



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

1 - Problématique

En dépit de grands progrès réalisés au cours des dernières décennies dans la réduction de la mortalité, les maladies cardiovasculaires (MCV) ou maladies de l'appareil circulatoire continuent d'être un fardeau important pour la population québécoise. Elles sont la cause de plus du quart des décès au Québec en 2007, ce qui en fait la deuxième cause principale de mortalité derrière les tumeurs ([ISQ, 2010](#)). De plus, la prévalence des maladies cardiaques et de certains facteurs de risque y étant associés est en augmentation dans toutes les provinces canadiennes ([Lee et collab, 2009](#)). La baisse de la mortalité et la hausse de la prévalence s'expliquent par un traitement plus efficace et par le vieillissement de la population. Par contre, ces changements modifient le profil clinique de la maladie qui est plus difficile à traiter à l'âge avancé ([Tu et collab, 2009](#)).

Que signifient « maladies cardiovasculaires¹ »?

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Les [cardiopathies ischémiques](#) ou coronariennes (qui incluent l'infarctus du myocarde) et l'insuffisance cardiaque touchent les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque et sont les MCV les plus fréquentes. Les [maladies cérébrovasculaires](#) touchent les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau et les [maladies vasculaires périphériques](#) touchent les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes. D'autres groupes de MCV sont: les malformations cardiaques congénitales, les cardiopathies rhumatismales, les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires ([OMS, 2009](#); [Daigle, 2006](#))

Voici une liste détaillée de toutes [les maladies de l'appareil circulatoire](#), classifiée selon la 10^{ième} classification internationale des maladies (CIM-10).

Quelles sont les causes?

L'athérosclérose est la cause physiologique de la plupart des maladies de l'appareil circulatoire ([Garas et Zafari, 2009](#); [OMS, 2009](#)). La théorie la plus acceptée de l'athérosclérose serait que ce processus représente une tentative de guérison en réponse à des dommages créés aux artères. Ainsi, l'athérosclérose surviendrait à la suite d'une interaction complexe entre des blessures aux parois internes des vaisseaux et des dépôts adipeux (ou plaques graisseuses). Un processus complexe d'inflammation chronique serait également un élément à considérer ([OMS, 2009](#); [Fondation des maladies du cœur du Québec, 2009](#)).

¹ Maladies cardiovasculaires (MCV) et maladies de l'appareil circulatoire sont synonymes.

Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

D'un autre côté, les cardiopathies congénitales surviennent de façon intra-utérine durant la conception et le développement du cœur chez 1 nouveau-né sur 100 à 150. Même s'il semble que la consommation d'acide folique puisse aider à diminuer le risque de malformations congénitales du cœur, il est généralement reconnu qu'elles ne peuvent être évitées ([Prsa et collab, 2009](#)). Les cardiopathies congénitales sont associées à une mortalité élevée, quoique beaucoup de progrès aient été accomplis depuis 20 ans, surtout pour la survie des enfants ([Khairy et collab, 2010](#)).

Facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires	
<ul style="list-style-type: none">• Âge• Sexe (masculin)• Antécédents familiaux• Origine ethnique• Facteurs socioéconomiques• Hypercholestérolémie• Diabète• Hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none">• Tabagisme• Obésité et tour de taille• Sédentarité• Mauvaises habitudes alimentaires• Abus d'alcool• Syndrome métabolique

Tous ces facteurs de risque favorisent la survenue d'athérosclérose. Les [facteurs de risque dits non-modifiables](#) sont: l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et la race. Les [facteurs de risque dits modifiables](#) sont: l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète (type 2), le syndrome métabolique, le tabagisme, l'obésité, le tour de taille, les mauvaises habitudes alimentaires incluant l'abus d'alcool, et la sédentarité.

L'analyse du cumul de facteurs de risque constitue une meilleure approche du risque réel et une meilleure prévision de l'incidence des MCV que l'étude des facteurs de risque de façon indépendante ([National Heart Foundation of Australia, 2009](#); [WHO, 2011](#)). Le [modèle Framingham de l'évaluation du risque cardiovasculaire](#) est l'étude de la combinaison et de l'intensité de facteurs de risque et constitue une approche globale d'évaluation du risque cardiovasculaire ([Grundy, 1999](#)). En outre, plus la gravité d'un facteur de risque est élevée, plus le danger est grand.

Quelles sont les conséquences des maladies cardiovasculaires?

Pour la personne atteinte

La survenue ou la dégradation d'une maladie cardiovasculaire, surtout si elle est accompagnée d'une invalidité de courte ou longue durée, peut provoquer une perte de qualité de vie importante chez la personne atteinte. La qualité de vie sociale, familiale et professionnelle risque ainsi de se dégrader et la santé mentale de la personne atteinte peut s'en trouver affectée ([ASPC, 2009](#)).



Les maladies cardiovasculaires



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

De plus, une personne atteinte d'une maladie cardiovasculaire peut passer d'une situation socio-économique convenable à une situation socio-économique précaire si la maladie l'empêche de travailler pendant une période prolongée. Ces circonstances peuvent éventuellement entraîner une situation de défavorisation matérielle ou sociale.

Pour la famille et les proches

Si la personne touchée par la maladie cardiovasculaire est le pourvoyeur principal de la famille, le statut socio-économique risque d'être touché, surtout si la MCV est accompagnée d'une incapacité à long terme qui affecte la capacité de retour au travail à temps plein. De plus, si la MCV entraîne le décès prématuré du pourvoyeur, la famille pourrait faire face à d'importantes difficultés financières.

La famille d'une personne atteinte de MCV peut voir leur propre qualité de vie se détériorer s'ils décident de se consacrer aux soins quotidiens ou quasi quotidiens nécessaires à la suite d'une invalidité temporaire ou permanente.

Pour la société

Les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 14 % de toutes les hospitalisations au Québec en 2005, ([Éco-Santé Québec 2010](#)) ce qui en fait la première cause d'hospitalisation. Les hospitalisations liées aux maladies de l'appareil circulatoire représentent le regroupement de maladies de la CIM-10 le plus dispendieux au Canada, occasionnant des coûts de 3,29 milliards de dollars en 2004-2005 ([CIHI, 2008](#)). D'ailleurs, les coûts directs et indirects liés aux maladies cardiovasculaires sont estimés à 18,5 milliards par année au Canada ([Tu et collab, 2009](#); [Daigle, 2006](#)).

Même si l'âge moyen à l'apparition et au décès d'une MCV continue d'être reporté, il reste beaucoup d'individus qui succombent à une MCV à un âge prématuré. Ces derniers auront arrêté hâtivement de contribuer à la société. Cela a pour conséquence de nuire à la croissance économique du pays à court, moyen et long terme, selon la prématurité du décès ([OMS, 2009](#)).

Les maladies cardiovasculaires


[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)


2 - Indicateurs de santé et de bien-être

Situation actuelle




Pour le Québec


Prévalence

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), parmi la population québécoise, la prévalence des maladies cardiovasculaires  est légèrement plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, passant de 6 % parmi le groupe d'âge 45-64 ans à 19 % pour le groupe d'âge 65 ans et plus. Son évolution entre 2000-2001 et 2007-2008 est à peu près inchangée.

Toujours selon cette même enquête, la prévalence de certains facteurs de risque  associés aux maladies cardiovasculaires, tels que le tabagisme, le diabète et le surplus de poids est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Tous ces facteurs de risque présentent une augmentation depuis 2000-2001, à l'exception du tabagisme. La surveillance de l'hypertension au Québec se fait grâce au jumelage des fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ), le fichier des hospitalisations et le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA). Les dernières données montrent que la prévalence de l'hypertension est de 20,3 % en 2006-2007, ce qui en fait le facteur de risque le plus répandu. La prévalence de l'hypertension atteint 62,7 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus ([INSPQ, 2011](#)).

Mortalité

La province a enregistré une baisse importante de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires entre 1981 et 2009: le taux ajusté de mortalité  chez les hommes a diminué de 653 à 201 pour 100 000 tandis que celui des femmes est passé de 397 à 149 pour 100 000. La baisse de la mortalité pour cardiopathies ischémiques  a été spectaculaire pour les deux sexes mais plus prononcée chez les hommes de sorte que l'écart entre les sexes s'est rétréci avec le temps. La mortalité due aux maladies vasculaires cérébrales  chez les deux sexes a également connu une diminution importante. Cette diminution de la mortalité peut être expliquée par une diminution de l'incidence (par des programmes de prévention, par exemple) et par une amélioration des traitements et des soins médicaux. Par contre, un tel progrès de la survie est généralement suivi d'une augmentation de l'invalidité ([Daigle, 2006](#)).

Le risque de décéder de maladies cardiovasculaires est étroitement lié au niveau de défavorisation sociale et matérielle. Plus la défavorisation est grande, plus le taux de mortalité est élevé .





Les maladies cardiovasculaires





[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Années potentielles de vie perdues

Des progrès importants ont également été accomplis au niveau des [années potentielles de vie perdues](#) (APVP). Le taux ajusté d'APVP  est de 3 fois moindre en 2008 qu'en 1981 pour les sexes réunis. Il est à noter que le taux ajusté des années potentielles de vie perdues pour maladies de l'appareil circulatoire reste beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. De plus, les APVP s'accroissent à mesure que la défavorisation sociale et matérielle  augmente.

Hospitalisations


Même si les taux d'hospitalisation de courte durée à la suite de maladies de l'appareil circulatoire  ont diminué de 178 à 122 pour 10 000 entre 1995-1996 et 2005-2006 au Québec, on prévoit une augmentation des hospitalisations liées aux maladies cardiovasculaires d'ici quelques années à cause du vieillissement de la population ([Daigle, 2006](#)).

Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 14 % des hospitalisations au Québec en 2005, ce qui les classe en tête de toutes les autres causes ([Éco-Santé Québec 2010](#)). Cette proportion est en augmentation depuis le début des années 1980. La durée moyenne  d'une hospitalisation due à une maladie cardiovasculaire était de 8,2 jours au Québec en 2005, comparativement à 7,2 jours pour la moyenne des hospitalisations.

À l'échelle régionale

Compte tenu des différences de taille et de composition entre les populations des différentes régions sociosanitaires du Québec, les données sociosanitaires présentées par région doivent être standardisées. De plus, des tests statistiques doivent être réalisés pour permettre une comparaison valide entre les régions.


Prévalence

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la prévalence des maladies cardiovasculaires  parmi la population âgée de 12 ans et plus dans les différentes régions sociosanitaires varie entre 4,6 % en Estrie et 8,1 % pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2007-2008. Quant à la prévalence de l'hypertension mesurée à l'aide des fichiers administratifs jumelés, elle varie de 18,4 % pour les régions de l'Estrie et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine à 21,9 % pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean en 2006-2007 chez les hommes et de manière similaire chez les femmes. L'incidence de l'hypertension, présente toutefois une plus grande fluctuation entre les régions. Chez les hommes, ce sont les régions de l'Outaouais avec 20,5 % et Laval avec 29,0% qui présentent le plus grand écart, comparativement à l'Estrie et à Lanaudière chez les femmes avec 17,4 % et 29,8 %, respectivement ([INSPQ, 2011](#)).


Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)


Mortalité

Durant la période 2005-2007, deux régions enregistrent une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire  significativement supérieure au reste du Québec : Montréal et Montérégie. À l'opposé, les régions de Laval, Chaudière-Appalaches, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Lanaudière et Capitale-Nationale se démarquent avec une mortalité significativement plus faible.

Années potentielles de vie perdues

En ce qui a trait aux années potentielles de vie perdues , cinq régions présentent des taux significativement plus élevés que le reste du Québec, soient: Nunavik, Côte-Nord, Outaouais, Montréal et Mauricie et Centre-du-Québec tandis que celles qui présentent les taux les plus faibles sont Chaudière-Appalaches, Estrie, Laval et Capitale-Nationale, et ce, toujours en 2005-2007.


Hospitalisations

En 2007-2009, onze régions présentent un taux ajusté d'hospitalisations  pour cause de maladies de l'appareil circulatoire significativement plus élevé que pour le reste du Québec et la plupart se situent plutôt dans des milieux ruraux : Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Estrie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, et Chaudière-Appalaches. À l'opposé, les régions qui affichent un taux d'hospitalisation significativement plus faible sont Outaouais, Montréal, Laval, Capitale-Nationale et Laurentides.

À l'échelle locale

Compte tenu des différences de taille et de composition entre les populations des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec, les données sociosanitaires présentées par CSSS doivent être standardisées. De plus, des tests statistiques doivent être réalisés pour permettre une comparaison valide entre les territoires de CSSS.

Mortalité

Les taux ajustés de mortalité  par maladies de l'appareil circulatoire varient selon le CSSS entre 145 et 299 pour 100 000 durant la période 2005-2007, alors que la valeur enregistrée pour l'ensemble du Québec s'établit à 195 pour 100 000. Durant la même période, les CSSS qui se distinguent le plus du reste du Québec avec des taux de mortalité plus élevés sont: Pontiac, Jeanne-Mance et Argenteuil. À l'opposé, les CSSS de Chicoutimi, Pays-d'en-Haut et de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent enregistrent les taux ajustés de mortalité par MCV les plus faibles au Québec.




Les maladies cardiovasculaires




[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Années potentielles de vie perdues


Durant la période 2005-2007, cinq CSSS enregistrent un taux ajusté d'années potentielles de vie perdues  par maladies de l'appareil circulatoire supérieur à 1 300 pour 100 000 dont deux pour lesquels des différences significatives sont observées avec le reste du Québec: Jeanne-Mance et Pontiac. En d'autres termes, on estime que dans un groupe de 100 000 personnes, la mortalité prématurée attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire aura fait perdre 1 300 années de vie sur chacun de ces territoires. À l'opposé, les trois CSSS qui affichent une meilleure performance et pour lesquels il y a un écart significatif par rapport au reste du Québec sont: Charlevoix, Portneuf et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

Hospitalisations

Pour les hospitalisations , en 2007-2009, cinq CSSS présentent des taux supérieurs à 200 pour 10 000 et qui se démarquent du reste du Québec: Minganie, des Îles, Côte-de-Gaspé, Rocher-Percé et Baie-des-Chaleurs. À l'opposé, quatre CSSS enregistrent des taux inférieurs à 80 pour 10 000 et significativement plus faibles que le reste du Québec: Gatineau, des Collines, de la Montagne et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

À l'échelle des autres provinces canadiennes



Prévalence et facteurs de risque

Lorsque les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires  sont considérés, le Québec fait assez bonne figure au Canada, se classant en tête de liste des provinces pour la consommation de fruits et de légumes et 2^{ème} pour la prévalence du diabète, de l'obésité et de l'hypertension ([Statistique Canada, 2010](#)). Par contre, le Québec se classe moins bien en ce qui concerne le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'inactivité physique pendant les loisirs. D'autre part, [Lee et collab \(2009\)](#) ont examiné l'évolution des maladies cardiovasculaires ainsi que de certains facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, selon le niveau de revenus entre 1994 et 2005 au Canada. Ils ont trouvé que la prévalence des MCV avait augmenté dans tous les quartiles de revenus entre 1994 et 2005, mais que l'augmentation avait été plus prononcée dans les quartiles les plus faibles. Les personnes moins aisées sont également plus sujettes à être atteintes d'hypertension, d'obésité, de diabète et à fumer. En outre, ils ont également démontré que la prévalence du diabète et de l'hypertension s'accroît de façon particulièrement prononcée chez les groupes d'âge les plus jeunes. Certains chercheurs croient même que l'accroissement important de la prévalence du diabète et de l'obésité risque de renverser la tendance de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire ([Tu et collab, 2009](#)).

Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Mortalité




Le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est plus bas au Québec que dans n'importe quelle autre province canadienne. Le Québec détrône toutes les autres provinces pour la plus faible mortalité par maladies vasculaires cérébrales  et seule la Colombie-Britannique la devance pour la plus faible mortalité par cardiopathies ischémiques  ([ICIS, 2009](#)).

Indicateurs de santé

Selon les [Indicateurs de santé 2009](#) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le taux ajusté d'événements d'infarctus aigu du myocarde (IAM) menant à une hospitalisation a diminué de 13 % entre 2003-2004 et 2007-2008 et le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM a chuté de 11 % pendant la même période. Depuis 10 ans, il y a une utilisation accrue d'interventions de revascularisation cardiaque au Canada (angioplastie coronarienne et pontage coronarien). La revascularisation peut améliorer la qualité de vie des patients et réduire la mortalité. D'un autre côté, le taux d'événements d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) menant à une hospitalisation a diminué de 14 % entre 2003-2004 et 2007-2008 mais malgré cela, la mortalité survenant à l'hôpital à la suite d'un AVC a à peine diminuée (3 %). Il a aussi été démontré que les victimes étant soignées par un neurologue ou un neurochirurgien à la suite d'un AVC s'en sortent beaucoup mieux que celles qui n'ont pas recours à un spécialiste: leurs risques de décéder à l'hôpital étant inférieurs de 40% ([ICIS, 2009](#)).

À l'échelle internationale

Selon les données les plus récentes, les maladies cardiovasculaires causent 29 % des décès et constituent ainsi la principale cause de décès dans le monde ([OMS, 2009](#)). Dans les pays développés, les MCV continuent de causer le plus de décès malgré la baisse de mortalité ([Tu et collab, 2009](#)). Par ailleurs, le fardeau des MCV commence à peser lourd pour les nations en développement. Pour la plupart des pays qui ne sont pas lourdement affectés par le sida, les maladies cardiovasculaires ont désormais remplacé les maladies infectieuses comme cause principale de mortalité (White et Chew, 2008; [OMS, 2009](#)). Selon l'OMS, 80 % de la mortalité par maladies coronariennes et cérébrovasculaires pourrait être évitée par une saine alimentation, de l'exercice physique et en évitant de fumer.

En ce qui a trait aux pays développés, le Québec et le Canada se classent très bien quant à la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire . En effet, seul le Japon et la France les surclassent. Lorsque la mortalité par maladies vasculaires cérébrales  est considérée, le Québec se classe premier et le Canada troisième parmi les pays de l'OCDE. Enfin, le Canada et le Québec se positionnent au milieu du classement quant à la mortalité par cardiopathies ischémiques .



Les maladies cardiovasculaires



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Méthode de calcul

Valeurs de référence

Voici les taux ajustés de mortalité les plus faibles enregistrés pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales parmi les pays développés, les provinces canadiennes, les régions sociosanitaires (RSS) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec.

	Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire le plus faible	Taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques le plus faible	Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales le plus faible
Parmi tous les pays développés (2005)	125 pour 100 000 (Japon)	30 pour 100 000 (Japon)	24 pour 100 000 (Québec)
Parmi toutes les provinces canadiennes (2006)	184 pour 100 000 (Québec (2000-2002))	72 pour 100 000 (Colombie-Britannique)	26 pour 100 000 (Québec)
Parmi toutes les régions sociosanitaires (2005-2007)	169 pour 100 000 (Laval)	92 pour 100 000 (Chaudière-Appalaches)	29 pour 100 000 (Laval)
Parmi tous les CSSS (2005-2007)	149 pour 100 000 (Chicoutimi)	77 pour 100 000 (Cléophas-Claveau)	22 pour 100 000 (Thérèse-De Blainville)

Sources : Infocentre de santé publique du Québec - Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2010; MSSS - Estimations (janvier 2010) et projections (avril 2010) démographiques (produit électronique).

Liste des tableaux et graphiques

Évolution pour le Québec

- [Prévalence de maladies cardiaques et de certains facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2000-2001, 2003, 2005 et 2007-2008](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Québec, 1981 à 2009](#)
- [Taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe, Québec, 1981 à 2009](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe, Québec, 1981 à 2009](#)

Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Taux ajusté des années potentielles de vie perdues pour les maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Québec, 1981 à 2009](#)
- [Durée moyenne d'hospitalisation, en jour, pour maladies de l'appareil circulatoire, par région, 2005](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Taux ajusté des années potentielles de vie perdues pour les maladies de l'appareil circulatoire selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée à la suite de maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Québec, 1991-1992 à 2005-2006](#)
- [Taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Rapport des taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire des quintiles extrêmes \(Q5 / Q1\) de défavorisation matérielle et sociale, selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Taux ajusté des années potentielles de vie perdues pour les maladies de l'appareil circulatoire selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, sexes réunis, zones rurales et urbaines, Québec, 2000-2004](#)

Variations régionales et locales

- [Prévalence de maladies cardiaques selon la région, 2007-2008](#)
- [Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, par région et CSSS, 2002-2004 et 2005-2007](#)
- [Années potentielles de vie perdues par maladies de l'appareil circulatoire, par région et CSSS, 2002-2004 et 2005-2007](#)
- [Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil circulatoire, par région et CSSS, 2007-2009](#)

Comparaisons canadiennes et internationale

- [Prévalence de facteurs de risque associés aux maladies de l'appareil circulatoire, Québec, Canada et provinces canadiennes, 2009](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2006](#)
- [Taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2006](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Québec et pays sélectionnés, 2005](#)



Les maladies cardiovasculaires



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Taux ajusté de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe, Québec et pays sélectionnés, 2005](#)
- [Taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe, Québec et pays sélectionnés, 2005](#)
- [Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, sexes réunis, Québec, provinces canadiennes et états américains, 2000-2002](#)

3 - Programmes et interventions

Les programmes et interventions pour la prévention des maladies cardiovasculaires sont très semblables quel que soit le pays ou même les facteurs de risque ciblés. En général, ils sont orientés sur la promotion de meilleures habitudes de vie, soit une saine alimentation, la cessation du tabagisme et l'exercice physique. De plus, la sensibilisation à des bilans de santé plus fréquents ainsi que la constance dans la prise de médicaments sont reconnues comme étant des aspects importants de prévention en ce qui concerne la morbidité et la mortalité associées aux maladies cardiovasculaires ([Asghari et collab, 2010](#); [Perreault et collab, 2009](#)). Enfin, une attention particulière du corps médical et de la santé publique est nécessaire durant les vagues de froid et de chaleur, car les températures extrêmes ont un impact important sur les hospitalisations liées aux cardiopathies ischémiques, particulièrement lorsqu'elles perdurent pendant plusieurs jours ([Bayentin et collab, 2010](#)).

Au Québec

La Fondation des maladies du cœur du Québec a créé sept programmes de prévention et de promotion de la santé en général, trois ciblés pour les jeunes ([Dribblons avec cœur](#); [En route, en cœur](#); [Sautons en cœur](#)) et quatre pour les adultes ([Au cœur du travail](#); [Cœur en mouvement](#); [La vie à cœur](#); [réanimation cardiorespiratoire](#)).

Autres provinces

En 2007, le Canada a enregistré un des meilleurs taux de prévention et de traitement de l'hypertension dans le monde en grande partie grâce au [Programme éducatif canadien sur l'hypertension](#) mis sur pied en 1999. [L'Agence de la santé publique du Canada](#) a également comme mission de prévenir et contrôler les maladies chroniques, incluant les maladies de l'appareil circulatoire, via des programmes de prévention. L'Agence investit 5,2 millions de dollars annuellement dans son programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires.

[Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques](#)

[The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan](#)

Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

Autres pays

Aux États-Unis, le Center for Disease Control and Prevention (CDC) finance différents programmes de prévention de maladies cardiovasculaires ([National Heart Disease and Stroke Prevention](#) ; [A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke](#)).

L'OMS a son propre programme de prévention des MCV qui sert à assister les pays membres dans la réduction de la mortalité prématurée, la morbidité et l'incapacité causées par des MCV ([WHO Cardiovascular Disease Program](#)). L'OMS parraine également une étude appelée [Inter-Heart](#) qui analyse l'importance des facteurs de risque traditionnels et émergents pour l'IAM. Les résultats seront utilisés pour le développement d'interventions en santé publique qui pourront être appliquées à différents pays et groupes ethniques.

4 - Pratiques régionales et locales

(On retrouvera dans cette section des publications régionales et locales en lien avec cette thématique.)

5 - Références

Références citées

- [Agence de la santé publique du Canada. \(2009\). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada](#)
- [American Heart Association. \(2009\). Metabolic syndrome](#)
- [Anand, S.S. et al. \(2001\). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples. *Lancet* October 6; 358 \(9288\):1147-53](#)
- [Asghari, S., Courteau, J. Drouin, C., Grégoire, J-P., Carpentier, AC., Pâquet, M., Vanasse, A. \(2010\). Adherence to Vascular Protection Drugs in Diabetic Patients in Quebec : a Population-based Analysis. *Diabetes and vascular disease research*. 2010 Apr;7\(2\):167-71. Epub 2010 Feb 18](#)
- [Bayentin, L., El Adlouni, S., Ouarda T., Gosselin, P., Doyon B., Chebana, F. \(2010\). Spatial Variability of Climate Effects on Ischemic Heart Disease Hospitalization Rates for the Period 1989-2006 in Quebec, Canada. *International Journal of Health Geographics*, 2010, 9:5](#)
- [Canadian Institute for Health Information \(CIHI\). \(2008\). The Cost of Acute Care Hospital Stays by Medical Condition in Canada in 2004-2005 \(Ottawa: CIHI, 2008\)](#)
- [Daigle, J-M. \(2006\). Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec. Institut national de santé publique du Québec](#)
- [Eckel, R.H., Grundy S.M., et Zimmet P.Z. \(2005\). The Metabolic Syndrome. *Lancet* April 16-22; 365 \(9468\): 1415-28](#)



Les maladies cardiovasculaires



[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Eshak E.S., Iso H., Date C., Kikuchi S., Watanabe Y., Wada Y., Wakai K., Tamakoshi A. \(2010\). Dietary Fiber Intake is Associated with Reduced Risk of Mortality from Cardiovascular Disease among Japanese Men and Women. *The Journal of Nutrition*, 2010 Aug;140\(8\):1445-53](#)
- [Fondation des maladies du cœur du Québec. \(2009\). L'athérosclérose](#)
- [Garas, S. et Zafari, A.M. \(2009\). Myocardial Infarction. *EMedicine*](#)
- [Grundy et al. \(1999\). Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk-Factor Assessment Equations. *Circulation* 100:1481-1492](#)
- [Heart and Stroke Foundation. \(2010\). Statistics](#)
- [Institut canadien d'information sur la santé. \(2009\). Indicateurs de santé 2009. Ottawa \(Ont.\), ICIS](#)
- [Institut national de santé publique du Québec. \(2011\). Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité](#)
- [Institut de la statistique du Québec. \(2009\). Décès selon les principaux groupes de causes, sexes réunis, Québec, 2000-2009](#)
- [Khairy, P., Ionescu-Ittu, R., et al. \(2010\). Changing mortality in congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010 Sep 28;56\(14\):1149-57.](#)
- [National Heart Foundation of Australia. \(2009\). Absolute Cardiovascular Diseases Risk Assessment](#)
- [La Société québécoise d'hypertension artérielle. \(2009\)](#)
- [Lee, D.S. et collab. \(2009\). Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors. *CMAJ* 2009](#)
- [Organisation mondiale de la santé. \(2009\). Fiche thématique sur les maladies cardiovasculaires](#)
- [Passeport Santé. \(2010\). Fiche thématique sur l'hyperlipidémie](#)
- [Perreault, S., Dragomir, A., Roy, L., White, M., Blais, L., Lalonde, L., Bérard, A. \(2009\). Adherence level of antihypertensive agents in coronary heart disease. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 69: 74-84](#)
- [Prsa M., Saroli T., Correa JA., Asgharian M., Mackie AS., Dancea AB. \(2009\). Birth Prevalence of Congenital Heart Disease. *Epidemiology*, Volume 20, number 3, May 2009: 466-468](#)
- [Schulman-Marcus, J. \(2007\). Cardiovascular disease and global health: an overview of a major "neglected disease". *The Lancet Student* Nov 14](#)
- [Statistique Canada. \(2010\). Tendances de la santé. Catalogue 82-213-XWF](#)
- [Tu, J.V. et collab. \(2009\). National trends in rates of death and hospital admissions related to acute myocardial infarction, heart failure and stroke, 1994-2004. *CMAJ* 2009; 180 \(13\): E120-E7](#)

Les maladies cardiovasculaires

[Problématique](#) / [Indicateurs de santé et de bien être](#) / [Programmes et interventions](#)
[Pratiques régionales et locales](#) / [Références](#) / [Informations complémentaires](#)

- [Willet et al. \(1987\). Relative and Absolute Excess Risks of Coronary Heart Disease among Women who Smoke Cigarettes. *The New England Journal of Medicine* 137: 1303-1309](#)
- [White, H.D. et Chew, D.P. \(2008\). Acute myocardial infarction. *Lancet* August 16; 372 \(9638\): 570-584](#)
- [World Health Organization \(WHO\). \(2011\). WHO/ISH cardiovascular risk prediction charts](#)

Autres références

- [Alliance québécoise pour la santé du cœur](#)
- [American College of Cardiology](#)
- [American Heart Association](#)
- [Diabète Québec](#)
- [Fondation des maladies du cœur du Québec](#)
- [Fondation Épic](#)
- [Framingham Heart Study](#)
- [Heart Friends around the World](#)
- [Institut de cardiologie de Montréal](#)
- [International Atherosclerosis Society](#)
- [International Society of Hypertension](#)
- [World Stroke Organization](#)
- [La Société québécoise d'hypertension artérielle](#)
- [La stratégie canadienne de l'AVC](#)
- [L'association canadienne de réadaptation cardiaque](#)
- [My Healthy Waist](#)
- [National Heart, Lung and Blood Institute](#)
- [World Heart Federation](#)
- [World Hypertension League](#)

Recherches documentaires

- [Pubmed – version Québec](#)
- [Pubmed – version internationale](#)

Groupes de discussion

Des groupes de discussions sont disponibles par l'entremise de la page [Facebook](#) de la Fondation des maladies du cœur.

Auteure: Marie-Hélène Lussier
Révision linguistique: Hélène Fillion
Révision scientifique: André Simpson



Informations complémentaires

Abus d'alcool

Une consommation élevée d'alcool est associée à une augmentation de la pression artérielle et au risque d'insuffisance cardiaque ainsi que d'accidents vasculaires cérébraux. L'alcool contribue également à l'augmentation des taux de triglycérides et favorise le développement de l'obésité ([American Heart Association, 2011](#)).

Âge

La prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires augmentent avec l'âge. Au Canada en 2005, le risque de souffrir d'hypertension était de 32 % dans le groupe des 50-64 ans comparativement à 56 % chez les individus de 75 ans et plus ([Lee et collab, 2009](#)). Avec le vieillissement de leur population auquel sont confrontés la plupart des pays développés, un nombre grandissant d'individus seront atteints d'une MCV.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Les APVP découlent du concept de mortalité prématurée. Elles sont calculées par rapport à un âge seuil (généralement 75 ans), en-dessous duquel on considère que les personnes sont décédées prématurément. Les APVP représentent alors la somme des années de vie que les personnes auraient vécues (mais qui sont perdues) si elles avaient atteint l'âge seuil.

Antécédents familiaux

Quoique beaucoup moins fréquents, certains facteurs de risque sont de type héréditaires. Par exemple, l'hypercholestérolémie familiale est une maladie héréditaire qui cause des taux anormalement élevés de cholestérol LDL (mauvais cholestérol) et de cholestérol total et touche environ 1 Québécois francophone sur 270, comparativement à 1 personne sur 500 en moyenne dans le monde ([Passeport Santé, 2010](#)). Les antécédents familiaux comprennent également le fait que les enfants de parents atteints de maladies cardiovasculaires ont plus de chances d'en développer une à leur tour ([American Heart Association, 2011](#)).

Cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques correspondent à un groupe de pathologies cardiaques engendrées par une ischémie myocardique, secondaire à un rétrécissement des coronaires. Cette sténose coronarienne diminue l'apport sanguin et en oxygène au muscle cardiaque. Cela entraîne de l'angine de poitrine et peut éventuellement conduire à un infarctus du myocarde.

Diabète

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par l'hyperglycémie qui résulte d'une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline entraînant un excès de sucre dans le sang. Après plusieurs années d'évolution, la maladie peut entraîner de graves complications (maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale, rétinopathie, neuropathie diabétique) surtout si elle est mal contrôlée et même le décès prématuré. Au Québec, selon les plus récentes données, plus de 500 000 personnes étaient atteintes de diabète en 2008, soit 6,6% de l'ensemble de la population (INSPQ, 2011). Chez les adultes âgés de 20 ans et plus, cette proportion était de 8,3%. [Fiche thématique sur le diabète](#).

Facteurs de risque modifiables

Il s'agit de facteurs de risque qui peuvent être modifiés. Les facteurs de risque modifiables sont également des facteurs pour lesquels des interventions en santé publique sont possibles.

Facteurs de risque non-modifiables

Il s'agit d'éléments qu'il est impossible de changer ou sur lesquels un individu n'a aucune influence. Il s'agit en général de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux.

Facteurs socioéconomiques

Bien qu'on ne puisse parler de causalité directe, et que les mécanismes concernés ne soient pas encore complètement élucidés, l'incidence des MCV est plus élevée chez la population défavorisée aux plans matériel et social, ou chez la population à faible revenu, et ce, dans les pays développés comme dans les pays en développement ([Anand et collab, 2001](#); [OMS, 2009](#); [Lee et collab, 2009](#)).

Hypercholestérolémie

Un taux élevé de cholestérol constitue un facteur de risque important de maladies du cœur et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). On estime qu'environ quatre Canadiens sur 10 souffrent d'hypercholestérolémie ([Heart and Stroke Foundation, 2010](#)).

Hypertension artérielle

La pression artérielle est la pression exercée par le sang contre les parois des artères ([La Société québécoise d'hypertension artérielle, 2009](#)). Lorsque les valeurs de pression demeurent trop élevées et ce, de façon permanente, il s'agit d'hypertension artérielle. L'hypertension affecte les artères, le cœur, le cerveau et les reins et constitue ainsi un facteur de risque important dans le développement des maladies cardiovasculaires. La prévalence relative ajustée de l'hypertension au Québec est passée de 15,8 % en 2000-2001 à 20,3 % en 2006-07 ([INSPQ, 2011](#)).

Maladies cérébrovasculaires

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est un trouble aigu de la circulation du sang dans le cerveau qui implique généralement l'obstruction d'un vaisseau ou d'une artère.

Maladies vasculaires périphériques

Les maladies vasculaires périphériques (MVP) résultent principalement d'une circulation altérée au niveau des extrémités inférieures. Les MVP sont une cause majeure d'amputation en Amérique du Nord ([Conseil national de recherches du Canada, 2009](#)).

Mauvaises habitudes alimentaires

Les mauvaises habitudes alimentaires comptent parmi les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Un apport élevé en sodium et en gras, faible en fibres alimentaires ou une consommation insuffisante de fruits et de légumes peuvent avoir un impact sur la santé cardiovasculaire ([Journal of the American Dietetic Association, 2008](#)). Les effets d'une mauvaise alimentation peuvent se manifester par de l'hypertension, une élévation du taux de lipides sanguins, le diabète de type 2, un excès de poids ou l'obésité ([OMS, 2011](#)). La majorité des adultes québécois n'atteignent pas les apports recommandés en fibres alimentaires ([Blanchet et collab, 2009](#)). De plus, près du quart des adultes québécois ont des apports quotidiens trop élevés en lipides, et 90 % d'entre eux ont un apport en sodium au-delà de la valeur maximale recommandée.



Obésité

L'obésité se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte ([OMS, 2011](#)). L'obésité favorise la survenue de diabète de type 2 et une augmentation de la tension artérielle, du taux de cholestérol et des triglycérides, ce qui contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires, surtout quand l'adiposité est concentré dans la région abdominale ([Lee et collab, 2009](#)). En effet, il est maintenant reconnu que le [tour de taille](#), ou adiposité abdominale, est un meilleur déterminant du risque cardiovasculaire que l'indice de masse corporelle (IMC) ([My Healthy Waist, 2011](#)).

En 2005 au Canada, le risque de souffrir d'une maladie cardiaque est 2,2 fois plus élevé chez les individus considérés obèses comparativement à ceux dont le poids est normal ([Lee et collab, 2009](#)). L'obésité est en augmentation dans la plupart des pays développés et les pays en voie de développement également. Au Québec, en 2009, on estime qu'environ 17 % de la population adulte sont considérés obèses ([INSPQ, 2010](#)).

Origine ethnique

Les afro-américains, hispano-américains, asio-américains, et peuples autochtones présentent un risque plus élevé de souffrir de maladies cardiovasculaires que les caucasiens. Ceci est en partie dû au fait qu'ils sont plus susceptibles de présenter plusieurs facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension, l'obésité et le diabète ([American Heart Association, 2011](#)).

Sédentarité

Un niveau d'activité physique trop faible accroît le risque de souffrir d'embonpoint, d'hypercholestérolémie, d'hyperglycémie, et d'hypertension artérielle, tous des facteurs de risque des MCV. En 2007-2008, [26 % des Québécois](#) de 18 ans et plus étaient considérés sédentaires pendant leurs loisirs.

Sexe

Au Canada et dans la plupart des pays développés, la prévalence des maladies cardiovasculaires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En 2005, elle était de 4,3 % chez les hommes et de 2,9 % chez les femmes ([Lee et collab, 2009](#)).

Syndrome métabolique

Un ensemble de facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2, qui sont présents ensemble plus souvent que par hasard, sont devenus connus sous le nom de [syndrome métabolique](#). Les facteurs de risque comprennent l'hypertension, la dyslipidémie, l'hyperglycémie, et l'obésité centrale.

Tabagisme

L'impact du tabagisme sur la survenue ou la détérioration des MCV est reconnu (Willet et collab, 1987). En effet, la consommation de tabac engendre une augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque, et une dégradation des artères. [La proportion de fumeurs](#) est en diminution au Québec. Elle était en 1994-1995 de 34,0 % et se situait en 2009 aux environs de 22,5 %.

Durée moyenne d'hospitalisation, en jour, pour maladies de l'appareil circulatoire, par région, 2005

	<i>Maladies de l'appareil circulatoire</i>	Toutes hospitalisations
Bas-Saint-Laurent	6,8	6,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	8,0	7,2
Capitale-Nationale	8,2	7,4
Mauricie et Centre-du-Québec	8,0	7,1
Estrie	7,4	7,1
Montréal	9,2	7,8
Outaouais	8,8	7,3
Abitibi-Témiscamingue	7,8	6,4
Côte-Nord	7,5	7,0
Nord-du-Québec	5,2	5,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	7,0	6,5
Chaudière-Appalaches	6,8	6,6
Laval	8,8	7,0
Lanaudière	7,6	6,8
Laurentides	8,1	6,7
Montérégie	8,2	7,1
Nunavik	6,5	5,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	5,6	4,6
Ensemble du Québec	8,2	7,2

Sources : Éco-Santé Québec.

Numérateur :

Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS;

Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Dénominateur:

Service du développement de l'information, version février 2005, MSSS.



Prévalence de maladies cardiaques selon la région, 2007-2008

	N	%
Bas-Saint-Laurent	12 100	6,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	15 900	6,8
Capitale-Nationale	38 300	6,5
Mauricie et Centre-du-Québec	26 000	6,2
Estrie	12 000	* 4,6
Montréal	84 000	5,2
Outaouais	17 900	* 5,9
Abitibi-Témiscamingue	6 000	* 4,9
Côte-Nord	3 700	* 5,1
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6 700	8,1
Chaudière-Appalaches	18 800	* 5,5
Laval	17 300	* 5,3
Lanaudière	23 300	6,1
Laurentides	24 800	* 5,5
Montérégie	56 700	4,7
Ensemble du Québec	363 200	5,5

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source(s) de données :

Infocentre de santé publique du Québec.

Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2007-2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada.

Prévalence de facteurs de risque associés aux maladies de l'appareil circulatoire Québec, Canada et provinces canadiennes, 2009

	Diabète	Hypertension	Obésité	Fumeur actuel	Consomma- tion excessive d'alcool	Consommation de fruits et légumes, 5 fois et plus par jour	Inactivité pendant les activités de loisirs
Terre-Neuve-et- Labrador	6,7	16,8	25,9	24,3	26,9	30,3	51,2
Île-du-Prince-Édouard	5,1	14,8	22,7	21,2	22,4	37,4	48,0
Nouvelle-Écosse	5,9	16,6	23,1	24,8	23,9	37,1	46,6
Nouveau-Brunswick	5,4	16,1	28,1	23,1	21,8	40,4	49,0
Québec	4,7	13,8	16,0	23,1	20,0	54,4	49,6
Ontario	5,4	14,8	16,7	18,9	16,6	44,1	48,6
Manitoba	5,0	14,3	22,0	21,7	18,8	38,5	45,0
Saskatchewan	4,9	15,0	21,5	22,7	19,6	40,1	46,5
Alberta	4,7	14,1	18,8	22,8	18,4	43,2	43,0
Colombie-Britannique	4,5	12,1	12,9	16,3	17,1	45,6	39,1
Canada	5,1	14,2	17,2	20,5	18,4	45,7	46,8

Source: [Statistique Canada. 2010. Tendances de la santé. Catalogue 82-213-XWF.](#)



Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, Canada et pays de l'OCDE 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
	Taux ajustés pour 100 000				
Japon	123,4	124,8	118,2	114,4	112,6
France	135,5	133,0	124,2	118,3	
Israël	156,7	152,0	141,8		
Canada	160,6				
Suisse	161,3	160,2	152,9	149,3	
Espagne	163,0	161,5			
Australie	164,9		144,1		
Mexique	182,6	182,8	175,1	175,5	
Pays-Bas	188,0	178,3	166,2	158,4	
Norvège	190,7	172,1	168,4	165,0	
Islande	194,3	168,4	176,6	164,3	162,6
Belgique	195,2				
Suède	206,1	199,5	194,3	188,1	
Danemark	206,4	192,5	183,1		
Etats-Unis	212,2	205,4			
Nouvelle-Zélande	212,7	191,3	190,6		
Royaume-Uni	213,7	201,4	187,4	178,7	
Luxembourg	214,6	212,6	216,5		
Irlande	230,0	207,7	196,5	197,6	182,2
Autriche	230,4	223,6	214,1	209,0	198,0
Finlande	233,6	225,6	219,8	216,3	209,3
Allemagne	246,5	237,7	224,2		
Slovénie	260,7	269,8	244,1	243,4	220,4
Grèce	291,6	272,5	263,3	254,1	239,7
Pologne	375,4	363,0	351,4	345,1	337,0
République tchèque	407,4	396,4	365,2	351,1	336,7
Hongrie	461,7	476,2	436,6	426,9	406,3
République slovaque	479,4	485,4			
Estonie	482,1	466,1	455,1	437,0	424,2
Italie			170,5	166,4	
Portugal					

Source: ECO-SANTÉ OCDE 2010, Juin

Méthode de calcul

Taux ajusté de mortalité

Le taux de mortalité a été ajusté pour permettre une comparaison valide entre des groupes dont la structure d'âge diffère:

Nombre de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire durant la période d'observation
Nombre d'années cumulées à risque par les personnes observées durant la période

L'ajustement du taux de mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire est réalisé de la façon suivante:

$$\frac{\sum_i t_i N_i}{\sum_i N_i} \times 100\,000$$

où t_i est le taux spécifique du groupe d'âge de la population étudiée et N_i la population du groupe d'âge i de la population de référence.

Prévalence

La prévalence représente la proportion des personnes atteintes d'une maladie de l'appareil circulatoire au moment de l'observation:

Nombre de personnes atteintes d'une maladie de l'appareil circulatoire
Effectif de population à la mi-année

