 1999 (figure 4-8). La diminution des taux de mortalité était de

61 % pour les cardiopathies ischémiques, de 59 % pour les maladies vasculaires cérébrales et de 71 % pour l'infarctus aigu du myocarde. Entre 1979 et 1999, la mortalité par insuffisance cardiaque chez les hommes a chuté de 16 %.

En 1999, les maladies cardiovasculaires ont causé la mort de 39 134 femmes et de 39 808 hommes. Bien que les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, toutes catégories confondues, aient diminué depuis les années 90, le nombre réel de décès est resté stable à environ 40 000 pour les hommes depuis le début des années 90 et 39 000 pour les femmes depuis le milieu des années 90. Ce fait témoigne de l'augmentation de la population de plus de 65 ans pendant cette période.

Les projections démographiques de Santé Canada et les tendances actuelles des taux de mortalité par âge d'ici 2025 donnent à penser que le nombre de décès par maladies cardiovasculaires n'augmentera pas chez les hommes, mais chez les femmes, il augmentera jusqu'en 2015, puis commencera à décroître (figure 4-9). Le nombre de décès chez les femmes dépassera probablement le nombre de décès chez les hommes dans un proche avenir, puisque les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires augmentent avec l'âge.

Le nombre de décès résultant d'une cardiopathie ischémique chez les hommes devrait continuer de régresser (figure 4-10). Chez les femmes, ces chiffres devraient atteindre un plateau puis diminuer après 2010.

Le nombre de décès par infarctus aigu du myocarde semble demeurer en baisse chez les hommes comme chez les femmes (figure 4-11). Après 2015, les décès chez les hommes devraient être moins nombreux que chez les femmes.

Les décès résultant d'une insuffisance cardiaque chez les hommes et les femmes ont augmenté entre 1985 et 1995 (figure 4-12). Depuis lors, le nombre de décès est resté constant. Ces chiffres devraient toutefois augmenter chez les hommes et les femmes parallèlement à l'augmentation de la population âgée.

Le nombre des décès attribuables aux maladies vasculaires cérébrales devrait augmenter chez les femmes jusqu'en 2015, puis atteindre un plateau (figure 4-13). Parmi les hommes, les décès devraient augmenter jusqu'en 2025.

Figure 4-8 Taux de mortalité, hommes, Canada, 1969 à 1999

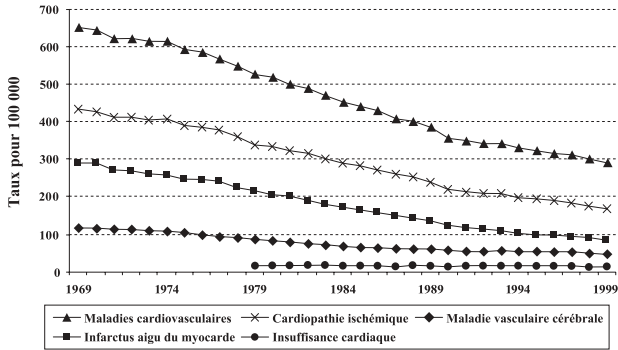


Figure 4-11 Nombre réel et prévu de décès attribuables à un infarctus aigu du myocarde, Canada, 1970 à 2025

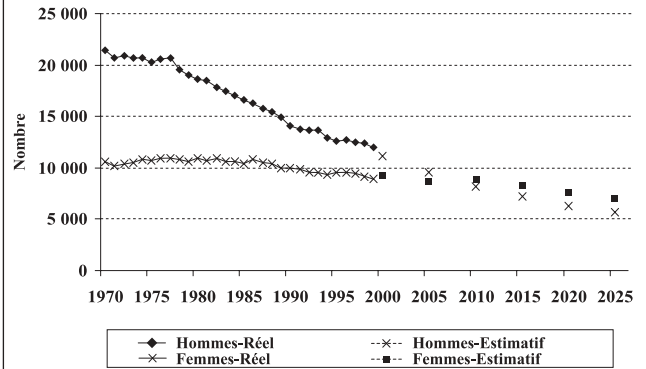


Figure 4-9 Nombre réel et prévu de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, par sexe, Canada, 1950 à 2025

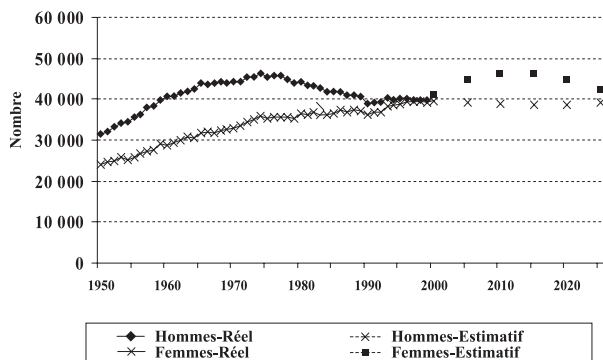


Figure 4-12 Nombre réel et prévu de décès attribuables à l'insuffisance cardiaque, par sexe, Canada, 1980 à 2025

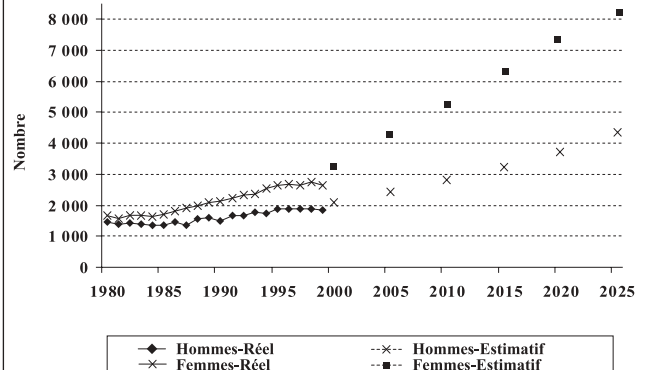


Figure 4-10 Nombre réel et prévu de décès attribuables à une cardiopathie ischémique, Canada, 1950 à 2025

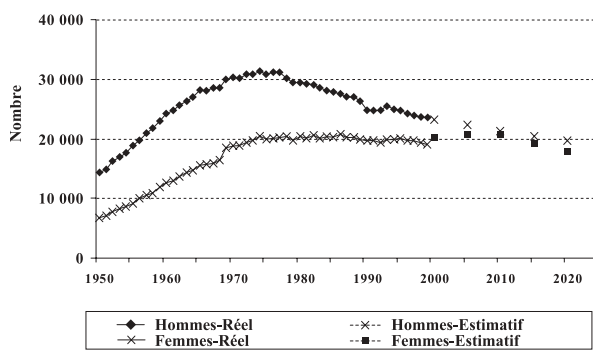
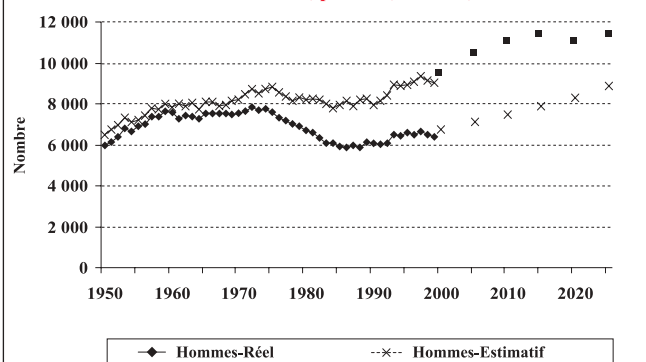
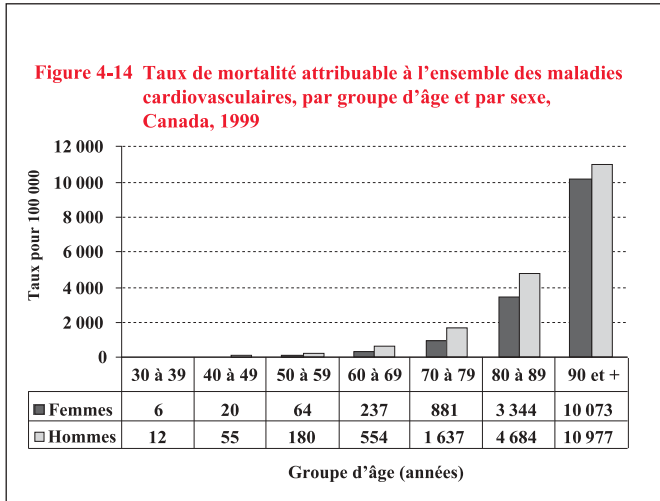


Figure 4-13 Nombre réel et prévu de décès attribuables à une maladie vasculaire cérébrale, par sexe, Canada, 1950 à 2025

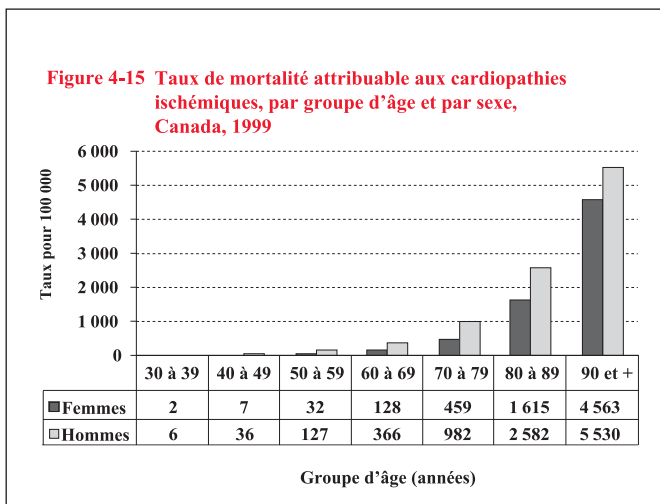


Taux de mortalité par âge et par sexe

En 1999, les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires ont augmenté rapidement après l'âge de 65 ans et ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à tous les âges (figure 4-14).



Les taux de mortalité attribuables aux cardiopathies ischémiques ont augmenté avec l'âge (figure 4-15). Alors que les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, pour tous les âges, le rapport hommes/femmes diminuait régulièrement avec l'âge, passant de 5:1 dans le groupe d'âge de 40 à 49 ans à 4:1 dans le groupe de 50 à 59 ans, 3:1 dans le groupe de 60 à 69 ans, 2:1 dans le groupe de 70 à 79 ans et 1,6:1 dans le groupe de 80 à 89 ans, puis 1,2:1 chez les plus de 90 ans.



Alors que les taux de mortalité attribuables à l'infarctus aigu du myocarde étaient inférieurs à ceux correspondant aux cardiopathies ischémiques, ils suivaient le même type de tendance, par groupe d'âge et par sexe (figure 4-16).

Figure 4-16 Taux de mortalité attribuables à l'infarctus aigu du myocarde, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999

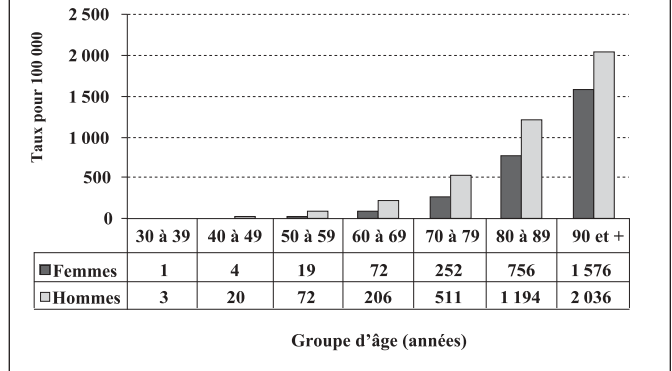
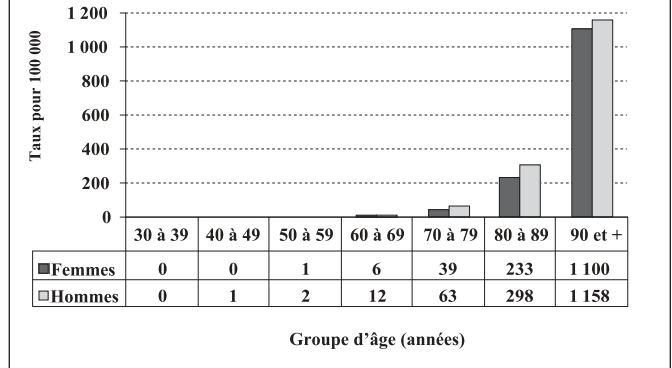
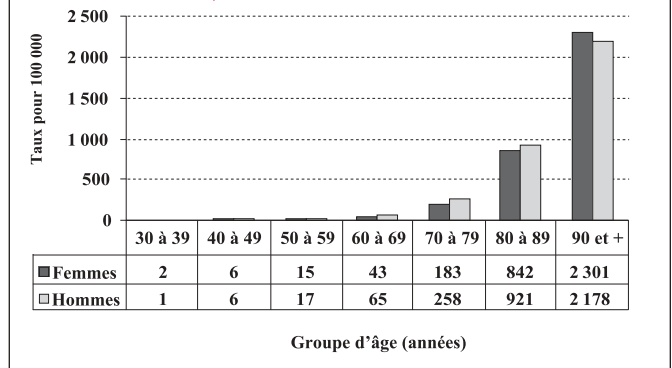


Figure 4-17 Taux de mortalité attribuables à l'insuffisance cardiaque, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999



En 1999, les taux de mortalité attribuables à l'insuffisance cardiaque étaient très faibles chez les personnes de moins de 80 ans (figure 4-17). Dans le groupe des plus de 80 ans, les taux étaient très semblables chez les hommes et chez les femmes.

Figure 4-18 Taux de mortalité attribuables aux maladies vasculaires cérébrales, par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1999



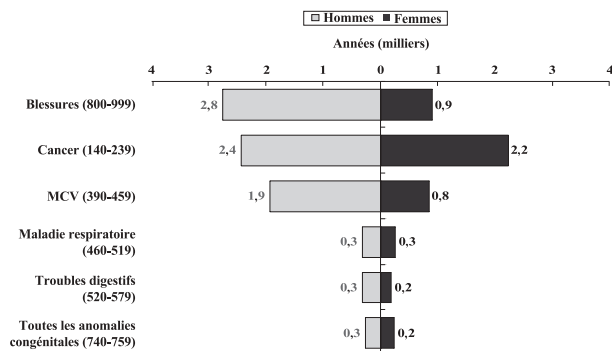
En 1999, les hommes et les femmes de moins de 60 ans affichaient les mêmes taux de mortalité attribuables aux maladies vasculaires cérébrales (figure 4-18). Les hommes enregistraient un taux de décès légèrement plus élevé entre 60 et 89 ans, après quoi le taux chez les femmes était supérieur à celui des hommes.

Années potentielles de vie perdues

On peut se faire une idée de l'impact des décès prématurés sur la société en calculant le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). Il s'agit en fait de la somme des années de vie qu'ont « perdues » les Canadiens et Canadiennes, c'est-à-dire la somme des années non vécues à cause de décès prématurés (défini arbitrairement comme étant antérieur à l'âge de 75 ans).

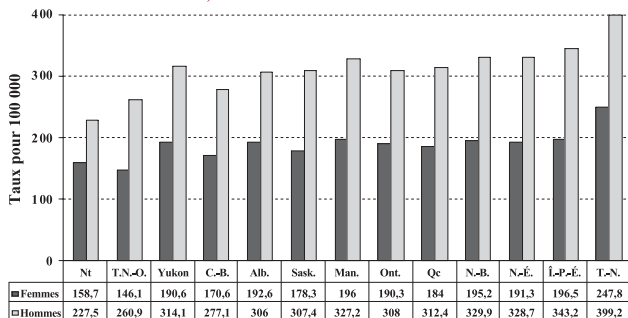
En 1999, les maladies cardiovasculaires ont été responsables d'environ 2 771 années potentielles de vie perdues et se classaient au troisième rang après les blessures et le cancer (figure 4-19).

Figure 4-19 Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, par catégorie de maladie, 1999



Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

Figure 4-20 Taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999



Standardisé pour l'âge, en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

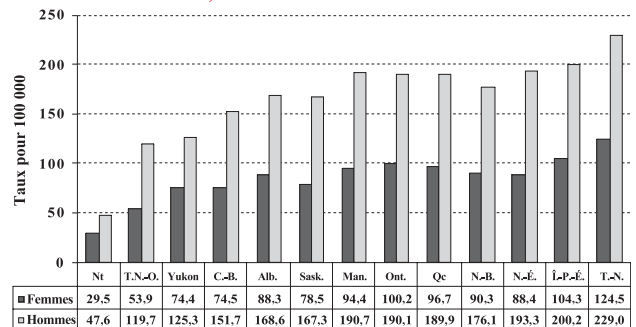
Comparaisons régionales

Les taux de mortalité moyens par maladies cardiovasculaires entre 1995 et 1999 ont été plus élevés chez les hommes et les femmes de Terre-Neuve que dans toutes les autres provinces et territoires du Canada (figure 4-20). Les taux enregistrés en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut ont été les plus bas observés. (Les taux provinciaux et territoriaux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont été standardisés pour l'âge.)

Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes ont suivi une tendance générale à la hausse selon un axe ouest-est, à l'exception du Nouveau-Brunswick, où les taux chez les hommes étaient inférieurs à ceux du Manitoba, de l'Ontario et du Québec (figure 4-21). Aucune tendance nette ne se dégage pour les femmes.

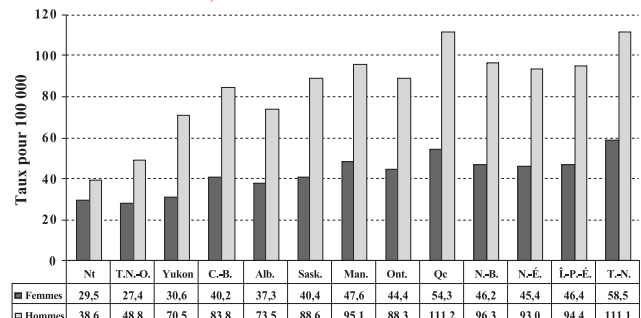
C'est au Québec et à Terre-Neuve que les taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde ont été les plus élevés par rapport aux autres provinces et territoires, alors que l'Alberta, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon enregistraient les taux les plus faibles (figure 4-22).

Figure 4-21 Taux de mortalité attribuable aux cardiopathies ischémiques, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999



Standardisé pour l'âge, en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

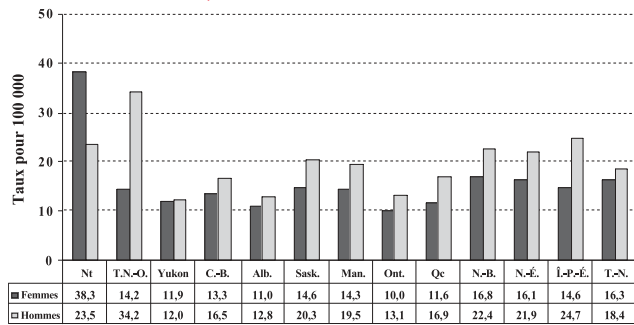
Figure 4-22 Taux de mortalité attribuable à l'infarctus aigu du myocarde, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999



Standardisé pour l'âge, en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

Entre 1995 et 1999, le taux de mortalité le plus élevé attribuable à l'insuffisance cardiaque chez les femmes a été enregistré au Nunavut. Il est trois fois supérieur à celui des autres provinces et territoires, tout comme il est supérieur au taux concernant les hommes dans toutes les autres provinces et territoires (figure 4-23). Le taux applicable aux hommes dans les Territoires du Nord-Ouest était également très élevé comparativement à celui des autres provinces et territoires. Les taux les plus bas ont été enregistrés au Yukon, en Alberta et en Ontario.

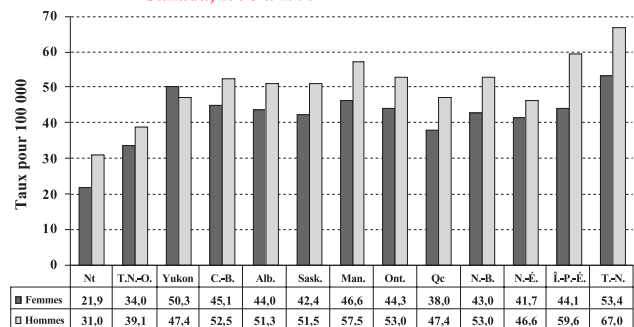
Figure 4-23 Taux de mortalité attribuable à l'insuffisance cardiaque, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999



Standardisé pour l'âge, en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

Entre 1995 et 1999, le Nunavut a enregistré le taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales le plus bas du Canada, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (figure 4-24). Chez les hommes, Terre-Neuve affichait les taux les plus élevés, suivie de l'Île-du-Prince-Édouard et du Manitoba, alors que le Québec et la Nouvelle-Écosse ont déclaré les taux les plus faibles. Au Yukon, les taux enregistrés chez les femmes étaient supérieurs à ceux des hommes.

Figure 4-24 Taux de mortalité attribuable aux maladies vasculaires cérébrales, par sexe et par province/territoire, Canada, 1995 à 1999

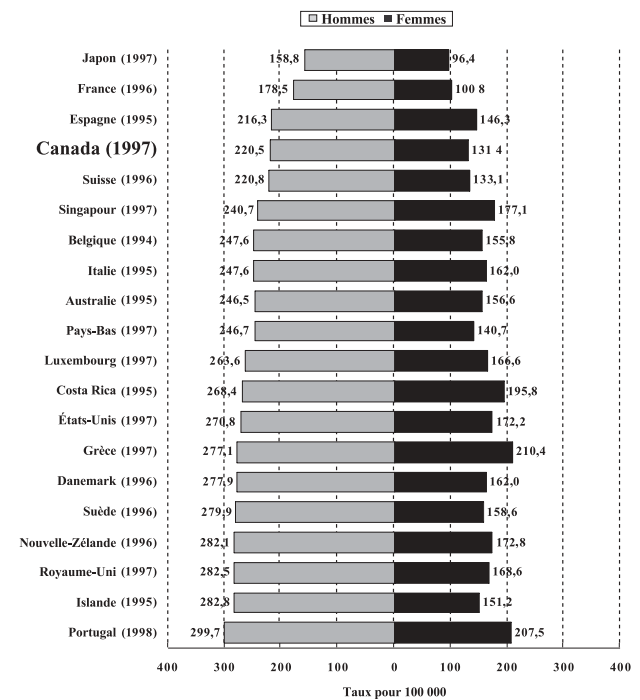


Standardisé pour l'âge, en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Santé Canada, à l'aide des données du Fichier sur la mortalité, Statistique Canada

Comparaisons internationales

Dans les années 90, les maladies cardiovasculaires figuraient parmi les principales causes de décès dans le monde, mais leurs taux variaient considérablement d'un pays à l'autre. (Les taux internationaux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont été standardisés pour l'âge.) Parmi les 20 pays sélectionnés dont les taux de mortalité étaient les plus bas (selon les chiffres transmis à l'OMS), le Canada se classait 4^e pour la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les hommes et au 3^e rang chez les femmes (figure 4-25). Bien que ces données internationales aient l'avantage de fournir un aperçu de la situation mondiale, elles proviennent de pays différents, correspondent à des périodes différentes et sont traitées sur des méthodes statistiques qui varient, selon l'endroit où elles ont été recueillies. La comparaison entre pays exige donc que l'on use de discernement.

Figure 4-25 Pays ayant les taux de mortalité standardisés pour l'âge les plus bas, maladies cardiovasculaires, du milieu à la fin des années 90



Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS)
http://www3.who.int/whosis/whsa/whsa_table4.cfm?path=whosis,whsa,whsa_table4&language=french

Globalement, le Canada se classe 14^e pour le taux de mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes et chez les femmes (figure 4-26). La France est le pays qui enregistre le taux de mortalité le plus bas (environ 50 % de moins qu'au Canada). Alors que les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques ont diminué au Canada et dans

les autres pays occidentaux au cours de la dernière décennie, ils ont augmenté dans la Fédération de Russie et dans de nombreux pays en voie de développement.

En ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales, le Canada se classe 2^e chez les hommes (derrière la Suisse) et 3^e chez les femmes derrière la Suisse et la France (figure 4-27).

Même si les différences liées aux facteurs de risque et à la qualité des traitements peuvent expliquer les écarts entre les taux de mortalité des divers pays, de nombreux éléments demeurent inexplicables. Compte tenu de leur tendance à adopter le régime alimentaire occidental et le tabagisme, on s'attend à ce que les pays moins développés connaissent dans l'avenir une hausse des maladies cardiovasculaires, entraînant un fardeau important pour ces populations.

Conclusions

Les données concernant la mortalité et la qualité de vie révèlent que le fardeau associé aux maladies cardiovasculaires au Canada est considérable.

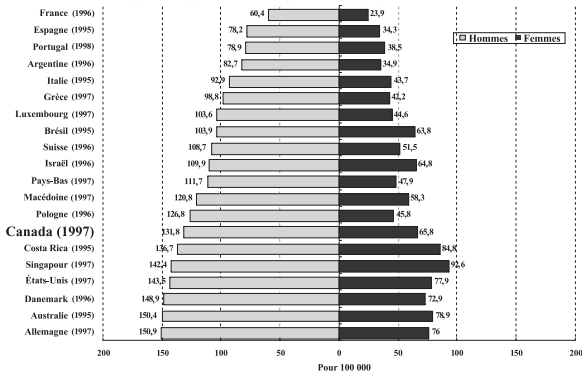
Les maladies cardiovasculaires sont la cause initiale de décès d'un Canadien sur trois. Le nombre de décès et par conséquent, le nombre de Canadiens atteints de maladies cardiovasculaires, augmenteront vraisemblablement à mesure que la population vieillira. Aussi, le fardeau des maladies cardiovasculaires continuera de s'alourdir pendant de nombreuses années encore.

Les chiffres de la mortalité ne donnent qu'un aperçu de la situation. Dans l'ensemble, 5,7 % des adultes Canadiens et près d'une personne âgée de 70 ans et plus sur quatre déclarent souffrir de problèmes cardiaques et que leur famille et eux connaissent personnellement les défis que représente la vie avec une maladie cardiovasculaire. Ils se sentent en moins bonne santé que le reste de la population canadienne, plusieurs d'entre eux doivent réduire leurs activités et nombreux sont ceux qui ont besoin d'aide pour accomplir les activités normales de la vie quotidienne. Alors que le taux de maladies cardiovasculaires est plus élevé dans le groupe d'âge de 70 ans et plus, de nombreux canadiens développent ce type d'affection dans la quarantaine et la cinquantaine.

Par rapport à d'autres pays, le Canada enregistre le plus faible taux de mortalité par accident vasculaire cérébral. Par contre, la situation du Canada est moins reluisante par rapport aux autres pays en ce qui concerne les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques (les taux internationaux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont été standardisés pour l'âge). Le Canada aurait beaucoup à apprendre des méthodes mises en œuvre ailleurs pour réduire l'incidence des cardiopathies ischémiques et les taux de décès prématurés correspondants.

Au Canada, les taux de maladies cardiovasculaires varient d'une province et d'un territoire à l'autre. (Les taux provinciaux et territoriaux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont été standardisés pour l'âge.) Terre-Neuve affiche des taux de mortalité supérieurs à ceux des autres provinces et territoires pour les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble, les cardiopathies ischémiques, l'infarctus aigu du myocarde et les maladies vasculaires cérébrales. Les habitants de Terre-Neuve signalent également une plus forte prévalence de tous les facteurs de risque contrôlables, par rapport à l'ensemble de la population canadienne (chapitre 1). À l'exception de l'insuffisance cardiaque, les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires étaient plus faibles dans le nord du pays que dans l'ensemble du territoire canadien.

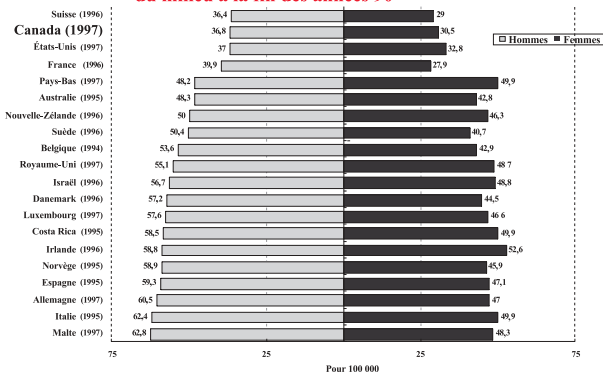
Figure 4-26 Pays ayant les plus faibles taux de mortalité déclarés standardisés pour l'âge, cardiopathies ischémiques, du milieu à la fin des années 90



Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS)

http://www3.who.int/whosis/whsa/whsa_table4.cfm?path=whosis,whsa,whsa_table4&language=french

Figure 4-27 Pays ayant les plus faibles taux de mortalité déclarés standardisés pour l'âge, maladies vasculaires cérébrales, du milieu à la fin des années 90



Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS)

http://www3.who.int/whosis/whsa/whsa_table4.cfm?path=whosis,whsa,whsa_table4&language=french

Les taux de mortalité attribuables aux cardiopathies ischémiques, à l'infarctus aigu du myocarde et aux maladies vasculaires cérébrales continuent de diminuer chez les hommes comme chez les femmes. Le taux d'insuffisance cardiaque décroît également, mais plus lentement. Il s'agit là peut-être du résultat à la fois de l'augmentation de l'incidence de la maladie et d'un changement possible dans l'établissement du diagnostic pour les cardiopathies ischémiques.

Même si les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires ont diminué, le nombre de femmes qui décéderont des suites d'une maladie cardiovasculaire devrait augmenter à l'avenir en raison du vieillissement de la population. Le fardeau des maladies cardiovasculaires dans la population continuera donc de s'alourdir.

Les maladies cardiovasculaires touchent différemment les hommes et les femmes. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à mourir des suites d'une cardiopathie ischémique et d'un infarctus aigu du myocarde, mais l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires cérébrales frappent davantage les femmes que les hommes.

Une des lacunes concernant nos connaissances des résultats pour la santé sont le reflet du manque de données portant sur l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires ainsi que dans le manque de données détaillées sur leur impact sur la qualité de vie et les résultats de traitement.

Mesures à envisager

- Accroître les soins à domicile, les soins pharmaceutiques et les soins palliatifs pour faire face à l'augmentation prévue du nombre de personnes qui décéderont des suites d'une maladie cardiovasculaire à l'avenir.
- Chercher à savoir pourquoi les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques sont plus élevés au Canada qu'ailleurs dans le monde.
- Concevoir un système permanent de collecte de données pour surveiller l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires, leur impact et les résultats des traitements.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Un vaste éventail de facteurs interdépendants influent sur la santé : le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et matériel, les stratégies d'adaptation et les comportements personnels en matière de santé, le développement sain des enfants, les facteurs biologiques et le patrimoine génétique, les services de santé, le sexe ainsi que la culture. Certains d'entre eux, comme les comportements en matière de santé, sont strictement personnels. D'autres, comme l'environnement social, dépendent du milieu dans lequel on vit.

Le chapitre 5 se penche sur les rapports entre trois de ces déterminants et la santé cardiovasculaire : l'éducation, le revenu et les comportements individuels en matière de santé. Par comportements individuels, on entend les facteurs de risque précisés au chapitre 1 : tabagisme, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et de légumes, excès de poids et les deux affections liées à ces facteurs de risque (diabète et hypertension artérielle).

Le revenu et l'éducation influent sur l'adoption de comportements sains. Les possibilités qui s'offrent aux personnes ayant un revenu plus élevé sont plus nombreuses, ce qui peut avoir une incidence sur la santé. Plus le niveau de scolarité est élevé, plus les connaissances et compétences en matière de comportements sains augmentent et plus il est possible d'avoir accès à un emploi lucratif.

Les personnes qui vivent dans la pauvreté doivent chaque jour surmonter le stress lié à la difficulté de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Certains modes de vie, comme le tabagisme, sont parfois dictés par ce stress. Un revenu insuffisant peut limiter la capacité d'acheter des aliments sains, ce qui peut en retour causer des problèmes de santé. De même, la personne qui ne dispose pas d'un revenu suffisant ne pourra peut-être pas se procurer les médicaments qui pourraient atténuer ses problèmes de santé, comme l'hypertension artérielle.

Ce chapitre étudie également le rapport entre la mortalité par maladies cardiovasculaires et les niveaux de revenu selon les quartiers. Même si d'autres résultats sont aussi intéressants, les données sur la mortalité sont facilement accessibles.

Données canadiennes

Facteurs de risque contrôlables et revenu

Comme nous l'avons démontré dans le chapitre 1, l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000 (ESCC) a révélé que la sédentarité, l'excès de poids, une consommation inadéquate de fruits et de légumes, le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète étaient

associés à des revenus insuffisants (tableau 5-1). Si l'on fait exception des hommes qui affichaient un excès de poids, le pourcentage de personnes qui appartenaient à la catégorie de revenu supérieur était plus faible que celles des catégories inférieures de revenu à déclarer chacun de ces facteurs de risque.

Un pourcentage sensiblement inférieur de femmes dans la catégorie de revenu supérieur, par rapport à la catégorie de revenu intermédiaire supérieure, signalait chacun des facteurs de risque. Cette tendance n'était pas aussi

Tableau 5-1 Facteurs de risque contrôlables des maladies cardiovasculaires par revenu et par sexe, Canada, 2000

Facteur de risque	Catégorie de revenu						
	Revenu le plus faible	Sign. stat.	Revenu intermédiaire Tranche inférieure	Sign. stat.	Revenu intermédiaire Tranche moyenne	Sign. stat.	Revenu le plus élevé
FEMMES							
Tabagisme (actuel) Chaque jour et occasionnel; âge, 20 ans et plus	33,2	*	26,4	2	5,1	*	19,7**
Sédentarité Âge, 12 ans et plus	64,4		63,1	*	56,7	*	48,9**
Excès de poids IMC ≥ 25; âge, 20 à 59 ans	42,3		42,4		40,3	*	35,9**
Consommation inadéquate de fruits et de légumes Âge, 12 ans et plus	62,5	*	59,4	*	56,6	*	52,4**
Hypertension artérielle Âge, 20 ans et plus	21,2		20,3	*	14,5	*	9,3**
Diabète Âge, 20 ans et plus	7,7		6,5	*	3,4	*	1,8**
HOMMES							
Tabagisme (actuel) Chaque jour et occasionnel; âge, 20 ans et plus	42,7	*	33,0	*	30,2	*	24,0**
Sédentarité Âge, 12 ans et plus	53,9		56,3	*	51,6	*	43,1**
Excès de poids IMC ≥ 25; âge, 20 à 59 ans	47,8		50,6	*	56,0	*	60,4**
Consommation inadéquate de fruits et de légumes Âge, 12 ans et plus	71,3		68,8		68,6	*	66,0**
Hypertension artérielle Âge, 20 ans et plus	14,4		15,7	*	12,7		11,3**
Diabète Âge, 20 ans et plus	6,4		7,3	*	4,5		3,7**
Sign. stat. = Signification statistique * La différence dans les valeurs dans les catégories de revenu voisines est statistiquement significative (p < 0,05). ** Différence statistiquement significative entre le quintile de revenu le plus élevé et le quintile de revenu le plus faible (p < 0,05). Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes							

marquée chez les hommes où ce type d'association ne concernait que trois des six facteurs de risque.

Plusieurs facteurs de risque affichaient des taux semblables de prévalence dans les deux catégories inférieures de revenu. Chez les femmes, deux des six facteurs de risque étaient différents tandis que chez les hommes, seulement un sur six était sensiblement différent.

Seule la sédentarité présentait une distribution semblable pour les hommes et les femmes, selon la catégorie de revenu. En ce qui concerne l'excès de poids, la tendance était diamétralement opposée. Tandis que la proportion de femmes qui présentaient un excès de poids diminuait à mesure que le revenu augmentait, l'inverse s'observait chez les hommes.

Tableau 5-2 Facteurs de risque contrôlables de maladies cardiovasculaires, par niveau de scolarité et par sexe, Canada, 2000

Facteur de risque	Niveau de scolarité atteint						
	Moins que le secondaire	Sign. stat.	Secondaire	Sign. stat.	Post-secondaire	Sign. stat.	Post-secondaire
FEMMES							
Tabagisme (actuel) Chaque jour et occasionnel; âge, 20 ans et plus	26,9		27,8		29,7	*	20,7**
Sédentarité Âge, 12 ans et plus	59,8		60,8	*	53,6		54,2**
Excès de poids IMC \geq 25; âge, 20 à 59 ans	51,4	*	41,4	*	36,8		35,3**
Consommation inadéquate de fruits et de légumes Âge, 12 ans et plus	60,6		61,3		58,4	*	52,3**
Hypertension artérielle Âge, 20 ans et plus	30,0	*	14,8	*	10,7		10,4**
Diabète Âge, 20 ans et plus	9,1	*	3,9		3,0		2,7**
HOMMES							
Tabagisme (actuel) Chaque jour et occasionnel; âge, 20 ans et plus	32,1		34,8		32,2	*	24,1**
Sédentarité Âge, 12 ans et plus	48,9	*	52,6	*	46,8		49,4**
Excès de poids IMC \geq 25; âge, 20 à 59 ans	57,4		56,1	*	49,6	*	55,5**
Consommation inadéquate de fruits et de légumes Âge, 12 ans et plus	68,0	*	71,5		68,1		66,6
Hypertension artérielle Âge, 20 ans et plus	19,3	*	11,6	*	9,5	*	11,3**
Diabète Âge, 20 ans et plus	8,9	*	3,8		3,9		3,9**

Sign. stat. = Signification statistique

* La différence dans les valeurs dans les catégories de revenu voisines est statistiquement significative ($p < 0,05$).

** Différence statistiquement significative entre le quintile de revenu le plus élevé et le quintile de revenu le plus faible ($p < 0,05$).

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

Facteurs de risque contrôlables et scolarité

Les tendances des facteurs de risque par niveau de scolarité n'étaient pas aussi cohérentes que celles applicables au revenu (tableau 5-2). Certains facteurs étaient plus fortement liés aux personnes qui avaient terminé leurs études secondaires, d'autres se rapportaient plus étroitement à celles qui ne les avaient pas terminées. Globalement toutefois, les personnes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires étaient celles chez qui le taux de prévalence de tous les facteurs de risque était le plus faible, par rapport à celles qui n'avaient pas complété d'études secondaires.

Le pourcentage d'hommes et de femmes faisant de l'hypertension artérielle et du diabète était bien supérieur chez les personnes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires, par rapport à tous les autres niveaux de scolarité.

Mortalité

Les années potentielles de vie perdues (APVP) se calculent en soustrayant l'âge au décès de 75 ans, dans l'hypothèse d'une espérance de vie d'au moins 75 ans.

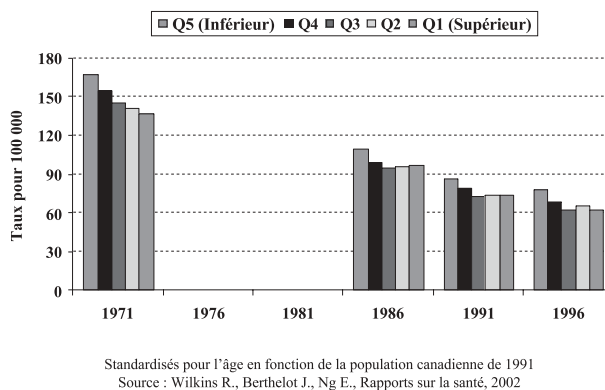
En 1996, les principaux facteurs contributifs des APVP étaient le cancer (30,9 %), les blessures (19,2 %) et les maladies cardiovasculaires (17,6 %). Les personnes à faible revenu étaient plus nombreuses que celles à revenu élevé à mourir avant l'âge de 75 ans. Cela signifie que la prévention des maladies cardiovasculaires et des décès par maladies cardiovasculaires chez les personnes à faible revenu peut permettre de réduire l'écart entre les taux de mortalité des riches et des pauvres avant 75 ans.

Chez les hommes, les taux de mortalité standardisés pour l'âge en 1971 attribuables à une cardiopathie ischémique étaient bien supérieurs dans le quintile de revenu le plus faible (figure 5-1). Les taux de mortalité pour tous les

groupes de revenu ont diminué depuis cette date. Bien que la différence entre le groupe de revenu le plus élevé et le plus faible ait été encore présente en 1996, elle s'était considérablement amoindrie.

Chez les femmes, la tendance de la mortalité par cardiopathies ischémiques était semblable à celle des hommes en 1971 (figure 5-2). Les taux de mortalité dans tous les groupes de revenu ont diminué jusqu'en 1996, mais le rapport entre les quintiles a changé, de sorte que les trois quintiles supérieurs affichent des taux de mortalité très comparables.

Figure 5-2 Taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique chez les femmes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996



Le diabète est un important facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Entre 1971 et 1986, les taux de mortalité attribuables au diabète ont diminué chez les hommes dans tous les quintiles de revenu, à l'exception du 2^e quintile le plus élevé, puis ont augmenté régulièrement au cours des dix années suivantes (figure 5-3). En 1996, le taux de mortalité dans le quintile de revenu le plus faible avait augmenté et dépassé les chiffres de 1971, et la différence entre

Figure 5-1 Taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique chez les hommes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996

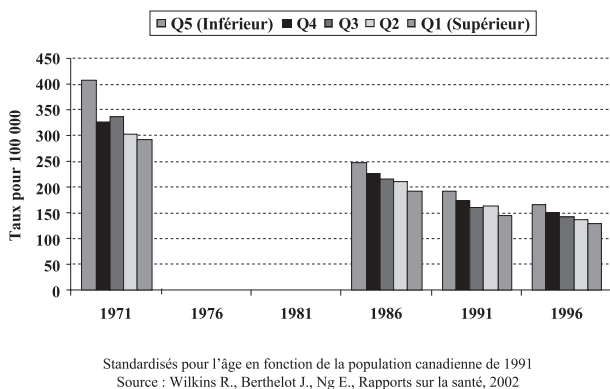
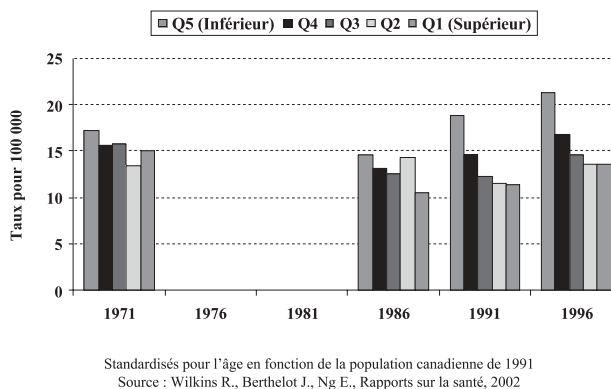


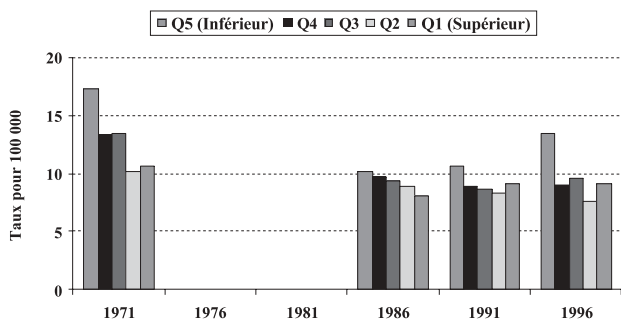
Figure 5-3 Taux de mortalité attribuables au diabète chez les hommes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996



les quintiles de revenu le plus élevé et le plus bas était beaucoup plus grande.

De 1971 à 1996, les taux de mortalité attribuables au diabète chez les femmes ont diminué dans tous les quintiles de revenu (figure 5-4). Toutefois, de 1986 à 1996, les taux des femmes dans le quintile de revenu le plus faible ont augmenté, alors que ceux des femmes dans les autres quintiles sont restés relativement stables.

Figure 5-4 Taux de mortalité attribuables au diabète chez les femmes, selon le quintile de revenu du quartier, Canada urbain, 1971 à 1996



Standardisés pour l'âge en fonction de la population canadienne de 1991
Source : Wilkins R., Berthelot J., Ng E., Rapports sur la santé, 2002

Conclusions

Plusieurs études internationales ont conclu que pour réduire l'incidence des cardiopathies et la mortalité correspondante, les programmes de prévention primaire doivent s'attaquer aux inégalités socioéconomiques.

La mortalité par cardiopathies ischémiques, y compris les décès prématurés, est étroitement liée au revenu selon les quartiers, le quintile de revenu le plus élevé enregistrant les taux les plus bas et le quintile de revenu le plus faible, les taux les plus élevés. Les différences dans les soins de santé après un infarctus aigu du myocarde ne sont pas responsables de l'essentiel des différences dans les taux

de survie, selon les catégories socioéconomiques. Par conséquent, les différences socioéconomiques dans les taux de mortalité attribuables à une cardiopathie ischémique semblent être dues essentiellement aux différences d'incidence plutôt qu'au traitement et à la survie.

L'analyse des données de l'ESCC fournit une explication possible des disparités affichées par les taux de mortalité selon le revenu. Les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible affichaient une proportion de facteurs de risque supérieure à celles du quintile de revenu le plus élevé. Pour être efficaces, les politiques de prévention doivent par conséquent s'attaquer aux disparités socioéconomiques.

Les taux de mortalité de plus en plus élevés attribuables au diabète dans les groupes de revenu les plus faibles peuvent indiquer des taux supérieurs de diabète dans les groupes à faible revenu. Puisque le diabète est un facteur de risque des cardiopathies ischémiques, les personnes à faible revenu souffrant de diabète courent également un risque accru de cardiopathies ischémiques.

Les politiques publiques peuvent moduler l'effet des inégalités sur les risques de maladies cardiovasculaires en diminuant l'exposition aux facteurs de risque ou en facilitant l'adoption de comportements sains. Par exemple, en réglementant l'exposition au tabac dans l'industrie des services, où les salaires sont généralement inférieurs par rapport à ceux d'autres professions, on pourrait réduire le risque de maladies cardiovasculaires en diminuant l'exposition à un facteur de risque et en encourageant l'abandon du tabac.

Pour concevoir des interventions efficaces, la recherche doit également s'assurer de mieux comprendre l'action des différences socioéconomiques sur les résultats de santé.

Étant donné l'importance des déterminants sociaux de la santé, la capacité de fournir des données sur la mortalité et la morbidité en fonction des caractéristiques socioéconomiques familiales et individuelles, comme la scolarité, le métier, la race, l'origine ethnique et la date de l'immigration, est à la fois souhaitable et essentielle à tout système de surveillance des maladies cardiovasculaires.

Mesures à envisager

- Mettre en œuvre des politiques pour s'attaquer aux déterminants socioéconomiques de la santé cardiovasculaire.
- Axer les interventions sur les groupes à faible revenu, où la prévalence des facteurs de risque est élevée.
- Mener des recherches pour identifier les raisons des différences socioéconomiques dans les facteurs de risque cardiovasculaires et les résultats sur le plan de la santé.
- Inclure des indicateurs socioéconomiques de la santé dans le système de surveillance des maladies cardiovasculaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. *Effects of socioeconomic status and access to invasive cardiac procedures on mortality after acute myocardial infarction*. N Engl J Med 1999;341:1359-67.
- Anand SS, Yusuf S, Vuksan V, Devanesen S, Teo KK, Montague PA, et al. *Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada: the Study of Health Assessment and Risk in Ethnic groups (SHARE)*. Lancet 2000 Jul 22;356(9226):279-84.
- Barnett HJM, Meldrum H, Eliasziw M, for the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Collaborators. *The appropriate use of carotid endarterectomy*. CMAJ 2002;166:1169-79.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Les soins de santé au Canada 2002*. Disponible sur : URL: www.icis.ca
- Cox BD, Whichelow MJ, Prevost AT. *Seasonal consumption of salad vegetables and fresh fruit in relation to the development of cardiovascular disease and cancer*. Public Health Nutr 2000;3:19-29.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. *Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. Lancet 2002;360:2:1347-60.
- Hachinski V, Graffagnino C, Beaudry M, Bernier G, Buck C, Donner A, et al. *Lipids and stroke: a paradox revisited*. Arch Neurol 1996;53:303-8.
- Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa: Health Canada; 2002. Disponible sur : URL: http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ebic-femc98/pdf/ebic1998.pdf/index_f.html
- Heart Protection Study Collaborative Group. *MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high risk individuals: a randomized placebo-controlled trial*. Lancet 2002;360:7-22.
- IMS Health Canada. *Canadian Disease and Therapeutic Index*. Montreal: IMS Health Canada; 2001-2002. Disponible sur : URL: http://www.imshealthcanada.com/htmfr/5_1_3.htm
- Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. *Effects of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke*. Stroke 2002;39:266-76.
- Liu S, Manson JE, Lee IM, Cole SR, Hennekens CH, Willett WC, et al. *Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study*. Am J Clin Nutr 2000;72:922-8.
- Sheth T, Nair C, Nargundkar M, Anand S, Yusuf S. *Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, south Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: an analysis of 1.2 million deaths*. CMAJ 1999 Jul 27;161(2):132-8.
- Wilkins R, Berthelot J, Ng E. *Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996*. Health Rep 2002 (Volume 13 Supp):1-27.
- Wilson PWF, Hoeg JM, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AM, Poehlmann H, et al. *Cumulative effects of high cholesterol levels, high blood pressure, and cigarette smoking on carotid stenosis*. N Engl J Med 1997;337:516-22.

GLOSSAIRE

ANGINE DE POITRINE (CIM-9 413)

Manifestation symptomatique d'une cardiopathie ischémique, caractérisée par des crises de douleurs constrictives violentes déclenchées par l'effort ou le stress.

ANGIOPLASTIE

Dilatation d'un vaisseau sanguin au moyen d'un cathéter à ballonnet que l'on gonfle pour aplatir la plaque contre la paroi du vaisseau. Codes 48.00 à 48.09 et 51.59 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (angioplastie coronarienne transluminale percutanée).

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES

Nombre d'années que les Canadiens et Canadiennes, morts prématurément, n'ont pas vécues. Dans le calcul de ce nombre, on considère comme prématurés les décès avant l'âge de 75 ans. Puisque l'espérance de vie est en moyenne de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes, tout décès avant l'âge de 75 ans peut être utilisé comme moyenne pour les hommes et les femmes.

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES (CIM-9 410 à 414)

Tous troubles fonctionnels et affections du muscle cardiaque consécutifs à un arrêt ou à une réduction relative de l'irrigation sanguine du cœur. Le plus souvent causées par l'athérosclérose, elles englobent l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde, les autres formes de cardiopathies ischémiques chroniques et la mort subite.

CIM

Classification internationale des maladies — 9^e révision, 1977.

COMPUSCRIPT (*IMS Health, Canada*)

Compuscript fournit des estimations du nombre d'ordonnances délivrées mensuellement au Canada dans les pharmacies de détail. Les renseignements concernant les ordonnances délivrées sont recueillis par des moyens électroniques auprès d'un échantillon représentatif de presque 2 000 pharmacies. L'échantillon des pharmacies a été choisi pour représenter les pharmacies canadiennes et est stratifié par province, par type de magasin (chaîne ou indépendant) et taille de magasin (grand ou petit). Une fois les données brutes traitées électroniquement pour vérifier si elles sont complètes, des facteurs de projection sont utilisés pour obtenir des chiffres estimatifs pour tout le Canada.

CYCLE 1.1 DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC 1.1)

L'ESCC a été menée par Statistique Canada. Cette enquête fournit des estimations transversales de facteurs déterminants pour la santé, sur l'état de santé et sur l'utilisation du système de santé au niveau sous-provincial (région de santé ou combinaisons de régions de santé). La population ciblée par l'ESCC comprend les résidents de toutes les provinces et territoires à l'exception principalement des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées. Un répondant était choisi au hasard dans chaque foyer bien qu'on ait prévu un sur-échantillonnage de jeunes causé par l'interview d'un second membre de certains foyers. Lors du premier cycle de cueillette, seuls les répondants âgés de 12 ans et plus étaient admissibles. Le cycle 1.1 de l'ESCC a commencé à recueillir des données en septembre 2000 et l'échantillon était de 136 937 répondants, pour un taux de réponse de 84,7 %.

DIABÈTE

Le diabète est une affection associée à un trouble de la régulation du glucose sanguin.

DONNÉES PERSONNALISÉES

Information obtenue par Statistique Canada en compilant tous les départs d'hôpitaux pour une même personne afin de déterminer les résultats de santé.

ENDARTÉRIECTOMIE CAROTIDIENNE

Ablation de zones athéromateuses épaissies de la couche interne de l'artère carotide. Code 50.12 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux.

ENQUÊTE DE SURVEILLANCE DE L'USAGE DU TABAC AU CANADA (ESUTC)

L'enquête ESUTC a débuté en 1999 afin de fournir à Santé Canada et à ses partenaires des données fiables sur le tabagisme et les questions qui y sont reliées. L'objectif principal consiste à suivre les changements de statut face au tabagisme et à la quantité fumée, spécialement chez les populations les plus à risque de commencer à fumer, comme les 15 à 24 ans.

La population ciblée par l'enquête ESUTC regroupe toutes les personnes âgées de 15 ans et plus vivant au Canada, à l'exception des résidents du Yukon, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest ainsi que

Catégories d'excès de poids et d'obésité chez les adultes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) L'obésité débute à partir d'un IMC ≥ 30 kg/m ² .		
Catégories	IMC (kg/m ²)	Risque de problèmes de santé
Sous la normale	< 18,5	Faible (mais risque d'autres problèmes cliniques plus grands)
Étendue normale	18,5 à 24,9	Moyen
Excès de poids	25,0 à 29,9	Certain risque
Obèse	$\geq 30,0$	
Classe I	30,0 à 34,9	Modéré
Classe II	35,0 à 39,9	Élevé
Classe III	$\geq 40,0$	Très élevé

Ces valeurs sont indépendantes de l'âge et correspondent au même niveau de tissu adipeux d'une population à l'autre.
Source : *International Obesity Task Force* Site Web : http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/class_f.html

les résidents institutionnalisés à temps plein. Afin de permettre les comparaisons inter-provinciales de fiabilité approximativement comparable, l'échantillonnage de cette enquête est divisé selon les 10 provinces canadiennes. En 1999, l'échantillon comptait 22 013 individus. Le taux de réponse était de 82 %.

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

Taux élevé de cholestérol sérique, c'est-à-dire un taux de cholestérol sérique total égal ou supérieur à 5,2 mmol/l.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Une tension artérielle élevée égale ou supérieure à 90 mmHg de tension artérielle diastolique ou égale ou supérieure à 140 mmHg de tension artérielle systolique, ou l'état d'une personne soumise à un traitement pharmacologique ou non pharmacologique (régulation du poids ou restriction sodée) dans le but d'abaisser la tension artérielle.

IMPLANTATION D'UN STIMULATEUR CARDIAQUE

Implantation d'un dispositif électronique qui contrôle la fonction électrique du cœur et produit une impulsion électrique, au besoin. Codes 49.71 à 49.74 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux. Ces codes englobent les codes de procédures CIM-9 suivants : 37.70 à 37.74, 37.78, 37.80 à 37.83 et 37.94 à 37.96.

INCIDENCE

Nombre de nouveaux cas de maladie débutante ou nombre de personnes tombées malades au cours d'une période donnée dans une population particulière.

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Poids (en kilogrammes) divisé par la taille au carré (en mètres). Chez l'adulte d'âge moyen, l'IMC est étroitement lié à la masse adipeuse. Le risque de

diabète, d'hypertension artérielle ou de maladie coronarienne croît parallèlement à l'IMC. Comme aucun IMC particulier n'a été associé à un risque accru de maladie, les niveaux repères utilisés varient. Dans ce rapport, un IMC de 25 à 29,9 est considéré comme un excès de poids (ou embonpoint) et un IMC de plus de 30 est considéré comme de l'obésité.

INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (CIM-9 410)

Manifestation brutale d'une cardiopathie ischémique caractérisée par une nécrose du myocarde due à la formation d'un caillot dans le réseau artériel coronaire interrompant la circulation artérielle vers cette partie du muscle cardiaque irriguée par l'artère obstruée.

INSUFFISANCE CARDIAQUE (CIM-9 428)

Incapacité du cœur d'assurer la circulation nécessaire pour répondre aux besoins de l'organisme.

ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE (ICT)

Déficits neurologiques ou rétinien réversibles secondaires à une diminution de l'apport sanguin. Les symptômes durent moins de 24 heures et habituellement moins d'une demi-heure. La récupération est complète après 24 heures ou moins.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Toutes les maladies de l'appareil circulatoire classées d'après les codes 390 à 459 de la CIM-9. Elles comprennent l'infarctus aigu du myocarde, les cardiopathies ischémiques, les valvulopathies cardiaques, les maladies vasculaires périphériques, l'arythmie, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux.

TABLEAU A : Définition 5 catégories			
Code	Description	Revenu	Taille du ménage
1	Revenu le plus faible	Moins de 10 000 \$	1 à 4 personnes
		Moins de 15 000 \$	5 personnes ou plus
2	Revenu intermédiaire tranche inférieure	10 000 \$ à 14 999 \$	1 ou 2 personnes
		10 000 \$ à 19 999 \$	3 ou 4 personnes
		15 000 \$ à 29 999 \$	5 personnes ou plus
3	Revenu intermédiaire tranche moyenne	15 000 \$ à 29 999 \$	1 ou 2 personnes
		20 000 \$ à 39 999 \$	3 ou 4 personnes
		30 000 \$ à 59 999 \$	5 personnes ou plus
4	Revenu intermédiaire tranche supérieure	30 000 \$ à 59 999 \$	1 ou 2 personnes
		40 000 \$ à 79 999 \$	3 ou 4 personnes
		60 000 \$ à 79 999 \$	5 personnes ou plus
5	Revenu le plus élevé	60 000 \$ ou plus	1 ou 2 personnes
		80 000 \$ ou plus	3 ou 4 personnes

TABLEAU B : Définition 4 catégories			
Code	Description	Revenu	Taille du ménage
1	Revenu le plus faible	Moins de 15 000 \$	1 ou 2 personnes
		Moins de 20 000 \$	3 ou 4 personnes
		Moins de 30 000 \$	5 personnes ou plus
2	Revenu intermédiaire tranche inférieure	15 000 \$ à 29 999 \$	1 ou 2 personnes
		20 000 \$ à 39 999 \$	3 ou 4 personnes
		30 000 \$ à 59 999 \$	5 personnes ou plus
3	Revenu intermédiaire tranche supérieure	30 000 \$ à 59 999 \$	1 ou 2 personnes
		40 000 \$ à 79 999 \$	3 ou 4 personnes
		60 000 \$ à 79 999 \$	5 personnes ou plus
4	Revenu le plus élevé	60 000 \$ ou plus	1 ou 2 personnes
		80 000 \$ ou plus	3 ou 4 personnes

MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES (CIM-9 430 à 438)

Apparition soudaine d'un déficit neurologique focal dû à une maladie d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins du cerveau.

NIVEAU DE REVENU ADÉQUAT

Cette variable est dérivée pour 2 à 5 catégories en fonction du revenu et de la taille du ménage.

OBESITÉ

L'obésité se définit de différentes manières. Ce rapport se fonde sur la définition de l'OMS : sont obèses les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 .

PONTAGE CORONARIEN

Codes 48.1 à 48.19 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux.

PREMIÈRES NATIONS

Personnes inscrites comme étant des Indiens aux termes de la *Loi sur les Indiens* et dont le nom figure dans le Registre des Indiens tenu par le ministère canadien des Affaires indiennes et du Nord canadien.

PRÉVALENCE

Nombre de cas d'une maladie donnée ou de tout autre événement dans une population déterminée à un moment donné; ce terme renvoie habituellement à une situation qui existe à un moment précis dans le temps.

RAPPORT STANDARDISÉ DE MORTALITÉ (RSM)

Nombre, multiplié par 100, d'événements observés dans une population rapporté au nombre escompté d'événements si les taux spécifiques étaient les mêmes dans la population étudiée que dans la population type.

RISQUE RELATIF

Rapport entre le risque de maladie ou de décès parmi les personnes exposées à un facteur de risque et le risque dans une population non exposée.

SÉDENTARITÉ/INACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans les enquêtes nationales sur la santé de la population de 1994-1995 et 1996-1997, une personne était considérée comme physiquement inactive ou « sédentaire » si sa dépense énergétique quotidienne durant ses heures de loisir était habituellement inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

TABAGISME

Les personnes qui fument régulièrement au moins une cigarette par jour sont des fumeurs quotidiens. Les fumeurs englobent ceux qui fument chaque jour et les fumeurs occasionnels.

TAUX STANDARDISÉ POUR L'ÂGE

Taux qui représente ce que serait le taux brut dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population type. Il s'agit de la moyenne pondérée des taux par âge appliquée à une distribution standard de l'âge.

THROMBOLYSE

Dissolution par un agent pharmacologique d'un caillot logé dans une artère coronaire. Ces caillots ou thrombus sont composés de plaquettes, de fibrine, d'érythrocytes et de leucocytes et sont habituellement superposés ou adjacents aux plaques athéromateuses. On peut employer un agent pharmacologique (il en existe sept actuellement au Canada), en association avec d'autres traitements adjuvants, tels que les traitements à l'héparine, au bêtabloquant et à l'agent antiplaquettaire.

VALVULOTOMIE

Réparation ou remplacement d'une valvule cardiaque défectueuse. Codes 47.01 à 47.29 de la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux.



NOTES

Parce qu'il faut du temps pour vivre

Depuis des années, Bristol-Myers Squibb est un leader mondial en matière d'interventions destinées au traitement des maladies cardiovasculaires.

Notre compagnie est donc bien placée pour relever le défi de l'incidence accrue de maladies cardiovasculaires à l'échelle mondiale.

Notre objectif est de guérir et de prolonger la vie et par le fait même d'améliorer la santé et d'offrir plus de temps pour en profiter. La compagnie Bristol-Myers Squibb est fière de commanditer cette publication.



Bristol-Myers Squibb
Cardiovasculaire

Priorité à la recherche et au développement



L'essentiel c'est la santé



Nous sommes à vos côtés

avec une seule mission...

Créer une compagnie qui

se bat pour ce qui

compte le plus-votre santé-

Sanofi-Synthelabo, qui compte **32 000** employés dans plus de 100 pays, célèbre fièrement en 2003 ses 30 ans en tant que groupe pharmaceutique international.

Que nous ont enseigné ces 30 années **d'innovations extraordinaires**? L'excellence mène au succès. Notre plus grand privilège est de faire

une différence dans la vie des patients canadiens. Et cela commence par les efforts sincères que chacun de nous déploie chaque jour.

Nous avons actuellement 50 composés en cours de développement.

Au Canada, notre **engagement** envers l'amélioration de la santé et de la qualité de vie

des patients n'a jamais été aussi soutenu.

L'an dernier, Sanofi-Synthelabo Canada a **investi plus de 10 millions** de dollars dans la recherche clinique à l'échelle nationale. L'équipe canadienne de recherche clinique mène actuellement plus de 20 essais cliniques dans plus de 250 centres au pays.

Ce sont là des **nouvelles prometteuses** pour les patients de nos principaux secteurs de traitement : maladies cardiovasculaires et thromboses, système nerveux central, oncologie et médecine interne.

www.sanofi-synthelabo.com

© Sanofi-Synthelabo SA, 174, Avenue de France, 75635 Paris, France
Sanofi-Synthelabo Canada Inc. 15 Allstate Parkway, Markham, Ontario L3R 5B4

sanofi~synthelabo

La Fondation des maladies du cœur remercie les entreprises dont le nom apparaît à l'intérieur des pages couvertures avant et arrière de cet ouvrage, pour leur soutien financier ayant rendu possible la réalisation de ce document. Cet appui financier ne signifie en aucune façon que la Fondation recommande ou conseille les produits ou services offerts par ces entreprises.