



LES MALADIES DU CŒUR AU CANADA

FAITS SAILLANTS DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

APERÇU DU FARDEAU

Au Canada, les maladies du cœur sont la deuxième principale cause de mortalitéⁱ après le cancer, et l'une des principales causes d'hospitalisationⁱⁱ. Les cardiopathies ischémiques, le type le plus fréquent de maladie du cœur, est la première cause d'années de vie perduesⁱⁱⁱ (années perdues en raison d'un décès prématuré) et vient au deuxième rang de la principale cause d'années de vie corrigées de l'incapacité^{iv} (nombre d'années perdues à cause d'un décès prématuré ou en raison du temps passé dans un état de santé fonctionnel qui n'est pas optimal).

LA PRÉSENTE PUBLICATION PRÉSENTE des données tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques* sur les cardiopathies ischémiques, l'infarctus aigu du myocarde et l'insuffisance cardiaque. L'infarctus aigu du myocarde (ou crise cardiaque) constitue le symptôme le plus commun de la cardiopathie ischémique. Par conséquent, l'infarctus aigu du myocarde est présenté dans ce document comme étant un sous-groupe de celle-ci.

QUI PRÉSENTE UNE MALADIE DU CŒUR AU CANADA?

COMBIEN DE CANADIENS VIVENT AVEC UNE MALADIE DU CŒUR? (PRÉVALENCE)

- Selon les données les plus récentes de 2012–2013, environ 2,4 millions (8,5 %) Canadiens âgés de 20 ans ou plus vivent avec une cardiopathie ischémique diagnostiquée, incluant 578 000 (2,1%) ayant déjà subi une crise cardiaque.
- Environ 669 600 (3,6%) Canadiens âgés de 40 ans ou plus vivent avec de l'insuffisance cardiaque diagnostiquée.

QUE SONT LES MALADIES DU CŒUR

Les maladies du cœur apparaissent lorsque l'apport sanguin au cœur diminue. Elles renvoient à un éventail de maladies qui touchent le cœur qui comprennent notamment les cardiopathies ischémiques (qui peuvent mener à un infarctus aigu du myocarde), l'angine, l'arythmie, la fibrillation auriculaire et l'insuffisance cardiaque, parmi tant d'autres.

COMBIEN DE CANADIENS SONT NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS AVEC UNE MALADIE DU CŒUR CHAQUE ANNÉE? (INCIDENCE)

- Environ 158 700 (6,1 pour 1 000) Canadiens âgés de 20 ans ou plus ont reçu un nouveau diagnostic de cardiopathie ischémique. Plus spécifiquement, environ 63 200 (2,3 per 1 000) ont subi un premier infarctus aigu du myocarde.
- Approximativement 92 900 (5,2 pour 1 000) Canadiens âgés de 40 ans ou plus ont reçu un nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque.



MORTALITÉ TOUTES CAUSES CONFONDUES

Le risque de décès augmente à mesure que la maladie évolue et que les symptômes s'aggravent. Comparativement aux personnes non atteintes d'une maladie du cœur, les adultes canadiens vivant avec une

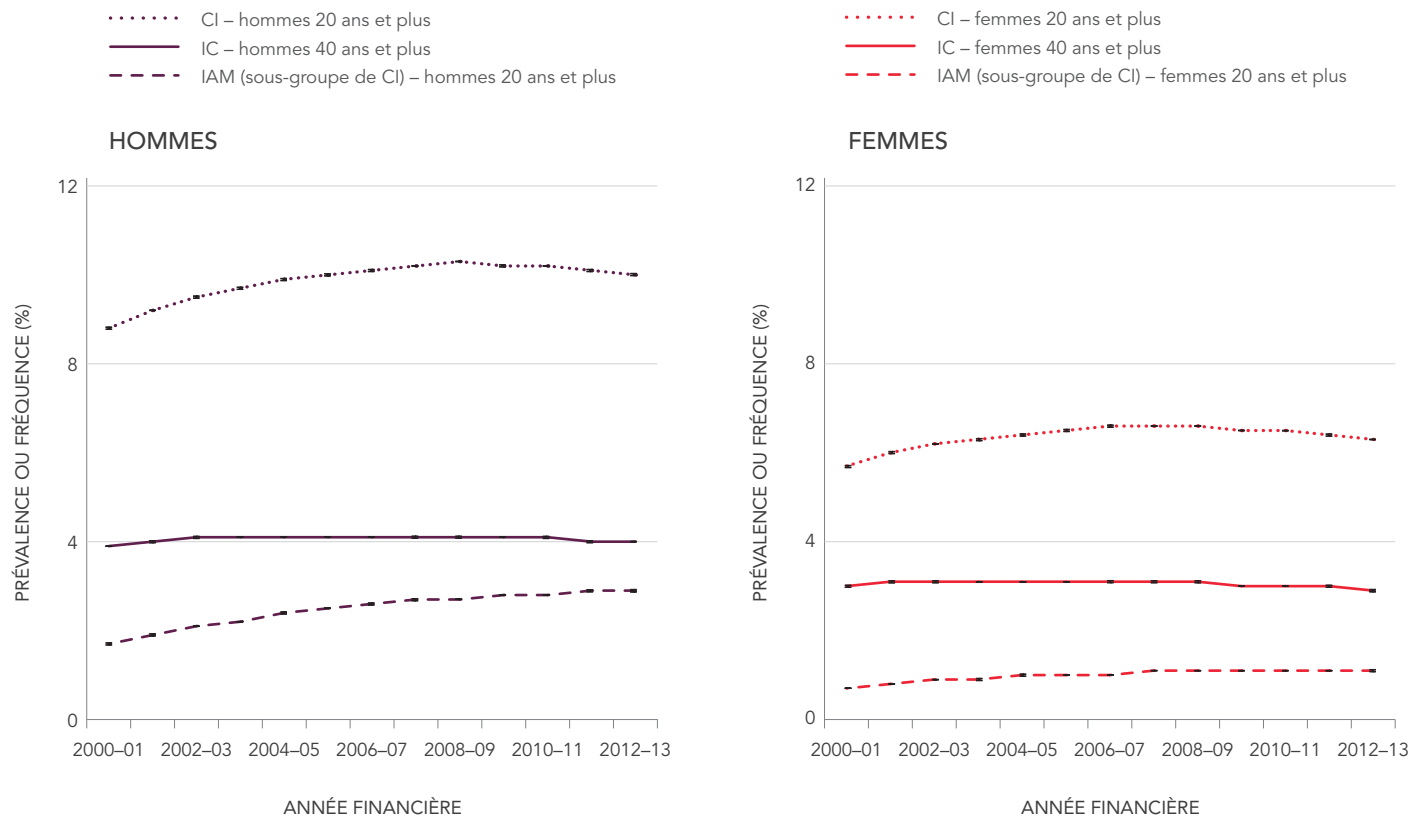
cardiopathie ischémique diagnostiquée, ayant subi une crise cardiaque et vivant avec de l'insuffisance cardiaque diagnostiquée étaient respectivement, trois, quatre et six fois plus susceptibles de mourir prématurément.

LES MALADIES DU CŒUR CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES

La prévalence et l'incidence des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque diagnostiquées sont systématiquement plus élevées chez les hommes que chez les femmes (**figures 1 et 2**). La différence attribuable au sexe est plus évidente dans le cas de l'infarctus aigu du myocarde. En moyenne, les hommes sont deux fois plus susceptibles que les femmes de subir une crise cardiaque.

En outre, l'écart entre les hommes et les femmes pour ce qui est du nombre total d'infarctus aigu du myocarde augmente constamment au fil du temps. On dénombrait environ 80 000 infarctus aigu du myocarde de plus chez les hommes que chez les femmes en 2000–2001, alors que ce chiffre atteint juste au-delà de 200 000 en 2012–2013.

FIGURE 1 : Prévalence (%) standardisée[†] selon l'âge des cardiopathies ischémiques (CI) et de l'insuffisance cardiaque (IC) et fréquence (%) des infarctus aigu du myocarde (IAM) selon le sexe, Canada*, de 2000–2001 à 2012–2013

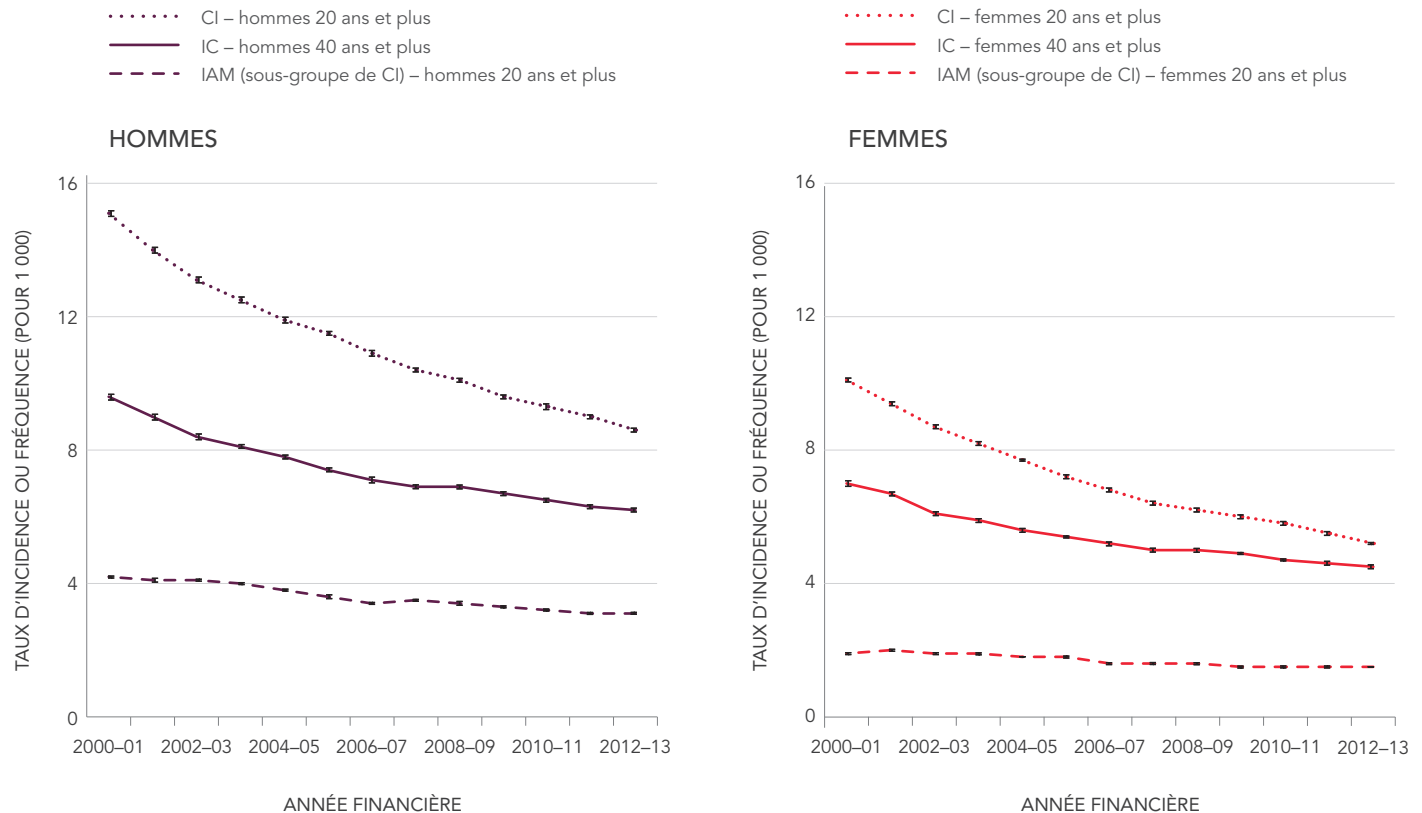


[†] Les estimations ont été standardisées selon la structure d'âge de la population canadienne en 2011. * Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la valeur réelle 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques fournis par les provinces et territoires, mai 2016.

FIGURE 2 : Taux d'incidence (pour 1 000) standardisés[†] selon l'âge des cardiopathies ischémiques (CI) et de l'insuffisance cardiaque (IC) et fréquence (pour 1 000) d'un premier infarctus aigu du myocarde (IAM) selon le sexe, Canada*, de 2000–2001 à 2012–2013



[†] Les estimations ont été standardisées selon la structure d'âge de la population canadienne en 2011. * Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la valeur réelle 19 fois sur 20.

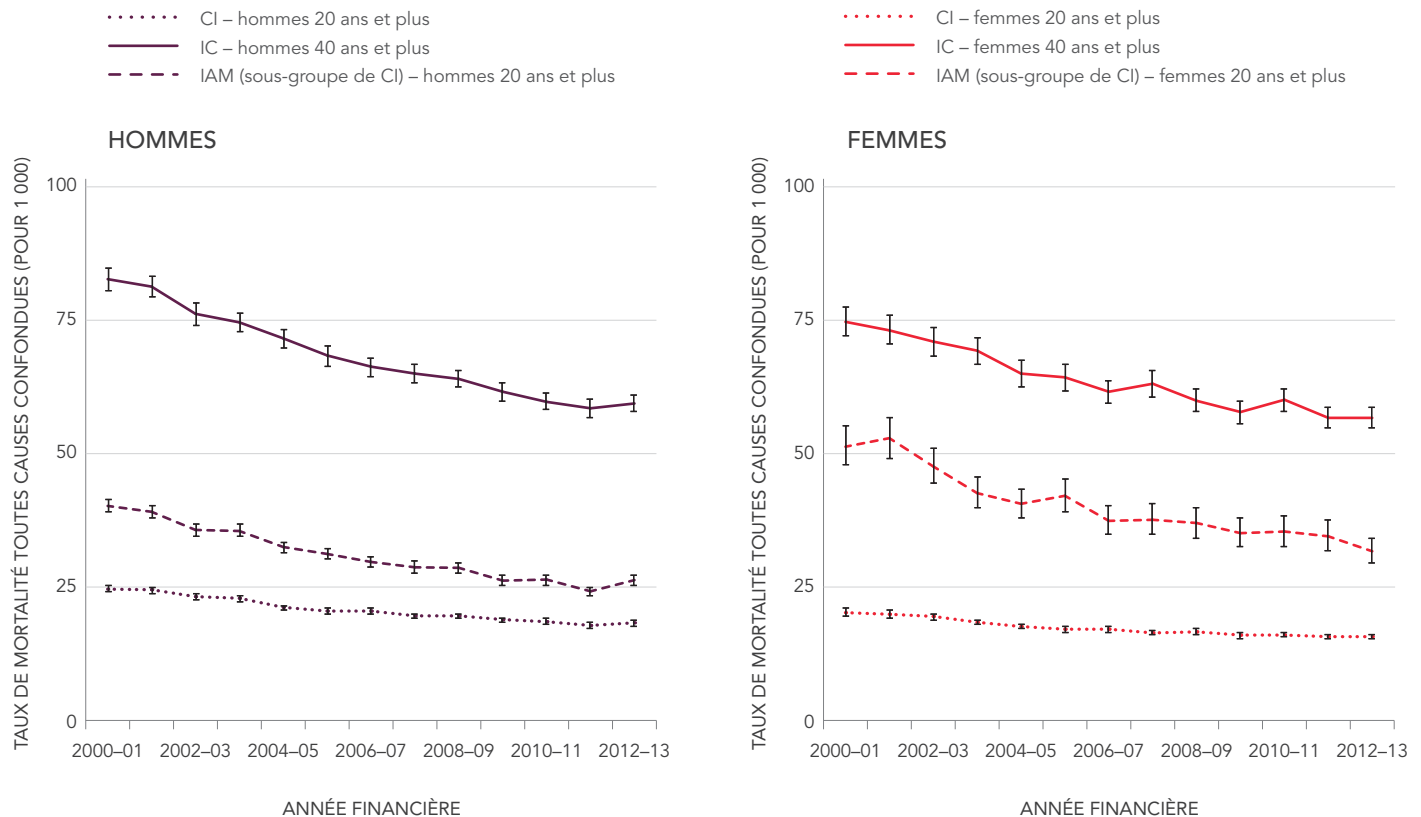
SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques fournis par les provinces et territoires, mai 2016.

Les hommes vivant avec une cardiopathie ischémique et de l'insuffisance cardiaque diagnostiquées sont respectivement, 20 % et 10 % plus susceptibles de mourir, en moyenne, que les femmes (**figure 3**). Pour les deux maladies, l'écart entre les sexes s'amenuise avec le temps. Enfin, les femmes ayant subi une crise cardiaque sont, en moyenne, 30 % plus susceptibles de mourir que les hommes ayant aussi subi une crise cardiaque (**figure 3**).

Le fait que les femmes ayant eu une crise cardiaque soient plus susceptibles que les hommes de décéder prématurément a déjà été documenté. En général, la

disparité est plus grande chez les femmes plus jeunes et d'âge moyen. Ce phénomène peut notamment s'expliquer par le fait que les femmes présentent un plus grand nombre de comorbidités (p. ex. diabète, obésité et dépression) que les hommes, des symptômes plus subtils (p. ex. faiblesse, essoufflement) et parfois l'absence d'une douleur à la poitrine, ce qui entraîne un sous diagnostic, un plus grand délai avant que la personne se présente à l'hôpital après l'apparition des symptômes et un plus grand nombre de complications hémorragiques après l'administration de certains traitements^{v, vi, vii}.

FIGURE 3 : Taux de mortalité (pour 1 000), toutes causes confondues, standardisés[†] selon l'âge chez les Canadiens atteints d'une cardiopathie ischémique (CI), y compris ceux ayant eu un infarctus aigu du myocarde (IAM), et ceux atteints d'insuffisance cardiaque (IC) selon le sexe, Canada*, de 2000–2001 à 2012–2013



[†] Les estimations ont été standardisées selon la structure d'âge de la population canadienne en 2011. * Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la valeur réelle 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques fournis par les provinces et territoires, mai 2016.

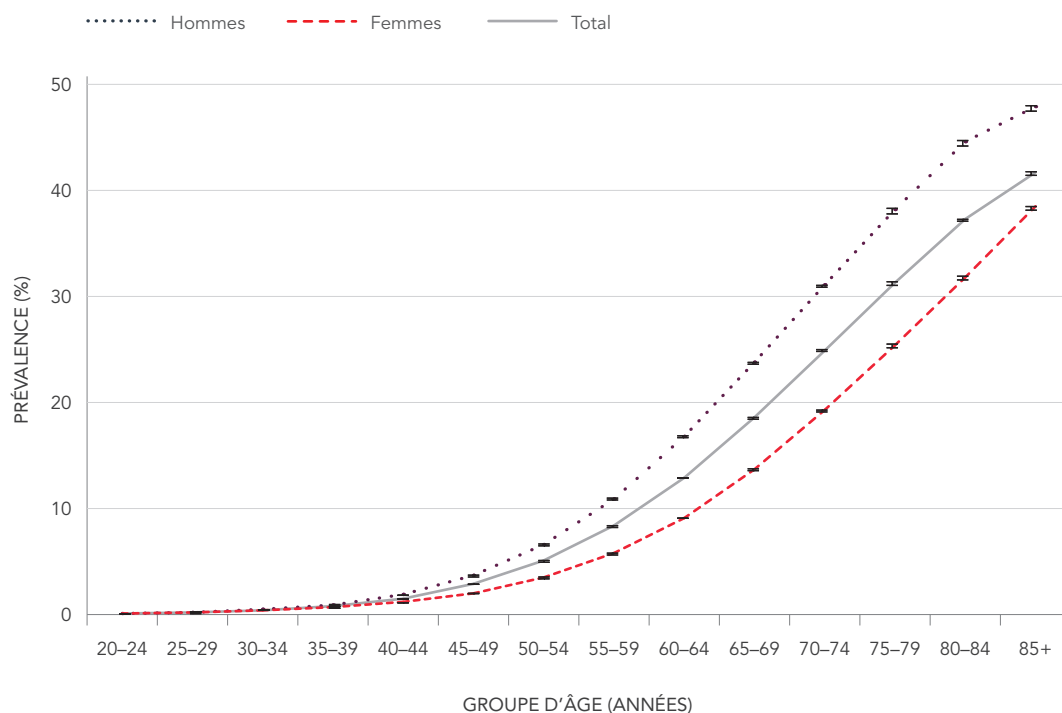
LES MALADIES DU CŒUR SONT PLUS FRÉQUENTES AVEC LE VIEILLISSEMENT DES CANADIENS

La prévalence des cardiopathies ischémiques diagnostiquées augmente avec le vieillissement (**figure 4**) et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge. Une tendance similaire est observée pour l'infarctus aigu du myocarde et l'insuffisance cardiaque (non illustrée). Par exemple, les hommes âgés de 25 à 44 ans sont en moyenne environ quatre fois plus susceptibles de subir une crise cardiaque que les femmes du même groupe d'âge. Néanmoins, lorsque les femmes et les hommes ont plus de 65 ans, l'écart entre les sexes diminue. De fait,

en 2012–2013, on dénombre presque deux fois plus de femmes de 85 ans et plus ayant reçu un nouveau diagnostic de cardiopathie ischémique que d'hommes du même âge. Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles risquent davantage de recevoir un diagnostic de maladie du cœur à un âge avancé.



FIGURE 4 : Prévalence (%) des cardiopathies ischémiques (CI) chez les personnes âgées de 20 ans ou plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada*, 2012–2013



* Les données du Yukon n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la valeur réelle 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques fournis par les provinces et territoires, mai 2016.

LES MALADIES DU COEUR PEUVENT ÊTRE ÉVITÉES

Bien que le risque de développer une maladie du cœur augmente avec l'âge et pour ceux et celles ayant des antécédents familiaux de maladie du cœur, il est possible de modifier son mode de vie afin de diminuer un tel risque. Le fait d'éviter de fumer, de faire de l'activité physique sur une base régulière, avoir une

saine alimentation, maintenir un poids santé, gérer son stress ainsi que le diagnostic et le traitement précoces de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie peuvent aider à réduire les chances de développer une maladie du cœur.

POUR EN APPRENDRE D'AVANTAGE SUR LES MALADIES DU CŒUR :

- VISITEZ** www.canada.ca et **RECHERCHEZ** : maladies du cœur
- OBTENEZ DES DONNÉES** <http://infobase.phac-aspc.gc.ca>
- SUIVEZ-NOUS** https://twitter.com/aspc_gc
- AIMEZ-NOUS** <https://fr-ca.facebook.com/Agence-de-la-sant%C3%A9-publique-du-Canada-14498271095>
- CONSULTEZ AUSSI** www.coeuretavc.ca

* À PROPOS DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document proviennent du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance des maladies chroniques géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le SCSMC permet de recenser les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé des provinces et territoires, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les dossiers de sorties des patients des hôpitaux, qui sont jumelées aux registres de l'assurance-maladie des provinces et des territoires à l'aide d'un identifiant unique. Les données sur tous les résidents admissibles au régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (qui représentent environ 97 % de la population canadienne) sont saisies dans les registres de l'assurance-maladie.

Les tendances relatives aux taux d'incidence reflètent peut-être un changement réel de l'état de santé de la population, mais peuvent également être fonction de l'évolution des méthodes de collecte de données,

des systèmes de codage et de classification, des pratiques cliniques, des modes de facturation ou autres.

Définitions des maladies : 1) les personnes ayant une cardiopathie ischémique diagnostiquée sont celles âgées de 20 ans et plus ayant au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de la Classification internationale des maladies ou de procédure pour une cardiopathie ischémique ou au moins deux réclamations de facturation des médecins au cours d'une année donnée; 2) les personnes ayant eu une crise cardiaque sont celles âgées de 20 ans et plus ayant été admises à l'hôpital et ayant reçu un code diagnostique de la Classification internationale des maladies pour une crise cardiaque et 3) les personnes ayant de l'insuffisance cardiaque diagnostiquée sont celles âgées de 40 ans et plus ayant au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de la Classification internationale des maladies pour de l'insuffisance cardiaque ou au moins deux réclamations de facturation des médecins au cours d'une année donnée.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été rendu possible grâce à la collaboration entre l'ASPC et l'ensemble des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada, ainsi qu'à la contribution des spécialistes du Groupe de travail sur les maladies du cœur du SCSMC. Ce feuillet d'information a été élaboré par l'ASPC. Ainsi, aucun endossement de la part des provinces et des territoires ne devrait être perçu.

RÉFÉRENCES

- i Statistique Canada. Tableau 102-0561 – Les 10 principales causes de décès, 2012. CANSIM (base canadienne de données sur les décès) [En ligne]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 10 décembre 2015 [consulté le 14 septembre 2016]. Disponible : www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14296-fra.htm
- ii Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs d'hospitalisation, de chirurgie et d'accouchement en 2013–2014 [En ligne]. Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé; 2015 Mar 5 [consulté le 14 sept 2016]. Disponible : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2805&media=0>
- iii GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 (*Disponible en anglais seulement*). *Lancet*. 2016 Oct 8; 388(10053):1459–1544.
- iv GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 (*Disponible en anglais seulement*). *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1603–58.
- v Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex differences in acute coronary syndrome symptom presentation in young patients (*Disponible en anglais seulement*). *JAMA Intern Med* 2013 Nov 11;173(20):1863–71.
- vi Leifheit-Limson EC, D'Onofrio G, Daneshvar M, Geda M, Bueno H, Spertus JA, et al. Sex differences in cardiac risk factors, perceived risk, and health care provider discussion of risk and risk modification among young patients with acute myocardial infarction: the virgo study (*Disponible en anglais seulement*). *J Am Coll Cardiol* 2015 Nov 3;66(18):1949–57.
- vii Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association (*Disponible en anglais seulement*). *Circulation* 2016 Mar 1;133(9):916–47.