

LA DÉMENCE ET LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX CONCOMITANTS CHEZ LES CANADIENS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS

FAITS SAILLANTS DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

La démence et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des maladies chroniques débilitantes courantes au Canada. Elles posent des problèmes de santé importants, surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le risque de développer ces affections, séparément ou ensemble (c.-à-d. en comorbidité), augmente avec l'âge¹⁻³. Certaines études canadiennes ont examiné la comorbidité de la démence et des AVC au sein de populations précises^{4,5}; cependant, les données sont insuffisantes pour estimer la prévalence de cette comorbidité dans l'ensemble de la population canadienne^{6,7}.

La présente fiche d'information fournit de nouvelles estimations sur la comorbidité de la démence et des AVC chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus, soit en examinant la présence simultanée de la démence et de tout AVC au moyen des données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) utilise le SCSMC pour effectuer une surveillance nationale de 20 maladies chroniques, notamment la démenceⁱ et les AVC diagnostiqués (**Encadré 1**, page 7)^{8,9}.

La démence désigne un ensemble de symptômes et de signes associés à une détérioration progressive des fonctions cognitives qui nuit aux activités quotidiennes⁸.

Elle est causée par diverses maladies et lésions du cerveau et du système vasculaire. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence, suivie de la démence vasculaire. Cependant, les données disponibles semblent indiquer que la démence mixte, qui se caractérise par une combinaison de causes, mais souvent ces deux causes, est également courante^{10,11}.

Un AVC est une perte soudaine de la fonction cérébrale causée par un blocage (AVC ischémique) ou une rupture (AVC hémorragique) des vaisseaux sanguins du cerveau⁹.

Les définitions de cas validées pour la démence diagnostiquée¹² chez les personnes âgées de 65 ans et plus et pour l'AVC diagnostiqué¹³ chez les personnes âgées de 20 ans et plus ont été appliquées aux données longitudinales du SCSMC (du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 2017). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus toujours en vie en 2016–2017, les cas de démence et d'AVC concomitants (quel que soit l'ordre d'apparition) ont été relevés comme des cas de comorbidité prévalents. Les données sont présentées pour l'année financière 2016–2017. Des données provenant de l'ensemble des provinces et territoires canadiens, à l'exception de la Saskatchewan, étaient disponibles pour ces analyses.

ⁱ Le terme « démence » englobe tous les types de démence, même s'ils ne sont pas mentionnés précisément.

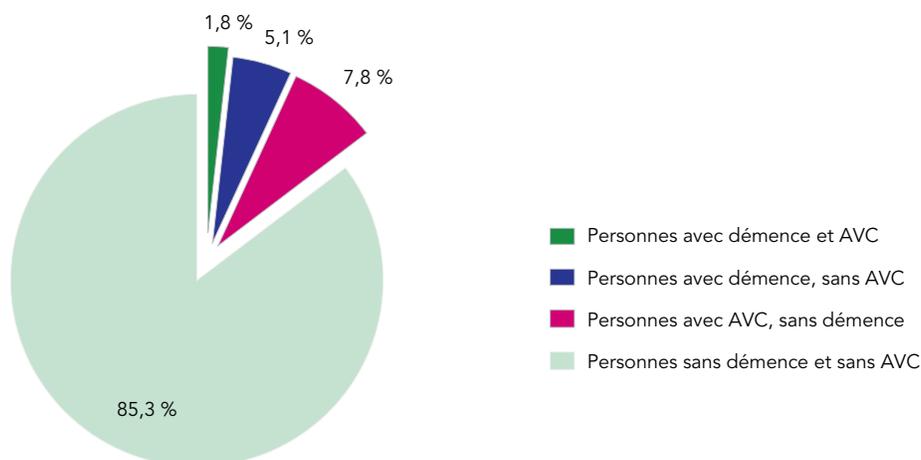
COMBIEN DE CANADIENS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS SONT ATTEINTS DE DÉMENCE ET ONT ÉGALEMENT SUBI UN AVC (PRÉVALENCE)?

Selon les données de l'année financière 2016–2017 du SCSMC, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 6,9 % (soit 432 000 personnes) étaient atteintes de démence et 9,6 % (soit 602 000 personnes) avaient subi un AVC depuis le début de la période de surveillance en 1996–1997. Dans l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus :

- la prévalence de la démence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (8,0 % contre 5,5 %);
- la prévalence des AVC était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (10,2 % contre 9,0 %).

En 2016–2017, environ 1,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus (soit 110 000 personnes) étaient atteintes de démence et avaient subi un AVC concomitants, tandis que 5,1 % (soit 322 000 personnes) étaient atteintes de démence sans AVC et que 7,8 % (soit 492 000 personnes) avaient subi un AVC sans démence (**Figure 1**).

FIGURE 1 : Prévalence brute[†] (en pourcentage) de la démence et des AVC chez les personnes âgées de 65 ans et plus, Canada*, 2016–2017



† Les taux bruts étaient fondés sur des nombres arrondis de façon aléatoire au multiple de 10 le plus près.

* Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles.

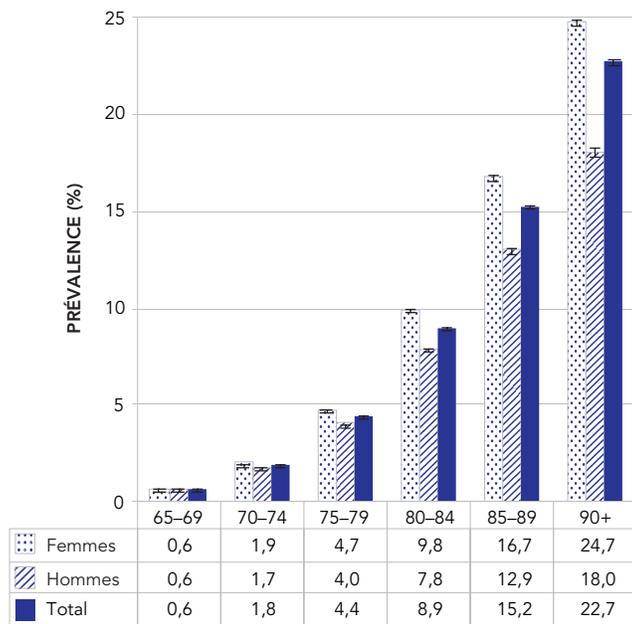
SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, à partir des fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires (août 2019).

Lorsque des taux bruts sont rapportés, la prévalence de la comorbidité de la démence et des AVC était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,9 % contre 1,6 %); or, cette différence est inversée si l'on rapporte des taux standardisés selon l'âge (1,6 % contre 1,8 %), étant donné la répartition par âge de la population âgée.

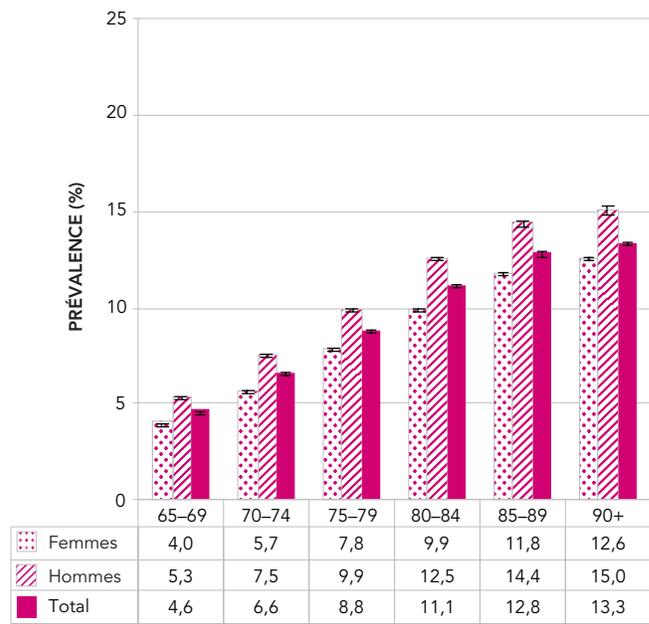
Par ailleurs, la prévalence de la démence sans AVC augmentait avec l'âge. La prévalence de la démence, sans AVC, était plus élevée chez les femmes de 75 ans et plus que chez les hommes du même âge (**Figure 2a**). La prévalence des AVC sans démence augmentait également avec l'âge, mais moins rapidement après 85 ans. Quel que soit l'âge, les AVC sans démence étaient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (**Figure 2b**).

FIGURE 2 : Prévalence brute† (en pourcentage) des personnes âgées de 65 ans et plus (a) atteintes de démence, sans AVC et (b) ayant subi un AVC, sans démence, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada*, 2016–2017

(a) Avec démence, sans AVC



(b) Avec AVC, sans démence



† Les taux bruts étaient fondés sur des nombres arrondis de façon aléatoire au multiple de 10 le plus près.

* Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % correspond à une plage de valeurs estimée dans laquelle la valeur réelle devrait se situer 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, à partir des fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires (août 2019).

La prévalence de la comorbidité de la démence et des AVC chez les personnes âgées de 65 ans et plus augmentait de façon marquée, passant de 0,2 % chez les personnes âgées de 65 à 69 ans à 8,9 % chez celles de 90 ans et plus (**Figure 3**). La prévalence brute de la comorbidité de la démence et des AVC était plus élevée chez les hommes jusqu'à 90 ans; à partir de cet âge, la

prévalence brute était plus élevée chez les femmes (9,1 %) que chez les hommes (8,3 %). Cette répartition par sexe observée dans les taux bruts pourrait s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes survivent jusqu'à un âge plus avancé.

FIGURE 3 : Prévalence brute[†] (en pourcentage) de la comorbidité de la démence et des AVC chez les personnes âgées de 65 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada*, 2016–2017



† Les taux bruts étaient fondés sur des nombres arrondis de façon aléatoire au multiple de 10 le plus près.

* Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % correspond à une plage de valeurs estimée dans laquelle la valeur réelle devrait se situer 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, à partir des fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires (août 2019).

QUELS SONT LES TAUX DE MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES) CHEZ LES CANADIENS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS ATTEINTS DE DÉMENCE ET AYANT SUBI UN AVC?

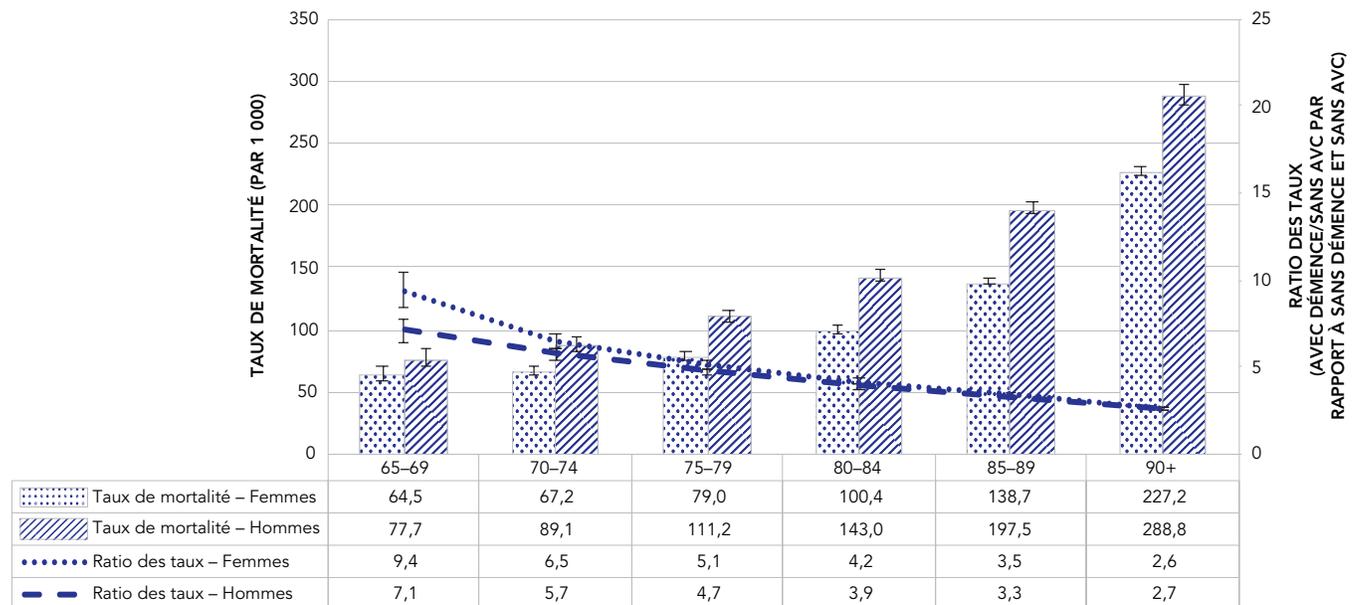
Comme on peut s’y attendre, les taux de mortalité toutes causes confondues augmentaient avec l’âge, quelle que soit la combinaison de maladies, et étaient plus élevés chez les hommes plus âgés que chez les femmes plus âgées (Figure 4). Dans l’ensemble, le taux de mortalité toutes causes confondues standardisé selon l’âge était 6,9 fois plus élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant les deux affections que chez celles qui n’avaient pas les deux affections (150,5 par 1 000 contre 21,8 par 1 000). Le ratio des taux standardisés selon l’âge était plus élevé chez les femmes (7,8) que chez les hommes (6,1) (données non présentées).

Les taux de mortalité toutes causes confondues étaient plus élevés chez les personnes ayant subi un AVC sans démence, chez les personnes atteintes de démence sans AVC et chez les personnes atteintes des deux affections, comparativement aux personnes non atteintes de démence et n’ayant pas subi d’AVC. Cependant, les ratios des taux diminuaient avec l’âge, ce qui peut s’expliquer par l’augmentation de la mortalité générale. En effet, le risque de mourir de n’importe quelle cause augmente avec l’âge.

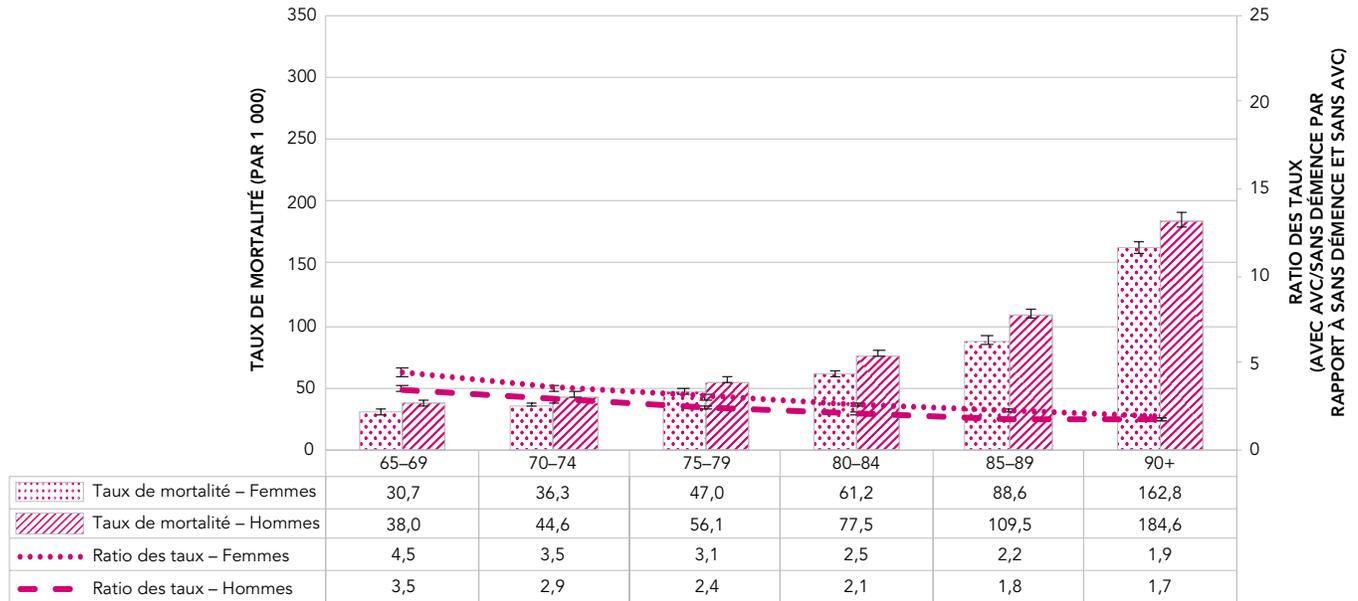
Chez les personnes atteintes de démence, sans AVC (Figure 4a), les ratios des taux étaient similaires entre les sexes dans tous les groupes d’âge, sauf chez les plus jeunes. Les ratios des taux parmi les personnes ayant subi un AVC, sans démence (Figure 4b) et celles atteintes de démence et ayant subi un AVC concomitants (Figure 4c) étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour tous les groupes d’âge, à l’exception des plus âgés.

FIGURE 4 : Taux de mortalité bruts[†] toutes causes confondues et ratios des taux pour les personnes âgées de 65 ans et plus (a) atteintes de démence, sans AVC, (b) ayant subi un AVC, sans démence et (c) avec démence et AVC concomitants, par rapport à celles sans démence et sans AVC, selon le groupe d’âge et le sexe, Canada*, 2016–2017

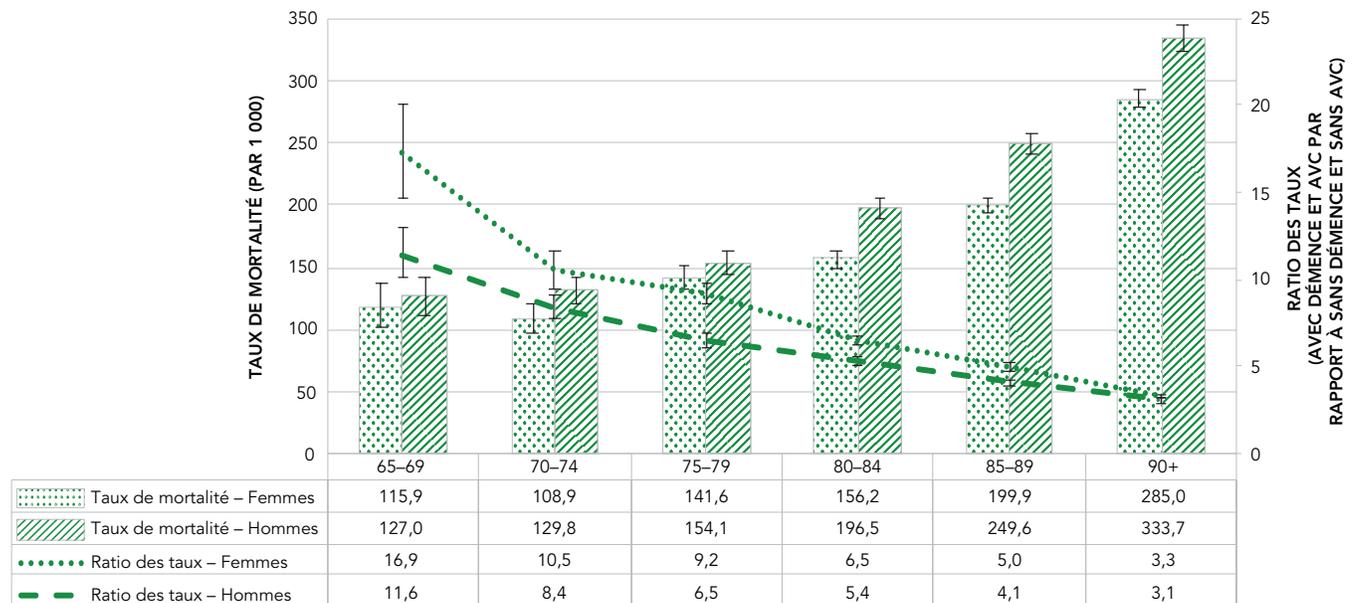
(a) Avec démence, sans AVC



(b) Avec AVC, sans démence



(c) Avec démence et AVC concomitants



† Les taux bruts étaient fondés sur des nombres arrondis de façon aléatoire au multiple de 10 le plus près.

* Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles.

REMARQUE : L'intervalle de confiance à 95 % correspond à une plage de valeurs estimée dans laquelle la valeur réelle devrait se situer 19 fois sur 20.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, à partir des fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires (août 2019).



QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA DÉMENCE ET AUX AVC?

De nombreux facteurs sont associés au développement et à la progression de la démence ou à la survenue d'un AVC. Les facteurs de risque non modifiables associés au développement de la démence ou à la survenue d'un AVC incluent l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et l'origine ethnique^{10,14-16}.

Des facteurs liés au mode de vie, tels qu'une alimentation saine, l'activité physique, la réduction de la consommation excessive d'alcool et l'abandon du tabac, peuvent contribuer à retarder ou à réduire le risque de démence ou d'AVC^{10,14-16}. En outre, il a été démontré que le fait d'avoir reçu un enseignement secondaire et d'être engagé sur le plan social protège contre la démence^{10,16}. Des affections telles que l'hypertension, un taux élevé de cholestérol sanguin, l'obésité, le diabète, la dépression, la fibrillation auriculaire et d'autres maladies cardiaques sont associées à une probabilité plus élevée de développer une démence ou de subir un AVC^{10,14-18}.

Il existe de multiples interactions entre la démence et les AVC qui ne sont pas encore totalement comprises. Les similitudes de leurs facteurs de risque modifiables, en particulier l'hypertension, qui est très répandue et qui contribue au développement des deux affections, peuvent nous offrir des pistes de stratégies potentielles de prévention ou de retardement du développement ou de la progression des deux affections^{19,20}.

ENCADRÉ 1 : À PROPOS DES DONNÉES

Les données utilisées dans cette publication proviennent du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), un réseau de collaboration des systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance des maladies chroniques géré par l'Agence de la santé publique du Canada. Le SCSMC définit les cas de maladies chroniques à partir des bases de données administratives provinciales et territoriales sur la santé, y compris les réclamations de facturation des médecins, les dossiers de sorties des patients des hôpitaux et les dossiers d'ordonnances jumelés aux registres de l'assurance-maladie des provinces et des territoires au moyen d'un identificateur personnel unique. Les données sur tous les résidents admissibles à l'assurance-maladie provinciale ou territoriale sont saisies dans les registres de l'assurance-maladie. Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles pour ces analyses.

DÉFINITION DE LA DÉMENCE DIAGNOSTIQUÉE, Y COMPRIS LA MALADIE D'ALZHEIMER, DANS LE SCSMC

Les Canadiens âgés de 65 ans et plus sont considérés comme ayant reçu un diagnostic de démence, y compris de la maladie d'Alzheimer, s'ils ont au moins un dossier d'hospitalisation ou au moins trois réclamations de facturation de médecin (à intervalle d'au moins 30 jours) sur une période de deux ans comprenant un code de la CIM-9 ou de la CIM-10 correspondant à la démence, y compris la maladie d'Alzheimer, ou au moins un dossier d'ordonnance pour un médicament contre la démence.

DÉFINITION DE L'AVC DIAGNOSTIQUÉ DANS LE SCSMC

Les Canadiens âgés de 20 ans et plus sont considérés comme ayant subi un AVC s'ils ont au moins un dossier d'hospitalisation ou au moins deux réclamations de facturation de médecin sur une période d'un an comprenant un code de la CIM-9 ou de la CIM-10 correspondant à un AVC. Les données présentées dans cette publication sont limitées aux personnes âgées de 65 ans et plus.

Pour de plus amples renseignements sur les définitions de cas de maladies du SCSMC, veuillez consulter ceci : https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/publication/CCDSS_Case_Definitions_DataCubes_v2018_fr.xlsx.



UNE STRATÉGIE SUR LA DÉMENCE POUR LE CANADA : ENSEMBLE, NOUS Y ASPIRONS

La stratégie nationale sur la démence a trois objectifs : prévenir la démence, faire progresser les thérapies et trouver un remède, et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence et des aidants naturels. **La surveillance et les données** constituent l'un des cinq piliers qui soutiennent ces objectifs. L'amélioration de la surveillance de la démence et de ses comorbidités permettra d'obtenir une image plus précise de leur impact au Canada.

Pour en savoir plus sur la stratégie, visitez le site :

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/strategie-demence.html.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA DÉMENCE ET LES AVC

VISITEZ

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/demence.html

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/accident-vasculaire-cerebral.html

OBTENEZ DES DONNÉES

<https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/>

AUTRES RESSOURCES

<https://alzheimer.ca/fr/Home>

<https://www.who.int/topics/dementia/fr/>

<https://www.coeuretavc.ca/>

<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/l'humeur-cognition-et-fatigue-apres-un-avc>

REMERCIEMENTS

Ce travail a été rendu possible grâce à la collaboration entre l'ASPC et l'ensemble des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada, ainsi qu'à la contribution d'experts du groupe de travail sur les maladies neurologiques et du groupe de travail sur les AVC du SCSMC. Les résultats et les interprétations présentés dans cette fiche d'information n'engagent que les auteurs. Ils ne doivent pas être perçus comme étant endossés par les provinces et les territoires.

RÉFÉRENCES

- 1 Leys D, Hilde H, Mackowiak-Cordoliani A-M, Pasquier F. Poststroke dementia [Disponible en anglais seulement]. *Lancet Neurol.* 2005;4:752–759.
- 2 Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post stroke dementia: A systematic review and meta-analysis [Disponible en anglais seulement]. *Lancet Neurol.* 2009;8:1006–1018.
- 3 Pendlebury ST. Stroke-related dementia: Rates, risk factors and implications for future research [Disponible en anglais seulement]. *Maturitas.* 2009;64:165–171.
- 4 Jin Y-P, Di Legge S, Ostbye T, Feightner JW, Hachinski V. The reciprocal risks of stroke and cognitive impairment in an elderly population [Disponible en anglais seulement]. *Alzheimer's & Dementia.* 2006;2:171–178.
- 5 Zerna C, Lindsay MP, Fang J, Swartz RH, Smith EE. Outcomes in hospitalized ischemic stroke patients with dementia on admission: a population-based cohort study [Disponible en anglais seulement]. *Can J Neurol Sci.* 2018;45:290–294.
- 6 Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (Dé) connexions : Des liens insoupçonnés posent un risque [Internet]. Ottawa (Ont.) : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; [7 février 2019; consulté le 18 décembre 2019]. Accès : www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/2019-report/coeuretavcbulletin2019.ashx.
- 7 Cerasuolo JO, Cipriano LE, Sposato LA, Kapral MK, Fang J, Gill SS, et al. Population-based stroke and dementia incidence trends: age and sex variations [Disponible en anglais seulement]. *Alzheimer's & Dementia.* 2017;13:1081–1088.
- 8 Agence de la santé publique du Canada. La démence au Canada [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; [21 septembre 2017; consulté le 3 octobre 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.html.
- 9 Agence de la santé publique du Canada. Accidents vasculaires cérébraux au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; [19 septembre 2017; consulté le 3 octobre 2019]. Accès : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/accident-vasculaire-cerebral-canada-fiche-technique.html.
- 10 Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care [Disponible en anglais seulement]. *Lancet.* 2017;390(10113):2673–2734.
- 11 Vargas-González J-C, Hachinski V. Insidious cerebrovascular disease – the uncool iceberg [Disponible en anglais seulement]. *JAMA Neurology* [en ligne]. 2019 [consulté le 15 janvier 2020]. Accès : <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2755282>.
- 12 Jaakkimainen R, Bronskill S, Tierney M, Herrmann N, Green D, Young J, et al. Identification of physician-diagnosed Alzheimer's disease and related dementias in population-based administrative data: A validation study using family physicians' electronic medical records [Disponible en anglais seulement]. *J Alzheimers Dis.* 2016;54(1):337–49.
- 13 Tu K, Wang M, Young J, Green D, Ivers NM, Butt D, Jaakkimainen L, Kapral MK. Validity of administrative data for identifying patients who have had a stroke or transient ischemic attack using EMRALD as a reference standard [Disponible en anglais seulement]. *Can J Cardiol.* 2013 Nov;29(11):1388–94.
- 14 Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention [Disponible en anglais seulement]. *Circ Res.* 2017 Feb 3;120(3):472–495.
- 15 O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Rao-Melacini P, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study [Disponible en anglais seulement]. *Lancet.* 2016 Aug;388(10046):761–75.
- 16 Organisation mondiale de la Santé. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [en ligne]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; [2019; consulté le 3 octobre 2019]. Accès : www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/.
- 17 Islam MM, Poly TN, Walther BA, Yang H-C, Wu, CC, Lin M-L, et al. Association between atrial fibrillation and dementia: a meta-analysis [Disponible en anglais seulement]. *Front. Aging Neurosci.* 2019;11(305).
- 18 O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study [Disponible en anglais seulement]. *Lancet.* 2010;376:112–123.
- 19 Hachinski V, Einhäupl K, Ganten D, Alladi S, Brayne C, Stephan BCM, et al. Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin manifesto [Disponible en anglais seulement]. *Alzheimer's & Dementia.* 2019;15:961–984.
- 20 Faraco G, Iadecola C. Hypertension: a harbinger of stroke and dementia [Disponible en anglais seulement]. *Hypertension.* 2013;62(5).