



L'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre: les faits saillants

En 1998, la Régie régionale de Montréal-Centre et sa Direction de la santé publique ont reconnu l'insuffisance cardiaque comme une priorité régionale d'intervention. La priorité pour la santé publique au regard de cette problématique vise d'abord une meilleure connaissance de la situation actuelle de même que la surveillance de son évolution dans le temps.

*Les données présentées ici décrivent ce problème en croissance **chez des résidents de Montréal-Centre* âgés de 65 ans et plus**, ce groupe de personnes caractérisant environ 85% des hospitalisations et plus de 90% des décès par insuffisance cardiaque.*

Le taux d'hospitalisation pour l'insuffisance cardiaque a considérablement augmenté depuis le début de la décennie à Montréal, particulièrement chez les personnes âgées. L'insuffisance cardiaque est également associée à de fréquentes réadmissions à l'hôpital, les raisons des réadmissions étant multiples compte tenu de la présence de plusieurs problèmes de santé à cet âge.

Le taux de mortalité associé à l'insuffisance cardiaque est demeuré constant au cours des dernières années à Montréal, bien qu'on ait enregistré au Canada depuis 1969, une baisse de près de 50% des taux pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires et de 2% par année pour les taux de cardiopathie ischémique¹.

Selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, la mortalité chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque s'élève à environ 20% après un an, et à 50%, cinq ans après le diagnostic.

Les personnes qui survivent à un infarctus aigu du myocarde ou qui présentent une maladie hypertensive sont plus à risque de développer une insuffisance cardiaque avec le temps. On a observé que l'incidence de l'insuffisance cardiaque est cinq fois plus élevée chez les personnes

qui ont subi un infarctus aigu du myocarde et deux à trois fois plus chez les personnes qui souffrent d'hypertension artérielle². L'ampleur de ce problème risque de s'accroître avec le temps car la maladie progresse rapidement chez les personnes atteintes à partir du moment où le diagnostic est posé, et elle s'accroît en gravité, avec comme conséquence une demande accrue en soins de santé.

Il y a donc lieu de renforcer les stratégies efficaces, déjà bien connues en matière de prévention et de traitement, dans le but de réduire les conséquences liées à l'insuffisance cardiaque. La mise en place d'interventions concertées devient ainsi un objectif qu'on atteindra par la mobilisation des professionnels et des administrateurs du réseau de la santé montréalais dont la santé publique fait également partie.

Les buts à long terme des soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

- diminuer la mortalité
- améliorer le suivi et la prise en charge de ces personnes
- améliorer leur qualité de vie
- diminuer les hospitalisations, particulièrement les réadmissions
- réduire l'impact de la maladie sur le système de santé

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

**Garder notre
monde en santé**

¹ Pour des raisons de commodité, nous emploierons le seul terme de Montréal pour désigner toute la région.

L'incidence et la prévalence

En l'absence de données pertinentes à l'échelle montréalaise, on a recours à l'étude de Framingham et à une enquête nationale aux États-Unis pour estimer l'incidence³ et la prévalence² de l'insuf-

fisance cardiaque. On peut en déduire que l'incidence est égale chez les hommes et les femmes, celle-ci se situant à près de 100 par 10 000 annuellement chez la population âgée de 65 ans et plus.

Nous pouvons également déduire, à partir de la prévalence estimée (soit environ 10%), qu'approximativement 27 000 personnes de ce groupe d'âge en seraient atteintes à Montréal.

Les hospitalisations

Des données récentes (du 1er avril 1995 au 31 mars 1996) font état de 3 134 hospitalisations enregistrées chez des résidents de 65 ans et plus de Montréal pour un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (CIM-9 = 428), soit 17% de toutes les hospitalisations en soins de courte durée pour une maladie de l'appareil circulatoire.

Cette donnée correspond à près de 44 000 jours hospitaliers (la somme des séjours hospitaliers), ce qui représente une augmentation d'environ 6 000 jours hospitaliers (14%) par rapport aux mêmes dates en 1990-1991.

D'autre part, on constate que le taux annuel moyen d'hospitalisation pour l'insuffisance cardiaque chez les personnes âgées a augmenté de **26%** entre la **période 1990-1992** et la **période 1995-1997**. On a en effet noté une hausse:

- de 30% chez les personnes de 65 à 74 ans
- de 16% dans le groupe des 75 à 84 ans
- de 30% également chez les personnes de 85 ans et plus (figure 1)

On notera que le taux annuel moyen d'hospitalisation a augmenté de façon comparable chez les hommes et les femmes.

La durée moyenne du séjour hospitalier:

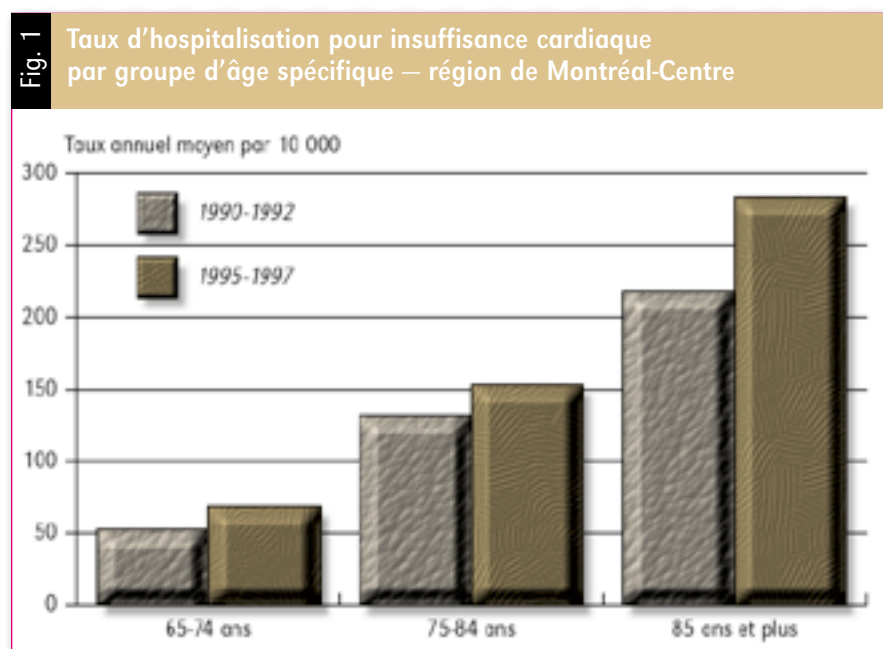
Durant l'année financière 1995-1996 à Montréal, la durée moyenne du séjour

dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) s'établit à 14,0 jours, pour une personne résidant à Montréal et admise avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque. Elle est similaire à celle des non-résidents hospitalisés à Montréal. Par ailleurs, la durée moyenne du séjour hospitalier variait de huit jours à dix-neuf jours parmi les CHSGS qui ont admis plus de 100 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

La durée moyenne du séjour hospitalier pour l'insuffisance cardiaque se compare à celle d'autres maladies connues, fréquemment rencontrées dans ce groupe d'âge, et qui requièrent des traitements médicaux, non chirurgicaux lors de l'hospitalisation. Ainsi elle est de 11,8 jours pour l'infarctus aigu du myocarde,

de 14,3 jours pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques et de 13,4 jours pour les pneumonies.

La durée moyenne du séjour hospitalier semble suivre une tendance à la baisse à Montréal pour tous ces diagnostics médicaux depuis le début de la décennie. La reconfiguration du réseau de la santé pourrait avoir influencé cette diminution. Une étude est en cours à la Régie régionale afin de mettre en lumière les facteurs déterminants de cette tendance.



Le défi du médecin

- La détection précoce de l'insuffisance cardiaque et
- l'instauration du traitement et du suivi optimal de son patient.

Le séjour hospitalier

Nous avons tenté de caractériser les hospitalisations pour insuffisance cardiaque selon le premier département où les patients ont été admis et selon la spécialité du médecin qui a pris en charge le patient au moment de son admission. Ainsi, durant l'année financière 1995-1996, de toutes les hospitalisations survenues en centre de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de Montréal et qui concernaient des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque résidant à Montréal, 86% l'ont été via l'urgence de l'hôpital, les autres (14%) provenant soit du domicile soit d'un autre établissement de soins.

Les cas d'hospitalisation qui sont passés par l'urgence ont par la suite été dirigés vers un département de cardiologie (53%) ou de médecine interne (21%) ou de médecine générale (15%) (figure 2).

Un cardiologue était impliqué au moment de l'hospitalisation dans 46% des cas, un spécialiste en médecine interne dans 16% des cas et un omnipraticien dans 28% des cas (figure 3).

Pour tous les autres cas d'hospitalisation, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas passés par l'urgence, les départements se répartissent comme suit: cardiologie (65%), médecine interne (12%) et médecine générale (6%). La spécialité du médecin traitant était dans 54% des cas la cardiologie, dans 11% des cas la médecine interne et dans 26% des cas la médecine générale.

Figure 2

Premier département où le patient a été admis en CHSGS en provenance de l'urgence avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque en 1995-1996 – région de Montréal-Centre

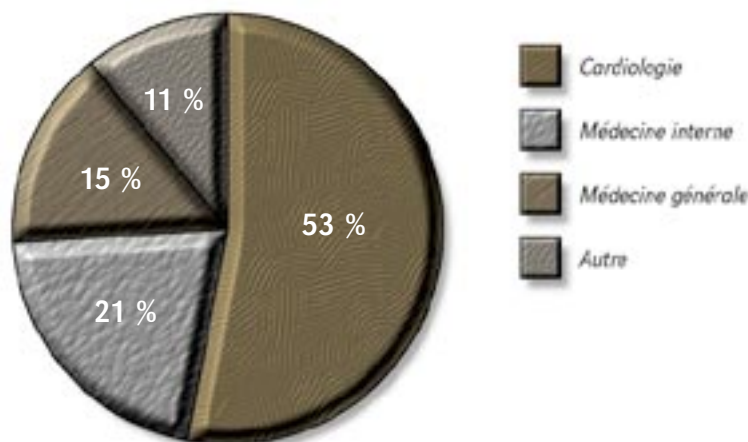
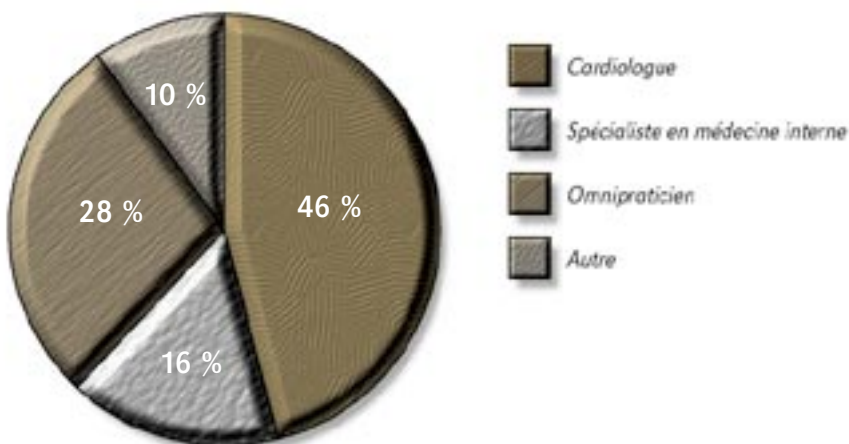


Figure 3

Répartition en pourcentage des hospitalisations pour insuffisance cardiaque en CHSGS en provenance de l'urgence selon la spécialité du premier médecin traitant – région de Montréal-Centre



Les réadmissions

On a abordé les réadmissions des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque durant une année financière (1995-1996) sous deux angles:

- tout d'abord, en décrivant la moyenne des admissions par personne âgée hospitalisée pour insuffisance cardiaque ou pour d'autres causes d'hospitalisation au cours de cette même année
- ensuite, en caractérisant la première réadmission chez ces mêmes personnes insuffisantes cardiaques au cours des douze mois qui ont suivi une hospitalisation pour insuffisance cardiaque durant l'année financière observée.

La moyenne des admissions pour la même cause

En tout premier lieu, soulignons que 2 437 personnes de 65 ans et plus, ayant résidé à Montréal entre le 1er avril 1995 et le 31 mars 1996, ont été hospitalisées 3 134 fois durant cette même période en raison d'une insuffisance cardiaque. Comme le tableau 1 en témoigne, chaque personne a été hospitalisée 1,29 fois en moyenne pour cette cause.

À ce chapitre, l'insuffisance cardiaque occupe le deuxième rang après les maladies pulmonaires obstructives chroniques (1,37 fois), suivie de près par les maladies vasculaires cérébrales (1,21 fois), et de plus loin encore par l'infarctus aigu du myocarde (1,09 fois) et les pneumonies (1,07 fois).

La fréquence et les raisons des réadmissions suite à une hospitalisation pour insuffisance cardiaque

Vu sous un autre angle, sur 2 437 personnes hospitalisées au moins une fois pour insuffisance cardiaque durant l'année financière 1995-1996, 20,5% d'entre elles ont été réadmis au moins une fois en l'espace de 30 jours, 44,5% au bout de six mois et 55,2% au cours des douze mois suivants (figure 4).

Tableau 1

Moyenne des admissions pour la même cause selon différents diagnostics médicaux chez les personnes âgées de 65 ans et plus
Année 1995-1996 – région de Montréal-Centre

Diagnostic	Nombre d'admissions	Nombre d'individus	Moyenne
Maladies pulmonaires obstructives chroniques CIM-9=490-496	3327	2430	1,37
Insuffisance cardiaque CIM-9=428	3134	2437	1,29
Maladies vasculaires cérébrales CIM-9=430-438	4019	3325	1,21
Infarctus aigu du myocarde CIM-9=410	2102	1934	1,09
Pneumonies CIM-9=480-487.0	2033	1906	1,07

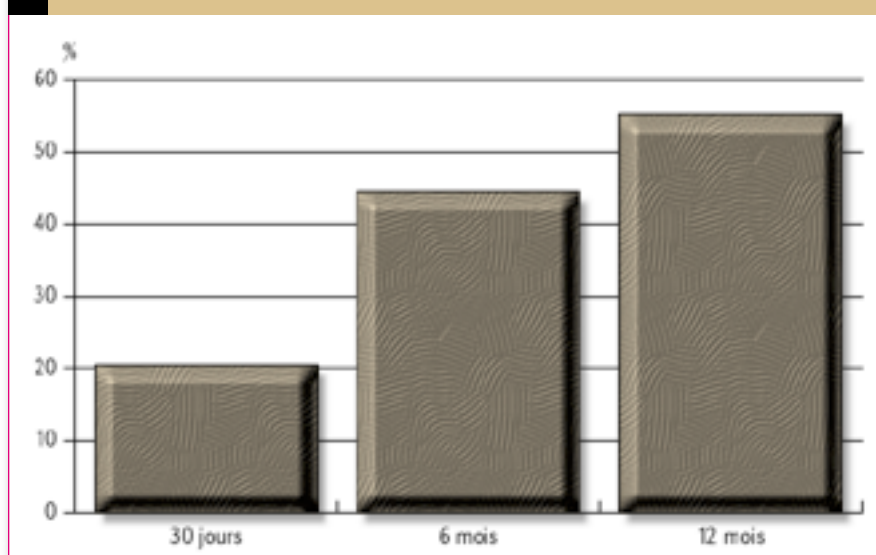
Pour les fins de la présente analyse, on n'a pas retenu les transferts entre hôpitaux comme étant des réadmissions. En fait, chaque réadmission est le résultat de deux épisodes de soins successifs. Par épisode de soins, on entend toute période ininterrompue de séjour en établissements de soins de courte durée (CHSGS). Il en découle que deux épisodes de soins sont séparés dans le temps par un retour à la maison ou en centre d'hébergement.

Toutes ces personnes n'ont pas été réadmis le même nombre de fois à l'intérieur de douze mois. **La fréquence des réadmissions** suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque se traduit alors comme suit: 27,2% ont été réadmis une fois, 13,5% l'ont été deux fois et 14,5% trois fois ou plus. (figure 5)

Les raisons des réadmissions sont très variées et peuvent être multiples pour une même personne. Chez les 1 346 personnes réadmis dans un

Figure 4

Pourcentage des réadmissions dans un délai de 30 jours, de six mois et de douze mois chez les personnes hospitalisées au moins une fois en 1995-1996 pour insuffisance cardiaque – région de Montréal-Centre



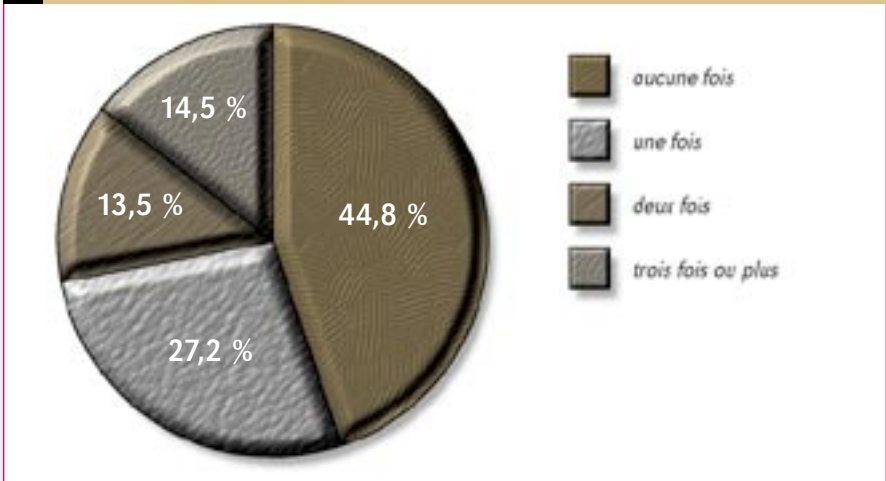
délag de 12 mois, 68,5% (922) d'entre elles ont été réadmiss au moins une fois pour des problèmes cardiaques et 46,8% (630) plus spécifiquement pour une insuffisance cardiaque. Compte tenu des autres problèmes de santé chez ces patients, certains ont aussi été réadmis durant l'année pour une maladie digestive (10%), une maladie de l'appareil génito-urinaire (6,4%), une tumeur maligne (5,3%), une maladie pulmonaire obstructive chronique (5,1%), un diabète sucré (3,7%), une fracture du col du fémur (2%) ou pour une cataracte (1,3%).

La mortalité intrahospitalière*

La mortalité intrahospitalière (c'est-à-dire pendant l'hospitalisation) a diminué progressivement chez les personnes admises avec de l'insuffisance cardiaque comme diagnostic principal. Au cours de la période 1995-1997, elle s'élevait à 11,8% comparativement à 14,4% durant la période 1990-1992. Quoiqu'étant toujours élevée, la mortalité intrahospitalière a davantage diminué chez les hommes que chez les femmes.

Figure 5

Répartition en pourcentage des réadmissions au cours des douze mois suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en 1995-1996 région de Montréal-Centre



La mortalité

À Montréal, on observe une moyenne annuelle de 286 décès par insuffisance cardiaque durant la **période 1994-1996** chez la population âgée de 65 ans et plus.

Alors que le **taux annuel moyen** de mortalité a connu une baisse entre les périodes 1985-1987 et 1990-1992, celui-ci s'est stabilisé entre les périodes 1990-1992 et 1994-1996 chez les personnes de 65 à 84 ans, mais il a légè-

ment augmenté dans le groupe des 85 ans et plus (1,4%).

À titre de comparaison, on a observé que le taux annuel moyen de mortalité pour l'infarctus aigu du myocarde suit une tendance à la baisse depuis 1985-1987 chez ces mêmes groupes d'âge. (figures 6a et 6b)

Fig. 6a Taux de mortalité pour l'insuffisance cardiaque par groupe d'âge spécifique — région de Montréal-Centre

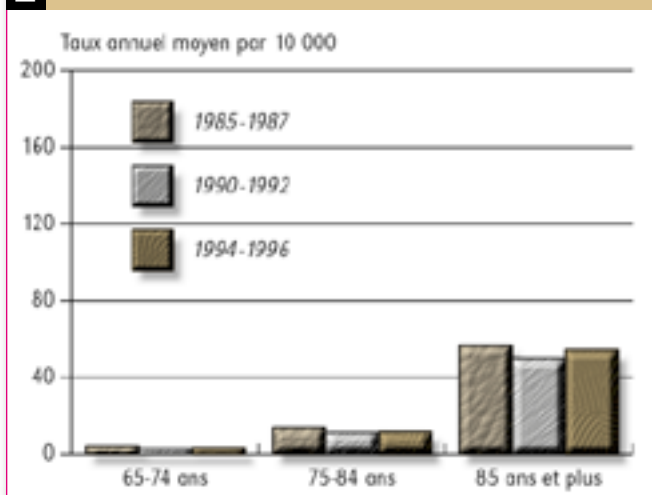
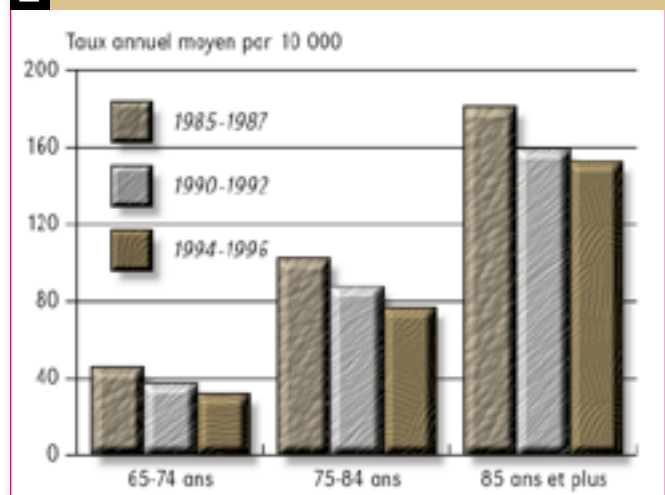


Fig. 6b Taux de mortalité pour l'infarctus aigu du myocarde par groupe d'âge spécifique — région de Montréal-Centre



* L'insuffisance cardiaque n'étant pas nécessairement la cause du décès.

En conclusion

Malgré la stabilité relative du taux annuel moyen de mortalité, on dénombre de plus en plus d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque chez les personnes âgées à Montréal. La survie prolongée chez les personnes ayant subi une maladie cardiaque ischémique et l'utilisation de plus en plus répandue des traitements efficaces pour prévenir les récurrences ont en partie contribué à augmenter le nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Le vieillissement de la population montréalaise et ses effets observés sur la situation de l'insuffisance cardiaque nous incitent à penser que ce problème ira en s'accroissant.

De nombreuses études ont tenté d'expliquer les taux de réadmission élevés. Les facteurs suivants sont retenus:

- la progression inévitable de l'insuffisance cardiaque et d'autres problèmes de santé à cet âge (cardio-vasculaires, pulmonaires, etc.)
- certaines lacunes dans le plan de traitement (ou le suivi) après le séjour à l'hôpital

- la sous-utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (I-ECA), des diurétiques et de la digitale en ce qui concerne la fréquence des prescriptions et le dosage optimal

- l'observance irrégulière de la médication et des mesures non pharmacologiques telles que la restriction en sel et en liquides, ces facteurs étant vraisemblablement liés à l'éducation du patient.

Ces dernières présomptions seront examinées prochainement dans l'enquête montréalaise sur les services et les soins de santé pour les personnes insuffisantes cardiaques (en cours).

La Régie régionale de Montréal-Centre et sa Direction de la santé publique se sont donné le mandat de mobiliser les professionnels et les administrateurs du réseau de la santé autour de moyens d'actions qui permettraient d'améliorer la situation des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque à Montréal⁴.

Ces moyens d'actions visent à mettre en commun des stratégies efficaces pour:

- optimiser les pratiques hospitalières sur le plan du traitement, de la durée de séjour et du counselling
- optimiser le partage d'expertise entre les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes afin d'assurer le suivi et de minimiser les réadmissions de ce type de clientèle
- optimiser le suivi post-hospitalier en mettant à contribution d'autres professionnels de la santé (infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, pharmaciens, etc) afin de favoriser l'intégration des soins aux personnes insuffisantes cardiaques.

Bibliographie

- 1- **Les décès par maladie cardiovasculaire**, Direction générale de la protection – LLCM. Santé Canada, 1997.
- 2- **National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES III)**, 1988-1994, CDC/NCHS and the American Heart Association.
- 3- **Framingham Heart Study**, National Heart, Lung and Blood Institute, 1998.
- 4- **Le défi de l'accès**, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998.

Sources des données

Tableau 1 et figures 1, 2, 3, 4 et 5: Fichiers des hospitalisations Med Écho, MSSS. Statistiques Canada. Recensements du Canada de 1986 et de 1991 (données géocodées) et de 1996 (données par subdivision du recensement).

Figures 6a et 6b:

Fichiers des décès, MSSS. Les données de population de 1995 ont été obtenues par interpolation linéaire entre les données de 1991 et 1996.

Une publication de l'Unité Santé physique de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

4835, avenue Christophe-Colomb
Montréal (Québec)
H2J 3G8

Téléphone: (514) 528-2400
Télécopieur: (514) 528-2512

**Responsable de l'équipe
Insuffisance cardiaque:**
Dr Claude Thivierge

Recherche et rédaction:
Lise Guérard
Costas Kapetanakis
Gilles Lavoie

Édition: Élisabeth Pèrès

Courriel: lguerard@santepub-mtl.qc.ca

Collaboration à la rédaction:

Dr James Brophy
Mme Sylvie Chevalier
Dr Véronique Déry
Mme Michèle A. Dupont
Mme Marjolaine Hamel
Mme Jennifer O'Loughlin
Mme Diane Ouellet
Dr Jean-Lucien Rouleau
Dr Pierre Tousignant

Graphisme et infographie:

Paul Cloutier

Dépôt légal 1er trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada



Hôpital général de Montréal
mandataire

ISBN: 2-89494-180-3