



L'accident vasculaire cérébral aigu est un arrêt soudain des fonctions cérébrales qui se produit lorsque la circulation sanguine qui alimente une partie du cerveau en oxygène s'interrompt.

Il existe trois types principaux d'accidents vasculaires cérébraux, soit les suivants : l'accident ischémique cérébral (l'interruption du débit sanguin vers le cerveau en raison d'un caillot); l'hémorragie intracérébrale (saignement dans le cerveau); l'hémorragie sous-arachnoïdienne atraumatique (rupture d'un anévrisme à la base du cerveau causant un saignement dans la membrane du cerveau).

Bien que les trois types peuvent entraîner une perte de fonction, ils varient par rapport aux personnes qu'ils touchent principalement, à leurs causes, à leurs traitements et à leurs résultats.

Les AVC entraînent des répercussions importantes au Canada.

- En 2009, environ 315 000 Canadiens (1,1 %) ont déclaré souffrir des conséquences d'un AVC¹. Cette estimation exclut les personnes vivant en institution, et c'est un fait connu que de nombreux survivants nécessitant des soins de réadaptation à la suite d'un AVC vivent dans des établissements de soins continus complexes.
- Les AVC sont une des causes principales de décès et d'incapacité, dont le coût en matière de soins de santé et de pertes de productivité attribuable aux décès prématurés et aux invalidités de longue durée était estimé à 3,6 milliards de dollars en 2000².
- En 2005-2006, les AVC étaient enregistrés comme la cause principale de 38 341 hospitalisations. Ils ont également été enregistrés comme une complication médicale dans 12 123 autres hospitalisations^{3,4}.
- En 2007, 11 276 décès ont été attribués aux AVC. Ceux-ci ne sont pas uniquement à l'origine du décès des personnes âgées: 1 159 personnes âgées de moins de 65 ans (10,3 % de tous les décès associés aux AVC) sont décédées à la suite d'un AVC en 2007^{4,5}.
- Les données d'hospitalisation et de décès sous-estiment le nombre réel d'AVC au Canada. Actuellement par exemple, les données d'hospitalisation ne comprennent pas les AVC entraînant un décès avant que la personne n'arrive à l'hôpital, ni les AVC silencieux (qui ne présentent aucun symptôme), à la suite desquels les personnes ne consultent pas nécessairement un médecin. L'Agence de la santé publique du Canada élargit la portée de son Système national de surveillance des maladies chroniques dans le but de recueillir ces données.



Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada

Faits saillants sur les AVC 2011

Les AVC entraînent des répercussions importantes sur les personnes et les familles.

- Entre un tiers et deux tiers des survivants d'un AVC seront touchés par une perte de fonction physique, cognitive ou relative à la communication nécessitant une certaine forme de réadaptation⁶.
- En 2005-2006, 41,7 % des personnes hospitalisées à la suite d'un AVC sont retournées à leur domicile, 39,5 % ont été transférées dans un autre établissement et 18,3 % sont décédées à l'hôpital^{3,4}. Qu'ils soient retournés chez eux ou transférés dans un autre établissement, la réadaptation aide les survivants d'un AVC à accroître la force et la confiance de vivre le plus indépendamment possible.

Il est possible de prévenir les AVC.

- Il est possible de grandement réduire le risque d'un AVC grâce à l'abstinence au tabac, à la pratique régulière d'activité physique, à la gestion efficace du stress, à l'adoption d'une saine alimentation (incluant une alimentation faible en sodium), au maintien d'un poids santé et au dépistage hâtif ainsi qu'à la gestion des problèmes de santé, tels que la fibrillation auriculaire, le flutter auriculaire, l'hypertension artérielle, le taux élevé de cholestérol et le diabète.
- De nombreux Canadiens sont à risque d'être victimes d'un AVC en raison des facteurs présentés ci-dessous.

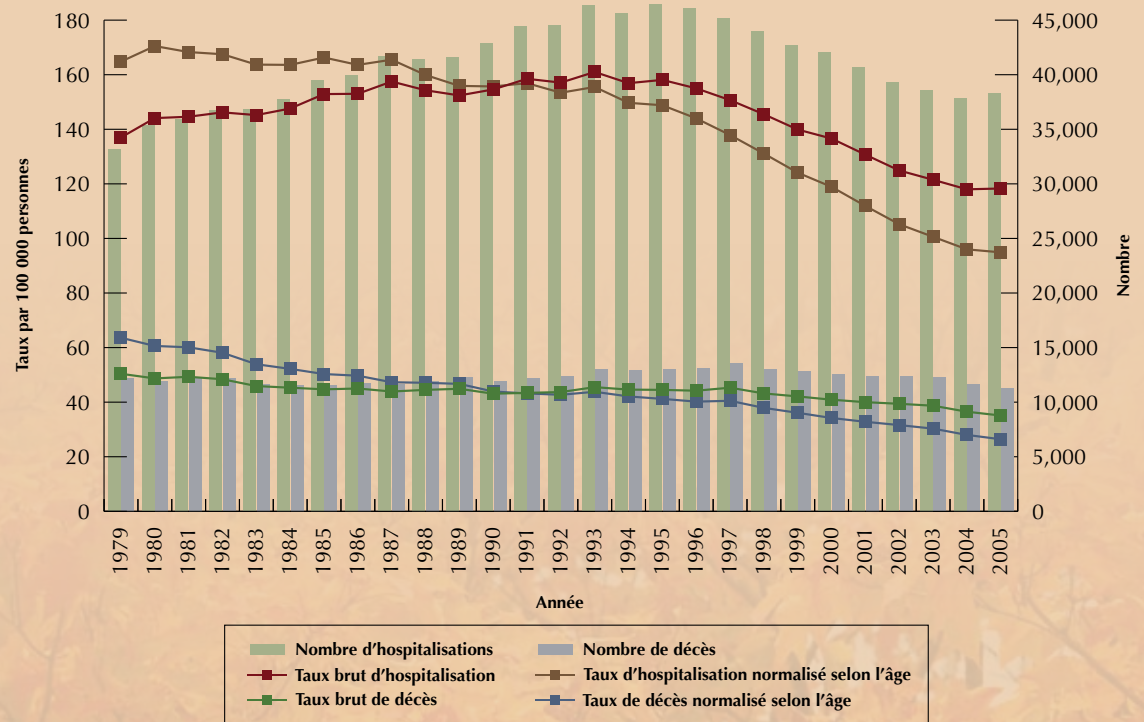
Proportion (%) de la population composée de personnes âgées de 20 ans et plus ayant :

Des comportements à risque	%
Tabagisme (fumeurs quotidiens) ⁷	14,1
Sédentarité ($0 \leq$ dépense énergétique quotidienne $\leq 1,5$ kcal/kg/jour) ¹	47,8
Consommation insuffisante de fruits et de légumes (<5 portions quotidiennes) ¹	54,9
Consommation de sel :	
Consommation de certains aliments malgré leur teneur en sel ¹	43,1
Ajout de sel aux aliments (à l'exception de la cuisson) (toujours ou souvent) ⁸	23,2
Ajout de sel au cours de la cuisson ou de la préparation (toujours ou souvent) ⁸	41,0
Niveau de stress (assez élevé ou extrêmement élevé) ¹	24,1
Consommation régulière d'alcool ¹	65,1
Des affections sous-jacentes	
Dépression (≥ 2 semaines) ¹	11,4
Hypertension artérielle ⁹	22,7
Surplus de poids ($25-30$ kg/m ²) ⁸	37,3
Obésité (≥ 30 kg/m ²) ⁸	24,4
Diabète ¹⁰	8,0
Hypercholestérolémie ($\geq 6,2$ mmol/L) ^{8,11}	13,1
Rapport apoB-apoA présentant un risque élevé ^{8,12}	
Femmes ($\geq 0,8$) ¹³	16,3
Hommes ($\geq 0,9$)	15,6
Maladie cardiovasculaire ¹	5,1
Personne souffrant des conséquences d'un AVC ¹	1,2

- L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque déterminant pour les AVC. En 2006-2007, 5,8 millions de Canadiens âgés de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic d'hypertension artérielle. Plus d'un adulte sur cinq atteint d'hypertension artérielle (22,7 %) souffre également de diabète^{4,9}.
- Le diabète est un facteur de risque déterminant pour plusieurs maladies chroniques, et le taux de personnes atteintes de cette condition augmente au fil du temps. En 2006-2007, 2,1 millions de personnes avaient reçu un diagnostic de diabète au Canada. En 2006-2007 seulement, plus de 200 000 Canadiens ont reçu un diagnostic de diabète pour la première fois^{4,10}.
- Le contrôle de l'hypertension artérielle s'améliore; de 2007 à 2009, deux tiers des Canadiens atteints de cette condition contrôlaient leur état à l'aide de médicaments¹⁴. Cependant, il est nécessaire de se concentrer de façon soutenue sur la prévention.
- Actuellement, 9,5 % des Canadiens reçoivent un traitement comprenant des agents hypolipidémisants. Au sein de la population canadienne adulte ne prenant pas de médicaments hypolipidémisants, 33,8 % ont un taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (cholestérol LDL) optimal (<2,59 mmol/L), 50,7 % ont un taux de cholestérol LDL sous-optimal (2,59 - <4,14 mmol/L), et 15,5 % ont un taux de cholestérol LDL élevé ou très élevé ($\geq 4,14$ mmol/L)⁸. Selon les recommandations actuelles, les personnes dont le taux de cholestérol LDL est de $\geq 5,0$ mmol/L devraient recevoir un traitement comprenant des médicaments hypolipidémisants¹⁵. Pour les personnes dont le taux de cholestérol LDL est sous-optimal ($>3,5$ mmol/L), les stratégies thérapeutiques visant à diminuer le risque d'AVC sont fondées sur l'évaluation des risques de chacun, qui tient compte de différents facteurs à la fois, dont l'âge, le diabète, le tabagisme, la pression artérielle, le cholestérol, le taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (cholestérol HDL) et/ou l'indice de masse corporelle¹⁵.

Diminution du nombre d'hospitalisations et de décès associés aux AVC au fil du temps.

Nombre et taux d'hospitalisations et de décès associés aux AVC, Canada, 1979-2005^{3,5}

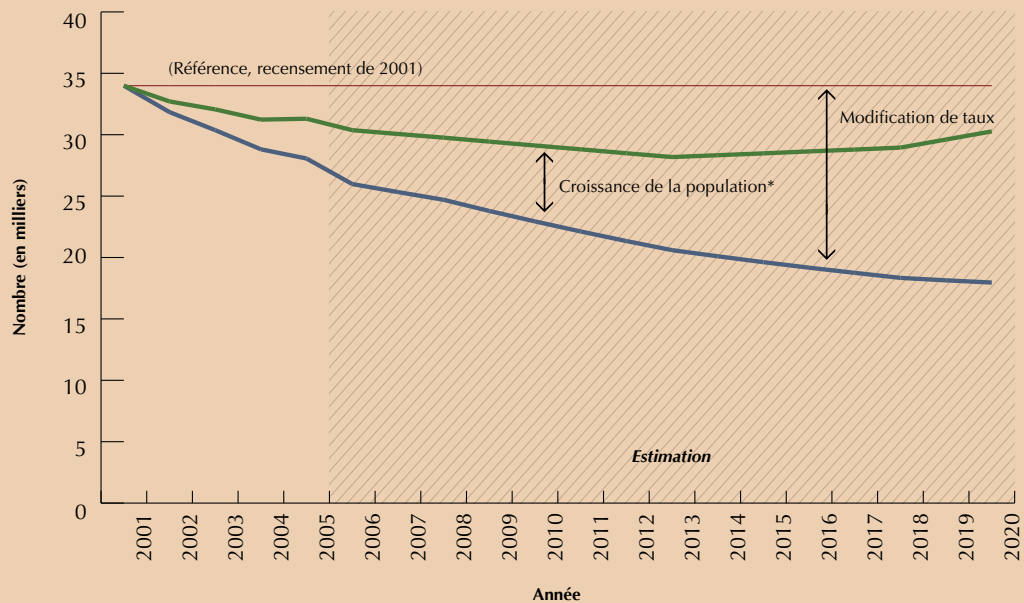


Remarques :

- Données normalisées en fonction de la population canadienne en 1991.
- Le code de cette affection a changé en 2000-2001, ce qui peut avoir une influence sur les tendances.
- Les hospitalisations sont fondées sur le diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital.
- Avant 1993-1994, les hospitalisations comprenaient uniquement celles des dix provinces canadiennes. Les données d'hospitalisation du Nunavut ne sont pas disponibles pour 2002-2003.

- Le vieillissement de la population a entraîné une hausse des hospitalisations et des décès associés aux AVC jusqu'au début des années 1990. Depuis, malgré le vieillissement constant de la population, le nombre et le taux d'hospitalisations et de décès diminuent progressivement dans tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.
- En plus de la diminution du nombre d'hospitalisations au fil du temps, le nombre de retours à l'hôpital en raison d'un AVC a lui aussi diminué.
- La diminution du nombre d'hospitalisations et de chaque AVC subséquent peu résulter de l'efficacité des mesures de prévention, mais elle peut aussi découler de la modification des habitudes de traitement, comme la prise en charge et le traitement des AVC légers, des accidents ischémiques transitoires et des patients ayant souffert d'un AVC dans des programmes communautaires, et non dans des hôpitaux.

Tendance prévue concernant les hospitalisations associées à un AVC, Canada, 2001-2020^{3,16}



* Le vieillissement au sein de la population âgée de 60 ans et plus a une très faible influence.

Remarques :

- Données fondées sur une population âgée de 60 ans et plus.
- Prévisions fondées sur une analyse des tendances relatives au taux d'atteinte, à la croissance de la population et au vieillissement de la population.
- Les données exactes sur la morbidité étaient disponibles pour 2005.

- Largement influencée par le vieillissement de la génération du bébé-boum, la diminution du nombre d'hospitalisations associées aux AVC qui a été observée par le passé devrait se stabiliser et ce nombre pourrait même augmenter dans les années à venir^{3,16}.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les AVC, veuillez consulter le rapport intitulé «2009 Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada», publié par l'Agence de la santé publique du Canada.

www.phac-aspc.gc.ca

- 1 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (données de 2009) (Statistique Canada). Les données sont autodéclarées et les répondants sont âgés de 20 ans et plus, à l'exception des statistiques générales sur les AVC, qui se fondent sur une population composée de personnes âgées de 12 ans et plus.
- 2 Le fardeau économique de la maladie au Canada (données de 2000) (Agence de la santé publique du Canada).
- 3 Base de données sur la morbidité hospitalière (données de 2005-2006) (Institut canadien d'information sur la santé).
- 4 Il est possible que les données soient biaisées en raison de modifications apportées au codage et de sa précision accrue.
- 5 Base canadienne de données sur l'état civil (données de 2007) (Statistique Canada).
- 6 Institut canadien d'information sur la santé (2009). Les facteurs de probabilité de retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral. *Analyse en bref*. Adresse URL : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_2070_E&cw_topic=2070&cw_rel=AR_2891_E (consulté le 18 mai 2010).
- 7 Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (données de 2009) (Statistique Canada). Les données sont autodéclarées et les répondants sont âgés de 20 ans et plus.
- 8 Enquête canadienne sur les mesures de la santé (données de 2007 à 2009) (Statistique Canada). Les données proviennent de répondants âgés de 20 ans et plus et se fondent sur des données mesurées le cas échéant.
- 9 Agence de la santé publique du Canada (2010). Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010. 26p. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/ccdss-snsmc-2010/index-eng.php> (consulté le 10 janvier 2011).
- 10 Agence de la santé publique du Canada (2009). Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010. 26p. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ndssdic-snsddac-09/index-eng.php> (consulté le 10 janvier 2011).
- 11 Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (2001). *National Cholesterol Education Program: ATP III Guidelines At-A-Glance Quick Desk Reference*. Numéro de publication du NIH 01-3305.
- 12 Walldius G, Jungner I. (2006). The apoB/apoA-I ratio: a strong, new risk factor for cardiovascular disease and a target for lipid-lowering therapy – a review of the evidence. *Journal of Internal Medicine*; n° 259, p. 493-519.
- 13 Variabilité d'échantillonnage élevée; interpréter avec prudence.
- 14 Wilkins K, Campbell NR, Joffres MR, McAlister FA, Nichol ME, Quach S, et coll. (2010). Tension artérielle des adultes au Canada. *Rapports sur la santé*; vol. 21, n° 1.
- 15 Genest J, McPherson R, Frohlich J, et coll. (2009). *Lignes directrices 2009 de la Société canadienne de cardiologie pour diagnostiquer et traiter la dyslipidémie et prévenir la maladie cardiovasculaire chez l'adulte. Recommandations de 2009. Can J Cardiol*, vol. 25, n° 10, p. 567-579.
- 16 Les prévisions ont été obtenues à l'aide du logiciel Nordpred, qui utilise un modèle de cohortes en fonction d'une période d'âge pour prévoir les taux futurs. Les taux estimés sont multipliés par les prévisions sur la population publiées par Statistique Canada dans le but d'estimer le nombre de retours à domicile.