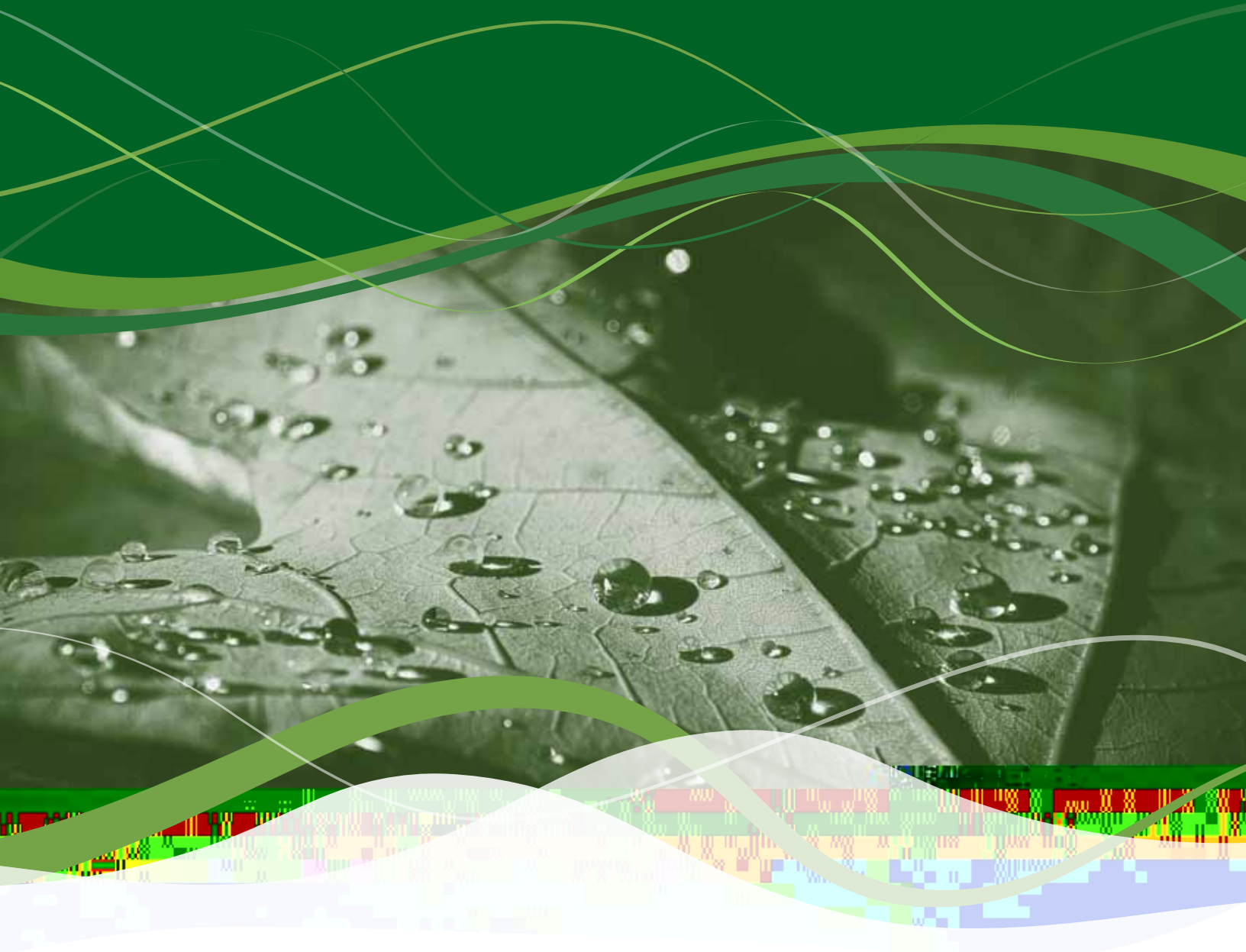




Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010

Canada 

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et intervention en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010 est disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.snsd.gc.ca

Also available in English under the title:

Report from the Canadian Chronic Disease Surveillance System: Hypertension in Canada, 2010

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Division de la surveillance
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de la santé publique du Canada
785, avenue Carling, IA : 6806B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA
Courriel : infobase@phac-aspc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2010

Cat. : HP32-4/2010
ISBN : 978-1-100-51553-3

En ligne :
Cat. : HP32-4/2010F-PDF
ISBN : 978-1-100-94680-1



Rapport du Système national
de surveillance des maladies chroniques :
L'hypertension au Canada, 2010

Sommaire

Hypertension

L'hypertension est une condition chronique qui survient lorsque la pression artérielle demeure élevée pendant de longues périodes. La pression artérielle définit la pression ou la force qu'exerce le sang contre les parois des vaisseaux sanguins au cours de sa circulation.

L'adoption d'un mode de vie sain permet de réduire le risque de faire de l'hypertension. Cela comprend la pratique d'une activité physique régulière, le maintien d'un poids santé, la gestion du stress, une consommation d'alcool limitée ainsi qu'une alimentation saine pauvre en sodium, riche en fruits et légumes et limitée en gras et sucres simples.

Dans la plupart des cas, l'hypertension est asymptomatique et seule une mesure adéquate de la pression artérielle permet son diagnostic. En l'absence d'un traitement, l'hypertension augmente le risque qu'une personne subisse un accident vasculaire cérébral, une crise cardiaque ou soit atteinte de démence, d'insuffisance rénale ou cardiaque et d'autres maladies chroniques. Toutefois, l'hypertension peut être contrôlée afin de diminuer le risque de développer l'une ou l'autre de ces graves maladies.

L'hypertension s'accompagne très souvent de diabète en plus d'autres facteurs de risques cardiovasculaires comme l'obésité et des taux élevés de lipides ou de gras dans le sang. La probabilité qu'une personne ait une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou d'autres maladies cardiovasculaires graves est proportionnelle au nombre de ses facteurs de risques cardiovasculaires.

Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC)

Le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC ou le système) forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il utilise les bases de données administratives du domaine de la santé des provinces et des territoires, y compris les bases de données sur les honoraires des médecins, les hospitalisations et les registres des résidents, et servait au départ à surveiller le diabète (anciennement connu sous le nom de Système national de surveillance du diabète (SNSD)). En 2009, l'hypertension a été ajoutée au système et d'autres maladies chroniques le seront ultérieurement.

Dans le système, la définition de l'hypertension diagnostiquée se fonde sur l'exigence minimale d'au moins *deux factures du médecin en deux ans* ou un *congé de l'hôpital*, avec un diagnostic d'hypertension; en outre, elle utilise les codes sur l'hypertension de la 9^e ou 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM).

Les faits saillants du système

Le présent rapport comprend les plus récentes données disponibles, soit celles de l'année financière 2006-07, ainsi que certaines données de tendance temporelle pour la période de 1998-99 à 2006-07. Lorsque des données relatives aux cas d'hypertension et de diabète diagnostiqués sont présentées, les données sur les tendances datent de 2000-01 à 2006-07, puisque les données sur le diabète n'étaient pas disponibles avant 2000-01. Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport, mais elles le seront probablement pour de futurs documents. Les données rapportées sont celles pour les adultes âgés de 20 ans et plus.

Prévalence¹

- En 2006-07, près de 6 millions de Canadiens et de Canadiennes âgés de 20 ans et plus² – plus d'un adulte sur cinq – étaient atteints d'hypertension (24,0 % des femmes et 21,3 % des hommes, prévalence brute).
- La prévalence de l'hypertension, normalisée selon l'âge, a augmenté passant de 12,9 % en 1998-99 à 19,6 % en 2006-07.
- Si les tendances actuelles relatives à l'âge et au sexe se maintiennent, d'ici 2011-12, il est prévu qu'environ 7,3 millions de Canadiens et de Canadiennes seront atteints d'hypertension, soit une hausse de 25,5 % par rapport à 2006-07.²
- La prévalence de l'hypertension au Canada, normalisée selon l'âge, était plus élevée dans les provinces de l'Atlantique et moins élevée dans l'Ouest et le Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Colombie-Britannique).

Incidence¹

- En 2006-07, le nombre de nouveaux cas d'hypertension atteignait environ 450 000 chez les adultes canadiens² (22,1 pour 1 000 chez les personnes âgées de 20 ans et plus – 21,6 pour 1 000 chez les femmes et 22,7 pour 1 000 chez les hommes, incidence brute).
- Les taux d'incidence de l'hypertension, normalisés selon l'âge, sont demeurés stables pendant toute la période de surveillance avec des taux d'incidence combinés pour les femmes et les hommes de 26,2 pour 1 000 en 1998-99 et 25,8 pour 1 000 en 2006-07.
- Le Yukon possède le taux d'incidence de l'hypertension normalisé selon l'âge le plus élevé, suivi de près par Terre-Neuve-et-Labrador. Les taux les plus faibles ont été observés en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest. En 1998 au Yukon, une grande part des facturations de médecins ne contenait pas la raison de la visite ou le diagnostic posé. Il est possible que le faible nombre de nouveaux cas ou de cas incidents d'hypertension documentés dans les premières années du système de surveillance aient entraîné une faible prévalence de l'hypertension au Yukon, puisque la prévalence est cumulative.

Hypertension et diabète^{1,3}

- En 2006-07, 5,1 % des Canadiens et des Canadiennes (environ 1 million) âgés de 20 ans et plus souffraient à la fois d'hypertension et de diabète.
- Au total, 22,7 % des adultes atteints d'hypertension souffraient également de diabète.
- Le diabète a été diagnostiqué six fois plus souvent chez les adultes souffrant d'hypertension que chez les adultes non atteints d'hypertension.
- Au total, 62,8 % des adultes atteints de diabète souffraient aussi d'hypertension.
- L'hypertension a été diagnostiquée trois fois plus souvent chez les adultes atteints de diabète que chez les adultes non diabétiques.
- La prévalence du diabète, normalisée selon l'âge, chez les adultes ayant déjà reçu un diagnostic d'hypertension a augmenté passant de 10,9 % en 2000-01 à 14,3 % en 2006-07.

Mortalité (toutes causes confondues)¹

- Entre 1998-99 et 2006-07, les taux de mortalité, toutes causes confondues, pour les adultes ayant reçu un diagnostic d'hypertension avaient diminué passant de 7,3 à 6,7 pour 1 000 chez les femmes et de 12,2 à 10,2 pour 1 000 chez les hommes.
- En 2006-07, les taux de mortalité, toutes causes confondues, étaient respectivement 34 % et 44 % plus élevés chez les femmes et les hommes ayant déjà reçu un diagnostic d'hypertension que chez ceux et celles ne souffrant pas d'hypertension.
- En 2006-07, les taux de mortalité, toutes causes confondues, normalisés selon l'âge, étaient environ 2 fois plus élevés chez les adultes ayant déjà reçu un diagnostic de diabète et d'hypertension que chez ceux souffrant d'hypertension seulement.

Plans d'avenir du Système national de surveillance des maladies chroniques

Les travaux à venir incluront la production régulière de rapports sur l'hypertension diagnostiquée au Canada. La poursuite du travail amorcé avec les provinces et les territoires pour intégrer au système d'autres maladies chroniques telles que les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux permettra à l'ASPC de surveiller l'évolution de ces maladies cardiovasculaires qui bien souvent découlent de l'hypertension.

Introduction

Hypertension

L'hypertension est une condition chronique qui survient lorsque la pression artérielle demeure élevée pendant de longues périodes, ce qui endommage les artères et diminue le flux sanguin vers les organes touchés. La pression artérielle définit la pression ou la force qu'exerce le sang contre les parois des vaisseaux sanguins au cours de sa circulation. Elle est exprimée par deux chiffres : la pression artérielle systolique (le chiffre du haut ou chiffre le plus élevé) est la valeur de la pression dans l'artère au moment où le cœur se contracte, tandis que la pression diastolique (le chiffre du bas ou le chiffre le plus faible) est la valeur de la pression dans l'artère lorsque le cœur est au repos entre deux contractions. L'hypertension se définit comme une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg.⁴ Toutefois, si cette personne est atteinte de diabète ou de néphropathie chronique, elle est considérée souffrir d'hypertension lorsque ces valeurs sont respectivement supérieures à 130 mm Hg ou 80 mm Hg.

Souvent appelée le « tueur silencieux », l'hypertension est un facteur de risque modifiable majeur pour les maladies cardiovasculaires et la mortalité dans le monde entier. Dans la plupart des cas, l'hypertension est asymptomatique et seule une mesure adéquate de la pression artérielle permet son diagnostic. En l'absence d'un traitement, l'hypertension peut augmenter les risques d'accident vasculaire cérébral, de coronaropathie, de démence, d'insuffisance rénale ou cardiaque et d'autres maladies chroniques.^{5,6}

L'hypertension touche tous les groupes d'âge, mais le risque d'en souffrir augmente avec l'âge. En effet, grâce à son étude de cohorte longitudinale, la Framingham Heart Study a démontré que 90 % des hommes et des femmes d'âge moyen ou âgés risquent de souffrir d'hypertension à un moment ou un autre de leur vie.⁷ Toutefois, il est possible de réduire les risques de complications de l'hypertension en la diagnostiquant tôt, en la traitant et en maintenant une pression artérielle dans les valeurs cibles recommandées. Même une faible diminution de la pression artérielle suffit pour réduire les risques d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou d'autres maladies cardiovasculaires.^{5,8}

Les risques de développer de l'hypertension peuvent être réduits en adoptant une saine alimentation, en réduisant son apport quotidien en sel, en modérant sa consommation d'alcool, en maintenant un poids santé, en gérant son stress et en pratiquant une activité physique sur une base régulière.

Pour les personnes faisant de l'hypertension, il est possible de réduire leur pression artérielle en adoptant un mode de vie sain et/ou en prenant des médicaments antihypertenseurs. De plus, il est important pour ces personnes de faire vérifier régulièrement leur taux de cholestérol et de glycémie ainsi que leur fonction rénale puisque la présence de ces facteurs de risque peut augmenter les risques de dommages liés à l'hypertension.

L'hypertension s'accompagne très souvent de diabète en plus d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires comme l'obésité et des taux élevés de lipides ou de gras dans le sang. Plus une personne présente de facteurs de risque, plus elle est susceptible d'être victime d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral.⁹

Le Système national de surveillance des maladies chroniques

Le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC ou le système) forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Dans chaque province et territoire, la base de données du registre de l'assurance maladie est jumelée au fichier de facturation des médecins ainsi qu'à celui des hospitalisations. Au départ, le système ne portait que sur le diabète; il était alors nommé

Système national de surveillance du diabète (SNSD). Aujourd'hui, il englobe d'autres maladies chroniques. Afin d'améliorer le système et pour en interpréter les renseignements, l'aide des groupes autochtones, des organisations non gouvernementales et des chercheurs est régulièrement sollicitée.

En 2009, l'ASPC a développé le système de façon à ce qu'il puisse recueillir des renseignements sur la prévalence et l'incidence des cas d'hypertension dans la population canadienne. Pour qu'une personne soit considérée comme atteinte d'hypertension, elle doit répondre à la définition de cas suivante : *au moins deux factures du médecin en deux ans* ou un *congé de l'hôpital*, avec un diagnostic d'hypertension noté en fonction des codes d'hypertension de la Classification internationale des maladies (CIM), soit ceux de la 9e édition (codes 401 à 405 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM) ou encore des équivalents de la 10e édition (codes I10-I13 et I15 de la CIM-10-CA). Ce sont de récentes études de validation effectuées au Canada qui ont mené un groupe d'experts à proposer cette définition de cas.^{10,11,12,13} Cette dernière exclut toutefois les femmes qui souffrent d'hypertension gestationnelle, de façon à ne pas inclure des femmes dont la tension artérielle peut revenir à des niveaux de base après l'accouchement. De plus, la définition de cas n'inclut pas les personnes souffrant d'hypertension pulmonaire (code 416 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM; code I27 de la CIM-10-CA). Les membres à temps plein des Forces canadiennes, tout comme ceux de la Gendarmerie royale du Canada et des services correctionnels fédéraux, n'ont pas été inclus puisqu'ils relèvent de l'autorité fédérale et non du registre de santé public géré par les provinces et les territoires.

L'utilisation de données administratives à des fins de surveillance, comme c'est le cas avec le système, entraîne parfois des erreurs de classification lorsqu'il s'agit de recenser les personnes atteintes d'hypertension. Par conséquent, il faut contrebalancer la probabilité de désigner à tort une personne comme étant atteinte d'hypertension alors qu'elle ne l'est pas (faux positif), avec la probabilité de ne pas inclure dans le système une personne qui a réellement été diagnostiquée (faux négatif). Des études de validation ont indiqué que la définition de cas utilisée par le système permet de réduire au minimum à la fois le nombre de faux négatifs et de faux positifs afin de broser un tableau relativement fiable de l'hypertension au Canada.^{10,11,12,13}

Le système ne tient pas compte des personnes atteintes d'hypertension mais qui n'ont pas encore été diagnostiquées comme tel. Les résultats fondés sur des mesures physiques directes de la pression artérielle de l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire (1986-92) ont révélé que 42 % des participants ne savaient pas qu'ils souffraient d'hypertension (47 % des hommes et 35 % des femmes).¹⁴ Depuis, la situation a changé, probablement en raison des efforts intensifs qui ont été investis dans la détection et le traitement de l'hypertension. Selon l'Enquête ontarienne sur la prévalence et le contrôle de l'hypertension, menée en 2006, seulement 13,7 % des hypertendus ne connaissaient pas leur condition.¹⁵ De même, selon les estimations nationales fondées sur le Cycle 1 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé réalisée entre 2007 et 2009, 17 % des Canadiens et des Canadiennes hypertendus ne connaissaient pas leur condition.¹⁶ Par conséquent, les tendances révélées dans ce rapport sont peut-être en deçà de la réelle prévalence de l'hypertension au Canada.

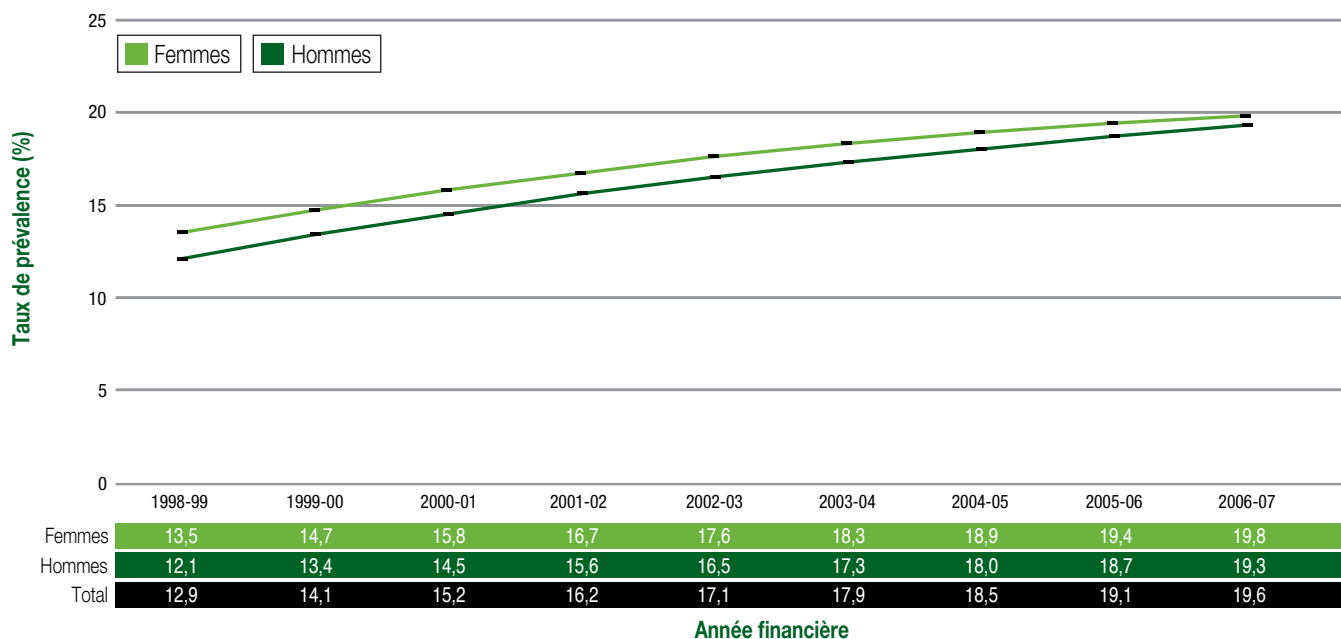
Le présent rapport comprend les plus récentes données disponibles, soit celles de l'année financière 2006-07, ainsi que certaines données de tendance temporelle pour la période 1998-99 à 2006-07. Lorsque des données relatives aux cas d'hypertension et de diabète diagnostiqués sont présentées, les données sur les tendances datent de 2000-01 à 2006-07, puisque les données sur le diabète avant cette année n'étaient pas disponibles. Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles pour les fins du présent rapport, mais elles le seront probablement pour de futurs documents. Toutefois, tel que le montrent les tableaux et les figures de données pertinents, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant le taux canadien de diagnostics d'hypertension par groupes d'âge à la population québécoise. La définition de cas du système n'a pas été validée pour les personnes de moins de 20 ans; par conséquent, les données présentées dans ce rapport sont celles pour les adultes âgés de 20 ans et plus.

Adultes atteints d'hypertension diagnostiquée (prévalence)¹

- En 2006-07, près de 6 millions de Canadiens et de Canadiennes de 20 ans et plus,² soit plus d'une personne sur 5, étaient atteints d'hypertension (environ 5,9 millions d'adultes; 3,2 millions de femmes et 2,7 millions d'hommes, prévalence brute).
- Le taux de prévalence de l'hypertension chez les adultes canadiens âgés de 20 ans et plus était de 22,7 % en 2006-07 (24,0 % chez les femmes et 21,3 % chez les hommes, prévalence brute) (**tableau 1**). Ce taux correspond aux valeurs autodéclarées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-08 (19,4 %) bien qu'il soit légèrement supérieur à celles-ci. Il se peut que le nombre de cas autodéclarés d'hypertension soit inférieur à la prévalence réelle. En effet, environ 5 % des gens qui déclarent prendre des médicaments antihypertenseurs affirment ne pas souffrir d'hypertension dans les enquêtes d'autoévaluation, soit parce qu'ils ne pensent pas souffrir d'hypertension, soit parce qu'ils croient ne plus souffrir de la maladie une fois que leur pression artérielle est réduite (grâce à un mode de vie sain ou à des médicaments).¹³ De plus, ces enquêtes ne comprennent que la population à domicile, tandis que le système inclus tous les Canadiens et Canadiennes qui résident dans les provinces et territoires, à l'exception des exclusions mentionnées ci-haut.
- Après avoir ajusté les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge au fil du temps, le taux de prévalence de l'hypertension, normalisé selon l'âge, est passée de 12,9 % en 1998-99 à 19,6 % en 2006-07 (**figure 1**). Cette hausse peut s'expliquer par la diminution du taux de mortalité chez les personnes atteintes d'hypertension et d'autres maladies cardiovasculaires, comme le démontrent d'autres études.^{17,18} En effet, il semble y avoir un lien entre la réduction importante des décès causés par un accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque ou un infarctus du myocarde aigu, d'une part, et l'augmentation des ordonnances de médicaments antihypertenseurs, d'autre part, surtout depuis la mise en œuvre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) en 1999, lequel a été élaboré pour améliorer la gestion de l'hypertension.¹⁸ Avant 1999, les ordonnances d'antihypertenseurs aux Ontariens nouvellement traités augmentaient de 2 % annuellement; après 1999, elles augmentaient de 10 % par année.¹⁹
- Chez les moins de 50 ans, les taux de prévalence de l'hypertension selon l'âge étaient similaires chez les hommes et les femmes. Cependant, pour les 55 ans et plus, les taux chez les femmes étaient beaucoup plus élevés que chez les hommes (**tableau 2 et figure 2**). Ces résultats correspondent à ceux obtenus dans d'autres enquêtes où les taux d'hypertension sont plus élevés chez les hommes dans les groupes plus jeunes et chez les femmes dans les groupes plus âgés.^{20,21}
- Les taux de prévalence de l'hypertension au Canada, normalisés selon l'âge, étaient plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et moins élevés dans l'Ouest et le Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Colombie-Britannique) (**figure 3**). Ceci correspond au gradient est-ouest révélé dans d'autres études sur les tendances canadiennes en matière de diabète et d'obésité.^{22,23} Le **tableau 3** présente les taux de prévalence bruts.

Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010

Figure 1. Taux de prévalence de l'hypertension diagnostiquée, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe, Canada,† 1998-99 à 2006-07

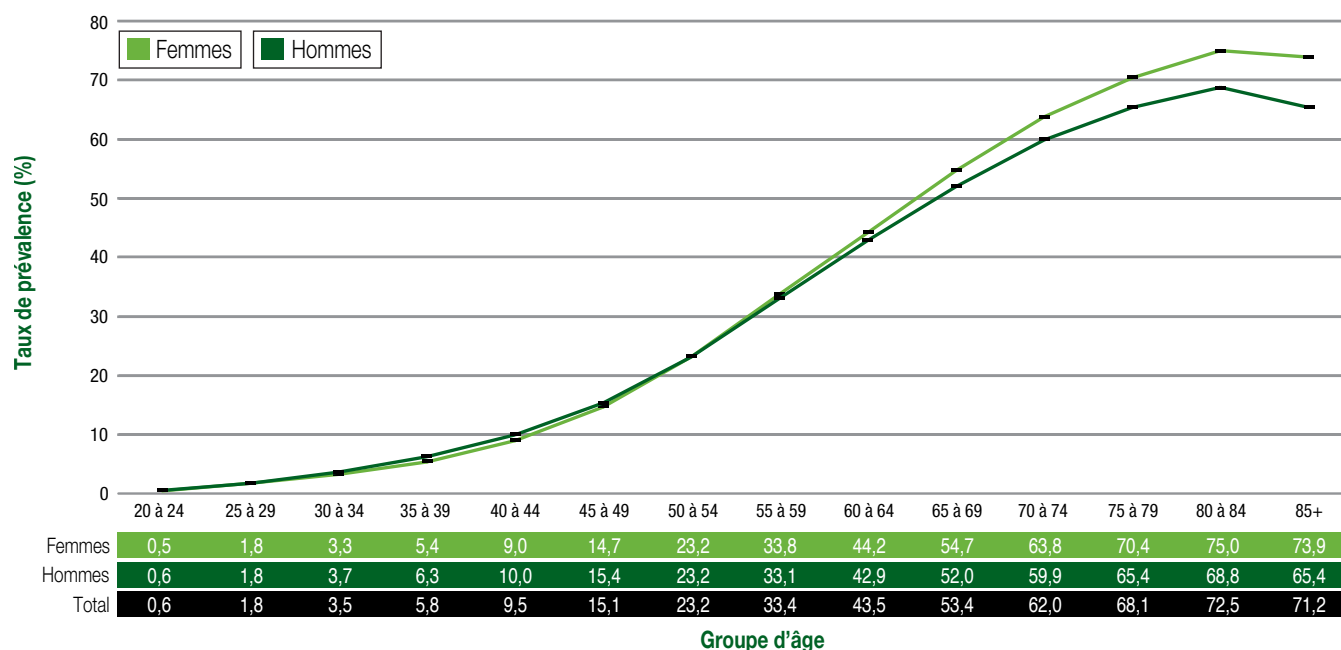


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

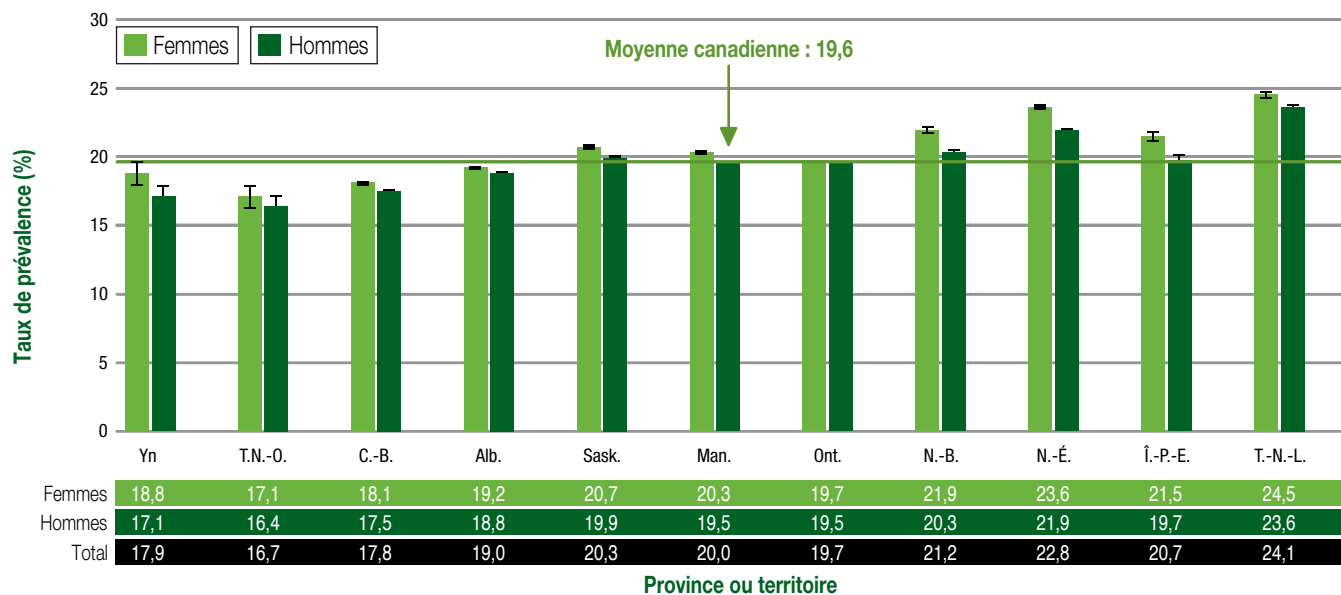
Figure 2. Taux de prévalence de l'hypertension diagnostiquée chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada,* 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Figure 3. Taux de prévalence de l'hypertension diagnostiquée, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes de 20 ans et plus, selon le sexe, la province et le territoire, Canada,† 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

‡ L'intervalle de confiance de 95 % montre une gamme de valeurs estimée susceptible de comprendre le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

Yn : Yukon, T.N.-O. : Territoires du Nord-Ouest, C.-B. : Colombie-Britannique, Alb. : Alberta, Sask. : Saskatchewan, Man. : Manitoba, Ont. : Ontario, N.-B. : Nouveau-Brunswick, N.-É. : Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard, T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador

Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010

Tableau 1. Taux de prévalence et d'incidence et nombre de cas d'hypertension diagnostiquée, selon l'année et le sexe, Canada,* 1998-99 à 2006-07

Année financière		Taux de prévalence (%)			Taux d'incidence (par 1 000)		
		Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
1998-99	Taux bruts	15,3	12,3	13,8	25,6	22,1	23,8
	Cas	1 781 304	1 365 617	3 146 921	258 613	219 782	478 396
	Population	11 645 517	11 088 924	22 734 441	10 122 826	9 943 090	20 065 916
1999-00	Taux bruts	16,8	13,7	15,3	25,2	22,4	23,8
	Cas	1 984 800	1 541 232	3 526 032	253 673	221 841	475 514
	Population	11 794 275	11 238 530	23 032 805	10 063 148	9 919 139	19 982 286
2000-01	Taux bruts	18,3	15,1	16,7	25,6	23,2	24,4
	Cas	2 185 146	1 720 683	3 905 830	257 052	230 727	487 779
	Population	11 968 953	11 419 133	23 388 086	10 040 859	9 929 176	19 970 035
2001-02	Taux bruts	19,5	16,3	18,0	25,1	23,1	24,1
	Cas	2 375 007	1 894 157	4 269 164	252 047	229 238	481 284
	Population	12 157 311	11 609 975	23 767 286	10 034 351	9 945 055	19 979 406
2002-03	Taux bruts	20,7	17,5	19,1	24,8	22,9	23,9
	Cas	2 555 268	2 061 378	4 616 647	249 154	228 254	477 408
	Population	12 341 930	11 792 606	24 134 536	10 035 816	9 959 482	19 995 297
2003-04	Taux bruts	21,7	18,5	20,2	24,1	22,5	23,3
	Cas	2 723 285	2 220 505	4 943 790	241 987	224 521	466 509
	Population	12 537 082	11 996 925	24 534 007	10 055 784	10 000 941	20 056 726
2004-05	Taux bruts	22,6	19,5	21,1	23,2	22,4	22,8
	Cas	2 877 956	2 375 826	5 253 782	233 435	225 121	458 557
	Population	12 729 881	12 189 561	24 919 442	10 085 360	10 038 856	20 124 217
2005-06	Taux bruts	23,4	20,4	22,0	22,7	22,8	22,7
	Cas	3 025 193	2 532 606	5 557 799	229 887	229 974	459 860
	Population	12 930 898	12 387 986	25 318 884	10 135 592	10 085 353	20 220 945
2006-07	Taux bruts	24,0	21,3	22,7	21,6	22,7	22,1
	Cas	3 161 283	2 687 181	5 848 464	220 128	229 900	450 029
	Population	13 152 159	12 601 762	25 753 921	10 211 005	10 144 481	20 355 486

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles. Les données pour le Québec étaient également non disponibles. Toutefois, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant les taux canadiens d'hypertension diagnostiquée propres à l'âge pondérés pour la population du Québec.

Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010

Tableau 2. Taux de prévalence et d'incidence et nombre de cas d'hypertension diagnostiquée, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada,* 2006-07

Groupe d'âge		Taux de prévalence (%)			Taux d'incidence (par 1 000)		
		Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
20 à 24	Taux bruts	0,5	0,6	0,6	1,8	2,2	2,0
	Cas	6 049	6 811	12 859	1 968	2 552	4 520
	Population	1 118 706	1 154 031	2 272 737	1 114 625	1 149 772	2 264 398
25 à 29	Taux bruts	1,7	1,8	1,8	3,0	3,6	3,3
	Cas	19 849	20 150	39 999	3 339	3 998	7 337
	Population	1 136 351	1 131 680	2 268 031	1 119 841	1 115 528	2 235 369
30 à 34	Taux bruts	3,3	3,7	3,5	4,8	6,3	5,6
	Cas	38 209	42 285	80 494	5 326	7 021	12 348
	Population	1 149 220	1 144 965	2 294 185	1 116 337	1 109 702	2 226 039
35 à 39	Taux bruts	5,4	6,2	5,8	7,8	10,2	9,0
	Cas	66 168	77 056	143 223	9 132	11 900	21 032
	Population	1 231 521	1 237 898	2 469 419	1 174 485	1 172 742	2 347 227
40 à 44	Taux bruts	8,9	9,9	9,4	13,2	15,2	14,2
	Cas	125 456	141 165	266 621	17 036	19 742	36 778
	Population	1 404 160	1 419 310	2 823 470	1 295 740	1 297 887	2 593 627
45 à 49	Taux bruts	14,6	15,4	15,0	20,3	22,2	21,3
	Cas	204 370	215 809	420 179	24 828	26 955	51 783
	Population	1 400 517	1 404 849	2 805 366	1 220 975	1 215 995	2 436 970
50 à 54	Crude Rates	23,1	23,2	23,1	29,3	31,8	30,5
	Cases	287 059	285 892	572 951	28 898	31 152	60 050
	Population	1 244 669	1 234 522	2 479 191	986 508	979 782	1 966 290
55 à 59	Taux bruts	33,6	33,0	33,3	38,8	42,9	40,9
	Cas	365 949	354 998	720 947	29 223	32 340	61 563
	Population	1 089 324	1 075 714	2 165 038	752 599	753 055	1 505 654
60 à 64	Taux bruts	44,0	42,8	43,4	52,5	57,6	55,0
	Cas	368 882	350 900	719 782	26 012	28 619	54 631
	Population	838 580	819 559	1 658 139	495 710	497 278	992 988
65 à 69	Taux bruts	54,6	51,9	53,3	68,8	70,6	69,7
	Cas	359 115	320 562	679 678	22 079	22 568	44 648
	Population	657 957	617 542	1 275 499	320 921	319 548	640 469
70 à 74	Taux bruts	63,8	59,9	61,9	82,6	78,9	80,8
	Cas	363 189	304 282	667 471	18 580	17 485	36 065
	Population	569 572	508 323	1 077 895	224 963	221 526	446 489
75 à 79	Taux bruts	70,4	65,4	68,2	92,2	85,6	89,0
	Cas	355 346	263 909	619 255	15 162	13 072	28 235
	Population	504 721	403 535	908 256	164 537	152 698	317 235
80 à 84	Taux bruts	75,1	68,8	72,6	93,7	86,9	90,7
	Cas	304 933	181 092	486 025	10 462	7 803	18 265
	Population	406 117	263 105	669 222	111 646	89 817	201 463
85+	Taux bruts	74,0	65,5	71,3	72,1	67,9	70,5
	Cas	296 709	122 271	418 979	8 082	4 693	12 775
	Population	400 744	186 729	587 473	112 117	69 151	181 268
Total	Taux bruts	24,0	21,3	22,7	21,6	22,7	22,1
	Cas	3 161 283	2 687 182	5 848 465	220 128	229 900	450 028
	Population	13 152 159	12 601 762	25 753 921	10 211 005	10 144 481	20 355 486

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles. Les données pour le Québec étaient également non disponibles. Toutefois, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant les taux canadiens d'hypertension diagnostiquée propres à l'âge pondérés pour la population du Québec.

Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010

Tableau 3. Taux de prévalence et d'incidence et nombre de cas d'hypertension diagnostiquée, selon la province, le territoire et le sexe, Canada,* 2006-07

Province/Territoire	Taux de prévalence (%)			Taux d'incidence (par 1 000)			
	Femme	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	
Yn	Taux bruts	17,3	17,0	17,1	28,4	30,0	29,2
	Cas	2 135	2 162	4 297	299	327	626
	Population	12 367	12 739	25 106	10 531	10 904	21 435
T.N.-O.	Taux bruts	13,0	12,9	12,9	14,6	16,1	15,4
	Cas	2 012	2 160	4 172	200	239	439
	Population	15 474	16 782	32 256	13 662	14 861	28 523
C.-B.	Taux bruts	22,5	20,3	21,4	22,9	24,3	23,6
	Cas	385 332	333 112	718 444	31 143	32 598	63 741
	Population	1 712 349	1 639 990	3 352 339	1 358 160	1 339 476	2 697 636
Alb.	Taux bruts	20,6	18,7	19,6	18,6	20,8	19,7
	Cas	263 410	235 205	498 615	19 291	21 793	41 084
	Population	1 281 442	1 261 103	2 542 545	1 037 323	1 047 691	2 085 014
Sask.	Taux bruts	26,8	22,9	24,9	22,0	23,5	22,8
	Cas	102 865	84 983	187 848	6 315	6 888	13 203
	Population	383 915	370 939	754 854	287 365	292 844	580 209
Man.	Taux bruts	25,7	22,0	23,9	21,5	23,4	22,4
	Cas	116 654	95 111	211 765	7 410	8 096	15 506
	Population	454 193	432 843	887 036	344 949	345 828	690 777
Ont.	Taux bruts	23,7	21,4	22,6	20,6	21,5	21,0
	Cas	1 254 002	1 087 005	2 341 007	84 870	87 653	172 523
	Population	5 295 333	5 070 185	10 365 518	4 126 201	4 070 833	8 197 034
N.-B.	Taux bruts	27,8	23,7	25,8	24,3	25,6	24,9
	Cas	84 281	67 938	152 219	5 447	5 737	11 184
	Population	303 167	286 259	589 426	224 333	224 058	448 391
N.-É.	Taux bruts	29,6	25,6	27,7	24,9	26,3	25,6
	Cas	117 346	93 801	211 147	7 105	7 375	14 480
	Population	396 074	367 022	763 096	285 833	280 596	566 429
Î.-P.-É.	Taux bruts	27,3	23,0	25,2	22,8	24,9	23,9
	Cas	15 381	12 216	27 597	958	1 044	2 002
	Population	56 363	53 094	109 457	41 940	41 922	83 862
T.-N.-L.	Taux bruts	29,4	27,3	28,4	31,1	33,0	32,0
	Cas	60 477	52 529	113 006	4 649	4 780	9 429
	Population	205 433	192 676	398 109	149 605	144 927	294 532

Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

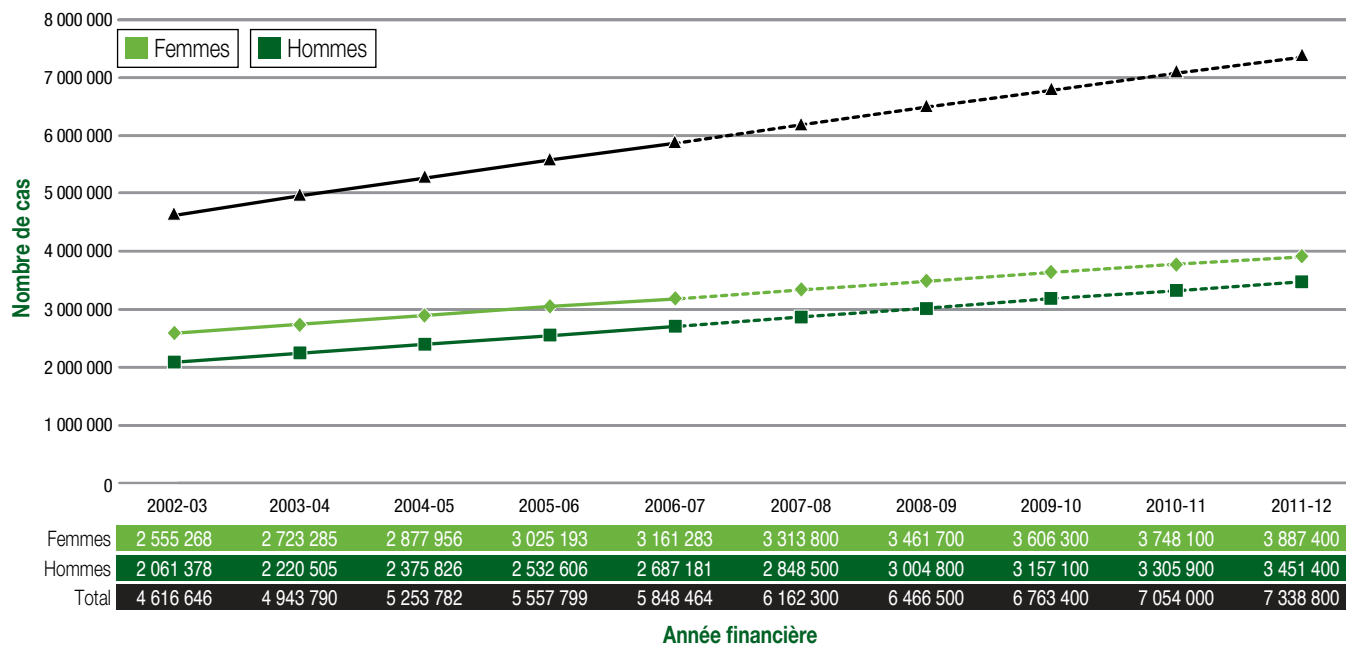
Yn : Yukon, T.N.-O. : Territoires du Nord-Ouest, C.-B. : Colombie-Britannique, Alb. : Alberta, Sask. : Saskatchewan, Man. : Manitoba, Ont. : Ontario, N.-B. : Nouveau-Brunswick, N.-É. : Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard, T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador.

Adultes atteints d'hypertension diagnostiquée (projection de la prévalence)^{24, 25}

Si les taux actuels d'hypertension selon l'âge et le genre demeurent constants :

- En 2011-12, environ 7,3 millions de Canadiens et de Canadiennes de 20 ans et plus seront atteints d'hypertension – une augmentation de 25,5 % par rapport à 2006-07 (figure 4).
- En 2011-12, près d'un adulte hypertendu sur 2 (48,9 %) sera âgé de 55 à 74 ans (figures 5 et 6).
- En 2011-12, près de 346 300 adultes âgés de 20 à 40 ans souffriront d'hypertension – une augmentation combinée pour les hommes et les femmes de 25,2 % par rapport à 2006-07 (figures 5 et 6).

Figure 4. Nombre de cas prévalents observés et projetés* de l'hypertension diagnostiquée chez les personnes âgées de 20 ans et plus selon le sexe, Canada,† observés : 2002-03 à 2006-07, projetés : 2007-08 à 2011-12

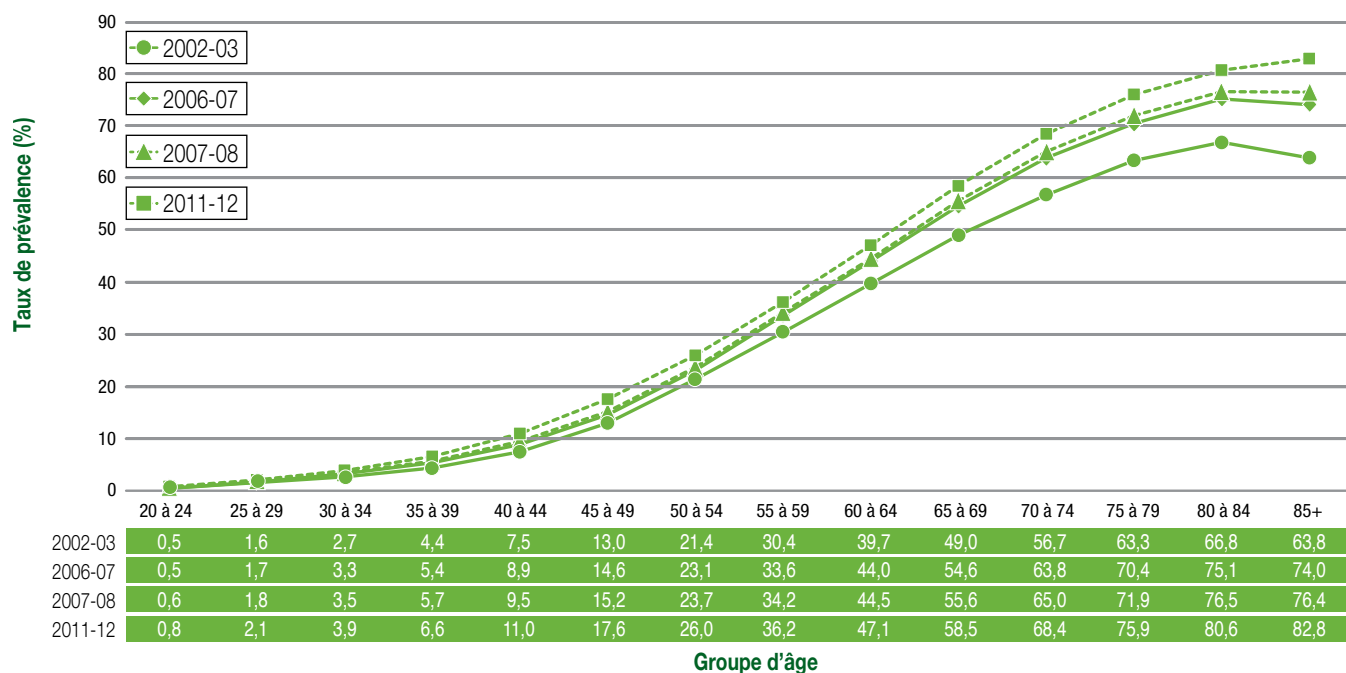


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les nombres de cas prévalents projetés ont été arrondis à la centaine près.

† Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles. Les données pour le Québec étaient également non disponibles. Toutefois, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant les taux canadiens d'hypertension diagnostiquée propres à l'âge pondérés pour la population du Québec.

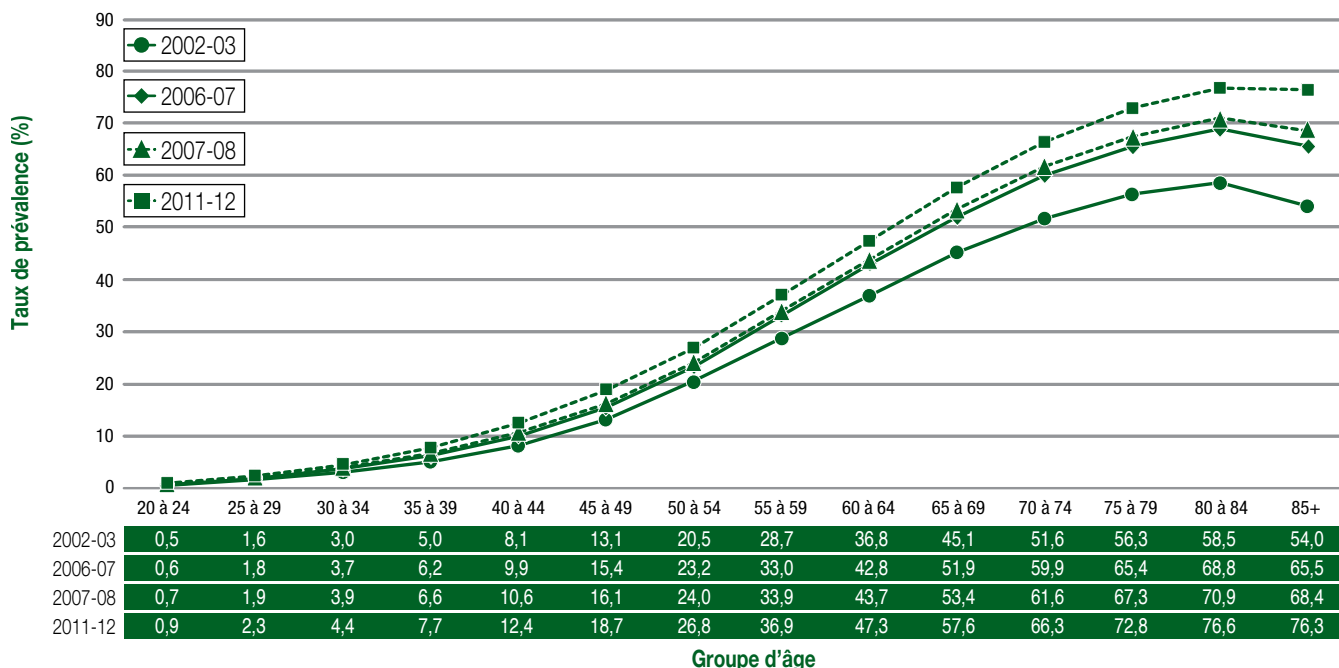
Figure 5. Taux de prévalence observés et projetés de l'hypertension diagnostiquée chez les femmes âgées de 20 ans et plus, selon le groupe d'âge, Canada,* observés : 2002-03, 2006-07, projetés : 2007-08, 2011-12



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Figure 6. Taux de prévalence observés et projetés de l'hypertension diagnostiquée chez les hommes âgés de 20 ans et plus, selon le groupe d'âge, Canada,* observés : 2002-03, 2006-07, projetés : 2007-08, 2011-12



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

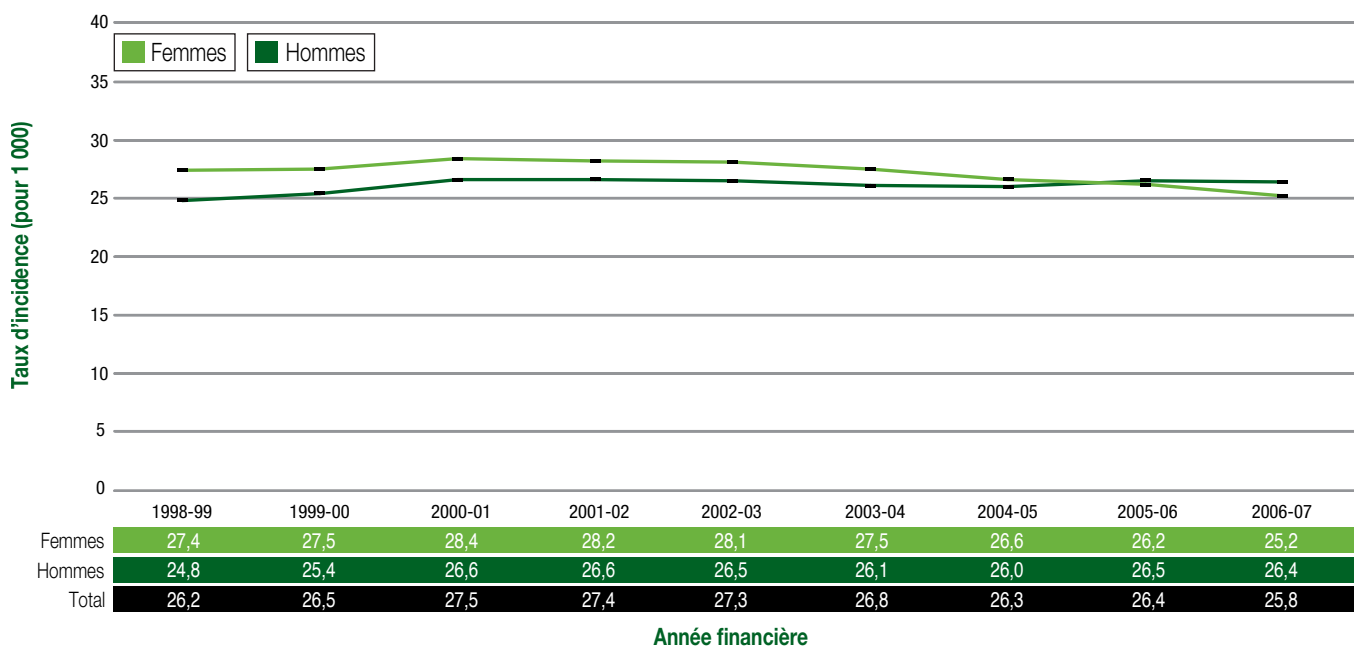
* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Nouveaux cas d'hypertension diagnostiquée chez les adultes (incidence)¹

- En 2006-07, le nombre de nouveaux cas d'hypertension atteignait 450,029 chez les adultes canadiens² (22,1 pour 1 000 chez les personnes âgées de 20 ans et plus – 21,6 pour 1 000 chez les femmes et 22,7 pour 1 000 chez les hommes) (tableau 1).²
- Les taux d'incidence d'hypertension, normalisés selon l'âge, sont demeurés stables pendant toute la période de surveillance avec des taux d'incidence combinés pour les femmes et les hommes de 26,2 pour 1 000 en 1998-99 et 25,8 pour 1 000 en 2006-07 (figure 7). Pendant cette période, il y a eu une légère diminution des taux d'incidence chez les femmes et une légère augmentation chez les hommes.
- Le taux de nouveaux cas d'hypertension augmentait avec l'âge (figure 8). Par exemple, le taux était de 5,6 pour 1 000 chez les adultes âgés de 30 à 34 ans et il était de 30,7 pour 1 000 chez les 50 à 54 ans, un taux presque 6 fois plus élevé.
- Pour les personnes de moins de 70 ans, le taux de nouveaux cas d'hypertension était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, on observait la tendance inverse chez les personnes de plus de 70 ans où le taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 8).
- Les taux de nouveaux cas d'hypertension, normalisés selon l'âge, étaient plus élevés au Yukon (37,7 pour 1 000) et dans les provinces de l'Atlantique (26,5 à 35,3 pour 1 000) et moins élevés en Ontario (24,7 pour 1 000) et dans les Territoires du Nord-Ouest (25,0 pour 1 000).

- En 1998-99, le Yukon présentait le taux de nouveaux cas d'hypertension, normalisé pour l'âge, le plus bas au pays (20,0 pour 1 000) (les données ne sont pas illustrées). Toutefois, en 2006-07, ce taux avait considérablement augmenté (37,7 pour 1 000) et dépassait de beaucoup la moyenne canadienne (25,8 pour 1 000) (figure 9, le tableau 3 présente les taux d'incidence bruts). Cette hausse reflète peut-être une réelle augmentation de l'incidence; peut-être aussi est-elle due à une amélioration des méthodes de diagnostic dans ce territoire ou encore à une amélioration de la façon de noter l'hypertension dans les demandes de remboursement des médecins. En fait, en 1998 au Yukon, une grande part des facturations de médecins ne contenait pas la raison de la visite ou le diagnostic posé. Avec l'implantation d'un nouveau système de facturations, plusieurs d'entre elles portent maintenant le code approprié de la CIM. Il est possible que le faible nombre de nouveaux cas d'hypertension ou de cas incidents documentés dans les premières années du système de surveillance aient entraîné une faible prévalence de l'hypertension au Yukon, puisque la prévalence est cumulative. D'ici quelques années, les données accumulées en la matière fourniront un meilleur aperçu de la prévalence de l'hypertension au Yukon.

Figure 7. Taux d'incidence de l'hypertension diagnostiquée, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes âgées de 20 ans et plus selon, le sexe, Canada,† 1998-99 à 2006-07

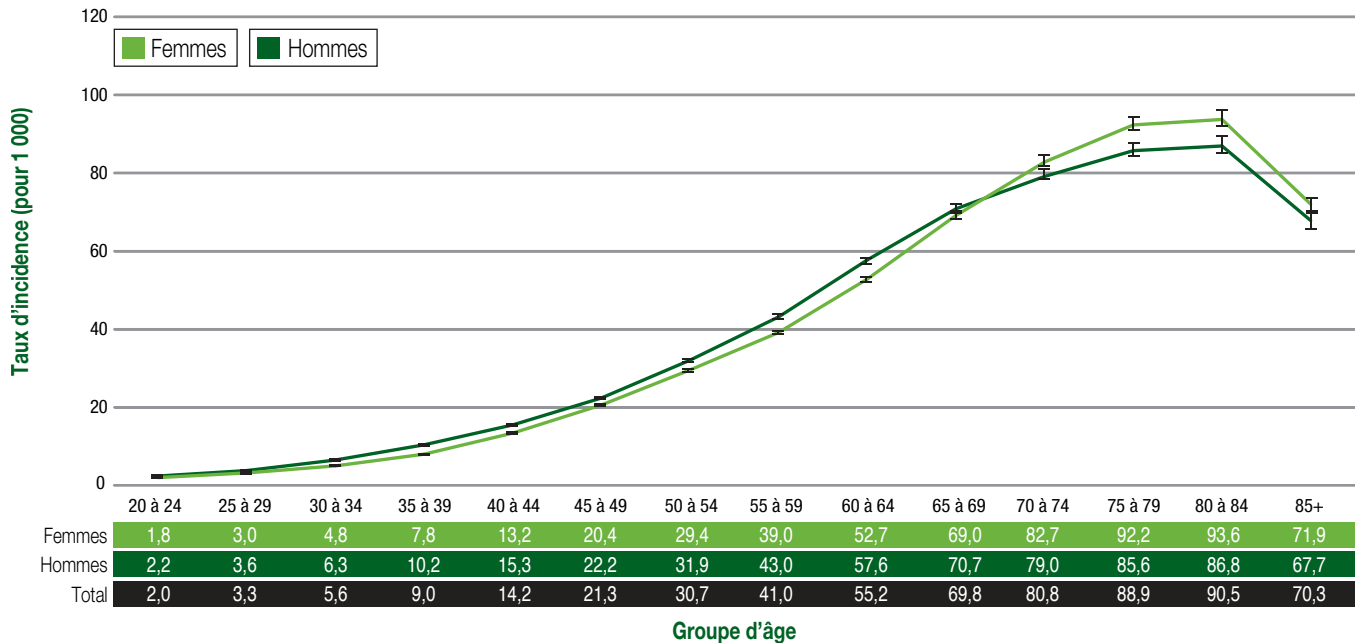


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Figure 8. Taux d'incidence de l'hypertension diagnostiquée chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada,* 2006-07

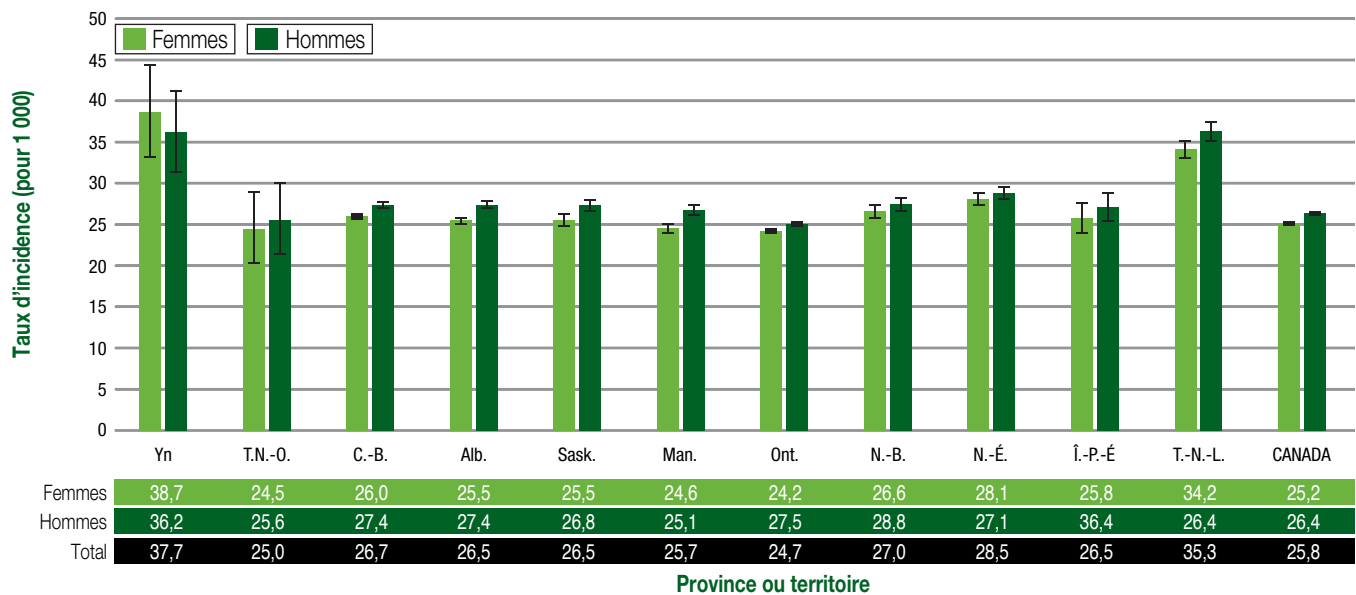


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

† L'intervalle de confiance de 95 % montre une gamme de valeurs estimée susceptible de comprendre le taux d'incidence réel 19 fois sur 20.

Figure 9. Taux d'incidence de l'hypertension diagnostiquée, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes de 20 ans et plus, selon le sexe, la province et le territoire, Canada,† 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

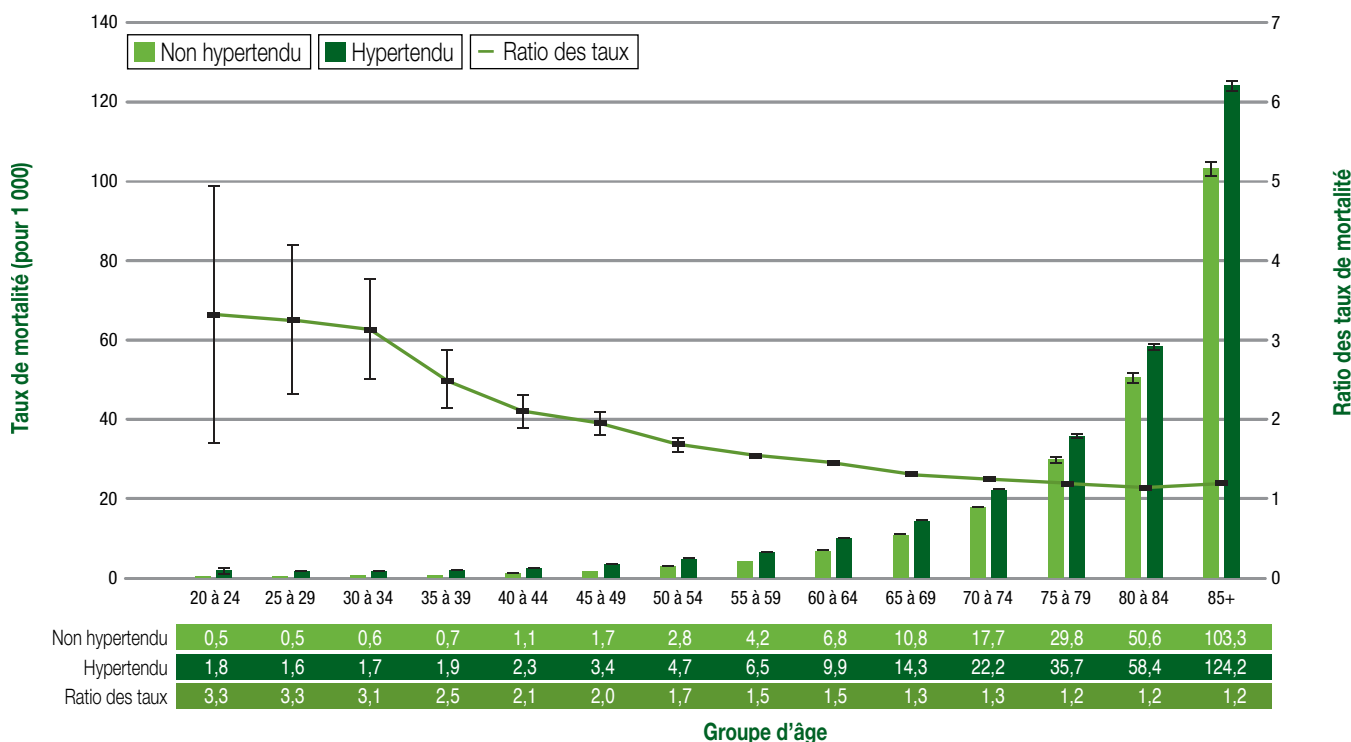
‡ L'intervalle de confiance de 95 % montre une gamme de valeurs estimée susceptible de comprendre le taux d'incidence réel 19 fois sur 20.

Yn : Yukon, T.N.-O. : Territoires du Nord-Ouest, C.-B. : Colombie-Britannique, Alb. : Alberta, Sask. : Saskatchewan, Man. : Manitoba, Ont. : Ontario, N.-B. : Nouveau-Brunswick, N.-É. : Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard, T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador

Mortalité (toutes causes confondues) chez les adultes atteints d'hypertension diagnostiquée¹

- En 2006-07, les taux de mortalité étaient plus élevés chez les personnes souffrant d'hypertension que chez celles qui n'en souffraient pas (figure 10).
- En 2006-07, les taux de mortalité chez les adultes âgés de 20 à 49 ans atteints d'hypertension étaient 2 à 3 fois plus élevés que chez les adultes qui n'en n'étaient pas atteints. Toutefois, chez les 50 ans et plus, ces taux n'étaient que de 1,2 à 1,7 fois plus élevés chez les adultes atteints d'hypertension par rapport aux adultes n'en souffrant pas (figure 10). Cela s'explique en partie par le fait qu'avec l'âge, apparaissent d'autres problèmes chroniques, ce qui augmente les risques de décès.
- Globalement, les taux de mortalité, toutes causes confondues, ont diminué de 1998-99 à 2006-07 (figure 11).
- Entre 1998-99 et 2006-07, les taux de mortalité (toutes causes confondues) étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes et aussi, plus élevés de façon constante chez les adultes atteints d'hypertension que chez ceux qui ne l'étaient pas (figure 11). Plus précisément, en 2006-07, le taux de mortalité (toutes causes confondues) était de 6,7 pour 1 000 chez les femmes atteintes d'hypertension, comparativement à 5,0 pour 1 000 chez celles qui ne l'étaient pas. Chez les hommes, les taux étaient respectivement de 10,2 et de 7,1 pour 1 000.

Figure 10. Taux et ratios des taux de mortalité toutes causes confondues chez les personnes âgées de 20 ans et plus souffrant d'hypertension diagnostiquée comparativement aux personnes sans hypertension diagnostiquée, Canada,* 2006-07

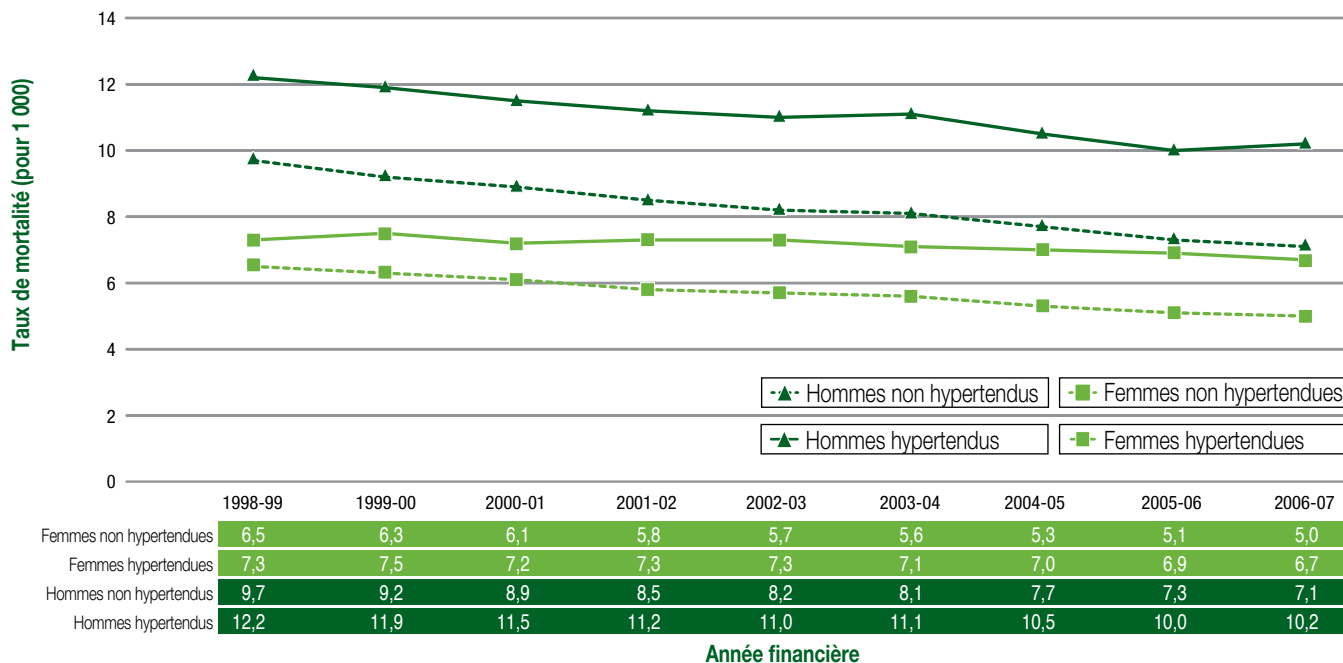


Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

¹ L'intervalle de confiance de 95 % montre une gamme de valeurs estimée susceptible de comprendre le taux de mortalité réel 19 fois sur 20.

Figure 11. Taux de mortalité toutes causes confondues, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes âgées de 20 ans et plus souffrant d'hypertension diagnostiquée comparativement aux personnes sans hypertension diagnostiquée, selon le sexe, Canada,† 1998-99 à 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

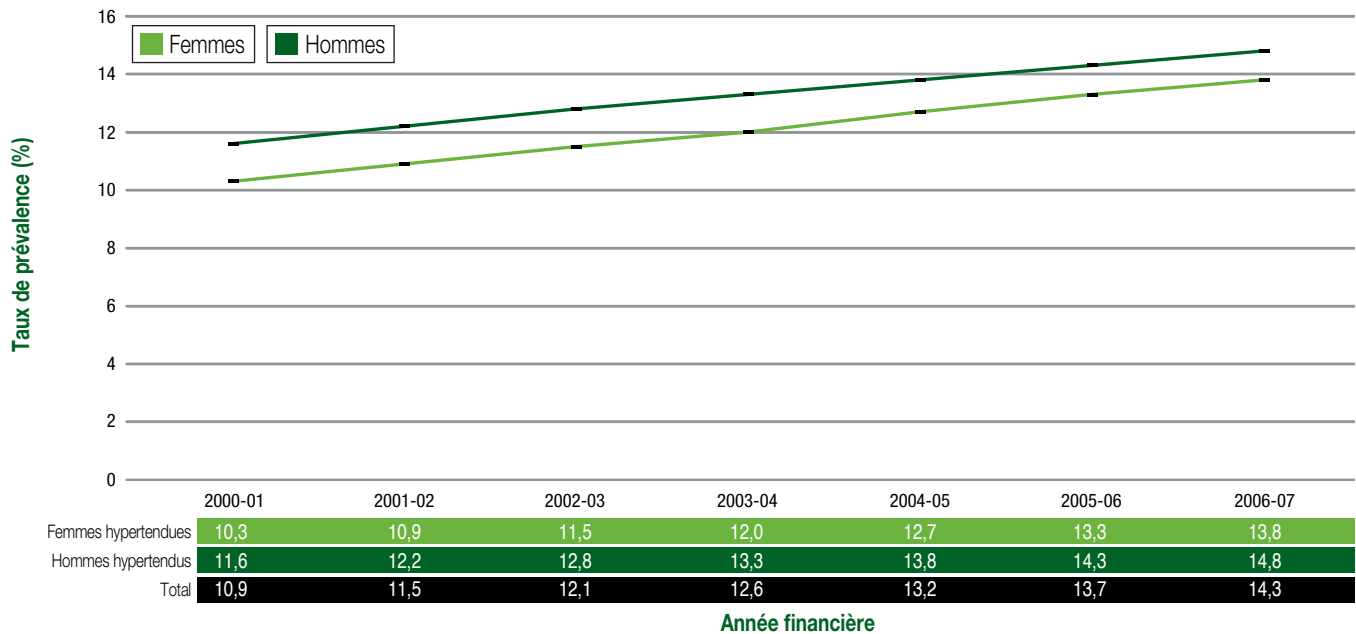
* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Adultes atteints d'hypertension et de diabète diagnostiqués (prévalence)¹

- En 2006-07, 5,1 % des Canadiens et des Canadiennes (environ 1 million) âgés de 20 ans et plus étaient atteints de diabète et d'hypertension diagnostiqués par un médecin.
- En 2006-07, 22,7 % des adultes atteints d'hypertension souffraient aussi de diabète.
- Le diabète a été diagnostiqué six fois plus souvent chez les adultes souffrant d'hypertension que chez les adultes non atteints d'hypertension.
- En 2006-07, 62,8 % des adultes atteints de diabète souffraient aussi d'hypertension.
- L'hypertension a été diagnostiquée trois fois plus souvent chez les adultes atteints de diabète que chez les adultes non diabétiques.
- Parmi les adultes atteints d'hypertension, la prévalence du diabète, normalisée selon l'âge, est passée de 10,9 % en 2000-01 à 14,3 % en 2006-07, ce qui correspond à une augmentation relative de 31,2 %. Cette hausse, sensiblement la même chez les hommes et chez les femmes (figure 12), est cohérente avec l'augmentation de la prévalence du diabète observée dans la population en général.

Figure 12. Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes âgées de 20 ans et plus souffrant d'hypertension diagnostiquée, selon le sexe, Canada,† 2000-01 à 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

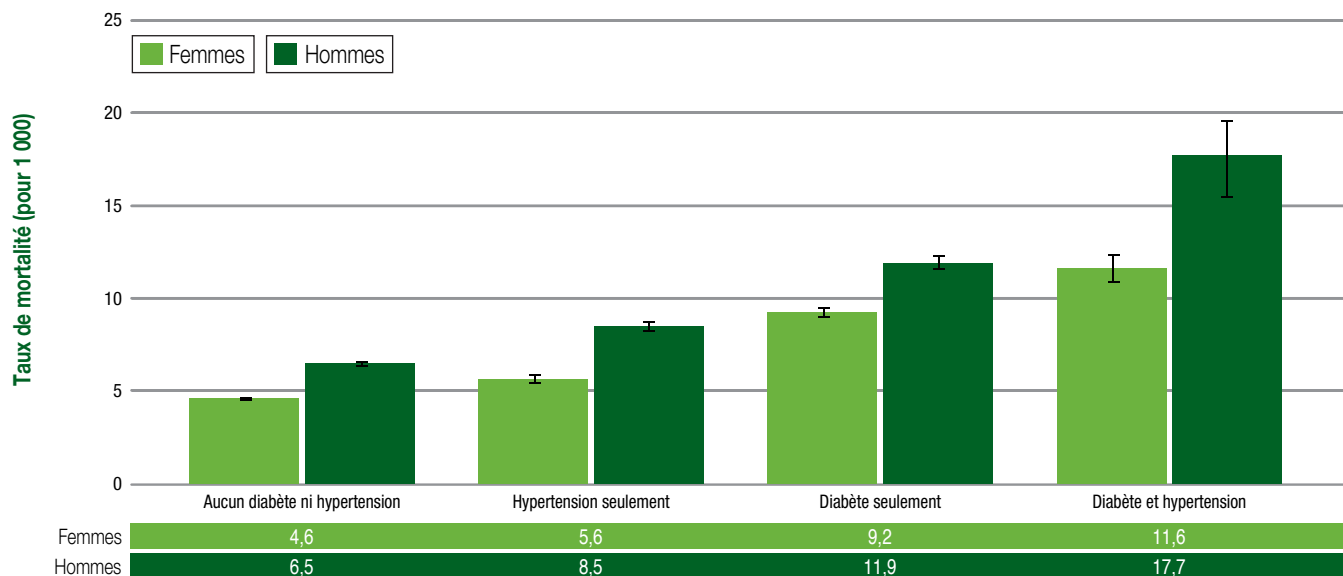
* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

Mortalité (toutes causes confondues), en 2006-07, chez les adultes atteints de diabète et d'hypertension diagnostiqués¹

- Les taux de mortalité (toutes causes confondues) normalisés selon l'âge étaient 2 fois plus élevés chez les adultes atteints de diabète et d'hypertension que chez ceux atteints d'hypertension seulement (figure 13).
- Les taux de mortalité (toutes causes confondues) normalisés selon l'âge étaient environ 1,4 fois plus élevés chez les adultes atteints de diabète et d'hypertension que chez ceux atteints de diabète seulement (figure 13).
- Les taux de mortalité (toutes causes confondues) normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les adultes atteints de diabète que chez ceux atteints d'hypertension (figure 13).
- Le nombre de décès (toutes causes confondues) chez les adultes atteints de diabète et d'hypertension est passé de 29 967 (14,5 %) en 2000-01 à 50 741 (22,8 %) en 2006-07. Cette augmentation des décès reflète la hausse de la prévalence de ces deux conditions (figure 14).

Figure 13. Taux de mortalité toutes causes confondues, normalisés en fonction de l'âge,* chez les personnes de 20 ans et plus souffrant ou non de diabète ou d'hypertension diagnostiqués, selon le sexe, Canada,† 2006-07



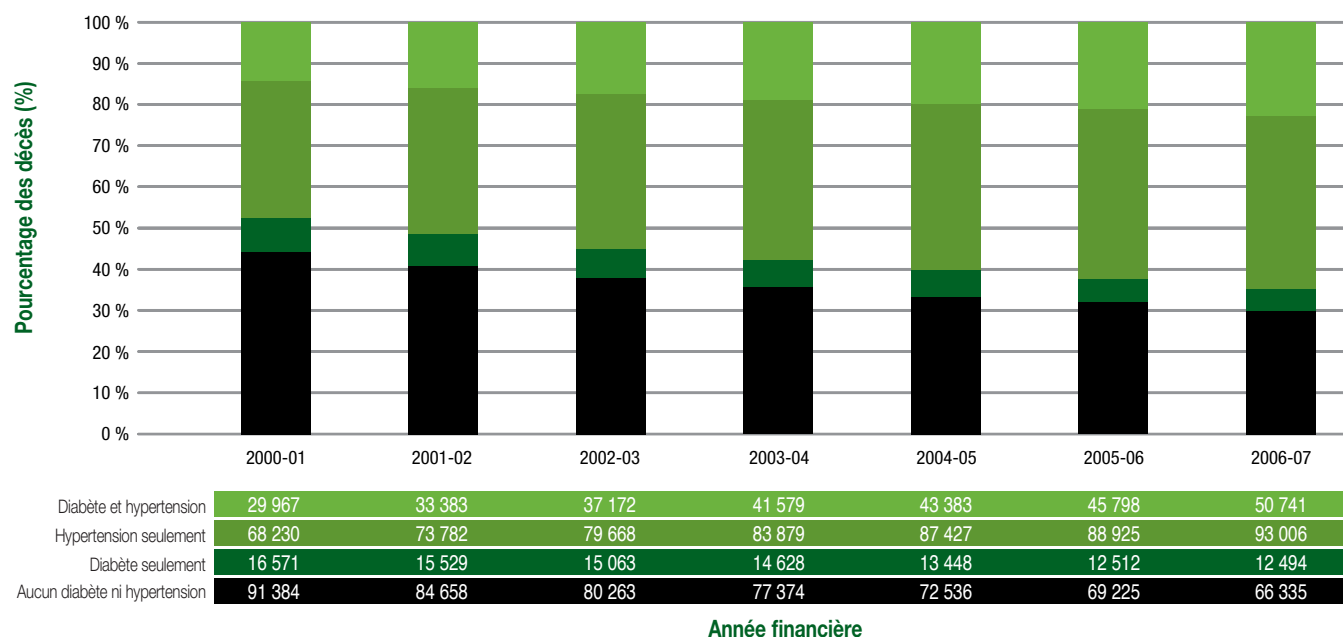
Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

† Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.

‡ L'intervalle de confiance de 95 % montre une gamme de valeurs estimée susceptible de comprendre le taux de mortalité réel 19 fois sur 20.

Figure 14. Nombre et pourcentage des cas prévalents de diabète et/ou d'hypertension chez les personnes âgées de 20 ans et plus qui sont décédées (toutes causes confondues), Canada,* 2000-01 à 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, à l'aide des fichiers de données du SNSMC transmises par les provinces et les territoires au mois de septembre 2009.

* Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles. Les données pour le Québec étaient également non disponibles. Toutefois, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant les taux canadiens d'hypertension diagnostiquée propres à l'âge pondérés pour la population du Québec.

Plans d'avenir du Système national de surveillance des maladies chroniques

Le Système national de surveillance des maladies chroniques constitue une précieuse source d'information sur l'hypertension diagnostiquée au Canada. Il faut donc continuer à produire régulièrement des rapports à ce sujet au pays. Il importe également de poursuivre le travail amorcé dans les provinces et les territoires en matière de collecte de données sur d'autres maladies chroniques telles que les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Cette information permettra une meilleure compréhension de l'hypertension chez les Canadiens et les Canadiennes.

Glossaire

Normalisés selon l'âge : Les taux sont ajustés pour tenir compte des différences dans les structures d'âge dans la population au fil du temps. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la documentation relative aux méthodes²⁵ (Système national de surveillance du diabète).

Diagnostic de diabète : Le système de surveillance répertorie les données relatives aux résidents du Canada ayant utilisé le système de santé. Pour répondre à la définition de cas de diabète utilisée par le système, une personne doit être assurée, être âgée d'au moins un an et avoir l'un des deux éléments suivants : un *congé de l'hôpital* marqué du code de diabète (code 250 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM ou encore les codes E10 à E14 de la CIM-10-CA), sélectionné à partir de tous les codes de diagnostic du dossier de l'hôpital, ou au moins *deux factures du médecin en deux ans* avec le code 250 de la CIM-9, sélectionné à partir du *premier* champ de diagnostic sur la demande.

Diagnostic d'hypertension : Le système répertorie les données relatives aux résidents du Canada ayant utilisé le système de santé. Pour répondre à la définition de cas d'hypertension utilisée par le système, une personne doit être assurée, être âgée d'au moins 20 ans et avoir l'un des deux éléments suivants : un *congé de l'hôpital* marqué du code d'hypertension (codes 401 à 405 de la CIM-9 ou de la CIM-9-CM ou encore les codes I10-I13 et I15 de la CIM-10-CA), sélectionné à partir de tous les codes de diagnostic du dossier de l'hôpital, ou au moins *deux factures du médecin en deux ans* avec un code entre 401 et 405 (hypertension) de la CIM-9, sélectionné à partir du *premier* champ de diagnostic sur la demande.

Faux négatifs : Personnes qui ne répondent pas à la définition de cas du système, mais qui sont atteintes d'hypertension. La proportion potentielle de faux négatifs était indiquée dans les études de validation du système.^{10,11,12,13}

Faux positifs : Personnes qui répondent à la définition de cas du système, mais qui ne sont pas atteintes d'hypertension. La proportion potentielle de faux positifs était indiquée dans les études de validation du système.^{10,11,12,13}

Incidence : Nombre de personnes nouvellement atteintes d'hypertension durant l'année financière.

Intervalle de confiance : Un intervalle de confiance de 95 % est un intervalle construit autour de la valeur estimée qui a 95 % de probabilité de contenir la valeur réelle de la caractéristique étudiée. La taille de l'intervalle de confiance varie en fonction de la précision de la valeur estimée.

Mortalité toutes causes confondues : Taux de mortalité, peu importe les causes de décès.

Prévalence : Nombre de personnes qui répondent à la définition de cas de l'hypertension à un moment donné.

Taux brut : Nombre total d'événements par rapport à la taille de la population, sans ajustement ou normalisation.

Taux d'incidence : Taux de personnes nouvellement atteintes d'hypertension durant l'année financière parmi la population à risque.

Taux de prévalence : Taux de personnes qui répondent à la définition de cas de l'hypertension à un moment donné.

Notes et/ou références

1. Les données pour le Nunavut et le Québec n'étaient pas disponibles.
2. Les données pour le Nunavut, tout comme pour le Québec, n'étaient pas disponibles. Toutefois, le nombre de cas au Québec a été estimé en appliquant le taux canadien de diagnostics d'hypertension par groupes d'âge à la population québécoise.
3. Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande que les personnes souffrant d'hypertension abaissent et maintiennent leur pression artérielle, par la modification de leur mode de vie ou la pharmacothérapie, en deçà de 140/90 mm Hg, et parmi celles souffrant de diabète ou de néphropathie chronique, en deçà de 130/80 mm Hg.
4. Agence de la santé publique du Canada. Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada (en ligne). Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009 (cité le 7 décembre 2009). 118 p.
Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>
5. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335 (8692): 765-74.
6. Duron E, Hanon O. Hypertension, cognitive decline and dementia. *Arch of Cardiovas Dis.* 2008; 101 (3): 181-189.
7. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA* 2002; 287 (8): 1003-1010.
8. Pression artérielle Canada (page d'accueil en ligne). (cité le 7 décembre 2009)
Disponible : <http://hypertension.ca/bpc/fr/section-d-information-sur-la-pression-arterielle/a-propos-de-nous>
9. Australian Institute of Health and Welfare. Chronic diseases and associated risk factors in Australia (en ligne). Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; novembre 2006. (cité le 7 décembre 2009). 82p.
Disponible : <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10319>
10. Lix L, Yogendran M, Burchill C, Metge C, McKeen N, Moore D, et Bond R. Defining and validating chronic diseases: an administrative data approach. Winnipeg, Manitoba Center for Health Policy, July 2006.
11. Quan H, Li B, Saunders LD, Parsons GA, Nilsson CI, Alibhai A, et al. Assessing validity of ICD-9-CM and ICD-10 administrative data in recording clinical conditions in a unique dually coded database. *Health Serv Res.* 2008 Aug; 43 (4): 1424-41.
12. Quan H, Khan N, Hemmelgarn BR, Tu, Karen, Chen, G, Campbell, N, et al. Validation of a case definition to define hypertension using administrative data. *Hypertension.* 2009 Dec; 54 (6): 1423-8.
13. Tu K, Campbell, NRC, Chen ZL, Cauch-Dudek KJ, McAlister FA. Accuracy of administrative databases in identifying patients with hypertension. *Open Med* 2007 Apr 14; 1 (1): E3-5.
14. Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens.* 1997 Oct; 10 (10 Pt 1): 1097-102.
15. Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P, Stratychuk L, Nemeth K, et al. Results of the Ontario Survey on the prevalence and control of hypertension. *JAMC.* 2008 May 20; 178 (11): 1441-9.

16. Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Tension artérielle des adultes au Canada. Rapports sur la santé (en ligne) 17 février 2010 (cité le 17 février 2010); 21 (1). Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x2010001-fra.htm>
17. Tu K, Chen Z, Lipscombe LL, for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. Mortality among patients with hypertension from 1995-2005: a population-based study. JAMC. 2008 May 20; 178 (11): 1436-1440.
18. Campbell NRC, Brant R, Johansen H, Walker RL, Wielgosz A, Onysko J, et al. for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. Increases in antihypertensives prescriptions and reductions in cardiovascular event in Canada. Hypertension 2009 Feb; 53 (2): 128-134.
19. Campbell NRC, Tu K, Brant R, Duong-Hua M, McAlister FA for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. The impact of the Canadian Hypertension Education Program on antihypertensive prescribing trends. Hypertension 2006 Jan; 47 (1): 22-28.
20. Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa, and Asia. J Hum Hypertens. 2004 Aug 18 (8): 545-51.
21. Langille DB, Joffres MR, MacPherson KM, Andreou P, Kirkland SA, MacLean DR. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in Canadians 55 to 74 years of age: results from the Canadian Heart Health Surveys, 1986-1992. JAMC. 1999; 161 (8 Suppl): S3-S9.
22. Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada : aperçu (en ligne). Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009 (cité le 7 décembre 2009). 6p. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/oc/index-fra.php>
23. Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009 (en ligne). Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009 (cité le 15 février 2010). 30p. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ndssdic-snsddac-09/index-fra.php>
24. Ces estimations sont calculées en fonction des projections démographiques des prochaines années de Statistique Canada ainsi que de la constance présumée de l'incidence et des taux de mortalité obtenus grâce au système.
25. Agence de la santé publique du Canada. Système national de surveillance du diabète : documentation relative aux méthodes, 2008. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2009 Avril. 42p. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/ndss-snsd/francais/diabetes_data/00-06/pdf/method_v208-fra.pdf

Remerciements

Membres du comité de rédaction

Christina Bancej, Agence de la santé publique du Canada
Claudia Blais, Institut national de santé publique du Québec
Norm Campbell, Université de Calgary
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
Susan Quach, Agence de la santé publique du Canada
Hude Quan, Université de Calgary
Kim Reimer, British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport
Cynthia Robitaille, Agence de la santé publique du Canada
Mark Smith, Manitoba Centre for Health Policy
Paula Stewart, Agence de la santé publique du Canada
Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences
Robin Walker, Université de Calgary

Réviseurs externes

J. George Fodor, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Michel Joffres, Université Simon Fraser

Réviseurs internes

Oliver Baclic, Agence de la santé publique du Canada
Howard Morrison, Agence de la santé publique du Canada
Andreas Wielgosz, Agence de la santé publique du Canada

Comité scientifique du Système national de surveillance des maladies chroniques

Shazhan Ahmed, British Columbia Children's Hospital
Christina Bancej, Agence de la santé publique du Canada
Paul Belanger, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada
Gillian Booth, Hôpital St Michael, Université de Toronto
Jill Casey, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Kayla Collins, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec
Linda S. Geiss, Division of Diabetes Translation, Centers for Disease Control and Prevention
Hasan Hutchinson, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada
Jan Hux, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Jeffrey Johnson, École de la santé publique, Université de l'Alberta

Isabelle Larocque, Institut national de santé publique du Québec

Anthony Leamon, Santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Lisa Lix, École de la santé publique, Université de la Saskatchewan

Jenny Mackey, ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

William Osei, Direction générale de la santé de la population, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Joan Porter, Agence de la santé publique du Canada

Rolf Puchtinger, Direction des maladies chroniques, Santé et Vie saine Manitoba

Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé

Kim Reimer, Prévention et promotion de la santé, British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport

Glenn Robbins, Agence de la santé publique du Canada

Chris Robinson, Agence de la santé publique du Canada

Mark Smith, Manitoba Centre for Health Policy

Larry Svenson, Surveillance de la santé publique et Santé environnementale, Santé et Mieux-Être de l'Alberta

Ellen Toth, Département de médecine, Université de l'Alberta

Linda Van Til, Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada

Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Chris Waters, Agence de la santé publique du Canada

Jean-François Yale, Centre de nutrition et des sciences de l'alimentation de McGill, Université McGill

Groupe de travail technique du Système national de surveillance des maladies chroniques

Fred Ackah, Santé et Mieux-être de l'Alberta

Jill Casey, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Connie Cheverie, ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Joellyn Ellison, Agence de la santé publique du Canada

Bao Gang Fei, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Wendy Fonseca-Holt, Direction des maladies chroniques, Santé et Vie saine Manitoba

Janice Hawkey, Santé Saskatchewan

Alexander Kopp, Institut de recherche en services de santé

Anthony Leamon, Santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Lidia Loukine, Agence de la santé publique du Canada

Pat McCrea, British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport

Bob McRae, Agence de la santé publique du Canada

Robin Read, Programme du soin du diabète de la Nouvelle-Écosse

Louis Rochette, Institut national de santé publique du Québec

Khokan Sikdar, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Mike Tribes, Santé et services sociaux, gouvernement du Yukon

Paul Tchouaffi, ministère de la Santé et des Services sociaux, Information et recherche sur la santé, Iqaluit (Nunavut)

Le Système national de surveillance des maladies chroniques est dirigé par le groupe de travail sur la surveillance des maladies chroniques et des traumatismes du Réseau pancanadien de santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada. Il comprend les organismes suivants :

Santé et Mieux-être de l'Alberta

British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport

Institut canadien d'information sur la santé

Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète

Gouvernement du Nunavut

Gouvernement du Yukon

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Institut national de santé publique du Québec

Santé Manitoba

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – ministère de la Promotion de la santé

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Statistique Canada

Évaluation et bon de commande

Veillez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les éditions futures. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire et de nous le retourner.

Notre adresse postale est : Division de la surveillance des maladies chroniques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
785, avenue Carling, IA : 6806B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA
Courriel : infobase@phac-aspc.gc.ca

1. **Avez-vous trouvé le rapport utile?** Oui Non

2. **Si oui, qu'est-ce qui vous a paru le plus utile?** _____

3. **Si non, qu'est-ce qui n'a pas été utile?** _____

4. **Donnez des suggestions pour l'amélioration du rapport.** _____

5. **Qui êtes-vous?**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Épidémiologiste | <input type="checkbox"/> Décideur | <input type="checkbox"/> Membre d'un organisme gouvernemental |
| <input type="checkbox"/> Médias | <input type="checkbox"/> Chercheur | <input type="checkbox"/> Membre d'une organisation non gouvernementale |
| <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé | <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Membre du public | <input type="checkbox"/> Administrateur de la santé/
Enseignement | |

Oui, veuillez m'envoyer un exemplaire de la prochaine édition du rapport

Nom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/Territoire/État : _____

Code postal : _____

Pays : _____



