

# **L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PAR LES MONTRÉALAIS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN 2003-2004**

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /  
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



**L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ  
PAR LES MONTRÉALAIS SOUFFRANT  
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN 2003-2004**

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ

SECTEUR SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE  
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE,  
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL  
ET  
DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES  
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

MAI 2007

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /  
Direction de la santé publique
- Institut national de santé publique

## AUTEURS

Odette Lemoine, agente de recherche, de planification et de programmation  
Dominique Lesage, agente de recherche, de planification et de programmation  
Cristine Leroux, agente de recherche, de planification et de programmation  
Pierre Tousignant, médecin conseil  
Brigitte Simard, technicienne de recherche  
Yves Roy, programmeur  
Ginette Beaulne, agente de recherche, de planification et de programmation

## LES PERSONNES SUIVANTES ONT ÉTÉ CONSULTÉES À L'UNE OU L'AUTRE DES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT. NOUS LES EN REMERCIONS

Debbie Feldman, chercheure, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Sylvie Provost, médecin conseil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Marie-Dominique Beaulieu, médecin et titulaire à la chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, Université de Montréal  
Mike Benegéri, responsable du CMIS, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Thao Huynh, cardiologue, Centre universitaire de santé McGill  
Nathalie Nadon, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## ÉDITION ET MISE EN PAGE

Mireille Paradis, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## CARTOGRAPHIE

Emanuelle Huberdeau, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique ([www.santepub-ntl.qc.ca/ESPSS/production.html](http://www.santepub-ntl.qc.ca/ESPSS/production.html)) et de l'Institut national de santé publique du Québec ([www.inspq.qc.ca/publications/](http://www.inspq.qc.ca/publications/))

Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca). Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2007  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN 13 : 978-2-550-50140-4 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN 13 : 978-2-550-50141-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2007)

*Accessibilité, continuité, qualité*

## *Pour mieux connaître les besoins des Montréalais*

**A**vec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mis en place des banques de données jumelables dans le but d'évaluer et suivre l'évolution des réseaux locaux de services. Ces banques contiennent les données sur l'utilisation des services de santé (hospitalisations, actes médicaux, médicaments, interventions en CLSC, admissions en CHSLD et décès) de l'ensemble des résidents de Montréal. Grâce à un identifiant unique (numéro d'assurance maladie encrypté), il est possible de jumeler ces différentes banques afin de suivre les trajectoires des patients dans les différentes organisations de services du réseau de la santé.

Le développement de ce projet unique au Québec et les travaux d'analyses de cette nouvelle banque de données sont réalisés conjointement par deux équipes de l'Agence : le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire et l'équipe Santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec.

Les données et les analyses du présent rapport ont été produites grâce à l'exploitation de ces banques.

- Autres rapports disponibles
  - « L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004 » disponible sur [www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html](http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html)
  - « L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005 » disponible sur <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/documentation/publication.html>



## AVANT-PROPOS

Ce rapport sur l'utilisation des services par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque s'inscrit dans le cadre du projet « Monitorage interprétatif » mené par l'Équipe Santé des populations et services de santé qui est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Cette équipe est dédiée au suivi et à l'évaluation des effets des transformations des services de santé sur la santé de la population. Plus particulièrement, les objectifs poursuivis par cette équipe dans le cadre du projet « Monitorage interprétatif » sont de suivre et mesurer les effets des transformations des services de 1<sup>re</sup> ligne sur la santé des Montréalais<sup>1</sup>. Ces analyses s'intéressent plus particulièrement aux aspects d'accessibilité<sup>2</sup>, de continuité<sup>3</sup>, de globalité<sup>4</sup> et d'adéquation<sup>5</sup> des services de santé de 1<sup>re</sup> ligne qui sont au cœur du système de soins.

---

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur l'équipe, se reporter au site Internet (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/rechercheencours.html>).

<sup>2</sup> Accessibilité : la promptitude de la visite au médecin de 1<sup>re</sup> ligne et la facilité d'accès aux services spécialisés et diagnostiques.

<sup>3</sup> Continuité : la succession cohérente des services offerts en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients.

<sup>4</sup> Globalité : l'ensemble des services offerts pour répondre à la majorité des besoins de santé courants d'une communauté (sur place ou sur référence).

<sup>5</sup> Adéquation : la correspondance entre les services offerts, disponibles ou utilisés et les besoins de santé de la population.





## RÉSUMÉ

L'objectif principal de ce rapport est de permettre aux décideurs montréalais des milieux clinique et administratif de la santé de mieux connaître l'utilisation des services par les personnes de leur territoire souffrant d'insuffisance cardiaque. Le rapport sur l'insuffisance cardiaque s'inscrit dans le cadre du Projet « Monitoring interprétatif » mené par l'Équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS) qui est une équipe conjointe de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Il fait partie d'une série de rapports produits par l'équipe sur l'utilisation des services par les Montréalais atteints de maladies chroniques.

## Prévalence

- En 2003-2004, la prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs de services est de 1,43 % à Montréal.
- Ce taux est présenté par territoire de CSSS à la figure 2 de la page 8. On note qu'il varie de 1,01 % pour le territoire du CSSS Jeanne-Mance à 1,81 % pour celui du CSSS Cavendish.
- 76,7 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont âgées de 65 ans et plus.

Nous avons choisi de ne pas standardiser les taux pour l'âge et le sexe parce que notre objectif est de décrire le nombre réel de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et les services qu'elles utilisent selon le territoire de résidence.

## Utilisation des services de santé

- En 2003-2004, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été très nombreuses à consulter plusieurs fois des médecins et à en consulter plusieurs différents :
  - 56,8 % ont eu dix consultations et plus auprès d'omnipraticiens ou spécialistes;
  - 46,9 % ont vu six omnipraticiens ou spécialistes différents et plus;
  - 13,8 % ont consulté trois omnipraticiens différents et plus;
  - 90,6 % ont consulté un spécialiste au cours de l'année;
  - il y a eu près de quatre fois plus de personnes qui ont consulté uniquement des spécialistes que celles qui ont consulté uniquement des omnipraticiens (19,9 % contre 5,7 %);
  - toutefois, 3,7 % n'ont vu aucun médecin en milieu ambulatoire.
- 38,1 % n'ont eu aucune consultation avec un cardiologue en 2003-2004.
- Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont aussi été de grandes utilisatrices de services institutionnels en 2003-2004 :
  - 77,3 % ont eu au moins un épisode de soins institutionnels (visite à l'urgence ou hospitalisation);
  - 71,6 % sont allées à l'urgence;
  - 63,0 % ont été hospitalisées;

- parmi celles qui ont eu au moins un épisode de soins institutionnels, 11,4 % reviennent à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services de santé suite à un épisode de soins; chez ces personnes, 55,7 % sont revenues à l'urgence dans un délai de neuf jours et moins.
- Les personnes de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque utilisent environ de trois à quatre fois plus les services institutionnels que les personnes du même âge ne souffrant pas de cette maladie.
- La très grande majorité des personnes souffrant d'insuffisance cardiaques (89,0 %) sont aussi atteintes d'au moins une des trois maladies suivantes qui sont des facteurs étiologiques de l'insuffisance cardiaque : le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies coronariennes.

### **Territoires de CSSS : principaux constats**

Les résultats obtenus par les 12 territoires de CSSS ont été regroupés dans un tableau récapitulatif (tableau 2 à la page 38) selon quatre catégories d'indicateurs : les caractéristiques de la population des territoires de CSSS, les caractéristiques des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans les territoires de CSSS, l'utilisation des services ambulatoires et l'utilisation des services institutionnels.

Le profil d'utilisation des services par les personnes avec insuffisance cardiaque diffère peu d'un territoire de CSSS à l'autre. Pour mieux caractériser ces profils, des travaux analytiques seront nécessaires afin d'explorer des facteurs telle l'intensité d'utilisation des services ou d'analyser de façon plus approfondie les trajectoires de soins entre les différents services.

Néanmoins, certains territoires de CSSS se démarquent des autres. Ainsi, le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île affiche les proportions parmi les moins élevées de la région en ce qui concerne : la présence de comorbidité chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (diabète, hypertension et maladie coronarienne), les consultations auprès des spécialistes et des cardiologues de même que l'utilisation des services institutionnels. À l'opposé, le territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun présente des proportions supérieures aux valeurs régionales de personnes atteintes aussi des trois maladies nommées précédemment et d'utilisation des services institutionnels. Enfin, c'est dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île que les proportions d'utilisation des services ambulatoires sont parmi les plus élevées et celles des services institutionnels parmi les plus faibles.

Rappelons que le territoire de CSSS des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque est déterminé selon leur lieu de résidence et non selon le territoire du service utilisé. Or, on sait que les Montréalais, à l'exception de ceux de l'Ouest-de-l'île, n'utilisent qu'environ 50 % de leurs services de santé de 1<sup>re</sup> ligne dans leur territoire de résidence. Une situation similaire est notée pour les consultations faites dans les hôpitaux par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque dans tous les territoires de CSSS sauf ceux qui hébergent les centres hospitaliers universitaires. Les descriptions de l'utilisation des services présentées tout au long du rapport ne peuvent donc être attribuées aux services présents dans les territoires. Ces résultats mettent en évidence le défi qu'ont à relever les CSSS pour planifier leur services de santé dans une perspective d'approche populationnelle.

Tous ces constats soulèvent des questions quant à l'organisation et l'utilisation des services de santé par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi, le fait que près de 20 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ne consultent que des spécialistes est-il le reflet d'un problème de continuité des services entre le milieu institutionnel et le milieu clinique, d'une plus grande sévérité de la maladie, d'un manque de médecins de famille ou d'un besoin de mieux outiller les médecins de famille pour assurer le suivi de cette clientèle? Est-ce que l'insuffisance cardiaque est une maladie qui est prise en charge par la deuxième ligne à Montréal et pour laquelle l'omnipraticien a plus un rôle de gestionnaire de cas? Que penser de la proportion non négligeable (38 %) de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui n'ont consulté aucun cardiologue quand ce dernier est le professionnel privilégié pour le suivi médical recommandé par la Canadian Cardiovascular Society? Le nombre très élevé de visites à l'urgence et d'hospitalisations est-il le reflet de l'évolution inéluctable de cette maladie ou le reflet d'un manque de continuité et d'accessibilité au niveau des services ambulatoires? Enfin, la proportion élevée d'hospitalisation qui n'ont pas de suivi dans les 30 jours suivant la fin de l'épisode et la proportion élevée de retour à l'urgence après un épisode de soins institutionnels sont-ils le reflet d'un problème de coordination et de continuité des services ou d'un problème d'accessibilité? Des analyses complémentaires et des consultations auprès d'experts du milieu aideront à répondre à ces questions.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 MÉTHODE.....</b>	<b>3</b>
1.1 SOURCE DES DONNÉES.....	3
1.2 IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	3
1.2.1 Indicateurs utilisés.....	4
1.2.2 Sous-estimation.....	4
1.3 ANALYSE PAR TERRITOIRE DE CSSS .....	4
1.4 NOTES SUR LES DONNÉES .....	5
1.5 LIMITES DES DONNÉES.....	5
1.6 ACCÈS AUX DONNÉES.....	5
<b>2 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À MONTRÉAL.....</b>	<b>7</b>
2.1 PRÉVALENCE GLOBALE ET PAR SEXE.....	7
2.2 PRÉVALENCE PAR GROUPE D'ÂGE .....	7
2.3 PRÉVALENCE PAR TERRITOIRE DE CSSS .....	8
2.4 CARACTÉRISTIQUES EN LIEN AVEC LA DEMANDE ACCRUE OCCASIONNÉE PAR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SUR LES SERVICES DE SANTÉ.....	9
<b>3 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES AMBULATOIRES PAR LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE .....</b>	<b>11</b>
3.1 NOMBRE DE CONSULTATIONS AUPRÈS DES MÉDECINS .....	11
3.1.1 Profil de consultation auprès des médecins.....	13
3.2 NOMBRE DE MÉDECINS DIFFÉRENTS CONSULTÉS .....	15
3.3 TYPES DE SPÉCIALISTE CONSULTÉ.....	16
3.3.1 Consultation chez les cardiologues .....	18
<b>4 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES INSTITUTIONNELS PAR LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE .....</b>	<b>19</b>
4.1 DESCRIPTION DES VISITES À L'URGENCE .....	19
4.1.1 Nombre de visites à l'urgence des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sans égard à la cause.....	19
4.1.2 Causes des visites à l'urgence .....	20
4.1.3 Proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation.....	21
4.2 DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS .....	22
4.2.1 Nombre d'hospitalisation des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sans égard à la cause.....	22
4.2.2 Causes des hospitalisations .....	22
4.2.3 Proportion d'hospitalisations avec un suivi médical dans les 30 jours .....	24
4.3 RETOUR À L'URGENCE COMME LIEU DE PREMIER CONTACT AVEC LES SERVICES DE SANTÉ APRÈS UN ÉPISODE DE SOINS INSTITUTIONNELS .....	25
<b>5 COMPARAISON DE L'UTILISATION DES SERVICES ENTRE LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS QUI SOUFFRENT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CELLES QUI N'EN SOUFFRENT PAS.....</b>	<b>27</b>

<b>6 MORTALITÉ CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....</b>	<b>29</b>
<b>7 PRÉSENCE DE MALADIES ASSOCIÉES.....</b>	<b>31</b>
7.1 MALADIES ASSOCIÉES ET UTILISATION DES SERVICES.....	34
7.2 MALADIES ASSOCIÉES ET MORTALITÉ.....	36
<b>8 TERRITOIRES DE CSSS : PRINCIPAUX CONSTATS.....</b>	<b>37</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE A1 – LISTE COMPLÈTE DES CODES CIM-9 POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, LE DIABÈTE, L'HYPERTENSION ET LES MALADIES CORONARIENNES.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE A2 – DÉTAILS SUR LES CAS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE IDENTIFIÉS AVEC LES CRITÈRES RETENUS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE B – TABLEAUX DÉTAILLÉS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE C - DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS INDICATEURS UTILISÉS DANS LE RAPPORT .....</b>	<b>81</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus par groupe d'âge et par sexe, 2003-2004 (N=1 471 203) .....	7
Figure 2 :	Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus par territoire de CSSS, 2003-2004 (N=1 471 203).....	8
Figure 3 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de consultations auprès des médecins, 2003-2004 (N = 21 053).....	13
Figure 4 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon leur profil de consultation auprès des médecins, 2003-2004 (N = 21 053) .....	14
Figure 5 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de médecins différents consultés, 2003-2004 (N = 21 053) .....	15
Figure 6 :	Proportion de consultations des Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le type de spécialistes, 2003-2004 (N = 213 622 consultations).....	16
Figure 7 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de types de spécialiste consulté, 2003-2004 (N = 21 053) .....	17
Figure 9 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053) .....	20
Figure 10 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation, selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053) .....	21
Figure 12 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque hospitalisées, selon la cause de l'hospitalisation, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	23
Figure 13 :	Proportion d'hospitalisations selon la cause avec un examen de suivi dans les 30 jours, par territoire de CSSS, 2003-2004 (toutes causes N = 19 139; insuffisance cardiaque N = 9 198).....	24
Figure 14 :	Délai entre la fin de l'épisode de soins et le retour à l'urgence chez les personnes avec insuffisance cardiaque pour lesquelles l'urgence a été le lieu de premier contact après un épisode de soins institutionnels, 2003-2004 (N = 1 851) .....	25
Figure 15 :	Proportion de Montréalais de 65 ans et plus selon différents indicateurs d'utilisation des services et selon qu'ils souffrent ou non d'insuffisance cardiaque, 2003-2004 (avec insuffisance cardiaque N = 16 140; sans insuffisance cardiaque N = 264 538) .....	27
Figure 16 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont décédés en 2003-2004, par territoire de CSSS (N = 21 053).....	29
Figure 17 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque, selon le groupe d'âge, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053).....	32
Figure 18 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre d'autres maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque dont ils sont atteints, 2003-2004 (N = 21 053) .....	33
Figure 19 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus selon qu'ils souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque pour différents indicateurs d'utilisation de services de santé 2003-2004 .....	35
Figure 20 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus qui sont décédés selon qu'elles souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque, 2003-2004 .....	36





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population (20 ans et plus) et indice de défavorisation matérielle, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N= 1 471 203).....	10
Tableau 2 :	Tableau synthèse des résultats obtenus par les territoires de CSSS selon les caractéristiques de leur population et des personnes avec insuffisance cardiaque, l'utilisation des services de santé ambulatoires et institutionnels par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, 2003-2004.....	38

### Tableaux de l'annexe B

Tableau B1 :	Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs de services montréalais de 20 ans et plus, selon le sexe, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 1 471 203).....	53
Tableau B2 :	Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 (N = 1 471 203).....	54
Tableau B3 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès de médecins des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	55
Tableau B4 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès de spécialistes des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	56
Tableau B5 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès d'omnipraticiens des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	57
Tableau B6 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon leur profil de consultation en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003- 2004 (N = 21 053).....	58
Tableau B7 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de médecins différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	59
Tableau B8 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de spécialistes différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	60
Tableau B9 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'omnipraticiens différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	61
Tableau B10 :	Proportion de consultations faites par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le type de spécialistes, 2003-2004 (N = 213 622).....	62
Tableau B11 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de types de spécialiste consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	63
Tableau B12:	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un cardiologue en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	64
Tableau B13 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un néphrologue en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	65
Tableau B14 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un chirurgien en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	66

Tableau B15 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de visites à l'urgence sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	67
Tableau B16 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une visite à l'urgence selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	68
Tableau B17 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation, selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	69
Tableau B18 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'hospitalisations sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	70
Tableau B19 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une hospitalisation selon la cause d'hospitalisation, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	71
Tableau B20 :	Proportion des hospitalisations selon la cause avec un suivi dans les 30 jours, par territoire de CSSS, 2003-2004 (toutes causes N = 19 139; insuffisance cardiaque N = 9 198).....	72
Tableau B21 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont revenus à l'urgence après un épisode de soins institutionnels, 2003-2004 (N = 16 284).....	73
Tableau B22 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont revenus à l'urgence après un épisode de soins institutionnels, selon le délai de retour à l'urgence, 2003-2004 (N = 1 851).....	74
Tableau B23 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont décédés sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	75
Tableau B24 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de diabète, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053).....	76
Tableau B25 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de hypertension, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053).....	77
Tableau B26 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de maladies coronariennes, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053).....	78
Tableau B27 :	Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'autres maladies (diabète, hypertension et maladies coronariennes), par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053).....	79
Tableau B28 :	Proportion de consultations institutionnelles (hospitalisations et visites à l'urgence) faites par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque dans les hôpitaux montréalais de soins généraux*, par territoire de CSSS, 2003-2004.....	80

## INTRODUCTION

L'objectif principal de ce rapport<sup>6</sup> est de permettre aux décideurs montréalais des milieux clinique et administratif de la santé de mieux connaître l'utilisation des services par les personnes de leur territoire souffrant d'insuffisance cardiaque. Il s'inscrit dans le cadre du projet « Monitoring interprétatif » qui porte une attention particulière aux maladies chroniques, dont l'insuffisance cardiaque. Ce rapport constitue un premier niveau d'analyse descriptive.

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du cœur à assurer, dans des conditions normales, le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes. Elle est une maladie fréquente chez les personnes âgées. Selon des études européennes et américaines, la prévalence de l'insuffisance cardiaque serait d'environ 1 % dans la population générale<sup>(1)</sup> et augmenterait avec l'âge pour atteindre 10 % chez les personnes de 75 ans et plus<sup>(2)</sup>. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) effectuée par Statistique Canada en 2003, la prévalence autodéclarée de l'insuffisance cardiaque à Montréal chez les personnes âgées de 20 ans et plus est de 1,1 %<sup>(3)</sup>.

L'insuffisance cardiaque est associée à une morbidité et une mortalité importantes. Elle est la cause de nombreuses hospitalisations qui augmentent fortement pour chaque tranche de 10 ans à partir de 50 ans. Selon le Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team (CCORT)<sup>(4)</sup>, 85 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sont âgés de 65 ans et plus. Au Québec, les taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ont été à la hausse au cours des années 90 mais, depuis 2000, on note une nette diminution de ces taux<sup>(5)</sup>. Enfin, selon les données du CCORT, le taux de réadmission pour insuffisance cardiaque au cours de l'année suivant la première hospitalisation est de 23,6 % au Canada<sup>(4)</sup>. Une autre étude canadienne montre que le taux de réadmission à l'hôpital, pour toutes causes au cours d'une année, est de 50 % chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque<sup>(6)</sup>.

La mortalité augmente aussi fortement avec l'âge, la majeure partie des décès se rencontrant chez les patients de plus de 65 ans<sup>(5)</sup>. Même si la mortalité pour insuffisance cardiaque a diminué au Québec, entre 1990 et 2003, de 36,4 % chez les hommes et de 42,1 % chez les femmes<sup>(5)</sup>, elle demeure élevée avec un taux global ajusté de 11,9 %. Chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique durant la période de 1990 à 1999 aux États-Unis, le taux moyen ajusté de mortalité après cinq ans est de 45 %<sup>(7)</sup>. L'insuffisance cardiaque est donc une maladie grave dont le pronostic est sombre.

Les maladies coronariennes, l'hypertension et le diabète sont considérés comme les maladies étiologiques les plus importantes de l'insuffisance cardiaque<sup>(8)</sup>. L'obésité, la sédentarité, la consommation abusive d'alcool et le tabagisme constituent, quant à eux, des facteurs de risque précurseurs ou associés à l'une ou l'autre de ces conditions directement retrouvées en amont de l'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, l'insuffisance cardiaque se présente rarement seule chez les personnes âgées. Elle est souvent associée à différents troubles organiques et maladies de types respiratoire, urinaire ou autres. L'insuffisance cardiaque est donc considérée comme un problème de santé publique tant par sa prévalence élevée chez les personnes âgées que parce qu'on peut agir sur les facteurs de risque et par conséquent, réduire l'occurrence des maladies étiologiques associées.

---

<sup>6</sup> Le rapport est également disponible en format .pdf sur le site Internet de l'équipe SPSS (<http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html>) et de l'INSPQ (<http://www.inspq.qc.ca/publications/>).

Il n'existe pas de lignes directrices nationales sur les interventions à offrir aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Toutefois, la Canadian Cardiovascular Society a émis récemment des orientations quant au programme de prise en charge de l'insuffisance cardiaque à partir de données probantes et de consensus d'experts<sup>(9)</sup>. Par exemple, il est recommandé que les patients présentant une condition stable à faible risque qui ne nécessite pas de visite à l'urgence ou d'hospitalisation, aient une investigation plus approfondie par un médecin (généraliste, interniste ou spécialiste) dans les quatre semaines suivant l'identification de la maladie avec un suivi mensuel durant les trois premiers mois. Par la suite, un suivi aux trois à 12 mois, selon les besoins, est recommandé. En présence de cas à risque plus élevé, un suivi plus soutenu est recommandé.

Dans ce rapport, les premières analyses faites pour l'insuffisance cardiaque ont permis de décrire l'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque pour les années les plus récentes disponibles, soit 2002-2003 et 2003-2004<sup>7</sup>. Les résultats des deux années étant sensiblement identiques, seules les données de l'année 2003-2004 sont présentées en détails mais des commentaires concernant les données de 2002-2003 seront occasionnellement apportés lorsque jugé pertinent.

Les données présentées dans ce rapport proviennent du jumelage des banques de données administratives du réseau sociosanitaire obtenues par la Direction de santé publique de Montréal (DSP). Bien que le travail sur les banques de données ait débuté en 2005, l'analyse des données portera sur les années 2002-2009. Les données sont obtenues annuellement. Le monitoring se fait en collaboration avec le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui possède les mêmes banques de données. Ces banques contiennent les données sur les hospitalisations et les consultations médicales payées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en établissement et en clinique privée. Il est donc possible de suivre un individu dans le réseau et de déterminer s'il a reçu des services en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne.

La méthode utilisée pour les analyses est présentée dans le premier chapitre du rapport. Au chapitre 2, sont présentés les résultats généraux sur la prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs de services à Montréal selon le sexe et l'âge, et par territoire de CSSS. Les chapitres 3 et 4 s'attardent à décrire plus en détails l'utilisation des services par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, âgées de 20 ans et plus, par territoire de CSSS. Au chapitre 5, nous comparons l'utilisation des services faite par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque de 65 ans et plus à celle faite par les personnes du même âge qui ne souffrent pas de cette maladie. Nous présentons par la suite les proportions de décès chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque par territoire de CSSS. Au chapitre 7, nous documentons la présence de certaines maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque ainsi que ses effets sur différents indicateurs d'utilisation des services de santé et sur la mortalité et ce, tant chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque que chez celles qui en sont exemptes. Enfin, un tableau récapitulatif selon quatre catégories d'indicateurs par territoire de CSSS est présenté et discuté au dernier chapitre.

---

<sup>7</sup> Il est possible de consulter les résultats de ces deux années sur le site Internet du Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS) ([http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/banque\\_jum\\_presentation.html](http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/banque_jum_presentation.html))

## 1 MÉTHODE

Cette section présente les méthodes utilisées pour identifier les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et déterminer leur utilisation des services de santé. Certaines notes sur les données et leurs limites y sont également apportées.

### 1.1 SOURCE DES DONNÉES

Les données contenues dans ce rapport proviennent majoritairement des banques de données jumelables qui ont été rendues disponibles à la DSP avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI). Comme ces banques contiennent un identifiant unique encrypté pour chaque utilisateur, il est possible de suivre les trajectoires des patients de Montréal dans les différents établissements du réseau de la santé. Les données analysées pour ce rapport proviennent des banques médico-administratives des services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ), des services hospitaliers (Med-Écho) et du registre des décès (ISQ-DECES). La banque RAMQ permet de documenter les contacts des patients avec un médecin dans différents lieux telles que les cliniques externes des hôpitaux, les urgences ou les cliniques privées alors que celle de Med-Écho documente les interventions auprès des patients faites lors des hospitalisations. Pour ce rapport, nous n'avons pas utilisé les données contenues dans le fichier I-CLSC car celui-ci est incomplet en ce qui concerne les activités médicales.

### 1.2 IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

À l'opposé du diabète, il n'existe pas d'algorithme validé pour identifier les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque dans les banques administratives. Pour définir nos critères d'identification de cas, nous nous sommes inspirés des travaux de The Corpus Christi Heart Project<sup>(10)</sup>, du Manitoba Centre for Health Policy<sup>(11)</sup> et des commentaires de nos collaborateurs. Ainsi pour être identifiée comme souffrant d'insuffisance cardiaque, une personne doit avoir eu au moins une des deux conditions suivantes, au cours de l'année étudiée :

- un diagnostic d'insuffisance cardiaque, de certaines cardiopathies ou de cardiomégalie<sup>8</sup> inscrit au fichier des services médicaux (RAMQ)
- un diagnostic d'insuffisance cardiaque, de certaines cardiopathies ou de cardiomégalie parmi les diagnostics, principal ou secondaires, inscrits au fichier des hospitalisations (Med-Écho).

À partir de ces critères<sup>9</sup>, le nombre de cas prévalents chez les utilisateurs de services a été déterminé pour chaque année, soit 2002-2003 et 2003-2004. Pour chaque année étudiée, seules les personnes résidant à Montréal au cours de l'année sont retenues pour les analyses. Également, ne sont considérées dans ce rapport que les personnes de 20 ans et plus. Enfin, sont exclus les enregistrements qui ont un numéro d'assurance-maladie fictif ou temporaire de même que ceux pour lesquels l'information concernant le territoire de résidence est manquante.

---

<sup>8</sup> Se reporter à l'Annexe A1 pour le détail des codes utilisés.

<sup>9</sup> Les lecteurs intéressés à plus d'information sur les cas d'insuffisance cardiaque identifiés avec ces critères peuvent se référer à l'annexe A2

### **1.2.1 Indicateurs utilisés**

La description des indicateurs utilisés dans l'analyse des cas d'insuffisance cardiaque est présentée à l'annexe C. Signalons que dans ce rapport, une consultation médicale, que ce soit auprès d'un omnipraticien ou d'un spécialiste, fait référence à la consultation effectuée en cabinet privé ou en clinique externe. Ce sont ces consultations qui sont considérées dans l'analyse des services ambulatoires. Les consultations effectuées à l'urgence ou lors d'une hospitalisation sont incluses dans l'analyse des services institutionnels.

### **1.2.2 Sous-estimation**

La prévalence présentée ici est une sous-estimation de la réalité à cause de la méthode utilisée pour identifier une personne souffrant d'insuffisance cardiaque. En effet, on ne peut identifier comme telles les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui n'ont pas consulté un médecin pour insuffisance cardiaque durant l'année à l'étude ou qui n'ont eu recours qu'à des services médicaux non répertoriés dans les banques (par exemple, en CLSC ou en centre d'accueil). De plus, selon l'étude de Goff et al.<sup>(10)</sup>, les cas d'insuffisance cardiaque sont fortement sous-estimés dans les banques de données administratives. Cette sous-estimation serait de l'ordre de 30 %. Les taux d'insuffisance cardiaque présentés ici sont donc minimaux.

## **1.3 ANALYSE PAR TERRITOIRE DE CSSS**

Plusieurs résultats dans ce rapport sont présentés par territoire de CSSS. L'attribution du territoire de CSSS a été effectuée suivant le CLSC de résidence de l'utilisateur tel qu'identifié dans les banques de données. Le territoire de CSSS correspond donc au territoire de résidence de l'utilisateur et non au territoire où les services ont été reçus. Par ailleurs, les analyses par territoire de CSSS ont toujours été effectuées en comparant les valeurs de chaque territoire à la valeur régionale. Aucune comparaison entre des territoires de CSSS n'est effectuée. Ainsi, les valeurs des territoires qui sont significativement inférieures ou significativement supérieures à la valeur régionale sont identifiées respectivement en noir et en gris dans les tableaux de l'annexe B.

Nous avons choisi de présenter les données sans standardiser pour l'âge et le sexe parce que l'objectif premier de ce document est de décrire le nombre réel de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et les services qu'elles utilisent selon leur territoire de résidence. C'est le genre d'information particulièrement utile à la planification des services pour la population. Les taux standardisés sont surtout importants lorsqu'on veut comparer les territoires entre eux ou lorsqu'on veut savoir d'un coup d'œil si la population d'un territoire est plus à risque face à un problème de santé que la population d'un autre territoire. Les lecteurs intéressés à de telles comparaisons pourront tenir compte du facteur « âge » en consultant les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus par territoire présentées au tableau 1 de la page 10.

## 1.4 NOTES SUR LES DONNÉES

Pour pouvoir effectuer des comparaisons entre les différentes valeurs, les intervalles de confiance (IC) à 99 % de toutes les estimations ont été calculés. En effet, étant donné que les estimations effectuées dans ce rapport concernent des nombres élevés de personnes (population de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque de Montréal et de chacun des territoire de CSSS), les analyses statistiques sont très sensibles. Même en utilisant des IC à 99 %, les analyses peuvent être si sensibles que des différences statistiquement significatives peuvent avoir peu d'importance cliniquement parce que très petites en valeur absolue. Aussi, l'interprétation des résultats devrait pouvoir tenir compte de leur importance clinique avant de porter un jugement final. Il n'est toutefois pas simple de déterminer l'importance clinique des différences notées car il s'agit d'abord d'un jugement subjectif. Celui-ci pourrait être partiellement objectivé par une démarche de consultation auprès d'experts mais cette démarche n'a pas été effectuée pour les données de ce rapport.

## 1.5 LIMITES DES DONNÉES

Plusieurs analyses de ce rapport reposent sur les données du fichier de la RAMQ. Or dans ce fichier, seules les demandes de remboursement à l'acte sont considérées. Ainsi, les soins donnés à certaines personnes souffrant d'insuffisance cardiaque par des médecins à salaire ou à forfait ne sont pas pris en compte dans nos analyses. Il en est de même pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque résidant en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) car les données concernant les soins prodigués dans ces établissements ne font pas partie des fichiers administratifs étudiés.

Enfin, tous les enregistrements de personnes dont le RTA<sup>10</sup> de résidence est H3B ont été exclus des analyses. Selon les données du recensement de 2001, 119 personnes résident dans ce secteur du centre-ville mais dans les banques de données, plus de 6 000 usagers possèdent ce RTA. En effet, les personnes sous les soins du Curateur public, peu importe leur réel lieu de résidence au Québec, sont enregistrées à la RAMQ sous l'adresse du siège social du Curateur public dont le RTA est H3B. Ne pouvant départager avec certitude les vrais résidents du quartier des personnes sous les soins du Curateur public, nous avons choisi d'exclure tous les enregistrements ayant ce RTA de résidence.

## 1.6 ACCÈS AUX DONNÉES

Les données descriptives de ce rapport sont présentées sous forme de 11 tableaux interactifs sur le site Internet du CMIS. Des croisements supplémentaires sont disponibles selon le sexe, les groupes d'âge et les territoires de CLSC :

[http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/statistiques/utilisation\\_services/details\\_icardiaque.html](http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/statistiques/utilisation_services/details_icardiaque.html)

---

<sup>10</sup> Le RTA est déterminé par les trois premiers éléments du code postal.





## 2 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À MONTRÉAL

Nous présentons dans ce chapitre la prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs montréalais de services de santé de façon globale puis par sexe et par groupe d'âge ainsi que la prévalence par territoire de CSSS. Sont aussi présentées certaines caractéristiques décrivant les territoires de CSSS.

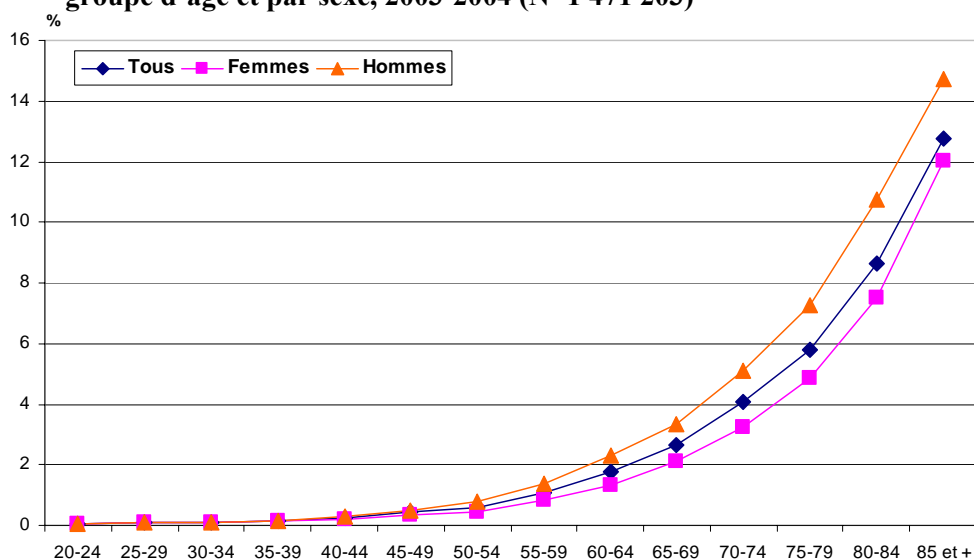
### 2.1 PRÉVALENCE GLOBALE ET PAR SEXE

La prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs montréalais de services de santé pour 2003-2004 a été calculée à partir des banques de données jumelées et de l'estimation pour 2003 de la population montréalaise totale de 20 ans et plus, telle que calculée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à partir des données du recensement canadien de 2001. Ainsi, en 2003-2004, il y a, à Montréal, 21 053 personnes souffrant d'insuffisance cardiaque pour une prévalence de 1,43 % (tableau B1 de l'annexe B). Rappelons qu'il s'agit d'une sous-estimation. La prévalence est identique pour les hommes et pour les femmes.

### 2.2 PRÉVALENCE PAR GROUPE D'ÂGE

Les analyses de prévalence par groupe d'âge et par sexe (figure 1 et tableau B2 de l'annexe B) montrent que le pourcentage d'adultes atteints d'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge. Ainsi, jusqu'à 54 ans, il y a peu de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque (moins de 1,0 %). Toutefois, à partir de 60 ans, on note une nette progression, plus marquée chez les hommes, et à 85 ans et plus, la prévalence atteint 12,0 % chez les femmes et 14,7 % chez les hommes. À Montréal, 76,7 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont âgées de 65 ans et plus (tableau B1 de l'annexe B).

**Figure 1 : Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus par groupe d'âge et par sexe, 2003-2004 (N=1 471 203)**

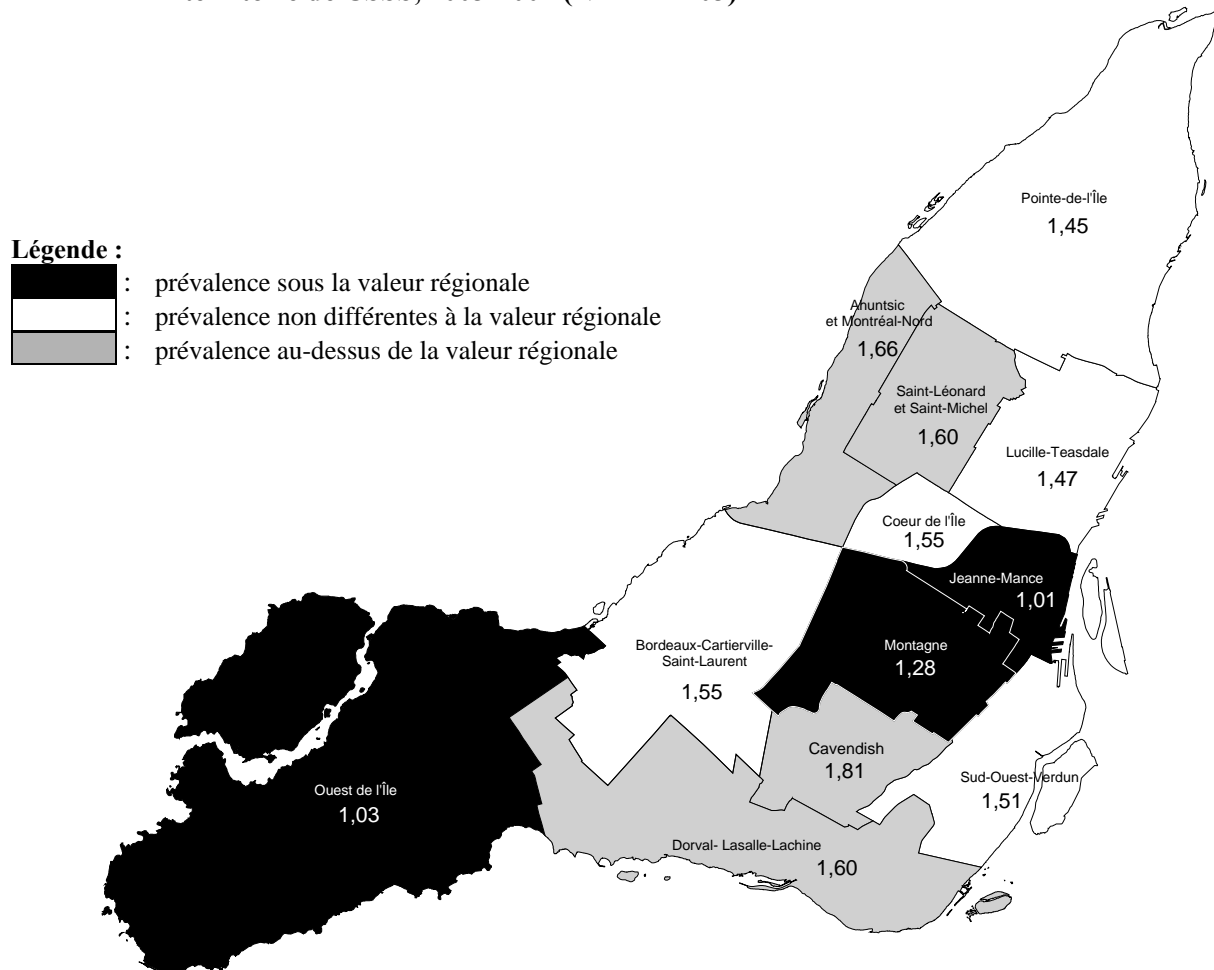


Les données de cette figure sont présentées au tableau B2 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

### 2.3 PRÉVALENCE PAR TERRITOIRE DE CSSS

La prévalence de l'insuffisance cardiaque a été calculée pour chacun des territoires de CSSS et est présentée à la figure 2. On note que les territoires des CSSS Jeanne-Mance, de l'Ouest-de-l'Île et de la Montagne affichent des taux inférieurs à la valeur régionale alors que ceux de Cavendish, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de Dorval-Lachine-LaSalle ainsi que de St-Léonard et St-Michel présentent des taux supérieurs à la valeur régionale (tableau B1 de l'annexe B).

**Figure 2 : Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus par territoire de CSSS, 2003-2004 (N=1 471 203)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B1 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

## 2.4 CARACTÉRISTIQUES EN LIEN AVEC LA DEMANDE ACCRUE OCCASIONNÉE PAR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

Afin de contextualiser ces analyses, nous présentons deux caractéristiques sociodémographiques qui sont liées à la présence de l'insuffisance cardiaque, soit l'âge et le niveau socioéconomique. Comme nous l'avons vu précédemment, l'insuffisance cardiaque se retrouve surtout chez les personnes de 65 ans et plus. Ainsi, plus la proportion de personnes âgées est importante dans une région, plus il est plausible d'y retrouver une proportion élevée de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.

De plus, selon la littérature sur les maladies chroniques et les facteurs qui leur sont associés (obésité, sédentarité et tabagisme), le statut socioéconomique est aussi un facteur important à considérer. Le lien entre la défavorisation et un niveau de santé diminué est d'ailleurs observé depuis longtemps<sup>(12,13)</sup>. L'utilisation des services est aussi liée au statut socioéconomique. En effet, une plus grande utilisation des services hospitaliers et d'urgence est notée chez les personnes défavorisées de même qu'une utilisation moindre des services ambulatoires<sup>(13,14)</sup>. Ainsi, même si les problèmes de santé sont plus fréquents chez les personnes à faible revenu, leur utilisation des services médicaux ambulatoires n'est pas plus grande<sup>(15)</sup>; par contre, elles utilisent davantage les services hospitaliers<sup>(16)</sup>. Pour documenter cet aspect, nous présentons l'indice de défavorisation matérielle qui a été calculé par territoire de CSSS à Montréal à partir des indices développés par Pampalon<sup>11(17)</sup>. Quand on utilise les indices ainsi obtenus, il faut considérer le fait que les valeurs affichées par certains territoires masquent une hétérogénéité plus grande que d'autres. À Montréal, c'est le cas tout particulièrement des territoires du CSSS de la Montagne et du CSSS du Sud-Ouest - Verdun qui sont beaucoup moins homogènes que le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, par exemple. Les données de ces deux caractéristiques (proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et défavorisation matérielle) sont présentées au tableau 1.

On note que c'est dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est la plus faible avec 12,3 %, alors que c'est dans le territoire de Cavendish qu'elle est la plus élevée avec 23,3 %. En ce qui concerne l'indice de défavorisation matérielle, le territoire du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel affiche l'indice le plus élevé, donc le plus défavorisé, alors que c'est dans le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île qu'il est le plus faible, donc le moins défavorisé.

Dans les prochains chapitres, nous décrivons les profils d'utilisation des services ambulatoires (consultations médicales auprès des omnipraticiens et des spécialistes en cabinet privé ou en clinique externe) et institutionnels (visites à l'urgence et hospitalisations) par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, au cours de l'année 2003-2004. Ces éléments sont calculés en se référant à la population d'utilisateurs de services qui sont atteints d'insuffisance cardiaque à Montréal (N = 21 053).

---

<sup>11</sup> L'indice de défavorisation de Pampalon est calculé par aire de diffusion (petite région composée d'un ou de plusieurs pâtés de maisons avoisinants et regroupant de 400 à 700 habitants tel que défini par Statistique Canada). Notre indice de défavorisation matérielle a été calculé en faisant la moyenne des indices des aires de diffusion compris dans un territoire de CSSS.

**Tableau 1 : Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population (20 ans et plus) et indice de défavorisation matérielle, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N= 1 471 203)**

CSSS	Population (20 ans et plus)	Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus* calculée sur les 20 ans et plus %	Indice de défavorisation matérielle**
Ouest-de-l'Île	154 523	16,3	1,64
Dorval-Lachine-LaSalle	106 378	20,7	2,84
Sud-Ouest - Verdun	107 427	17,6	3,44
Cavendish	94 600	23,3	2,29
Montagne	176 871	18,7	2,62
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	101 024	23,3	2,98
Ahuntsic et Montréal-Nord	130 405	22,9	3,31
Coeur-de-l'Île	90 673	16,1	3,24
Jeanne-Mance	121 064	12,3	2,34
St-Léonard et St-Michel	97 396	20,7	4,78
Lucille-Teasdale	143 697	20,2	2,98
Pointe-de-l'Île	147 145	18,7	3,00
Valeur régionale	1 471 203	19,1	--

\* Source : Données du recensement canadien de 2001, projections pour l'année 2003

\*\* Une valeur élevée indique une défavorisation élevée. Source : Borgès Da Silva, R. *Influence de l'environnement géographique et du contexte organisationnel sur la pratique médicale au Québec*, Thèse de doctorat, Travaux en cours.

### **3 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES AMBULATOIRES PAR LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

Les services ambulatoires décrits dans ce chapitre ne concernent que les consultations en cabinet privé ou en clinique externe. Les consultations à l'urgence sont abordées au prochain chapitre qui traite des services institutionnels.

On retrouve dans les paragraphes suivants de l'information sur le nombre de consultations faites auprès des médecins par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, les types de médecins consultés de même que le nombre de médecins différents consultés. Des données sont ensuite présentées relativement aux types de spécialistes consultés et aux proportions de consultations faites par type de spécialiste. Veuillez consulter l'annexe C pour l'information relative à la construction de ces indicateurs.

#### **3.1 NOMBRE DE CONSULTATIONS AUPRÈS DES MÉDECINS**

Le nombre de consultations correspond au nombre de fois qu'une personne souffrant d'insuffisance cardiaque voit un médecin. Ces consultations peuvent avoir été faites auprès du même médecin ou auprès de médecins différents.

Au cours de l'année 2003-2004, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été nombreuses à consulter plusieurs fois des médecins. En effet, les consultations des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque constituent 4,0 % de l'ensemble des consultations faites par les Montréalais en 2003-2004 (données non présentées). Par ailleurs, plus d'une personne sur deux (56,8 %) a eu 10 consultations et plus auprès de médecins omnipraticiens ou spécialistes et près d'une sur cinq (18,5 %) a eu de six à neuf consultations (figure 3 et tableau B3 de l'annexe B). Mentionnons que près d'une personne sur quatre (22,5 %) a même eu 20 consultations et plus.

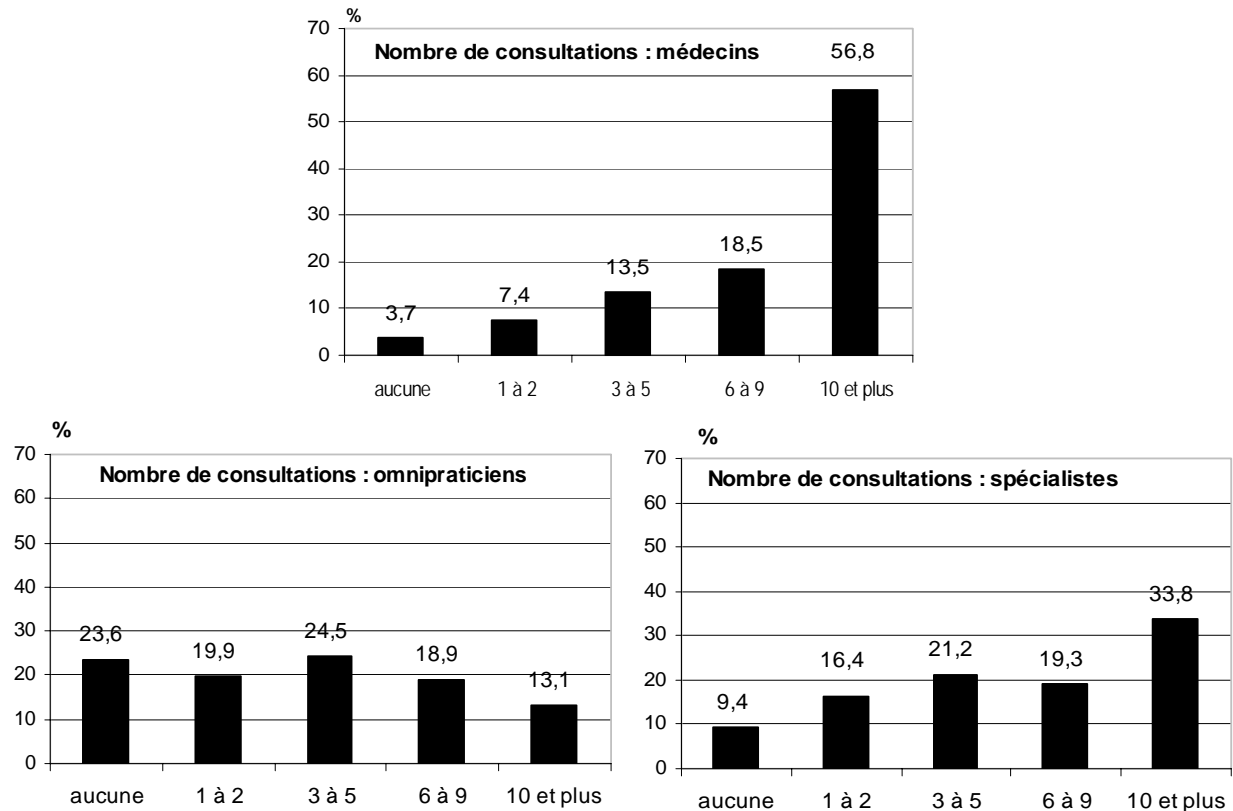
Proportionnellement, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque consultent plus souvent les spécialistes que les omnipraticiens : seulement 9,4 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque n'ont consulté aucun spécialiste alors que 23,6 % n'ont consulté aucun omnipraticien. De plus, 33,8 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont eu 10 consultations et plus auprès de spécialistes contre 13,1 % qui ont eu le même nombre de consultations auprès des omnipraticiens (tableaux B4 et B5 de l'annexe B). D'ailleurs, les consultations de spécialistes par les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque représentent 5,2 % de l'ensemble des consultations auprès de spécialistes faites par les Montréalais en 2003-2004. Cette proportion est de 2,6 % pour les consultations d'omnipraticiens (données non présentées).

**NOMBRE DE CONSULTATIONS  
AUPRÈS DES MÉDECINS PAR CSSS**

**Territoires de CSSS où :**

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont consulté aucun spécialiste est plus élevée** que la valeur régionale (9,4 %) :
  - CSSS de l'Ouest-de-l'Île (12,1 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont consulté aucun spécialiste est moins élevée** que la valeur régionale (9,4 %) :
  - CSSS de la Pointe-de-l'Île (6,7 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont eu **20 consultations et plus chez des spécialistes est plus élevée** que la valeur régionale (11,4 %) :
  - CSSS Cavendish (17,3 %)
  - CSSS de la Montagne (16,9 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont consulté aucun omnipraticien est plus élevée** que la valeur régionale (23,6 %) :
  - CSSS Jeanne-Mance (36,5 %)
  - CSSS de la Montagne (33,8 %)
  - CSSS Cavendish (27,6 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont consulté aucun omnipraticien est moins élevée** que la valeur régionale (23,6 %) :
  - CSSS de l'Ouest-de-l'Île (19,1 %)
  - CSSS de la Pointe-de-l'Île (18,5 %)
  - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (18,3 %)
  - CSSS du Cœur-de-l'Île (16,8 %)
  - CSSS de St-Léonard et Saint-Michel (16,4 %)

**Figure 3 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de consultations auprès des médecins, 2003-2004 (N = 21 053)**



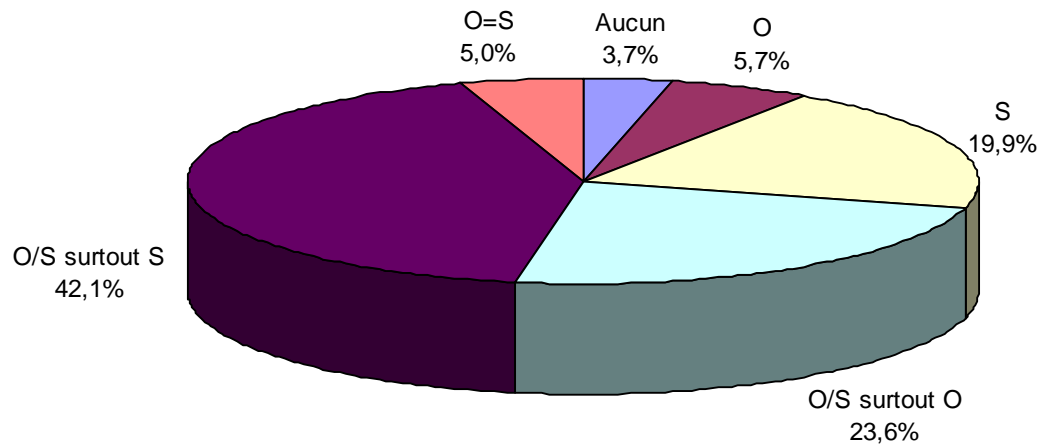
Les données de ces figures sont présentées aux tableaux B3, B4 et B5 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

### 3.1.1 Profil de consultation auprès des médecins

Le nombre de consultations auprès des médecins permet de dégager le profil d'utilisation des services ambulatoires par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi en 2003-2004, la proportion de personnes avec insuffisance cardiaque qui ont consulté uniquement des spécialistes est près de quatre fois plus élevée que celle des personnes qui ont consulté uniquement des omnipraticiens (19,9 % contre 5,7 %) (figure 4). Mais 70,7 % ont consulté des omnipraticiens et des spécialistes et une proportion importante a surtout consulté des spécialistes (42,1 %). D'ailleurs, la très grande majorité (90,6 %) des personnes avec insuffisance cardiaque ont vu un spécialiste<sup>12</sup> au cours de l'année (tableau B6 de l'annexe B).

<sup>12</sup> Soulignons qu'il y a 11 cliniques spécialisées en insuffisance cardiaque à Montréal qui sont situées dans les hôpitaux suivants : CHUM/Notre-Dame, CHUM/Hôtel-Dieu, CHUM St-Luc, Hôpital général juif, Institut de cardiologie de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Royal-Victoria, Hôpital général de Montréal, Hôpital Sacré-Cœur, Hôpital de Verdun, Hôpital général du Lakeshore.

**Figure 4 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon leur profil de consultation auprès des médecins, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B6 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Légende**

- **O** : consultations omnipraticiens seulement
- **S** : consultations spécialistes seulement
- **O/S surtout S** : consultations omnipraticiens et spécialistes mais surtout spécialistes
- **O/S surtout O** : consultations omnipraticiens et spécialistes mais surtout omnipraticiens
- **O=S** : même nombre de consultations omnipraticiens et spécialistes

**PROFIL DE CONSULTATION AUPRÈS DES MÉDECINS PAR CSSS**

**Territoires de CSSS où :**

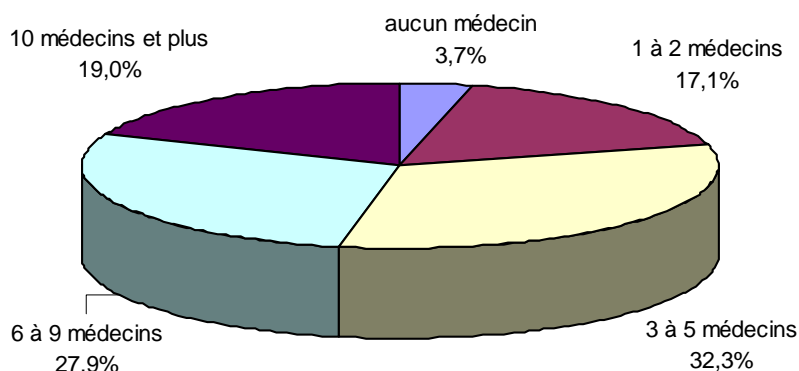
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont **consulté uniquement des spécialistes est plus élevée** que la valeur régionale (19,9 %) :
  - CSSS Jeanne-Mance (32,5 %)
  - CSSS de la Montagne (29,1 %)
  - CSSS Cavendish (23,6 %)



### 3.2 NOMBRE DE MÉDECINS DIFFÉRENTS CONSULTÉS

Au cours de l'année 2003-2004, 32,3 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont consulté de trois à cinq médecins différents (c'est à dire des individus différents qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes), 27,9 % en ont consulté six à neuf et 19,0 % en ont consulté dix et plus (figure 5 et tableau B7 de l'annexe B). Près de quatre personnes sur cinq ont vu au moins trois médecins différents au cours de l'année et près d'une sur deux en ont vu six et plus.

**Figure 5 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de médecins différents consultés, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B7 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

En 2003-2004, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque consultent davantage de spécialistes différents que d'omnipraticiens différents : près des deux tiers (65,4 %) ont consulté trois spécialistes différents et plus comparativement à 13,8 % qui ont consulté trois omnipraticiens différents et plus (tableaux B8 et B9 de l'annexe B).

#### NOMBRE DE MÉDECINS DIFFÉRENTS CONSULTÉS PAR CSSS

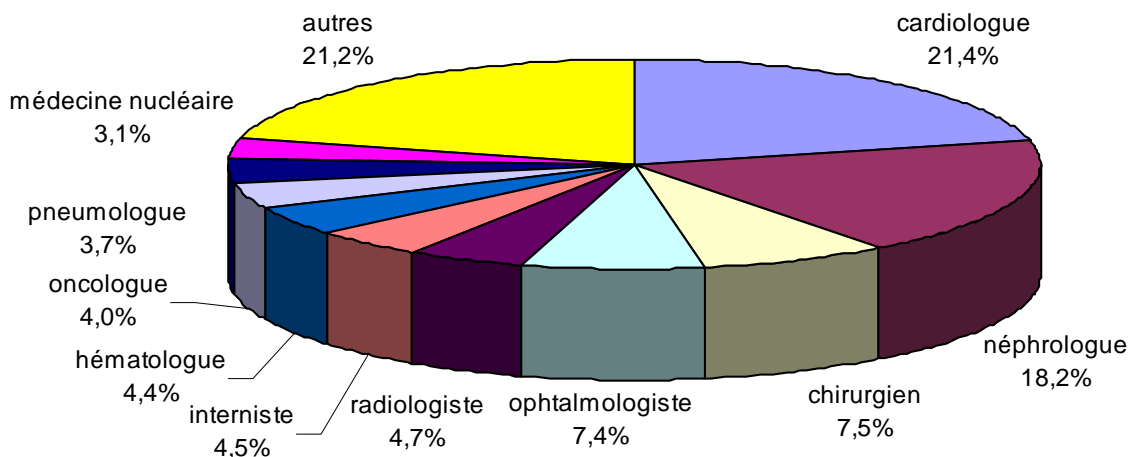
##### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont consulté **six spécialistes différents et plus est plus élevée** que la valeur régionale (33,7 %) :
  - CSSS Cavendish (40,0 %)
    - 15,9 % ont consulté dix spécialistes différents et plus
  - CSSS de la Montagne (39,4 %);
    - 16,3 % ont consulté dix spécialistes différents et plus
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont **consulté trois omnipraticiens différents et plus est plus élevée** que la valeur régionale (13,8 %) :
  - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (21,0 %)

### 3.3 TYPES DE SPÉCIALISTE CONSULTÉ

Comme on peut d'y attendre, le spécialiste le plus consulté par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004 est le cardiologue avec 21,4 % des consultations. Les néphrologues suivent avec 18,2 % des consultations. Viennent ensuite les chirurgiens (7,5 %) et les ophtalmologistes (7,4 %) (figure 6 et tableau B10 à l'annexe B). La forte proportion de consultations en néphrologie s'explique par le nombre élevé de consultations lors de traitements de dialyse (environ 35 000) effectuées par un petit nombre de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (459)

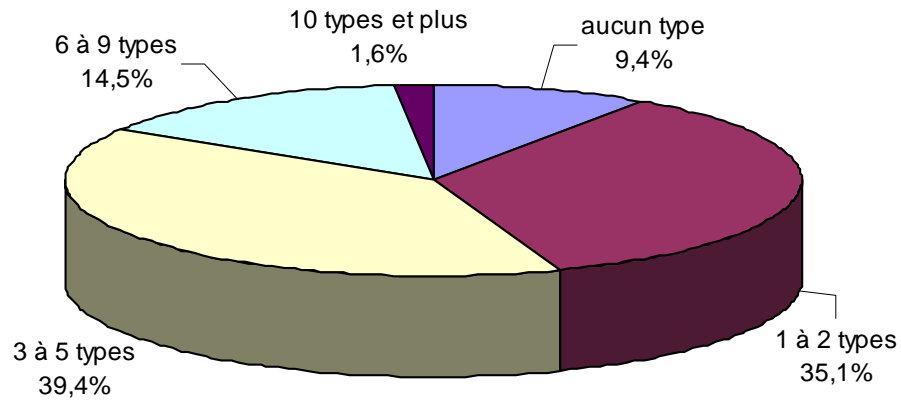
**Figure 6 : Proportion de consultations des Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le type de spécialistes, 2003-2004 (N = 213 622 consultations)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B10 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

Une majorité de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (55,5 %) ont consulté trois types différents de spécialiste ou plus et 16,1 % ont même consulté six types différents de spécialiste et plus (figure 7 et tableau B11 de l'annexe B).

**Figure 7 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de types de spécialiste consulté, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B11 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

#### TYPES DE SPÉCIALISTES CONSULTÉS PAR CSSS

##### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont consulté six types de spécialiste et plus est plus élevée que la valeur régionale (16,1 %) :
  - CSSS Cavendish (26,1 %)
  - CSSS de la Montagne (23,0 %)

### 3.3.1 Consultation chez les cardiologues

Au cours de l'année 2003-2004, 38,1 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque n'ont vu aucun cardiologue. À l'inverse, 33,6 % ont consulté de une à deux fois un cardiologue, 18,4 % de trois à cinq fois, 5,7 % de six à neuf fois et 4,3 % ont vu un cardiologue 10 fois et plus (tableau B12 de l'annexe B).

#### CONSULTATIONS AUPRÈS DES CARDIOLOGUES

##### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont pas consulté de cardiologue est plus élevée** que la valeur régionale (38,1 %) :
  - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (43,3 %)
  - CSSS de l'Ouest-de-l'Île (42,4 %)
  - CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (42,3 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui **n'ont pas consulté de cardiologue est moins élevée** que la valeur régionale (38,1 %) :
  - CSSS du Cœur-de-l'Île (32,9 %)
  - CSSS de la Pointe-de-l'Île (30,3 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont consulté un **cardiologue 10 fois et plus est plus élevée** que la valeur régionale (4,3 %) :
  - CSSS de St-Léonard et St-Michel (7,1 %)
  - CSSS Lucille-Teasdale (6,6 %)

Les profils de consultation auprès des néphrologues et des chirurgiens peuvent être consultés aux tableaux B13 et B14 de l'annexe B.

## 4 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES INSTITUTIONNELS PAR LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dans ce chapitre, nous analysons d'abord les visites à l'urgence faites au cours de l'année 2003-2004 par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque selon la cause de visite, soit pour toutes causes confondues et pour insuffisance cardiaque. Par la suite, nous traitons des hospitalisations survenues chez ces personnes selon les mêmes causes. Seules les hospitalisations en centre hospitalier de courte durée sont considérées ici.

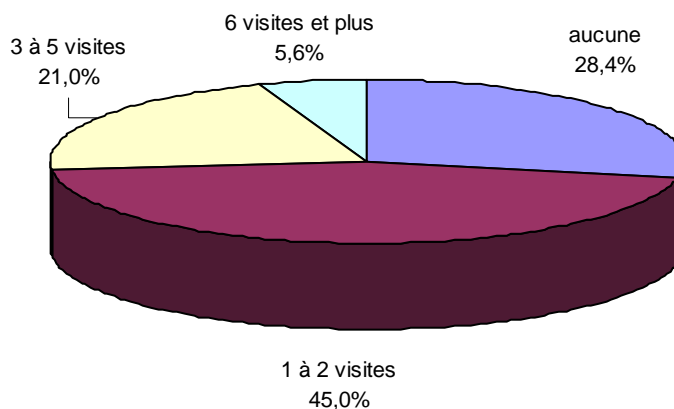
En 2003-2004, 16 284 personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont allées à l'urgence ou ont été hospitalisées. C'est donc 77,3 % des personnes avec insuffisance cardiaque qui ont eu un épisode de soins institutionnels et ces dernières ont effectué en moyenne de 2,7 visites en milieu institutionnel (visite à l'urgence ou hospitalisation) (données non présentées). Veuillez consulter l'annexe C pour l'information relative à la construction de ces indicateurs.

### 4.1 DESCRIPTION DES VISITES À L'URGENCE

#### 4.1.1 Nombre de visites à l'urgence des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sans égard à la cause

En 2003-2004, 45,0 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont effectué une à deux visites à l'urgence sans égard à la cause, 21,0 %, de trois à cinq visites et 5,6 %, six visites et plus (figure 8 et tableau B15 de l'annexe B). La très grande majorité des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (71,6 %) ont donc eu au moins une visite à l'urgence au cours de cette année. De plus, ces personnes ont été significativement plus nombreuses à faire une visite à l'urgence en 2003-2004 qu'en 2002-2003 (71,6 % contre 69,7 %) (données de 2002-2003 non présentées).

**Figure 8 :** Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre de visites faites à l'urgence sans égard à la cause, 2003-2004 (N = 21 053)



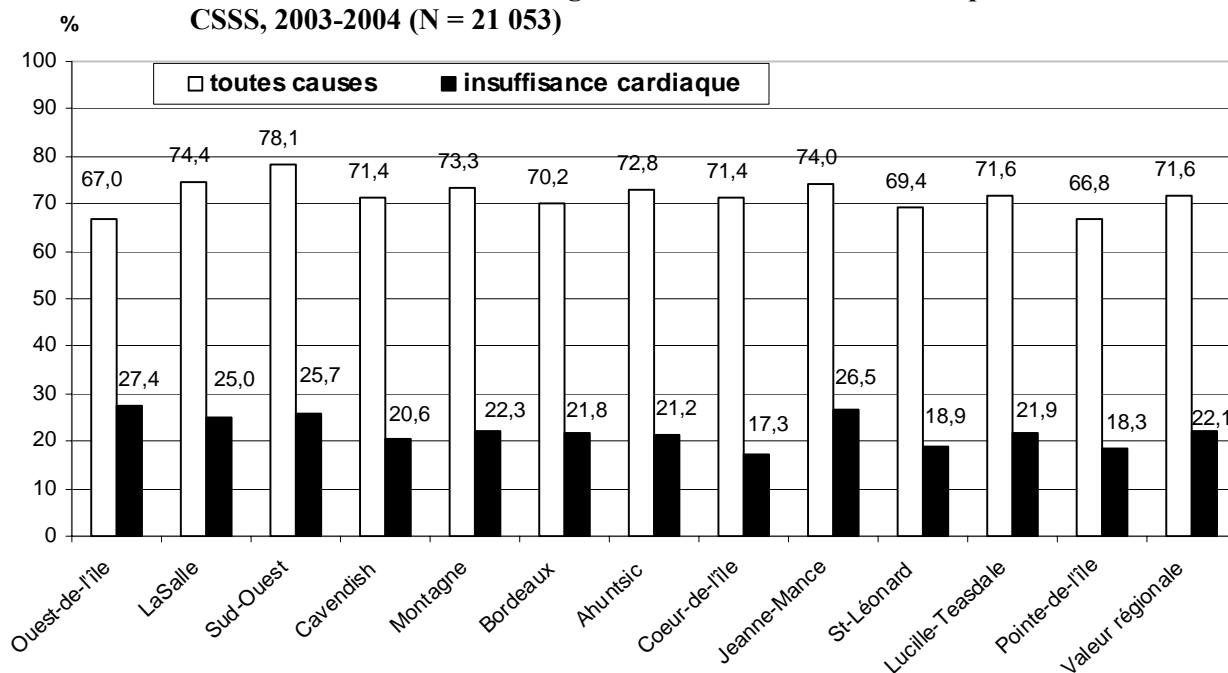
Les données de cette figure sont présentées au tableau B15 de l'annexe B.

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

#### 4.1.2 Causes des visites à l'urgence

Alors que 71,6 % des personnes sont allées au moins une fois à l'urgence, sans égard à la cause en 2003-2004, 22,1 % y sont allées pour leur insuffisance cardiaque (figure 9 et tableau B16 de l'annexe B).

**Figure 9 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B16 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

#### CAUSES DES VISITES À L'URGENCE PAR CSSS

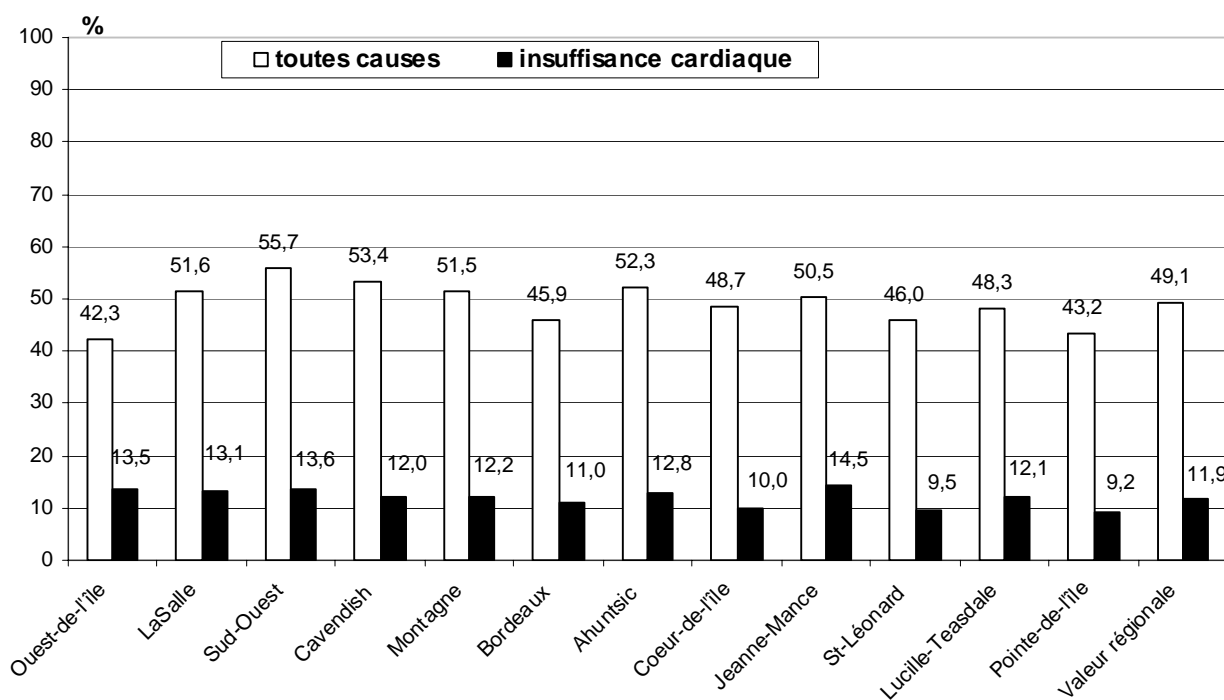
##### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont allées à l'urgence **peu importe la cause est plus élevée** que la valeur régionale (71,6 %) :
  - CSSS du Sud-Ouest – Verdun (78,1 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont allées à l'urgence **pour leur insuffisance cardiaque est plus élevée** que la valeur régionale (22,1 %) :
  - CSSS de l'Ouest-de-l'Île (27,4 %)
  - CSSS Jeanne-Mance (26,5 %)
  - CSSS du Sud-Ouest – Verdun (25,7 %)

### 4.1.3 Proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation

Dans cette section, nous décrivons la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont dû être hospitalisées suite à au moins une de leurs visites à l'urgence. Soulignons que 11,9 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisées suite à une visite à l'urgence pour leur insuffisance cardiaque et que 49,1 % l'ont été toutes causes confondues (figure 10 et tableau B17 de l'annexe B). À noter que cette proportion est significativement plus importante en 2003-2004 qu'en 2002-2003 (soit 49,1 % versus 46,8 %) (données de 2002-2003 non présentées).

**Figure 10 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation, selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**



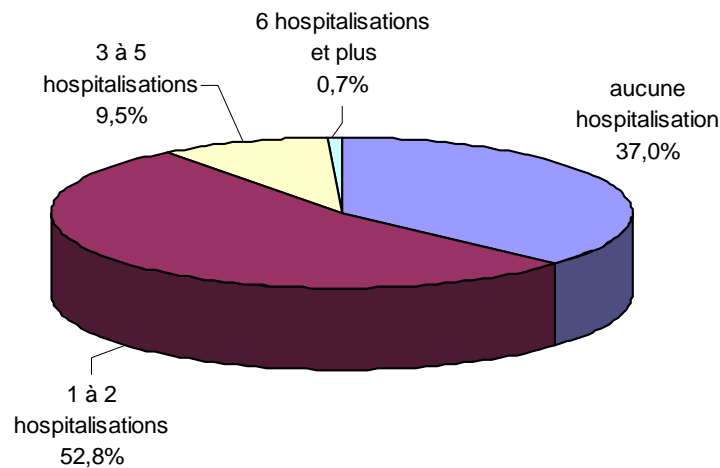
Les données de cette figure sont présentées au tableau B17 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

## 4.2 DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS

### 4.2.1 Nombre d'hospitalisation des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sans égard à la cause

Au cours de l'année 2003-2004, 63,0 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisées au moins une fois toutes causes confondues. Plus précisément, 52,8 % l'ont été de une à deux fois et 10,2 %, trois fois et plus (figure 11 et tableau B18 de l'annexe B). Soulignons que ces personnes ont été proportionnellement plus nombreuses à être hospitalisées en 2003-2004 qu'en 2002-2003, soit 63,0 % contre 60,8 % (données de 2002-2003 non présentées).

**Figure 11 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre d'hospitalisation sans égard à la cause, 2003-2004 (N = 21 053)**



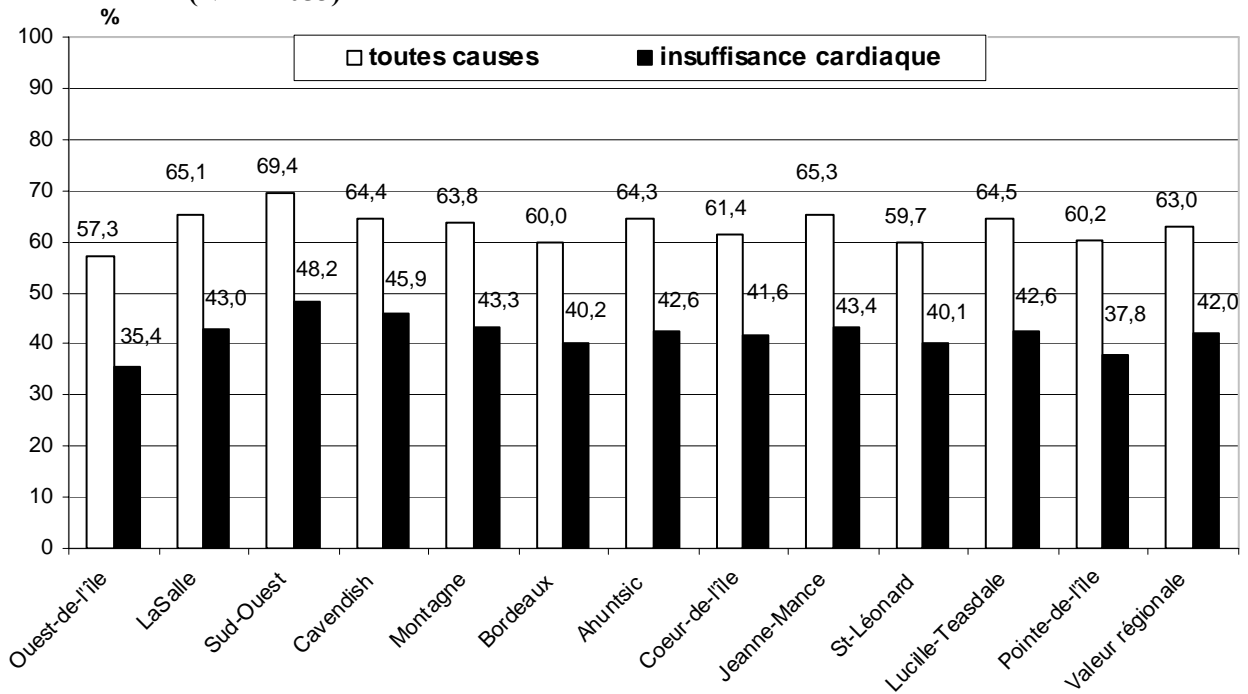
Les données de cette figure sont présentées au tableau B18 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

### 4.2.2 Causes des hospitalisations

En 2003-2004, 42,0 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisées pour leur problème d'insuffisance cardiaque contre 63,0 % toutes causes confondues (figure 12 et tableau B19 de l'annexe B). La proportion de personnes qui ont été hospitalisées pour leur insuffisance cardiaque était moins élevée en 2002-2003 (soit 39,5 %) (données non présentées).



**Figure 12 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque hospitalisés, selon la cause de l'hospitalisation, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B19 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

### CAUSES DES HOSPITALISATIONS PAR CSSS

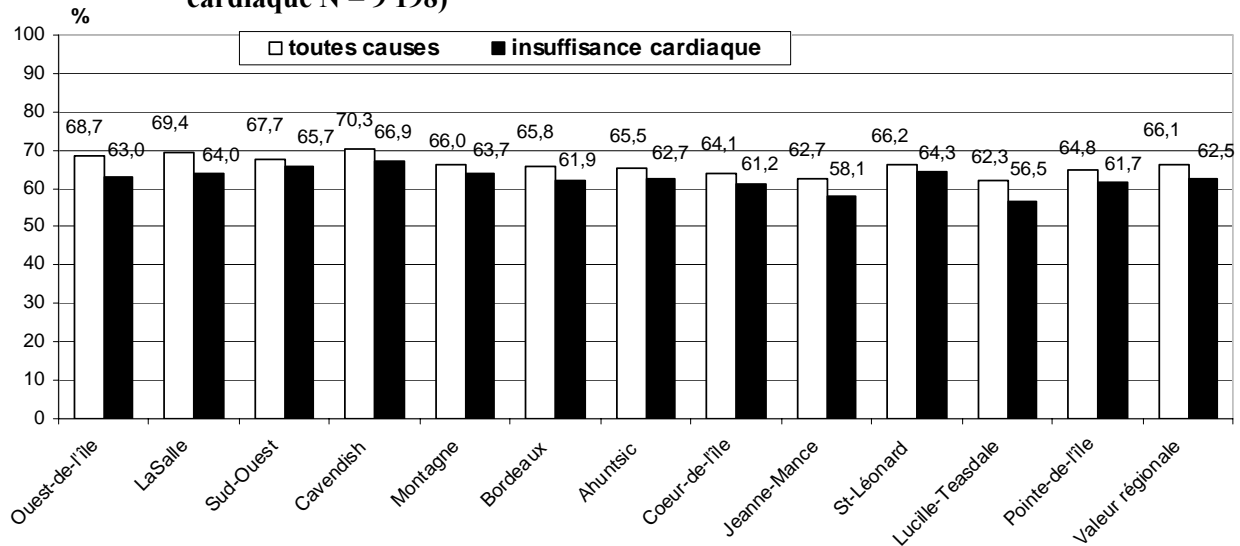
#### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont été hospitalisées **peu importe la cause est plus élevée** que la valeur régionale (63,0 %) :  
→ CSSS du Sud-Ouest-Verdun (69,4 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui ont été hospitalisées pour **insuffisance cardiaque est plus élevée** que la valeur régionale (42,0 %) :  
→ CSSS du Sud-Ouest-Verdun (48,2 %)

### 4.2.3 Proportion d'hospitalisations avec un suivi médical dans les 30 jours

Dans une perspective de continuité des soins, nous avons analysé la proportion des hospitalisations pour lesquelles il y a eu un suivi médical en clinique externe ou en cabinet privé (soit une consultation chez un omnipraticien ou un spécialiste) dans les 30 jours suivant la fin de l'hospitalisation. Cette proportion est respectivement de 66,1 % et 62,5 % pour les hospitalisations toutes causes confondues et pour cause d'insuffisance cardiaque (figure 13 et tableau B20 à l'annexe B). Plus de trois personnes sur 10 n'ont donc aucun suivi médical dans les 30 jours suivant la fin de leur hospitalisation. Il aurait été intéressant d'explorer le suivi fait en CSLC mais ceci fera l'objet de nos prochains travaux analytiques.

**Figure 13 : Proportion d'hospitalisations selon la cause avec un examen de suivi dans les 30 jours, par territoire de CSSS, 2003-2004 (toutes causes N = 19 139; insuffisance cardiaque N = 9 198)**

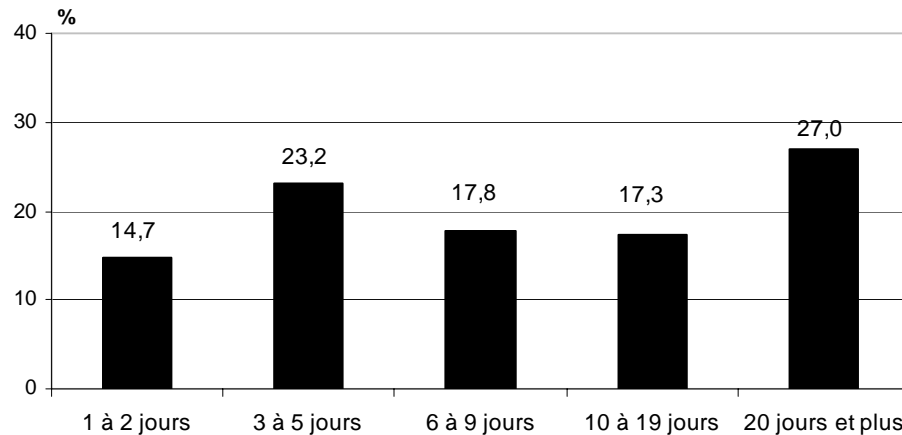


Les données de cette figure sont présentées au tableau B20 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

### 4.3 RETOUR À L'URGENCE COMME LIEU DE PREMIER CONTACT AVEC LES SERVICES DE SANTÉ APRÈS UN ÉPISODE DE SOINS INSTITUTIONNELS

Parmi les 16 284 personnes qui sont allées à l'urgence ou qui ont été hospitalisées, 1 851, soit une proportion de 11,4 %, sont revenues à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services de santé suite à cet épisode de soins (tableau B21 de l'annexe B). Ces personnes ont effectué en moyenne 4,1 visites institutionnelles au cours de l'année 2003-2004 (données non présentées). Plus de la moitié d'entre elles (55,7 %) sont revenues à l'urgence dans un délai de 9 jours et moins suivant l'épisode de soins institutionnels (figure 14 et tableau B22 de l'annexe B).

**Figure 14 : Délai entre la fin de l'épisode de soins et le retour à l'urgence chez les personnes avec insuffisance cardiaque pour lesquelles l'urgence a été le lieu de premier contact après un épisode de soins institutionnels, 2003-2004 (N = 1 851)**



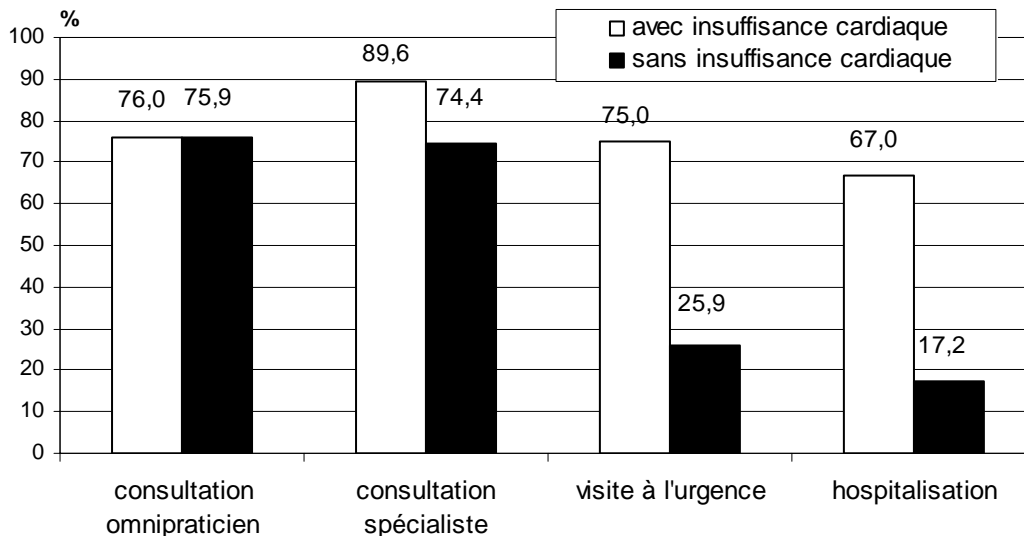
Les données de cette figure sont présentées au tableau B22 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.



## 5 COMPARAISON DE L'UTILISATION DES SERVICES ENTRE LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS QUI SOUFFRENT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CELLES QUI N'EN SOUFFRENT PAS

Les gens âgés de 65 ans et plus sont de grands utilisateurs des services de santé. Lorsque ces personnes souffrent d'insuffisance cardiaque, cela constitue une demande supplémentaire pour les services de santé. Pour avoir une estimation de cette demande sur les services, nous avons comparé quelques indicateurs d'utilisation des services entre les montréalais de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et ceux qui n'en souffrent pas. Ces données sont présentées à la figure 15<sup>13</sup>.

**Figure 15 : Proportion de Montréalais de 65 ans et plus selon différents indicateurs d'utilisation des services et selon qu'ils souffrent ou non d'insuffisance cardiaque, 2003-2004 (avec insuffisance cardiaque N = 16 140; sans insuffisance cardiaque N = 264 538)**



Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

Ainsi, en 2003-2004, il n'y a pas de différence entre les personnes de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et celles qui n'en souffrent pas en ce qui concerne les consultations chez les omnipraticiens. Par contre, 89,6 % des personnes de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ont consulté au moins un spécialiste contre 74,4 % chez celles qui en sont exemptes. L'écart est plus important quant aux services institutionnels. En effet, 75,0 % des personnes de 65 ans et plus qui souffrent d'insuffisance cardiaque ont eu au moins une visite à l'urgence et 67,0 % ont été hospitalisées au moins une fois contre 25,9 % et 17,2 % respectivement, chez les personnes qui ne souffrent pas de cette maladie. Ces résultats confirment le fait que les individus âgés de 65 ans et plus qui souffrent d'insuffisance cardiaque sont de plus grands utilisateurs de services que ceux du même âge qui ne sont pas affectés par cette maladie, sauf pour les consultations chez les omnipraticiens.

<sup>13</sup> Il n'y a pas de tableau en annexe pour ces données.

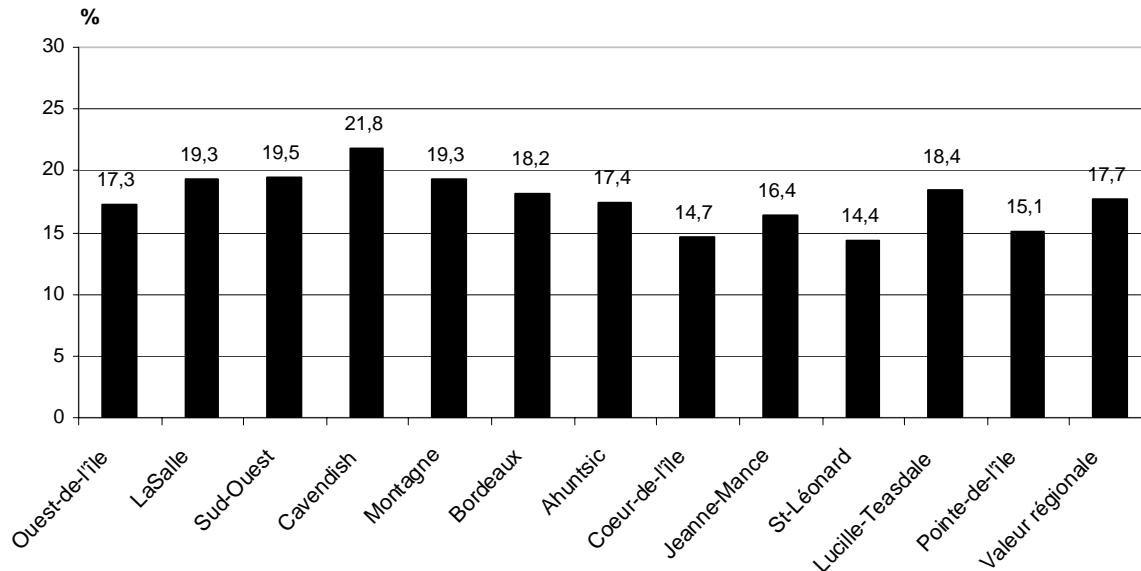


## 6 MORTALITÉ CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Pour compléter ce portrait, nous présentons les données relatives à la mortalité chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ces résultats sont présentés à la figure 16 et au tableau B23 de l'annexe B. Ainsi, 17,7 % des Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque sont décédés, sans égard à la cause, au cours de l'année 2003-2004.

Il y a autant d'hommes que de femmes atteints de cette maladie qui sont décédés, soit respectivement 17,1 % et 18,3 %. La proportion des décès chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge pour atteindre 32,3 % chez les 85 ans et plus (données non présentées).

**Figure 16 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont décédés en 2003-2004, par territoire de CSSS (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B23 de l'annexe B.

Source : Banques de données jumelées 2003-2004





## 7 PRÉSENCE DE MALADIES ASSOCIÉES

Nous avons vérifié si les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont également atteintes de maladies reconnues comme facteurs étiologiques de l'insuffisance cardiaque, soit le diabète<sup>14</sup>, l'hypertension artérielle<sup>15</sup> et les maladies coronariennes<sup>15</sup>. Ainsi, 29,0 % de ces personnes souffrent aussi de diabète, 70,2 % d'hypertension et 67,8 % de maladie coronarienne (voir tableaux B24, B25 et B26 de l'annexe B).

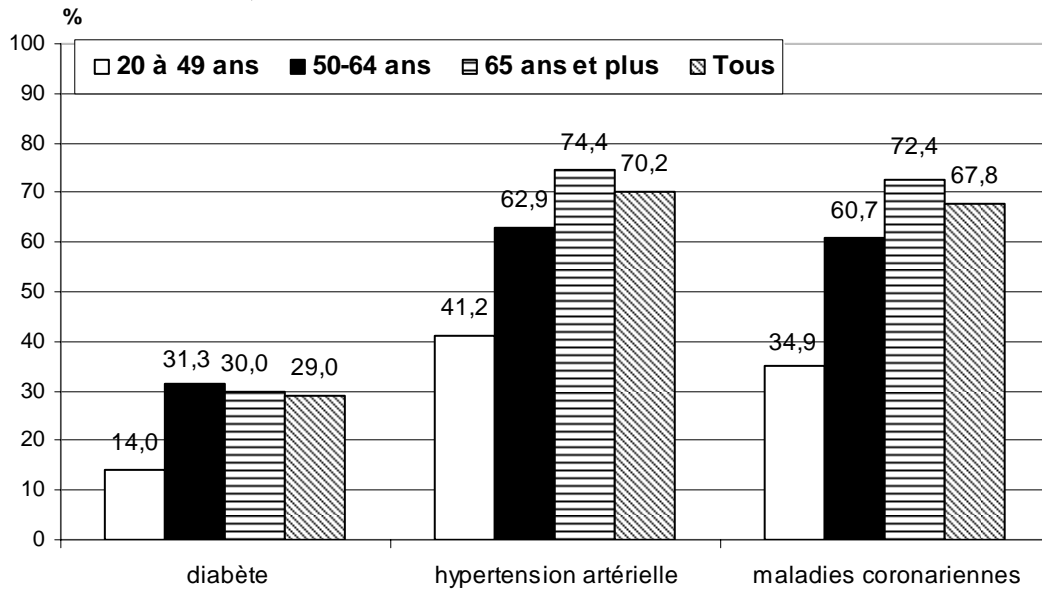
L'analyse de comorbidité a aussi été effectuée par groupe d'âge. Ainsi, la proportion des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont aussi atteintes du diabète est de 14,0 % dans le groupe des 20 à 49 ans et augmente à 31,3 % chez les 50 à 64 ans (figure 17 et tableau B24 de l'annexe B). Elle reste inchangée chez les 65 ans et plus avec 30,0 %. La proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et d'hypertension est de 41,2 % chez les 20 à 49 ans. Elle augmente à 62,9 % chez les 50 à 64 ans et à 74,4 % chez les 65 ans et plus (figure 17 et tableau B25 de l'annexe B). Finalement, la proportion de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui souffrent aussi de maladie coronarienne suit la même progression : elle augmente entre 20 à 49 ans et 50 à 64 ans de 34,9 % à 60,7 % pour atteindre 72,4 % chez les 65 ans et plus (figure 17 et tableau B26 de l'annexe B).

---

<sup>14</sup> L'algorithme utilisé pour identifier le diabète est celui du système national de surveillance du diabète, soit avoir eu, au cours d'une période de deux ans, deux diagnostics de diabète (voir les codes CIM-9 de cette maladie à l'annexe A) inscrits au fichier des services médicaux (RAMQ) ou un diagnostic de diabète parmi les diagnostics principal et secondaires inscrits au fichier des hospitalisations (Med-Écho).

<sup>15</sup> Les algorithmes retenus pour identifier l'hypertension et les maladies coronariennes sont tirés des travaux du Manitoba Centre for Health Policy (11) et sont les suivants : avoir eu, au cours d'une période de deux ans, un diagnostic d'hypertension ou de maladies coronariennes (voir les codes CIM-9 de ces maladies à l'annexe A) inscrits au fichier des services médicaux (RAMQ) ou un diagnostic d'hypertension ou de maladies coronariennes parmi les diagnostics principal et secondaires inscrits au fichier des hospitalisations (Med-Écho).

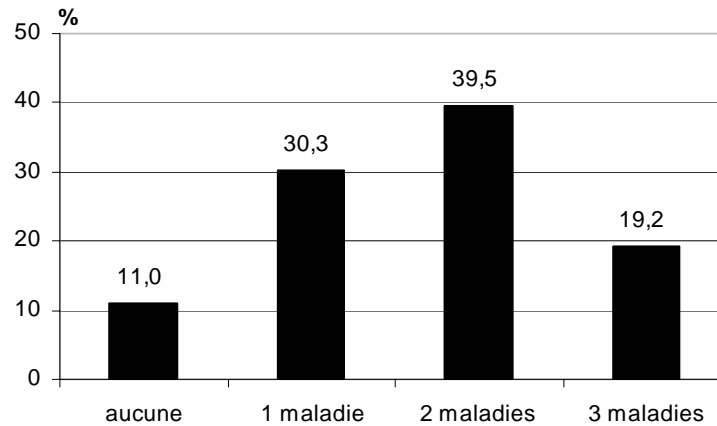
**Figure 17 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque, selon le groupe d'âge, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées aux tableaux B24, B25 et B26 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

Les personnes avec insuffisance cardiaque sont nombreuses à être affectées par plus d'une de ces maladies. En effet, alors que 30,3 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont atteintes d'une seule de ces maladies, 39,5 % le sont de deux de ces maladies et 19,2 % des trois maladies (figure 18 et tableau B27 de l'annexe B). Il n'y a que 11,0 % des personnes qui ne sont atteintes d'aucune de ces trois maladies.

**Figure 18 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, selon le nombre d'autres maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque dont ils sont atteints, 2003-2004 (N = 21 053)**



Les données de cette figure sont présentées au tableau B27 de l'annexe B.  
Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

#### PRÉSENCE DE MALADIES ASSOCIÉES PAR CSSS

##### Territoires de CSSS où :

- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont atteintes des trois maladies est **plus élevée** que la valeur régionale (19,2 %) → CSSS du Sud-Ouest-Verdun (23,5 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont atteintes des trois **maladies** est **moins élevée** que la valeur régionale (19,2 %) → CSSS de l'Ouest-de-l'Île (14,3 %)
- la proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont atteintes de maladies **coronariennes** est **plus élevée** que la valeur régionale (67,8 %) :
  - CSSS du Sud-Ouest-Verdun (78,1 %)
  - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (73,7 %)

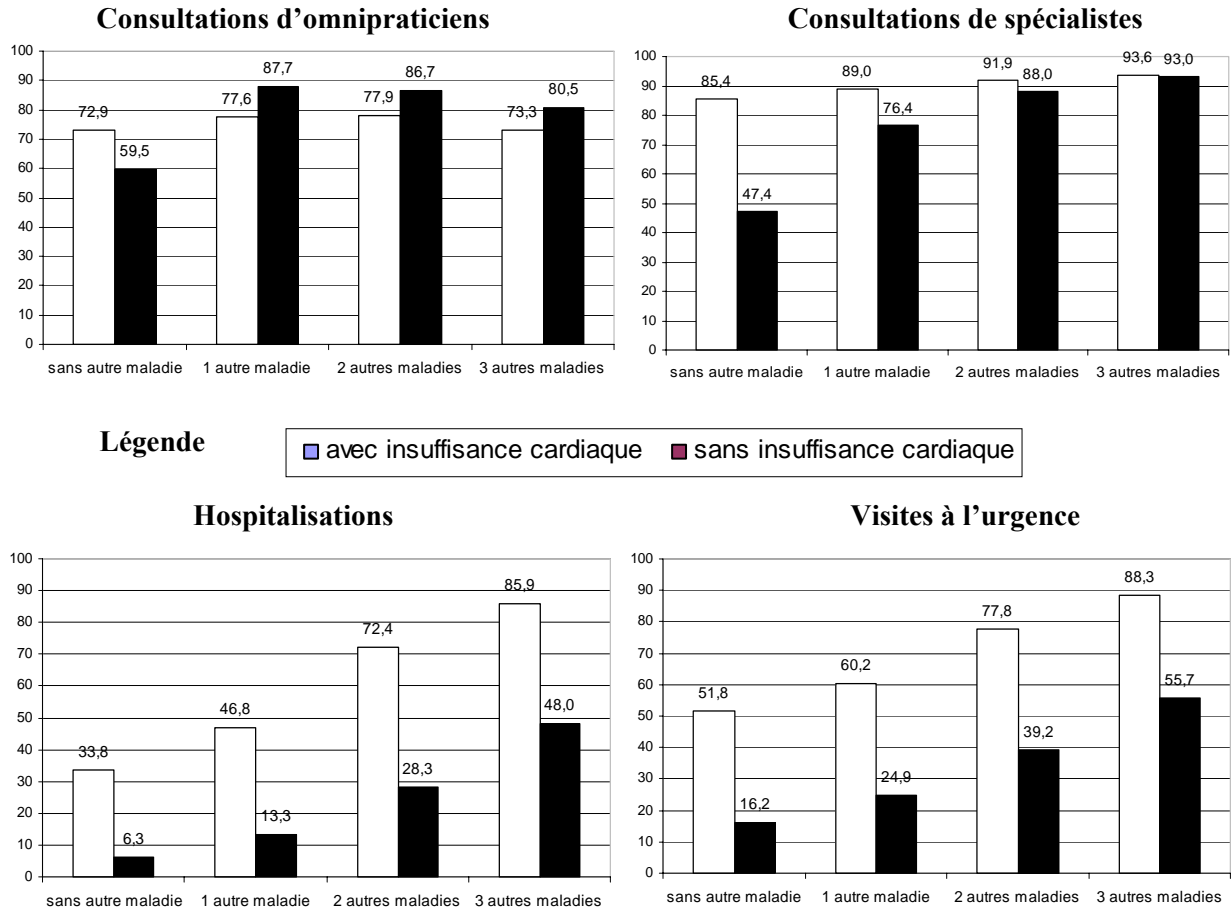
## 7.1 MALADIES ASSOCIÉES ET UTILISATION DES SERVICES

Nous avons vérifié quel était l'impact des maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque sur l'utilisation des services de santé. Nous avons comparé les personnes selon qu'elles souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre de maladies présentes.

Ainsi, le fait de souffrir d'insuffisance cardiaque, en présence d'une, de deux ou de trois maladies, n'ajoute pas un poids important sur l'utilisation des services ambulatoires. La proportion de consultation d'omnipraticiens est même plus faible chez les personnes avec insuffisance cardiaque que chez celles sans insuffisance cardiaque et ce, peu importe le nombre de maladies présentes (figure 18). Par contre, le fait de souffrir d'insuffisance cardiaque augmente la probabilité de consulter des spécialistes surtout en l'absence d'autre maladie. Bien que cet écart demeure avec la présence d'autres maladies, il s'amenuise avec l'augmentation du nombre de maladies.

Autant avec que sans insuffisance cardiaque, la probabilité d'être hospitalisé ou de visiter l'urgence augmente avec le nombre de maladies présentes. Chez les personnes sans insuffisance cardiaque, ces proportions passent de 6,3 % (aucune maladie) à 48,0 % (3 maladies). Avec l'insuffisance cardiaque, ces proportions suivent une progression similaire mais sont toujours plus importantes (de 33,8 % à 85,9 %). Le fait de souffrir d'insuffisance cardiaque augmente donc de beaucoup la probabilité d'être hospitalisé avec ou sans morbidité associée. Le même phénomène est observé pour les visites à l'urgence.

**Figure 19 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus selon qu'ils souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque pour différents indicateurs d'utilisation de services de santé 2003-2004**



Note :

Nombre de personnes AVEC insuffisance cardiaque :

- sans maladie : 2 308
- 1 maladie : 6 383
- 2 maladies : 8 311
- 3 maladies : 4 051

Nombre de personnes SANS insuffisance cardiaque :

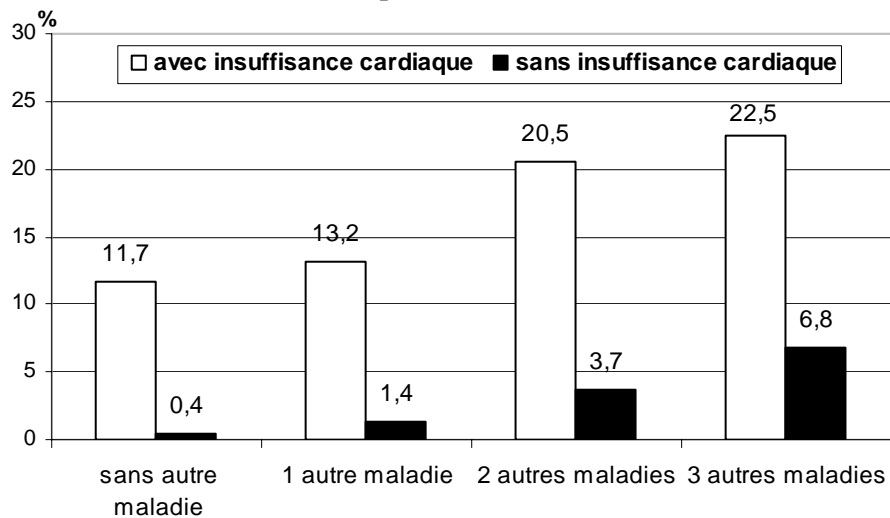
- sans maladie : 1 140 203
- 1 maladie : 231 981
- 2 maladies : 66 173
- 3 maladies : 11 793

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.  
Il n'y a pas de tableau en annexe pour ces données.

## 7.2 MALADIES ASSOCIÉES ET MORTALITÉ

Nous avons analysé les proportions de décès chez les personnes avec et sans insuffisance cardiaque qu'elles aient ou non une, deux ou trois des maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque. On note que les probabilités de décès augmentent selon le nombre de pathologies présentes. Chez les personnes sans insuffisance cardiaque, ces proportions passent de 0,4 % (sans autre maladie) à 6,8 % (trois autres maladies) (figure 20<sup>16</sup>). Mais, si les personnes souffrent en plus d'insuffisance cardiaque, ces proportions sont beaucoup plus importantes passant de 11,7 % à 22,5 %. Elles suivent toutefois une progression similaire.

**Figure 20 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus qui sont décédés selon qu'elles souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre de maladies pouvant causer l'insuffisance cardiaque, 2003-2004**



Note :

Nombre de personnes AVEC insuffisance cardiaque :

- sans maladie : 2 308
- 1 maladie : 6 383
- 2 maladies : 8 311
- 3 maladies : 4 051

Nombre de personnes SANS insuffisance cardiaque :

- sans maladie : 1 140 203
- 1 maladie : 231 981
- 2 maladies : 66 173
- 3 maladies : 11 793

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

<sup>16</sup> Il n'y a pas de tableau en annexe pour ces données.

## 8 TERRITOIRES DE CSSS : PRINCIPAUX CONSTATS

Les résultats obtenus par les 12 territoires de CSSS ont été regroupés dans un tableau synthèse (tableau 2) selon quatre catégories d'indicateurs : les caractéristiques de la population des territoires de CSSS, les caractéristiques des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans les territoires de CSSS, l'utilisation des services ambulatoires et l'utilisation des services institutionnels. Le profil d'utilisation des services par les personnes avec insuffisance cardiaque diffère peu d'un territoire de CSSS à l'autre. Pour mieux caractériser ces profils, des travaux analytiques seront nécessaires afin d'explorer des facteurs telle l'intensité d'utilisation des services ou d'analyser de façon plus approfondie les trajectoires de soins entre les différents services.

Néanmoins, certains territoires de CSSS se démarquent des autres. Ainsi, le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île affiche les proportions parmi les moins élevées de la région en ce qui concerne : la présence de comorbidité chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (diabète, hypertension et maladie coronarienne), les consultations auprès des spécialistes et des cardiologues de même que l'utilisation des services institutionnels. À l'opposé, le territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun présente des proportions supérieures aux valeurs régionales de personnes atteintes aussi des trois maladies nommées précédemment et d'utilisation des services institutionnels. Enfin, c'est dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île que les proportions d'utilisation des services ambulatoires sont parmi les plus élevées et celles des services institutionnels parmi les plus faibles.

L'utilisation des services décrite tout au long du rapport ne peut être attribuée aux services présents dans un territoire donné. En effet, les territoires des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque sont déterminés par leur lieu de résidence et non par le territoire du service utilisé. Cette précision est importante car à Montréal, selon les données du projet «Accessibilité et continuité des services de santé – Une étude sur la première ligne au Québec»<sup>(18)</sup>, environ la moitié des résidents d'un territoire de CSSS obtient ses services de santé de 1<sup>re</sup> ligne dans un autre territoire de CSSS. Seul le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île se démarque des autres par une plus grande proportion de sa population qui utilise les services de santé dans son territoire.

Les proportions de consultations faites par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque dans les hôpitaux de leur territoire de résidence et les hôpitaux hors-territoire sont présentées au tableau B28 de l'annexe B. On note que la grande majorité des personnes avec insuffisance cardiaque résidant dans les territoires de CSSS qui hébergent les centres hospitaliers universitaires reçoivent leurs services institutionnels dans leur territoire de résidence. Toutefois, dans les autres territoires, les personnes aux prises avec cette maladie vont avoir accès à de tels services autant dans les hôpitaux de leur territoire de résidence que dans ceux hors territoire. Dans certains cas, les territoires limitrophes accueillent ces personnes mais, également, le choix d'un hôpital semble lié à d'autres critères dont la langue. L'ensemble de ces résultats mettent en évidence le défi qu'ont à relever les CSSS pour planifier leurs services dans la perspective de l'approche populationnelle.

**Tableau 2 : Tableau synthèse des résultats obtenus par les territoires de CSSS selon les caractéristiques de leur population et des personnes avec insuffisance cardiaque, l'utilisation des services de santé ambulatoires et institutionnels par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque, 2003-2004**

	Valeurs régionales	Ouest-de-l'Île	Dorval-Lasalle-LaSalle	Sud-Ouest - Verdun	Cavendish	Montagne	Bordeaux-Cartierville – St-Laurent	Ahuntsic et Montréal-Nord	Coeur-de-l'Île	Jeanne-Mance	St-Léonard et St-Michel	Lucille-Teasdale	Pointe-de-l'Île
<b>Caractéristiques de la population des territoires de CSSS</b>													
Prévalence de l'insuffisance cardiaque (%)	1,43	1,03	1,60	1,51	1,81	1,28	1,55	1,66	1,55	1,01	1,60	1,47	1,45
Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (%)	19,1	16,3	20,7	17,6	23,3	18,7	23,3	22,9	16,1	12,3	20,7	20,2	18,7
Indice de défavorisation	--	1,64	2,84	3,44	2,29	2,62	2,98	3,31	3,24	2,34	4,78	2,98	3,00
<b>Caractéristiques des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque des territoires de CSSS</b>													
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (%)	76,7	74,4	75,3	74,0	85,5	81,7	82,8	79,0	72,1	71,9	74,1	76,1	70,4
Proportion des personnes atteintes aussi des trois autres maladies (%)	19,2	14,3	21,3	23,5	17,1	17,3	19,4	17,8	18,5	21,6	20,5	21,5	19,2
Proportion de décès (%)	17,7	17,3	19,3	19,5	21,8	19,3	18,2	17,4	14,7	16,4	14,4	18,4	15,1
<b>Utilisation des services ambulatoires</b>													
Consultation d'un omnipraticien (%)	76,4	80,9	77,9	72,8	72,4	66,2	75,8	81,7	83,2	63,5	83,6	76,1	81,5
Consultation d'un spécialiste (%)	90,6	87,9	89,9	90,7	91,4	90,5	89,7	90,4	92,4	91,1	90,3	89,8	93,3
Consultation d'un cardiologue (%)	61,9	57,6	56,8	63,2	60,5	62,2	57,7	60,7	67,1	61,1	62,7	62,1	69,7
<b>Utilisation des services institutionnels</b>													
Visite à l'urgence (%)	71,6	67,0	74,4	78,1	71,4	73,3	70,2	71,8	71,4	74,0	69,4	71,6	66,8
Visite à l'urgence suivie d'hospitalisation (%)	49,1	42,3	51,6	55,7	53,4	51,5	45,9	52,3	48,7	50,5	46,0	48,3	43,2
Hospitalisation (%)	63,0	57,3	65,1	69,4	64,4	63,8	60,0	64,3	61,4	65,3	59,7	64,5	60,2

■ : significativement sous la valeur régionale  
□ : non différent de la valeur régionale  
■ : significativement au-dessus de la valeur régionale



Tous ces constats soulèvent des questions quant à l'organisation et l'utilisation des services de santé par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi, le fait que près de 20 % des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ne consultent que des spécialistes est-il le reflet d'un problème de continuité des services entre le milieu institutionnel et le milieu clinique, d'une plus grande sévérité de la maladie, d'un manque de médecins de famille ou d'un besoin de mieux outiller les médecins de famille pour assurer le suivi de cette clientèle? Est-ce que l'insuffisance cardiaque est une maladie qui est prise en charge par la deuxième ligne à Montréal et pour laquelle l'omnipraticien a plus un rôle de gestionnaire de cas? Que penser de la proportion non négligeable (38 %) de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui n'ont consulté aucun cardiologue quand ce dernier est le professionnel privilégié pour le suivi médical recommandé par la Canadian Cardiovascular Society? Le nombre très élevé de visites à l'urgence et d'hospitalisations est-il le reflet de l'évolution inéluctable de cette maladie ou le reflet d'un manque de continuité et d'accessibilité au niveau des services ambulatoires? Enfin, la proportion élevée d'hospitalisation qui n'ont pas de suivi dans les 30 jours suivant la fin de l'épisode et la proportion élevée de retour à l'urgence après un épisode de soins institutionnels sont-ils le reflet d'un problème de coordination et de continuité des services ou d'un problème d'accessibilité? Des analyses complémentaires et des consultations auprès d'experts du milieu aideront à répondre à ces questions.

C'est pourquoi le présent rapport s'inscrit dans un processus plus large de suivi de l'organisation des services de santé 1<sup>re</sup> ligne et de ses transformations. À l'aide d'experts du milieu, nous produisons des rapports analytiques de l'organisation des services (accessibilité, continuité, coordination, etc.) concernant la population en général et plus spécifiquement, celle touchant les personnes atteintes de maladies chroniques. Dans le cadre de ce suivi, des publications sont prévues pour d'autres maladies chroniques comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Nous souhaitons également utiliser un indice de comorbidité par CSSS pour mieux analyser l'utilisation des services par la population atteinte de maladies chroniques. Enfin, rappelons que ce suivi doit s'échelonner jusqu'en 2009 avec l'arrivée de données annuelles tirées des banques administratives.



## RÉFÉRENCES

1. Pasquet A. Épidémiologie et diagnostic clinique de l'insuffisance cardiaque. Bruxelles, *Louvain Médical* 2004;123(2):s76-s79.
2. Rich MW. Epidemiology, pathophysiology, and etiology of congestive heart failure in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):968-974.
3. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Statistique Canada; cycle 2.1, 2003.
4. Lee DS, Johansen H, Gong Y, Hall RE, Tu JV, Cox JL. *Chapter 14 : Regional outcomes of heart failure in Canada*. Dans Canadian Cardiovascular Atlas, Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team, 2006. p. 111-119.
5. Daigle JM. *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales – Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, octobre 2006, 108 pages.
6. Johansen H, Strauss B, Arnold JM, Moe G, Liu P, On the rise : The current and projected future burden of congestive heart failure hospitalization in Canada. *Can J Cardiol* 2003;19:430-435.
7. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *New Engl J Med* 2002;347:1397-1402.
8. Tavazzi L. Towards a more precise definition of heart failure aetiology. *Eur Heart J* 2001;22(3):192-195.
9. Ross H, Howlett J, Arnold JMO, et al. For the Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group. Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Can J Cardiol* 2006;22(9):749-754.
10. Goff DC, Pandey DK, Chan FA, Ortiz C, Nichaman MZ. Congestive Heart Failure in the United States. Is there more than meets the I (CD code)? The Corpus Christi Heart Project, *Arch Intern Med* 2000 Jan.;160:197-202.
11. Lix L, Yogendran M, Burchill C, Metge C, McKenne N, Moore D, Bond R. *Defining and Validating Chronic Diseases: An Administrative Data Approach*. Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba, 2006, 195 pages.
12. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Éditions La Découverte/INSERM; 2000.
13. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. *Les inégalités sociales de la santé: rapport annuel sur la santé de la population*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1998, 92 pages.

14. Trahan L, Bégin P, Demers M. *Changements dans le recours à l'hospitalisation et aux services ambulatoires chez certains groupes vulnérables à la suite de la réorganisation des services en santé physique*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) : Collection Études et Analyses #40, 2001.
15. Fournier MA, Piché J. *Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Niveau 1 : caractéristiques de l'individu. Recours aux services sociaux et de santé, Enquête sociale et de santé 1998*. 2<sup>e</sup> éd. Institut de la Statistique du Québec, 2001.
16. Trahan L, Bégin P, Piché J. *Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers. Niveau 1 : caractéristiques de l'individu. Recours aux services sociaux et de santé, Enquête sociale et de santé 1998*. 2<sup>e</sup> éd. Institut de la Statistique du Québec, 2001.
17. Borgès Da Silva R. *Influence de l'environnement géographique et du contexte organisationnel sur la pratique médicale au Québec* [Thèse de doctorat]. Travaux en cours. Université de Montréal, 2007.
18. Pineault R, Lévesque JF, Roberge D, Hamel M, Simard B. et al. *L'accessibilité et la continuité des services de santé – Une étude sur la première ligne au Québec*. Projet financé par le FCRSS (#FCRSS RC1-1091-05), rapport à venir.

**ANNEXE A1 – LISTE COMPLÈTE DES CODES CIM-9 POUR  
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, LE DIABÈTE, L'HYPERTENSION  
ET LES MALADIES CORONARIENNES**



❖ **Insuffisance cardiaque :**

- code 428 : Insuffisance cardiaque
- code 402 : Cardiopathie due à l'hypertension artérielle
- code 398.9 : Autres cardiopathies rhumatismales sans précision
- code 429.3 : Cardiomégalie
- code 425 : Cardiomyopathie

❖ **Diabète :**

- code 250 : Diabète sucré
- code 362.0 : Rétinopathie diabétique (250.4†)
- code 357.2 : Polynévrite diabétique (250.5†)

❖ **Hypertension :**

- code 401 : Hypertension essentielle
- code 402 : Cardiopathie due à l'hypertension artérielle
- code 403 : Néphropathie due à l'hypertension artérielle
- code 404 : Cardio-néphropathie due à l'hypertension artérielle
- code 405 : Hypertension secondaire

❖ **Maladies coronariennes :**

- code 410 : Infarctus aigu du myocarde
- code 411 : Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques
- code 412 : Infarctus ancien du myocarde
- code 413 : Angine de poitrine
- code 414 : Autres formes de cardiopathie ischémique chronique





**ANNEXE A2 – DÉTAILS SUR LES CAS D’INSUFFISANCE CARDIAQUE  
IDENTIFIÉS AVEC LES CRITÈRES RETENUS**



Selon les critères retenus, les 21 053 personnes souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004 ont été identifiées comme suit :

<b>RAMQ seulement : 56,8 %</b>		<b>Avec au moins Med-Écho : 43,2 %</b>	
<b>Clinique seulement</b>	<b>Urgence (avec ou sans clinique)</b>	<b>Med-Écho seulement (Hospitalisation)</b>	<b>RAMQ et Med-Écho</b>
46,6 %	10,2 %	19,6 %	23,6 %
<b>Services ambulatoires seulement</b>	<b>Services institutionnels (avec ou sans services ambulatoires)</b>		
46,6 %	53,4 %		

Ainsi, en 2003-2004, 46,6 % des personnes sont déclarées souffrant d'insuffisance cardiaque suite à une ou des consultations médicales en services ambulatoires seulement (consultations auprès d'omnipraticien ou de spécialiste en cabinet privé ou en clinique externe) alors que 53,4 % le sont suite à au moins une utilisation de services institutionnels (hospitalisations et visites à l'urgence).

Avec ces critères, une seule visite associée à un diagnostic d'insuffisance cardiaque, faite au cours de l'année chez un omnipraticien en cabinet privé est suffisante pour que la personne soit déclarée comme souffrant d'insuffisance cardiaque. Est-ce suffisant pour conclure à la présence de la maladie chez cette personne? Pour valider notre décision, nous avons vérifié combien de personnes étaient dans ces situations en 2002-2003 et combien d'entre elles avaient utilisé des services associés à des codes d'insuffisance cardiaque au cours de l'année suivante. Ainsi, 12 % des cas en 2002-2003 sont identifiés suite à une seule visite en cabinet privé auprès d'un omnipraticien et 66 % de ces cas n'ont eu aucun service pour insuffisance cardiaque en 2003-2004. Il ne reste qu'environ 8 % des cas chez qui on observe une seule occurrence du diagnostic d'insuffisance cardiaque au cours des deux ans et qui sont susceptibles d'être faussement identifiés comme souffrant d'insuffisance cardiaque. Toutefois, selon l'étude de Goff et al. (10), les cas d'insuffisance cardiaque sont fortement sous-estimés dans les banques de données administratives. Cette sous-estimation est de l'ordre de 30 %. Ainsi nous croyons que, même en utilisant ces critères, il y a plus de risques de sous-estimer le nombre réel de cas d'insuffisance cardiaque que de le surestimer.



## **ANNEXE B – TABLEAUX DÉTAILLÉS**



**Tableau B1 : Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les utilisateurs de services montréalais de 20 ans et plus, selon le sexe, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 1 471 203)**

CSSS	Population	Prévalence chez les utilisateurs				Proportion de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque âgées de 65 ans et plus
		Total		Femmes	Hommes	
		Nombre	%	%	%	
Ouest de l'Île	154 523	1 590	1,03	0,98	1,08	74,4
Dorval-Lachine-LaSalle	106 378	1 704	1,60	1,56	1,65	75,3
Sud-Ouest – Verdun	107 427	1 624	1,51	1,50	1,52	74,0
Cavendish	94 600	1 715	1,81	1,81	1,81	85,5
Montagne	176 871	2 261	1,28	1,27	1,29	81,7
Bordeaux – Cartierville – St-Laurent	101 024	1 568	1,55	1,59	1,51	82,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	130 405	2 162	1,66	1,70	1,61	79,0
Cœur de l'Île	90 673	1 405	1,55	1,59	1,51	72,1
Jeanne-Mance	121 064	1 217	1,01	1,03	0,99	71,9
St-Léonard et St-Michel	97 396	1 554	1,60	1,54	1,66	74,1
Lucille-Teasdale	143 697	2 113	1,47	1,52	1,42	76,1
Pointe-de-l'Île	147 145	2 140	1,45	1,41	1,51	70,4
Valeur régionale	1 471 203	21 053	1,43	1,43	1,43	76,7
Intervalles de confiance des valeurs régionales			(1,41 - 1,46)	(1,40 - 1,47)	(1,39 - 1,47)	(75,9 - 77,4)

: significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B2 : Prévalence de l'insuffisance cardiaque chez les Montréalais de 20 ans et plus selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 (N = 1 471 203)**

Groupe d'âge	Les deux sexes %	Femmes %	Hommes %
20-24 ans	0,07	0,07	0,07
25-29 ans	0,09	0,09	0,09
30-34 ans	0,11	0,12	0,09
35-39 ans	0,14	0,15	0,13
40-44 ans	0,23	0,19	0,28
45-49 ans	0,42	0,35	0,49
50-54 ans	0,60	0,45	0,77
55-59 ans	1,07	0,81	1,37
60-64 ans	1,77	1,32	2,29
65-69 ans	2,65	2,11	3,32
70-74 ans	4,05	3,26	5,12
75-79 ans	5,80	4,86	7,27
80-84 ans	8,62	7,52	10,73
85 ans et plus	12,75	12,03	14,70
20 ans et plus	1,43	1,43	1,43
Intervalles de confiance des valeurs chez les 20 ans et plus	(1,41 - 1,46)	(1,40 - 1,47)	(1,39 - 1,47)




: significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.



**Tableau B3 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès de médecins des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	3 à 5 consultations %	6 à 9 consultations %	10 à 19 consultations %	≥ 20 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	4,0	7,4	15,0	18,8	32,1	22,6
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	4,0	8,5	12,7	17,4	35,4	22,1
Sud-Ouest - Verdun	1 624	4,3	9,2	11,5	16,4	34,4	24,2
Cavendish	1 715	4,0	7,1	12,9	16,2	31,2	28,6
Montagne	2 261	4,7	7,8	12,5	17,0	30,7	27,3
Bordeaux-Cartierville – St-Laurent	1 568	3,8	6,4	13,7	15,6	37,6	22,9
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	3,4	6,0	13,4	18,0	38,3	20,9
Coeur-de-l'Île	1 405	2,6	7,4	12,9	22,6	35,6	19,0
Jeanne-Mance	1 217	3,9	9,5	19,0	20,4	29,3	17,8
St-Léonard et St-Michel	1 554	2,8	6,8	13,5	19,3	35,8	21,9
Lucille-Teasdale	2 113	4,2	8,0	14,2	20,6	33,5	19,6
Pointe-de-l'Île	2 140	2,6	6,0	12,9	20,7	36,6	21,1
Valeur régionale	21 053	3,7	7,4	13,5	18,5	34,3	22,5
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(3,4 - 4,1)	(7,0 - 7,9)	(12,9 - 14,1)	(17,8 - 19,2)	(33,5 - 35,1)	(21,8 - 23,3)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B4 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès de spécialistes des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	3 à 5 consultations %	6 à 9 consultations %	10 à 19 consultations %	≥ 20 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	12,1	17,4	22,1	15,8	21,0	11,5
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	10,2	16,8	21,3	17,6	23,6	10,5
Sud-Ouest - Verdun	1 624	9,3	16,5	18,4	20,1	23,0	12,8
Cavendish	1 715	8,6	15,6	16,5	16,9	25,0	17,3
Montagne	2 261	9,5	13,6	17,5	18,6	24,0	16,9
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	10,3	16,5	21,4	19,1	22,1	10,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	9,6	16,8	22,9	21,0	21,2	8,5
Coeur-de-l'Île	1 405	7,6	16,9	23,9	22,7	21,2	7,6
Jeanne-Mance	1 217	8,9	16,4	24,6	19,9	21,0	9,3
St-Léonard et St-Michel	1 554	9,7	17,3	21,4	19,1	22,4	10,0
Lucille-Teasdale	2 113	10,2	16,1	22,2	20,2	21,3	10,0
Pointe-de-l'Île	2 140	6,7	17,6	23,4	20,4	22,4	9,4
Valeur régionale	21 053	9,4	16,4	21,2	19,3	22,4	11,4
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(8,9 - 9,9)	(15,7 - 17,1)	(20,5 - 21,9)	(18,6 - 20,0)	(21,7 - 23,2)	(10,8 - 11,9)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B5 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations auprès d'omnipraticiens des services ambulatoires, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	3 à 5 consultations %	6 à 9 consultations %	10 à 19 consultations %	≥ 20 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	19,1	20,3	27,0	19,6	12,4	1,6
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	22,1	19,9	22,9	22,4	11,3	1,4
Sud-Ouest - Verdun	1 624	27,2	19,5	21,1	18,2	12,1	1,9
Cavendish	1 715	27,6	19,7	22,3	18,7	10,6	1,2
Montagne	2 261	33,8	19,5	21,5	13,5	10,0	1,6
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	24,2	18,6	24,3	16,7	12,8	3,4
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	18,3	18,2	26,0	20,4	14,6	2,5
Coeur-de-l'Île	1 405	16,8	21,7	27,8	21,1	11,6	1,0
Jeanne-Mance	1 217	36,5	22,5	18,7	11,8	9,0	1,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	16,4	18,8	28,2	23,6	12,1	0,9
Lucille-Teasdale	2 113	23,9	21,3	25,5	18,7	9,4	1,3
Pointe-de-l'Île	2 140	18,5	20,1	27,8	21,1	11,6	1,0
Valeur régionale	21 053	23,6	19,9	24,5	18,9	11,5	1,6
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(22,9 - 24,4)	(19,2 - 20,6)	(23,8 - 25,3)	(18,2 - 19,6)	(10,9 - 12,1)	(1,4 - 1,8)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B6 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon leur profil de consultation en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003- 2004 (N = 21 053)**

CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	N'a vu aucun médecin %	Vu omnipraticiens seulement %	Vu spécialistes seulement %	Vu omnipraticiens et spécialistes surtout omnipraticiens %	Vu omnipraticiens et spécialistes surtout spécialistes %	Vu autant omnipraticiens que spécialistes %
Ouest-de-l'Île	1 590	4,0	8,2	15,2	25,7	41,7	5,4
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	4,0	6,2	18,1	23,5	42,7	5,5
Sud-Ouest - Verdun	1 624	4,3	5,0	22,9	21,5	41,8	4,6
Cavendish	1 715	4,0	4,6	23,6	18,5	45,4	4,0
Montagne	2 261	4,7	4,7	29,1	16,1	42,0	3,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	3,8	6,4	20,3	25,3	39,2	4,9
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	3,4	6,2	14,9	30,8	39,0	5,7
Coeur-de-l'Île	1 405	2,6	5,1	14,2	27,1	45,1	6,0
Jeanne-Mance	1 217	3,9	4,9	32,5	17,7	36,4	4,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	2,8	7,0	13,6	27,5	44,2	4,9
Lucille-Teasdale	2 113	4,2	6,0	19,7	22,9	41,9	5,3
Pointe-de-l'Île	2 140	2,6	4,2	15,9	26,6	44,6	6,2
Valeur régionale	21 053	3,7	5,7	19,9	23,6	42,1	5,0
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(3,4 - 4,1)	(5,3 - 6,1)	(19,2 - 20,6)	(22,9 - 24,4)	(41,2 - 43,0)	(4,6 - 5,4)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B7 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de médecins différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucun médecin consulté %	1 à 2 médecins consultés %	3 à 5 médecins consultés %	6 à 9 médecins consultés %	≥ 10 médecins consultés %
Ouest-de-l'Île	1 590	4,0	21,6	33,8	26,3	14,3
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	4,0	19,7	34,0	26,9	15,3
Sud-Ouest - Verdun	1 624	4,3	17,5	33,1	28,0	17,1
Cavendish	1 715	4,0	17,3	29,1	26,7	23,0
Montagne	2 261	4,7	16,1	28,8	28,1	22,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	3,8	15,4	33,4	28,6	18,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	3,4	16,7	32,2	30,0	17,8
Coeur-de-l'Île	1 405	2,6	16,0	34,4	30,0	17,1
Jeanne-Mance	1 217	3,9	20,5	34,3	24,8	16,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	2,8	16,3	31,1	27,9	21,9
Lucille-Teasdale	2 113	4,2	16,7	32,3	26,6	20,2
Pointe-de-l'Île	2 140	2,6	14,0	33,1	29,4	20,8
Valeur régionale	21 053	3,7	17,1	32,3	27,9	19,0
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(3,4 - 4,1)	(16,5 - 17,8)	(31,5 - 33,1)	(27,1 - 28,7)	(18,3 - 19,7)

■ : significativement sous la valeur régionale  
■ : non différent de la valeur régionale  
■ : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B8 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de spécialistes différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucun spécialiste consulté %	1 à 2 spécialistes consultés %	3 à 5 spécialistes consultés %	6 à 9 spécialistes consultés %	≥ 10 spécialistes consultés %
Ouest-de-l'Île	1 590	12,1	29,8	31,4	17,4	9,3
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	10,2	28,2	32,5	20,9	8,3
Sud-Ouest - Verdun	1 624	9,3	24,6	32,8	21,1	12,2
Cavendish	1 715	8,6	23,1	28,3	24,1	15,9
Montagne	2 261	9,5	20,3	30,9	23,0	16,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	10,3	23,4	32,9	20,9	12,5
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	9,6	25,7	31,9	21,9	11,0
Coeur-de-l'Île	1 405	7,6	26,3	34,6	22,5	9,0
Jeanne-Mance	1 217	8,9	28,4	30,7	20,3	11,8
St-Léonard et St-Michel	1 554	9,7	25,6	30,2	21,2	13,3
Lucille-Teasdale	2 113	10,2	24,6	31,9	19,6	13,7
Pointe-de-l'Île	2 140	6,7	26,0	32,4	20,5	14,4
Valeur régionale	21 053	9,4	25,3	31,7	21,2	12,5
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(8,9 - 9,9)	(24,5 - 26,0)	(30,9 - 32,5)	(20,4 - 21,9)	(11,9 - 13,1)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B9 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'omnipraticiens différents consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**

CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucun omnipraticien consulté	1 à 2 omnipraticiens consultés	3 à 5 omnipraticiens consultés	6 à 9 omnipraticiens consultés	≥10 omnipraticiens consultés
Ouest-de-l'île	1 590	19,1	67,9	12,1	0,8	0,00
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	22,1	64,7	12,7	0,5	0,00
Sud-Ouest - Verdun	1 624	27,2	62,9	9,4	0,4	0,06
Cavendish	1 715	27,6	62,9	9,2	0,3	0,06
Montagne	2 261	33,8	56,1	9,5	0,5	0,04
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	24,2	59,8	15,4	0,6	0,06
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	18,3	66,2	14,3	1,1	0,05
Coeur-de-l'île	1 405	16,8	66,4	15,6	1,0	0,21
Jeanne-Mance	1 217	36,5	54,1	8,9	0,5	0,08
St-Léonard et St-Michel	1 554	16,4	62,6	18,8	2,1	0,19
Lucille-Teasdale	2 113	23,9	61,3	13,7	1,0	0,14
Pointe-de-l'île	2 140	18,5	65,2	15,1	1,1	0,05
Total	21 053	23,6	62,6	12,9	0,8	0,08
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(22,9 - 24,4)	(61,7 - 63,4)	(12,3 - 13,5)	(0,7 - 1,0)	(0,03 - 0,12)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B10 : Proportion de consultations faites par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le type de spécialistes, 2003-2004 (N = 213 622)**




Spécialités	Nombre de consultations	Consultations %
Cardiologie	45 642	21,4
Néphrologie	38 932	18,2
Chirurgie	16 111	7,5
Ophtalmologie	15 782	7,4
Radiologie diagnostique	9 939	4,7
Médecine interne	9 631	4,5
Hématologie	9 285	4,4
Oncologie médicale	8 464	4,0
Pneumologie	7 994	3,7
Médecine nucléaire	6 632	3,1
Urologie	5 862	2,7
Dermatologie	5 566	2,6
Endocrinologie	5 411	2,5
Oto-rhino-laryngologie	5 325	2,5
Gastro-entérologie	4 196	2,0
Psychiatrie	3 730	1,8
Neurologie	3 013	1,4
Obstétrique-gynécologie	2 972	1,4
Rhumatologie	2 332	1,1
Microbiologie médicale et infectiologie	1 837	0,9
Radio-oncologie	1 760	0,8
Anesthésie-réanimation	945	0,4
Physiatrie	796	0,4
Allergie et immunologie clinique	486	0,2
Gériatrie	460	0,2
Pédiatrie	185	0,09
Anatomo-pathologie	138	0,06
Biochimie médicale	89	0,04
Santé communautaire	85	0,04
Génétique médicale	22	0,01
<b>Total</b>	<b>213 622</b>	<b>100</b>

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.



**Tableau B11 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de types de spécialiste consultés en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucun type %	1 à 2 types de spécialiste %	3 à 5 types de spécialiste %	6 à 9 types de spécialiste %	≥10 types de spécialiste %
Ouest-de-l'Île	1 590	12,1	36,2	35,3	14,5	1,9
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	10,2	35,9	39,4	13,4	1,2
Sud-Ouest - Verdun	1 624	9,3	31,9	41,3	16,0	1,6
Cavendish	1 715	8,6	28,7	36,6	22,2	3,9
Montagne	2 261	9,5	27,7	39,9	19,8	3,1
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	10,3	32,7	39,7	15,4	2,0
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	9,6	37,9	39,8	11,8	0,9
Coeur-de-l'Île	1 405	7,6	39,4	41,6	10,5	0,9
Jeanne-Mance	1 217	8,9	40,0	39,3	11,0	0,8
St-Léonard et St-Michel	1 554	9,7	37,7	39,3	12,0	1,3
Lucille-Teasdale	2 113	10,2	37,2	39,8	12,1	0,7
Pointe-de-l'Île	2 140	6,7	38,5	40,8	13,1	0,9
Valeur régionale	21 053	9,4	35,1	39,4	14,5	1,6
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(8,9 - 9,9)	(34,3 - 36,0)	(38,6 - 40,3)	(13,9 - 15,1)	(1,4 - 1,9)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B12 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un cardiologue en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	3 à 5 consultations %	6 à 9 consultations %	≥ 10 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	42,4	34,3	16,4	4,9	2,0
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	43,3	29,6	18,8	6,2	2,1
Sud-Ouest - Verdun	1 624	36,8	32,6	21,6	6,5	2,6
Cavendish	1 715	39,5	31,6	19,6	6,5	2,8
Montagne	2 261	37,8	31,2	19,6	7,3	4,2
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	42,3	32,7	17,0	5,2	2,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	39,3	35,9	16,4	3,9	4,5
Coeur-de-l'Île	1 405	32,9	34,4	21,1	6,3	5,3
Jeanne-Mance	1 217	38,9	32,0	16,6	7,2	5,3
St-Léonard et St-Michel	1 554	37,3	32,5	17,4	5,7	7,1
Lucille-Teasdale	2 113	37,9	33,9	17,1	4,5	6,6
Pointe-de-l'Île	2 140	30,3	40,0	18,9	4,8	6,0
Valeur régionale	21 053	38,1	33,6	18,4	5,7	4,3
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(37,2 - 38,9)	(32,7 - 34,4)	(17,7 - 19,1)	(5,3 - 6,1)	(4,0 - 4,7)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B13 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un néphrologue en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	≥ 3 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	89,9	4,9	5,2
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	93,0	2,9	4,1
Sud-Ouest - Verdun	1 624	90,5	4,4	5,1
Cavendish	1 715	89,0	6,0	5,0
Montagne	2 261	89,1	6,2	4,7
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	91,2	4,3	4,5
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	92,7	3,8	3,6
Coeur-de-l'Île	1 405	94,2	2,6	3,2
Jeanne-Mance	1 217	91,5	5,0	3,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	93,0	4,0	3,0
Lucille-Teasdale	2 113	92,6	3,7	3,7
Pointe-de-l'Île	2 140	92,2	3,8	3,9
Valeur régionale	21 053	91,5	4,3	4,1
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(91,1 - 92,0)	(4,0 - 4,7)	(3,8 - 4,5)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B14 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de consultations chez un chirurgien en milieu ambulatoire, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune consultation %	1 à 2 consultations %	≥ 3 consultations %
Ouest-de-l'Île	1 590	64,1	23,6	12,3
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	68,8	19,0	12,2
Sud-Ouest - Verdun	1 624	69,8	20,8	9,4
Cavendish	1 715	61,1	24,8	14,1
Montagne	2 261	66,2	22,1	11,8
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	69,4	20,6	10,0
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	72,6	17,1	10,3
Coeur-de-l'Île	1 405	73,0	18,2	8,9
Jeanne-Mance	1 217	72,6	19,0	8,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	73,2	17,8	9,0
Lucille-Teasdale	2 113	73,9	17,5	8,6
Pointe-de-l'Île	2 140	75,0	17,7	7,4
Valeur régionale	21 053	70,0	19,8	10,2
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(69,2 - 70,8)	(19,1 - 20,5)	(9,7 - 10,8)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B15 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre de visites à l'urgence sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune visite %	1 à 2 visites %	3 à 5 visites %	≥ 6 visites %
Ouest-de-l'Île	1 590	33,0	44,8	17,6	4,6
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	25,7	45,3	22,9	6,2
Sud-Ouest - Verdun	1 624	21,9	46,3	23,7	8,1
Cavendish	1 715	28,6	43,6	22,7	5,1
Montagne	2 261	26,7	47,7	20,5	5,2
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	29,9	46,5	19,5	4,2
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	27,2	44,7	22,3	5,8
Coeur-de-l'Île	1 405	28,6	44,2	21,1	6,1
Jeanne-Mance	1 217	26,0	45,4	21,5	7,2
St-Léonard et St-Michel	1 554	30,6	44,3	19,8	5,3
Lucille-Teasdale	2 113	28,4	45,0	21,3	5,3
Pointe-de-l'Île	2 140	33,2	42,6	19,1	5,2
Valeur régionale	21 053	28,4	45,0	21,0	5,6
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(27,6 - 29,2)	(44,1 - 45,9)	(20,3 - 21,7)	(5,2 - 6,1)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B16 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une visite à l'urgence selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Toutes causes %	Insuffisance cardiaque %
Ouest-de-l'Île	1 590	67,0	27,4
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	74,4	25,0
Sud-Ouest - Verdun	1 624	78,1	25,7
Cavendish	1 715	71,4	20,6
Montagne	2 261	73,3	22,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	70,2	21,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	72,8	21,2
Coeur-de-l'Île	1 405	71,4	17,3
Jeanne-Mance	1 217	74,0	26,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	69,4	18,9
Lucille-Teasdale	2 113	71,6	21,9
Pointe-de-l'Île	2 140	66,8	18,3
Valeur régionale	21 053	71,6	22,1
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(70,8 - 72,4)	(21,4 - 22,8)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B17 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque avec au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation, selon la cause de la visite, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation	
		Toutes causes %	Insuffisance cardiaque %
Ouest-de-l'Île	1 590	42,3	13,5
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	51,6	13,1
Sud-Ouest - Verdun	1 624	55,7	13,6
Cavendish	1 715	53,4	12,0
Montagne	2 261	51,5	12,2
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	45,9	11,0
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	52,3	12,8
Coeur-de-l'Île	1 405	48,7	10,0
Jeanne-Mance	1 217	50,5	14,5
St-Léonard et St-Michel	1 554	46,0	9,5
Lucille-Teasdale	2 113	48,3	12,1
Pointe-de-l'Île	2 140	43,2	9,2
Valeur régionale	21 053	49,1	11,9
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(48,3 - 50,0)	(11,3 - 12,5)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B18 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'hospitalisations sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**

CS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Aucune hospitalisation %	1 à 2 hospitalisations %	3 à 5 hospitalisations %	≥ 6 hospitalisations %
Ouest-de-l'Île	1 590	42,7	49,9	6,9	0,4
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	34,9	54,8	9,7	0,5
Sud-Ouest - Verdun	1 624	30,6	57,0	11,3	1,1
Cavendish	1 715	35,6	52,9	10,7	0,8
Montagne	2 261	36,2	53,3	9,9	0,6
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	40,0	51,7	7,9	0,5
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	35,7	52,3	11,2	0,9
Coeur-de-l'Île	1 405	38,6	51,4	9,3	0,7
Jeanne-Mance	1 217	34,7	55,7	9,3	0,3
St-Léonard et St-Michel	1 554	40,4	49,6	9,3	0,8
Lucille-Teasdale	2 113	35,5	55,0	8,9	0,5
Pointe-de-l'Île	2 140	39,8	50,6	8,9	0,7
Valeur régionale	21 053	37,0	52,8	9,5	0,7
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(36,2 - 37,9)	(52,0 - 53,7)	(9,0 - 10,0)	(0,5 - 0,8)




 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.



**Tableau B19 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins une hospitalisation selon la cause d'hospitalisation, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Hospitalisation toutes causes %	Insuffisance cardiaque %
Ouest-de-l'Île	1 590	57,3	35,4
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	65,1	43,0
Sud-Ouest - Verdun	1 624	69,4	48,2
Cavendish	1 715	64,4	45,9
Montagne	2 261	63,8	43,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	60,0	40,2
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	64,3	42,6
Coeur-de-l'Île	1 405	61,4	41,6
Jeanne-Mance	1 217	65,3	43,4
St-Léonard et St-Michel	1 554	59,7	40,1
Lucille-Teasdale	2 113	64,5	42,6
Pointe-de-l'Île	2 140	60,2	37,8
Valeur régionale	21 053	63,0	42,0
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(62,1 - 63,9)	(41,1 - 42,9)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B20 : Proportion des hospitalisations selon la cause avec un suivi dans les 30 jours, par territoire de CSSS, 2003-2004 (toutes causes N = 19 139; insuffisance cardiaque N = 9 198)**




CSSS	Toutes causes			Insuffisance cardiaque		
	Nombre d'hospitalisations	Nombre d'hospitalisations avec un suivi dans les 30 jours	Proportion des hospitalisations avec un suivi dans les 30 jours %	Nombre d'hospitalisations	Nombre d'hospitalisations avec un suivi dans les 30 jours	Proportion des hospitalisations avec un suivi dans les 30 jours %
Ouest-de-l'Île	1 227	843	68,7	535	337	63,0
Dorval-Lachine-LaSalle	1 570	1 090	69,4	741	474	64,0
Sud-Ouest - Verdun	1 722	1 165	67,7	875	575	65,7
Cavendish	1 578	1 109	70,3	803	537	66,9
Montagne	2 044	1 349	66,0	1 015	646	63,7
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 291	850	65,8	635	393	61,9
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 078	1 361	65,5	958	601	62,7
Coeur-de-l'Île	1 269	814	64,1	624	382	61,2
Jeanne-Mance	1 149	720	62,7	561	326	58,1
St-Léonard et St-Michel	1 401	927	66,2	664	427	64,3
Lucille-Teasdale	1 925	1 200	62,3	926	523	56,5
Pointe-de-l'Île	1 885	1 222	64,8	861	531	61,7
Valeur régionale	19 139	12 650	66,1	9 198	5 752	62,5
Intervalles de confiance des valeurs régionales			(65,2 - 67,0)			(61,2 - 63,8)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B21 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont revenus à l'urgence après un épisode de soins institutionnels, 2003-2004 (N = 16 284)**




CSSS	Personnes avec insuffisance cardiaque			
	Nombre	Ayant eu un épisode de soins institutionnels	Revenues à l'urgence après épisode de soins institutionnels	
			Nombre	%
Ouest-de-l'Île	1 590	1 160	127	11,0
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	1 367	158	11,6
Sud-Ouest - Verdun	1 624	1 344	178	13,2
Cavendish	1 715	1 315	153	11,6
Montagne	2 261	1 788	173	9,7
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	1 188	129	10,9
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	1 688	168	10,0
Coeur-de-l'Île	1 405	1 075	148	13,8
Jeanne-Mance	1 217	965	125	13,0
St-Léonard et St-Michel	1 554	1 159	142	12,3
Lucille-Teasdale	2 113	1 652	179	10,8
Pointe-de-l'Île	2 140	1 583	171	10,8
Valeur régionale	21 053	16 284	1 851	11,4
Intervalles de confiance des valeurs régionales				(10,7 - 12,0)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B22 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont revenus à l'urgence après un épisode de soins institutionnels, selon le délai de retour à l'urgence, 2003-2004 (N = 1 851)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque revenues à l'urgence après épisode de soins institutionnels	Proportion selon le délai de retour à l'urgence après un épisode de soins institutionnels				
		1 à 2 jours	3 à 5 jours	6 à 9 jours	10 à 19 jours	20 jours et plus
Ouest-de-l'Île	127	16,5	21,3	24,4	14,2	23,6
Dorval-Lachine-LaSalle	158	17,7	20,9	15,2	20,3	26,0
Sud-Ouest - Verdun	178	17,4	21,9	18,0	18,0	24,7
Cavendish	153	10,5	23,5	17,7	17,0	31,4
Montagne	173	11,6	25,4	25,4	16,8	20,8
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	129	10,9	20,9	16,3	17,1	34,9
Ahuntsic et Montréal-Nord	168	17,3	25,6	19,6	11,9	25,6
Coeur-de-l'Île	148	16,9	18,2	16,9	18,9	29,1
Jeanne-Mance	125	13,6	24,8	12,8	16,8	32,0
St-Léonard et St-Michel	142	14,1	22,5	18,3	18,3	26,8
Lucille-Teasdale	179	15,6	24,6	15,1	19,6	25,1
Pointe-de-l'Île	171	13,5	26,9	14,0	18,1	27,5
Valeur régionale	1 851	14,7	23,2	17,8	17,3	27,0
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(12,6 - 16,8)	(20,7 - 25,7)	(15,5 - 20,1)	(15,0 - 19,6)	(24,4 - 29,7)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B23 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque qui sont décédés sans égard à la cause, par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**




CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	Nombre de décès	Décès %
Ouest-de-l'Île	1 590	275	17,3
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	328	19,3
Sud-Ouest - Verdun	1 624	316	19,5
Cavendish	1 715	373	21,8
Montagne	2 261	436	19,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	285	18,2
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	377	17,4
Coeur-de-l'Île	1 405	206	14,7
Jeanne-Mance	1 217	199	16,4
St-Léonard et St-Michel	1 554	223	14,4
Lucille-Teasdale	2 113	388	18,4
Pointe-de-l'Île	2 140	322	15,1
Valeur régionale	21 053	3728	17,7
Intervalle de confiance de la valeur régionale			(17,0 - 18,4)

-  : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B24 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de diabète, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053)**




CSSS	Proportion de Montréalais avec insuffisance cardiaque			
	de 20 à 49 ans souffrant aussi de diabète %	de 50 à 64 ans souffrant aussi de diabète %	de 65 ans et plus souffrant aussi de diabète %	de 20 ans et plus souffrant aussi de diabète %
Ouest-de-l'Île	17,1	25,9	25,1	24,7
Dorval-Lachine-LaSalle	17,4	28,7	32,2	30,5
Sud-Ouest - Verdun	18,6	39,7	32,1	32,6
Cavendish	9,6	29,7	28,3	27,5
Montagne	10,8	30,6	27,3	26,8
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	9,3	33,9	29,1	28,8
Ahuntsic et Montréal-Nord	14,3	27,7	28,3	27,3
Coeur-de-l'Île	10,9	25,8	33,3	29,8
Jeanne-Mance	10,1	36,9	32,3	31,2
St-Léonard et St-Michel	17,8	36,3	32,6	31,9
Lucille-Teasdale	19,0	30,1	31,0	29,9
Pointe-de-l'Île	10,5	31,4	31,1	29,2
Valeur régionale	14,0	31,3	30,0	29,0
Intervalle de confiance des valeurs régionales	(11,8 - 16,3)	(29,2 - 33,3)	(29,0 - 30,9)	(28,2 - 29,8)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B25 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de hypertension, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053)**




CSSS	Proportion de Montréalais avec insuffisance cardiaque			
	de 20 à 49 ans souffrant aussi d'hypertension %	de 50 à 64 ans souffrant aussi d'hypertension %	de 65 ans et plus souffrant aussi d'hypertension %	de 20 ans et plus souffrant aussi d'hypertension %
Ouest-de-l'Île	41,9	65,9	72,4	69,0
Dorval-Lachine-LaSalle	54,6	65,3	75,7	72,4
Sud-Ouest - Verdun	48,3	58,4	74,1	69,3
Cavendish	45,8	65,5	72,9	70,9
Montagne	36,2	56,0	71,4	67,5
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	41,3	64,1	75,5	72,5
Ahuntsic et Montréal-Nord	38,6	65,6	75,6	71,7
Coeur-de-l'Île	45,3	62,5	73,5	68,8
Jeanne-Mance	31,2	57,9	77,7	69,8
St-Léonard et St-Michel	44,4	66,7	75,1	71,0
Lucille-Teasdale	40,2	66,9	76,0	71,7
Pointe-de-l'Île	32,8	61,0	74,8	68,0
Valeur régionale	41,2	62,9	74,4	70,2
Intervalles de confiance des valeurs régionales	(37,9 - 44,4)	(60,8 - 65,0)	(73,6 - 75,3)	(69,4 - 71,0)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B26 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque et aussi de maladies coronariennes, selon le groupe d'âge, par territoire de CSSS, 2003-2004 (20 à 49 ans N = 1 531; 50 à 64 ans N = 3 382; 65 ans et plus N = 16 140; tous N = 21 053)**

CSSS	Proportion de Montréalais avec insuffisance cardiaque			
	de 20 à 49 ans souffrant aussi de maladies coronariennes %	de 50 à 64 ans souffrant aussi de maladies coronariennes %	de 65 ans et plus souffrant aussi de maladies coronariennes %	de 20 ans et plus souffrant aussi de maladies coronariennes %
Ouest-de-l'Île	34,2	52,1	65,1	60,4
Dorval-Lachine-LaSalle	52,9	72,3	75,9	73,7
Sud-Ouest - Verdun	51,7	75,7	81,4	78,1
Cavendish	32,5	52,7	71,6	67,9
Montagne	30,8	55,6	69,4	65,5
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	32,0	52,8	71,6	67,4
Ahuntsic et Montréal-Nord	29,3	56,7	73,2	68,0
Coeur-de-l'Île	32,0	64,4	70,4	65,8
Jeanne-Mance	30,3	59,7	73,8	67,2
St-Léonard et St-Michel	28,9	55,8	70,8	64,6
Lucille-Teasdale	37,4	65,1	75,2	70,5
Pointe-de-l'Île	29,4	58,9	71,1	64,7
Valeur régionale	34,9	60,7	72,4	67,8
Intervalles de confiance des valeurs régionales	(31,7 - 38,0)	(58,6 - 62,9)	(71,5 - 73,3)	(67,0 - 68,6)




 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.



**Tableau B27 : Proportion de Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque selon le nombre d'autres maladies (diabète, hypertension et maladies coronariennes), par territoire de CSSS, 2003-2004 (N = 21 053)**

CSSS	Nombre de personnes avec insuffisance cardiaque	aucune %	1 maladie %	2 maladies %	3 maladies %
Ouest-de-l'Île	1 590	12,3	35,5	37,9	14,3
Dorval-Lachine-LaSalle	1 704	8,6	27,6	42,5	21,3
Sud-Ouest - Verdun	1 624	8,2	27,2	41,1	23,5
Cavendish	1 715	9,3	32,1	41,4	17,1
Montagne	2 261	13,0	31,7	38,1	17,3
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 568	10,1	30,7	39,9	19,4
Ahuntsic et Montréal-Nord	2 162	10,4	30,1	41,8	17,8
Coeur-de-l'Île	1 405	11,3	31,5	38,7	18,5
Jeanne-Mance	1 217	12,9	27,6	37,9	21,6
St-Léonard et St-Michel	1 554	10,8	31,3	37,4	20,5
Lucille-Teasdale	2 113	10,6	28,4	39,5	21,5
Pointe-de-l'Île	2 140	13,6	30,1	37,2	19,2
Valeur régionale	21 053	11,0	30,3	39,5	19,2
Intervalles de confiance des valeurs régionales		(10,4 - 11,5)	(29,5 - 31,1)	(38,6 - 40,4)	(18,5 - 19,9)

 : significativement sous la valeur régionale  
 : non différent de la valeur régionale  
 : significativement au-dessus de la valeur régionale

Source : Banques de données jumelées 2003-2004.

**Tableau B28 : Proportion de consultations institutionnelles (hospitalisations et visites à l'urgence) faites par les Montréalais de 20 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque dans les hôpitaux montréalais de soins généraux\*, par territoire de CSSS, 2003-2004**

	Ouest-de-l'île		Dorval-Lachine-LaSalle		Sud-Ouest - Verdun		Cavendish		Montagne		Bordeaux-Cartierville - St-Laurent		Ahuntsic et Montréal-Nord		Coeur-de-l'île		Jeanne-Mance		St-Léonard et St-Michel		Lucille-Teasdale		Pointe-de-l'île	
	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U	H	U
Hôpital général du Lakeshore	42,9	60,9	4,3	6,7	0,1	0,4	0,1	0,6	0,4	0,4	0,4	0,8	0,2	0,3	0,0	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
Hôpital de Lachine	4,0	3,8	19,3	21,1	0,6	0,5	0,2	0,4	0,1	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Hôpital de Lasalle	0,4	0,8	21,9	29,6	3,6	4,9	0,3	0,4	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Hôpital de Verdun	0,3	0,3	14,9	12,3	51,4	48,9	0,8	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,6	0,7	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0
Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davis	11,4	7,8	3,0	2,5	2,9	3,3	42,3	39,8	31,9	32,0	20,9	20,6	2,6	2,2	2,2	1,9	2,2	1,6	4,3	3,8	1,4	1,2	1,3	0,7
Centre hospitalier de St. Mary	6,1	4,3	3,0	2,5	3,4	2,7	22,2	23,4	17,0	17,0	12,5	10,3	1,0	0,7	1,5	1,1	1,2	1,1	1,4	0,6	0,8	0,6	0,5	0,3
CUSM : Hôpital Royal Victoria	11,7	5,3	9,2	6,9	10,2	10,9	12	11,4	13,6	14,9	7,9	7,3	3,1	3,3	4,1	4,5	6,9	7,3	3,3	3,6	3,0	3,6	2,7	1,8
CUSM : Hôpital général de Montréal	6,9	4,7	8,8	7,4	12,0	14,8	14,2	18,6	14,1	15,7	4,5	4,3	1,3	1,3	0,9	1,4	3,0	3,2	2,0	1,2	1,5	1,7	0,9	1,2
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	6,4	6,8	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,8	0,7	31,8	42,1	8,4	10,4	1,1	1,3	0,2	0,1	1,1	1,0	0,5	0,5	0,8	0,8
Hôpital Fleury	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	2,7	1,6	28,1	26,0	2,0	1,9	0,1	0,3	4,5	5,0	0,7	0,5	3,3	3,1
Hôpital Jean-Talon	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	2,4	2,3	2,2	1,8	10,1	10,0	35,5	35,4	2,7	1,4	11,7	12,7	4,1	3,5	3,3	2,7
CHUM : Hôpital Notre-Dame	1,6	0,8	1,5	1,5	3,2	2,0	0,5	0,4	2,2	2,1	1,1	0,9	3,9	4,9	9,6	11,7	28,6	32,7	4,5	6,3	15,5	22,6	5,2	8,0
CHUM : Hôpital St-Luc	0,4	0,2	2,6	2,1	2,8	3,5	0,5	0,9	1,9	1,8	1,3	0,9	1,5	1,8	6,8	6,7	16,8	19,1	2,5	2,6	4,9	7,1	2,4	2,8
CHUM : Hôtel-Dieu de Montréal	1,7	1,2	2,6	2,4	1,9	2,2	0,5	0,6	8,5	8,8	2,3	2,3	3,8	4,2	14,7	16,3	22,7	21,0	2,5	2,0	6,8	5,9	2,7	2,9
Hôpital Santa Cabrini	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	1,4	0,9	9,8	13,3	3,5	4,1	1,5	1,2	23,9	30,4	12,0	13,5	17,5	23,8
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	0,5	0,1	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2	0,1	0,4	0,4	1,1	0,8	11,1	9,8	6,4	4,7	3,0	1,9	16,3	14,1	30,3	26,0	34,8	32,4
Institut de cardiologie de Montréal*	1,8	0,5	2,7	1,2	1,4	0,8	0,9	0,9	1,5	1,0	4,0	2,3	7,9	6,1	5,6	4,1	3,2	1,9	16,2	12,5	11,6	8,7	14,1	9,6
Autres	3,3	1,9	5,3	2,9	5,6	4,0	4,4	1,3	4,2	2,0	4,8	2,7	7,0	5,6	6,0	4,5	6,9	5,8	5,2	3,8	6,4	4,1	10,5	9,9
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Banques de données jumelées 2003-2004

Légende : H : Hospitalisation U : Visite à l'urgence Autres : Hôpitaux situés hors de Montréal ou qui ne sont pas des hôpitaux de soins généraux.

	Hôpital intégré dans le CSSS
	Hôpital de 1 <sup>re</sup> instance
	Hôpital situé dans le territoire

\* Considérant le thème du rapport, nous avons inclus les données relatives à l'Institut de cardiologie de Montréal même si celui-ci n'est pas un hôpital de soins généraux.

**ANNEXE C - DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS INDICATEURS UTILISÉS  
DANS LE RAPPORT**



Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Figure 1 Figure 2  Tableau B1 Tableau B2	Proportion d'insuffisants cardiaques  <b>Note :</b> Groupe d'âge Sexe Lieu de résidence (CLSC) Montréalais (déterminé à partir du RTA)	Insuffisants cardiaques ayant eu un service médical pour insuffisance cardiaque ou une hospitalisation pour insuffisance cardiaque sur une période d'un an.  Ces variables sont déterminées chaque année et correspondent à celles qui sont le plus fréquemment mentionnées dans les banques de données pour l'ensemble des services reçus au cours de l'année et ce, pour chaque usager.	RAMQ Med-Écho  RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques montréalais âgés 20 ans et plus pour une année.	Population montréalaise de 20 ans et plus, selon les projections pour une année du recensement canadien de 2001.
Figure 3  Tableau B3 Tableau B4 Tableau B5	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre de consultations auprès des médecins  <b>Note :</b> Omnipraticiens Spécialistes	Nombre de consultations pendant une année en clinique externe ou en cabinet privé.  <b>Consultation :</b> Contact avec un médecin en particulier lors d'une journée quelque soit le lieu et quelques soient les diagnostics et les codes d'acte.  <b>Nombre de consultation :</b> On compte le nombre de consultations par jour faites auprès de médecins différents. On additionne les consultations par jour pour obtenir le total annuel  La spécialité d'un médecin ou le statut d'omnipraticien est déterminé chaque année et correspond à celui qui est le plus fréquemment mentionné dans les banques de données pour l'ensemble des services reçus au cours de l'année par tous les usagers.	RAMQ  RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre de consultations.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 4  Tableau B6	Profil de consultations auprès des médecins  O	Consultations auprès d'omnipraticiens seulement.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques ayant eu uniquement des consultations auprès d'omnipraticiens.	Nombre total d'insuffisants cardiaques

Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
	S	Consultations auprès de spécialistes seulement.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques ayant eu uniquement des consultations auprès de spécialistes.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
	O/S surtout O	Nombre de consultations auprès des omnipraticiens plus grand que le nombre de consultations auprès des spécialistes.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques ayant eu des consultations auprès d'omnipraticiens et de spécialistes avec un plus grand nombre de consultations chez des omnipraticiens.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
	O/S surtout S	Nombre de consultations auprès des omnipraticiens plus petit que le nombre de consultations auprès des spécialistes.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques ayant eu des consultations auprès d'omnipraticiens et de spécialistes avec un plus grand nombre de consultations chez des spécialistes.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
	O=S	Nombre de consultations auprès des omnipraticiens égal au nombre de consultations auprès des spécialistes.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques ayant eu autant de consultations auprès d'omnipraticiens que des spécialistes.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 5 Tableau B7 Tableau B8 Tableau B9	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre de médecins différents consultés	Nombre de médecins différents (omnipraticiens et spécialistes) consultés au cours d'une année en clinique externe ou en cabinet privé.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre de médecins différents.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 6 Tableau B10	Proportion de consultations des insuffisants cardiaques selon le type de spécialiste	Tous les spécialistes vus en clinique externe ou en cabinet privé ont été considérés.  Tous les types de chirurgie (neurochirurgie, chirurgie cardiovasculaire et thoracique, etc.) ont été regroupés dans la catégorie chirurgien.	RAMQ	Nombre de consultations des insuffisants cardiaques selon le type de spécialiste.	Nombre total de consultations des insuffisants cardiaques chez les spécialistes
Figure 7 Tableau B11	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre de types de spécialiste consulté	Nombre de types différents de spécialiste vus pendant une année en clinique externe ou en cabinet privé.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre de types de spécialistes.	Nombre total d'insuffisants cardiaques

Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Tableau B12 Tableau B13 Tableau B14	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre de consultations chez les spécialistes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• cardiologue</li> <li>• néphrologue</li> <li>• chirurgien</li> </ul>	Les spécialités étudiées sont les trois spécialités les plus consultées en clinique externe ou en cabinet privé.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre de consultations chez les spécialistes étudiés.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 8 Tableau B15	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre de visites à l'urgence sans égard à la cause	Nombre de visites à l'urgence pendant une année.  Une visite peut comporter un certain nombre de jours consécutifs à l'urgence.	RAMQ	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre de visites.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 9 Tableau B16	Proportion d'insuffisants cardiaques avec au moins une visite à l'urgence selon la cause : <ul style="list-style-type: none"> <li>• toutes causes</li> <li>• insuffisance cardiaque</li> </ul>	Au moins une visite à l'urgence pendant une année.  Une visite peut comporter un certain nombre de jours consécutifs à l'urgence.	RAMQ	<b>Toutes causes :</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une visite à l'urgence sans égard à la cause.  <b>Insuffisance cardiaque :</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une visite à l'urgence pour insuffisance cardiaque.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 10 Tableau B17	Proportion d'insuffisants cardiaques ayant eu au moins une visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation selon la cause : <ul style="list-style-type: none"> <li>• toutes causes</li> <li>• insuffisance cardiaque</li> </ul>	Au moins une visite à l'urgence pendant une année suivie d'une hospitalisation.  La date d'admission de l'hospitalisation doit être comprise dans la visite à l'urgence ou être le jour suivant cette visite.	RAMQ Med-Écho	<b>Toutes causes :</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une visite à l'urgence sans égard à la cause, suivie d'une hospitalisation.  <b>Insuffisance cardiaque :</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une visite à l'urgence pour insuffisance cardiaque, suivie d'une hospitalisation.	Nombre total d'insuffisants cardiaques

Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Figure 11 Tableau B18	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre d'hospitalisations sans égard à la cause	<p>Nombre d'hospitalisations pendant une année.</p> <p>Une hospitalisation est définie par une date d'admission et une date de sortie.</p> <p>Si par exemple deux hospitalisations se chevauchent ou sont consécutives (promenade ou transfert), on compte seulement une hospitalisation. La date d'admission est alors la plus petite des deux dates d'admission. La date de sortie est alors la plus grande des deux dates de sortie. Lors de plusieurs transferts ou promenades, le même procédé est appliqué.</p>	Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre d'hospitalisations.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 12 Tableau B19	Proportion d'insuffisants cardiaques avec au moins une hospitalisation selon la cause : <ul style="list-style-type: none"> <li>• toutes causes</li> <li>• insuffisance cardiaque</li> </ul>	<p>Au moins une hospitalisation au cours de l'année</p> <p>Une hospitalisation est définie par une date d'admission et une date de sortie.</p> <p>Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires ont été considérés pour déterminer la cause d'une hospitalisation.</p>	Med-Écho	<p><b>Toutes causes :</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une hospitalisation sans égard à la cause.</p> <p><b>Insuffisance cardiaque:</b> Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins une hospitalisation pour insuffisance cardiaque.</p>	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 13 Tableau B20	Proportion d'hospitalisations sans égard à la cause et pour insuffisance cardiaque avec un examen de suivi dans les 30 jours suivant l'hospitalisation	<p>La date de suivi (consultation auprès d'un médecin en cabinet privé ou en clinique externe) est comprise entre le lendemain de la sortie de l'hôpital et 30 jours après cette sortie.</p> <p>L'insuffisant cardiaque doit avoir survécu 30 jours après la sortie de l'hôpital pour que son hospitalisation soit prise en compte dans le dénominateur.</p> <p>Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires ont été considérés pour déterminer la cause d'une hospitalisation.</p>	RAMQ Med-Écho	<p><b>Toutes causes:</b> Nombre d'hospitalisations sans égard à la cause avec un examen de suivi dans les 30 jours</p> <p><b>Insuffisance cardiaque:</b> Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque avec examen de suivi dans les 30 jours.</p>	<p><b>Toutes causes:</b> Nombre d'hospitalisations sans égard à la cause.</p> <p><b>Insuffisance cardiaque:</b> Nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque.</p>



Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Tableau B21	Proportion d'insuffisants cardiaques qui sont revenus à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services après un épisode de soins institutionnels	<b>Délai considéré ?</b>	RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques qui sont revenus à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services après un épisode de soins institutionnels	Nombre d'insuffisants cardiaques qui ont eu au moins un épisode de soins institutionnels
Figure 14 Tableau B22	Proportion d'insuffisants cardiaques qui sont revenus à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services après un épisode de soins institutionnels, selon le délai de retour à l'urgence	<b>Délai considéré ?</b>	RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques qui sont revenus à l'urgence comme lieu de premier contact avec les services après un épisode de soins institutionnels selon le nombre de jours	Nombre d'insuffisants cardiaques qui sont revenus à l'urgence après un épisode de soins institutionnels
Figure 15	Proportion de Montréalais de 65 ans et plus selon différents indicateurs d'utilisation des services et selon qu'elles souffrent ou non d'insuffisance cardiaque	<p><b>Avec insuffisance cardiaque:</b> Montréalais de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p><b>Sans insuffisance cardiaque:</b> Les Montréalais de 65 ans et plus ne souffrant pas d'insuffisance cardiaque sont la population montréalaise de 65 ans et plus (selon les projections pour une année du recensement canadien de 2001) moins les Montréalais de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque.</p>	RAMQ Med-Écho	<p>Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus qui ont eu au moins une visite chez un omnipraticien</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus qui ont eu au moins une visite chez un spécialiste</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus qui ont eu au moins une visite à l'urgence</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus qui ont eu au moins une hospitalisation</p> <p><b>Note :</b> Ces indicateurs sont aussi calculés pour les 65 ans et plus sans insuffisance cardiaque.</p>	<p>Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus</p> <p><b>Note</b> Ces indicateurs sont aussi calculés pour les 65 ans et plus sans insuffisance cardiaque.</p>

Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Figure 16 Tableau B23	Proportion d'insuffisants cardiaques qui sont décédés	Cette information provient des banques de données de Med-Écho, de la RAMQ et de l'ISQ.  La date de décès est celle de Med-Écho. Si cette date est manquante, celle du fichier de la RAMQ est retenue. Si les dates de décès sont manquantes dans Med-Écho et RAMQ, la date de l'ISQ est retenue.	RAMQ Med-Écho ISQ	Nombre d'insuffisants cardiaques qui sont décédés pendant l'année.	Nombre total d'insuffisants cardiaques
Figure 17  Tableau B24 Tableau B25 Tableau B26	Proportion d'insuffisants cardiaques qui souffrent d'une autre maladie, selon le groupe d'âge  Autre maladie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabète</li> <li>• hypertension</li> <li>• maladies coronariennes</li> </ul>	Insuffisants cardiaques qui souffrent d'une autre maladie :  <u>Diabète</u> Ceux ayant eu au moins deux services médicaux pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période de deux ans.  <u>Hypertension et maladies coronariennes</u> Ceux ayant eu un service médical pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période d'un an.	RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques de 20 à 49 ans qui souffrent aussi d'une autre maladie  Nombre d'insuffisants cardiaques de 50 à 64 ans qui souffrent aussi d'une autre maladie  Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus qui souffrent aussi d'une autre maladie  Nombre d'insuffisants cardiaques de 20 ans et plus qui souffrent aussi d'une autre maladie	Nombre d'insuffisants cardiaques de 20 à 49 ans  Nombre d'insuffisants cardiaques de 50 à 64 ans  Nombre d'insuffisants cardiaques de 65 ans et plus  Nombre d'insuffisants cardiaques de 20 ans et plus
Figure 18 Tableau B27	Proportion d'insuffisants cardiaques selon le nombre d'autres maladies  Autre maladie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabète</li> <li>• hypertension</li> <li>• maladies coronariennes</li> </ul>	Insuffisants cardiaques qui souffrent d'une autre maladie :  <u>Diabète</u> Ceux ayant eu au moins deux services médicaux pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période de deux ans.  <u>Hypertension et maladies coronariennes</u> Ceux ayant eu un service médical pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période d'un an.	RAMQ Med-Écho	Nombre d'insuffisants cardiaques selon le nombre d'autres maladies	Nombre total d'insuffisants cardiaques

Figure et tableau	Indicateur	Explication	Banques de données	Numérateur	Dénominateur
Figure 19 Figure 20	<p>Proportion de Montréalais de 20 ans et plus selon qu'ils souffrent ou non d'insuffisance cardiaque et selon le nombre d'autres maladies pour différents indicateurs d'utilisation des services de santé.</p> <p>Autre maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabète</li> <li>• hypertension</li> <li>• maladies coronariennes</li> </ul>	<p>Insuffisants cardiaques qui souffrent d'une autre maladie :</p> <p><b>Diabète :</b> Ceux ayant eu au moins deux services médicaux pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période de deux ans.</p> <p><b>Hypertension et maladies coronariennes :</b> Ceux ayant eu un service médical pour cette maladie ou une hospitalisation pour cette maladie sur une période d'un an.</p> <p><b>Note 1 :</b> Même procédé pour les personnes sans insuffisance cardiaque.</p> <p><b>Note 2 :</b> Les personnes qui n'ont pas utilisé de services durant l'année financière ont été mises dans la catégorie sans insuffisance cardiaque et sans autre maladie (chiffre obtenu à partir du recensement canadien).</p>	RAMQ Med-Écho ISQ	<p>Nombre d'insuffisants cardiaques sans autre maladie qui ont eu au moins une visite chez un omnipraticien</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 1 autre maladie qui ont eu au moins une visite chez un omnipraticien</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 2 autres maladies qui ont eu au moins une visite chez un omnipraticien</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 3 autres maladies qui ont eu au moins une visite chez un omnipraticien</p> <p><b>Note :</b> Même procédé pour visite chez un spécialiste, visite à l'urgence, hospitalisation et mortalité. Tous ces indicateurs sont aussi calculés pour les personnes sans insuffisance cardiaque.</p>	<p>Nombre d'insuffisants cardiaques sans autre maladie</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 1 autre maladie</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 2 autres maladies</p> <p>Nombre d'insuffisants cardiaques avec 3 autres maladies</p> <p><b>Note :</b> Même procédé pour visite chez un spécialiste, visite à l'urgence, hospitalisation et mortalité. Tous ces indicateurs sont aussi calculés pour les personnes sans insuffisance cardiaque.</p>
Tableau B28	Proportion de consultations institutionnelles faites par les insuffisants cardiaques dans les hôpitaux montréalais de soins généraux (incluant l'Institut de cardiologie de Montréal)		RAMQ Med-Écho	<p>Nombres d'hospitalisations des personnes avec insuffisance cardiaque par hôpitaux et par territoire de CSSS</p> <p>Nombres de visites à l'urgence des personnes avec insuffisance cardiaque par hôpitaux et par territoire de CSSS</p>	<p>Nombres d'hospitalisations par territoire de CSSS de résidence</p> <p>Nombres de visites à l'urgence par territoire de CSSS de résidence</p>



