We must act now and invest in Canada's heart healthy future

I was very pleased to have the opportunity to speak with my colleague and former president of the Canadian Cardiovascular Society (CCS), Dr Lyall Higginson, as I prepared to write this month's President's Page. Lyall was the CCS's liaison on the Canadian Heart Health Strategy and Action Plan (CHHS-AP) Steering Committee. The committee was also chaired by another CCS past-president, Dr Eldon Smith. For two years, Lyall met with stakeholders across the country to provide input and helped to develop the key focus areas and recommendations put forth in the final CHHS-AP that was presented to the federal health minister, Leona Aglukkaq, in February 2009.

The CHHS-AP is the prescription that Canada urgently needs. It is a major step forward in developing a pan-Canadian strategy to tackle heart disease and stroke, similar to those that have already been developed for both diabetes and lung health. Although no funding commitment has been made for the CHHS-AP, I firmly believe that it makes good economic sense to invest now in cardiovascular prevention and care to produce significant health care cost savings in the future. The CCS is fully committed to taking a leadership role in the implementation of the plan, and we urge all of our members to call on the government to support the plan so that we may see it through to fruition.

Cardiovascular disease (CVD) kills more Canadians each year than any other illness. It is estimated that by 2030, 23.4 million people will die from heart disease and stroke compared with 11.8 million from cancer. Nine of 10 Canadians older than 20 years of age have at least one risk factor for CVD. Moreover, one-third of Canadians have three or more risk factors – these risks are increasing as the population ages. Thanks to advances in acute cardiac care, more Canadians are now surviving heart attacks; however, many will go on to develop chronic heart failure.

Heart disease and stroke are also a significant threat to Canada's economic well-being. The cost of increased health care use and lost productivity has been estimated at \$22 billion per year. In fact, three of the top four most expensive conditions in Canada are CVDs. If we do not act immediately, the situation will get worse and these costs will continue to grow.

Implementing a broad range of prevention strategies will most certainly have the greatest impact on reducing Canada's health care spending. Recent studies in the United States have shown that, for every one dollar invested into an effective prevention program that increases physical activity, improves nutrition or reduces smoking, five dollars in health care costs are saved.

Chronic diseases are unique: the complex relationship among risk factors, possible future advances in diagnosis and therapies, as well as the effect of changing traditional health care delivery models make it difficult to accurately estimate the true cost savings. However, I remain confident that the Steering Committee's detailed economic assessment will prove to be very conservative.

"Based on the Committee's economic assessment, we estimate that by implementing the recommendations set out in the CHHS-AP, the Canadian health care system stands to save approximately \$7.6 billion in direct costs and \$14.6 billion in indirect costs by 2020," said

Dr Charles R Kerr

Agissons maintenant et investissons dans l'avenir de la santé cardiaque au Canada

J'ai été très heureux d'avoir l'occasion d'échanger avec mon collègue et ancien président de la Société canadienne de cardiologie (SCC), le Dr Lyall Higginson, alors que je m'apprêtais à rédiger la *Page du président* pour l'édition de ce mois-ci. Lyall était le représentant de la SCC au sein du comité de direction de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire-plan d'action (SCSC-PA). Ce comité était dirigé par un autre ancien président de la SCC, le Dr Eldon Smith. Pendant deux ans, Lyall a rencontré des intervenants des quatre coins du pays pour leur prodiguer ses conseils et il a aidé à identifier les secteurs prioritaires et à formuler les recommandations mises de l'avant dans le document final de la SCSC-PA, qui a été présentée à la ministre fédérale de la Santé, Leona Aglukkaq, en février 2009.

La SCSC-PA est une prescription dont le Canada a urgemment besoin. C'est une importante étape dans la mise sur pied d'une stratégie pancanadienne de lutte contre la maladie cardiaque et l'AVC, dans le même esprit que les stratégies élaborées pour lutter contre le diabète et les maladies pulmonaires. Bien qu'aucun engagement financier n'ait été pris en faveur de la SCSC-PA, je crois fortement que du point de vue économique, il serait logique d'investir maintenant dans la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires si le Canada souhaite réaliser d'importantes économies en santé plus tard. La SCC se porte volontaire pour assurer le leadership de la mise en application du plan et nous enjoignons tous nos membres à faire pression sur les gouvernements afin qu'ils soutiennent le plan et ses retombées favorables.

La maladie cardiovasculaire (MCV) tue plus de Canadiens chaque année que toute autre maladie. On estime que d'ici 2030, la maladie cardiaque et à l'AVC causeront 23,4 millions de décès, contre 11,8 millions pour le cancer. Neuf Canadiens sur dix de plus de vingt ans sont exposés à au moins un facteur de risque de MCV. De plus, le tiers des Canadiens présentent trois facteurs de risque ou plus et ces risques augmentent à mesure que la population vieillit. Grâce à l'amélioration des soins aigus en cardiologie, un plus grand nombre de Canadiens survivent maintenant à une crise cardiaque. Cela a toutefois pour corollaire, qu'un bon nombre d'entre eux souffriront éventuellement d'insuffisance cardiaque chronique.

La maladie cardiaque et l'AVC menacent en outre considérablement la santé de l'économie canadienne. Les coûts associés à l'utilisation accrue des soins de santé et à la perte de productivité ont été estimés à 22 milliards de dollars par année. En fait, trois des quatre maladies les plus coûteuses au Canada sont des maladies cardiovasculaires. Si nous n'agissons pas maintenant, la situation ne peut que s'aggraver et les coûts continueront de croître.

La mise en place d'une vaste gamme de stratégies préventives aura certainement le plus d'impact sur la réduction des dépenses canadiennes en santé. De récentes études menées aux États-Unis montrent que pour chaque dollar investi dans un programme efficace de prévention capable d'accroître l'activité physique, d'améliorer la nutrition ou de réduire le tabagisme, ce sont cinq dollars qui sont épargnés dans le budget de la santé.

Les maladies chroniques sont particulières : les liens complexes entre les facteurs de risque, d'éventuels progrès diagnostiques et thérapeutiques et l'évolution des modèles de prestation des soins de santé font qu'il est difficile d'estimer avec précision les économies de coût. Mais je crois que l'évaluation économique détaillée du comité de direction se révélera très conservatrice.

« Selon l'évaluation économique du comité, nous estimons qu'en appliquant les recommandations mises de l'avant par la SCSC-PA, le système de soins de santé canadien pourra économiser environ 7,6 milliards de dollars

Dr Higginson as we discussed why Canada needs an immediate investment in improved cardiovascular care. "Given these difficult economic times, the action plan demonstrates a very attractive and significant return on investment.

"Our patients are counting on this investment, not just for themselves, but for their children – many of whom are already the new faces of cardiovascular disease that we see on a daily basis."

Dr Smith and the members of the CHHS-AP Steering Committee should be very proud of their work on the action plan. It marks the first time that CVD has been looked at as a lifelong disease. It also takes into account many of the important factors that affect patient outcomes, including the environment, genetic factors, our schools and neighbourhoods, patient treatment and care models, proper prevention strategies and aboriginal issues. The CHHS-AP makes six key recommendations:

- Create heart healthy environments through education, legislation, regulation and policy.
- Help Canadians lead healthier lives by developing common messages about risk factors, providing self-help tools and bringing screening and follow-up to community settings.
- End the heart health crisis among Aboriginal/indigenous people by actively involving them in developing their own solutions and plans, and providing culturally appropriate support.
- Continue to reform health services by fostering innovation to support chronic disease prevention and management programs embedded in primary care teams interfacing with regional integrated networks of specialized patient-centred cardiac care.
- Build the knowledge infrastructure to enhance prevention and care by ensuring that we have more accurate, timely information and efficiently share it. Support focused knowledge development.
- Develop the right service providers with the right education and skills by systematically planning our workforce and spurring innovation.

I am very proud of the fact that the CCS was one of the leading organizations involved in developing the CHHS-AP. Once funded, we will continue to play an important role in several of the above focus areas. I look forward to the opportunity to work in partnership with organizations across Canada, using our expertise to establish best practices and professional guidelines to help improve current prevention and treatment programs. We will also coordinate the development of national data definitions to facilitate the gathering and sharing of registry information from across the country to improve patient care in all regions.

To continue reforming health services and provide integrated, patient-centred care, we must make better use of people, technology and other resources to address inequities. This is not specific to the cardiology community. We must adopt models of care that can be easily translated and used in a primary care setting. The CCS has a well-established and proven process for developing treatment guidelines that are easily used by all health care professionals treating chronic disease. Our 'closed-loop' model has proven to be highly effective in translating guideline knowledge into clinical practice. We will not only continue to use the model as we update our own heart failure guidelines, but we will also apply our expertise and take a leadership role in the development and continuous updating of best practice guidelines in other areas.

Timely access and sharing of accurate information is critical to proper health care delivery. This allows health care providers and hospitals to create effective treatment and prevention programs, improve care and support research. In Canada, this type of information sharing simply does not exist. To close the gap, we must build the proper information infrastructure and gather standard data on cardiovascular risk factors; support the development and implementation of electronic health records, chronic disease prevention and management programs, and consumer health interfaces; and improve our knowledge of cardiovascular prevention and cardiac care.

en coûts directs et 14,6 milliards de dollars en coûts indirects d'ici 2020 », affirmait le Dr Higginson, alors que nous discutons de la nécessité, pour le Canada, d'investir immédiatement dans l'amélioration des soins cardiovasculaires. « Compte tenu du contexte économique difficile, le plan d'action propose un rendement très attrayant et important sur cet investissement. »

« Nos patients comptent sur cet investissement, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs enfants, dont bon nombre figurent déjà parmi notre clientèle régulière touchée par la maladie cardiovasculaire. »

Le Dr Smith et les membres du comité de direction de la SCSC-PA peuvent être très fiers du travail accompli autour de ce plan d'action. C'est la première fois que l'on accorde à la maladie cardiovasculaire le statut de maladie chronique. Le plan d'action tient également compte des nombreux facteurs importants qui affectent le pronostic des patients, notamment l'environnement, les composantes génétiques, les milieux de vie (écoles et collectivités), les traitements et les modèles de soins, la pertinence des stratégies de prévention et les questions relatives aux peuples autochtones. La SCSC-PA formule six recommandations principales:

- Établir un milieu favorable à la bonne santé cardiovasculaire par le biais de programmes éducatifs, de lois, de règlements et de politiques
- Aider les Canadiens à mener des vies plus saines en élaborant des messages communs sur les facteurs de risque, en favorisant l'autonomie et en appliquant des mesures de dépistage et de suivi dans les milieux communautaires
- Mettre fin à la crise des maladies cardiovasculaires au sein des collectivités autochtones en favorisant leur participation active au développement de leurs propres solutions et plans et en leur offrant un soutien culturellement approprié.
- Poursuivre la réforme des services de santé en favorisant l'innovation et en soutenant les programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques établis dans les équipes de soins primaires qui interagissent avec des réseaux régionaux intégrés de soins cardiaques spécialisés, centrés sur les patients.
- Établir une infrastructure du savoir pour promouvoir la prévention et les soins grâce à un accès rapide à une information juste et à sa dissémination efficace. Soutenir l'acquisition d'une information ciblée.
- Préparer les prestataires de services de manière à ce qu'ils soient dûment formés et compétents en planifiant systématiquement nos effectifs et en stimulant l'innovation.

Je suis très fier que la SCC soit l'une des principales organisations à participer à la mise sur pied de la SCSC-PA. Avec l'obtention du financement, nous continuerons de jouer un rôle important dans plusieurs des secteurs d'intérêts mentionnés plus haut. J'attends avec impatience l'occasion de travailler en partenariat avec des organismes du Canada entier et de mettre à profit notre expertise pour établir les pratiques optimales et les directives professionnelles dans le but d'améliorer les programmes actuels de prévention et de traitement. Nous coordonnerons également l'élaboration des définitions appliquées aux données recueillies à l'échelon national afin de faciliter la collecte et le partage des données inscrites aux registres de partout au pays et d'améliorer ainsi les soins aux patients dans toutes les régions.

Pour continuer de réformer les services de santé et de fournir des soins intégrés centrés sur les patients, nous devons utiliser à meilleur escient nos ressources humaines, technologiques et autres afin de corriger les disparités. Ce problème n'est pas spécifique à la cardiologie. Nous devons adopter des modèles de soins qui s'appliquent et s'utilisent facilement en médecine de premier recours. La SCC dispose d'un processus bien établi et éprouvé d'élaboration de directives thérapeutiques, faciles à utiliser pour tous les professionnels de la santé qui soignent des maladies chroniques. Notre modèle en boucle fermée s'est révélé très efficace au moment d'appliquer les directives à la pratique clinique. Nous ne continuerons pas seulement d'utiliser ce modèle pendant que nous mettrons à jour nos directives pour l'insuffisance cardiaque, nous appliquerons aussi notre expertise et notre leadership à la préparation et à la mise à jour constante des directives de pratique optimales dans d'autres secteurs.

Pour prodiguer des soins de santé adéquat, il est indispensable d'obtenir et de partager rapidement des données précises. C'est ce qui permet aux professionnels de la santé et aux hôpitaux de mettre sur pied des programmes de prévention et de traitement efficaces, d'améliorer les soins et

The first step in accomplishing this goal is to establish national standards for data collection and reporting. Several provincial groups – including the Cardiac Care Network of Ontario, the Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease, the British Columbia Cardiac Registry (APPROACH), the Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia (ICONS) registry and the Quebec Cardiac Registry – have already made significant inroads in developing separate electronic systems to improve monitoring and better manage patient access to care. Later this year, the CCS will bring these groups together, along with additional groups from all areas of the country, to discuss processes and define the necessary common data definitions so that we can begin moving forward. This is a crucial step. Ensuring that each and every allied group is using common data sets is the only way to accurately pool baseline data so that we can gather a national scope and understanding of CVD. Moreover, as we improve our data collection and monitoring efforts in the future, we can expand the data collection to include other important quality measures such as mortality and readmission rates.

There is no doubt that Canada is faced with a looming epidemic – the costs of treating CVD and lost productivity are staggering. While we certainly recognize the current economic challenges, Dr Smith and his team have clearly demonstrated that with a relatively small investment now, the Canadian health care system and our economy will save billions of dollars each year.

“We must make every effort to encourage investment now in improved cardiovascular disease prevention and care,” said Dr Higginson. “If we do not come together and act now to ensure that the government funds the CHHS-AP, the situation will only degrade further.”

I would like to personally thank Dr Higginson, not only for his work on the CHHS-AP, but also for his ongoing commitment to helping those with chronic CVD to live longer, healthier lives. As always, I invite you to contact me via e-mail at president@CCS.ca with any questions, input, ideas or constructive criticisms. I pledge to either reply to you personally or have one of the appropriate members of our executive team or CCS staff respond to you directly.

*Dr Charles R Kerr
President
Canadian Cardiovascular Society*

de soutenir la recherche. Au Canada, ce type d'échanges d'information n'existe tout simplement pas. Pour combler cette lacune, nous devons élaborer l'infrastructure adéquate et réunir des données standardisées, par exemple, sur les facteurs de risque cardiovasculaires, promouvoir le développement et l'adoption des dossiers médicaux électroniques, des programmes de prévention et de traitement des maladies chroniques et d'interfaces médicales avec les consommateurs et approfondir nos connaissances sur la prévention et les soins cardiovasculaires.

Pour atteindre cet objectif, la première étape consiste à établir des normes nationales de collecte de données et de rédaction de rapports. Plusieurs groupes provinciaux, dont le *Cardiac Care Network* de l'Ontario, l'*Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease*, le *British Columbia Cardiac Registry* (APPROACH), le registre *Improving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia* (ICONS) et le Registre québécois des maladies du cœur ont déjà fait des incursions appréciables dans l'élaboration de systèmes électroniques distincts pour améliorer la surveillance et mieux gérer l'accès des patients aux soins. Plus tard, au cours de l'année, la SCC réunira ces groupes et d'autres organismes de tous les domaines au pays afin de discuter des procédés et d'établir les définitions des données communes afin que nous puissions aller de l'avant. Il s'agit d'une étape cruciale : la seule façon de regrouper des données de base précises afin de dresser un tableau fidèle et de mieux comprendre les maladies cardiovasculaires à l'échelle nationale est de s'assurer que tous les groupes partenaires utilisent les mêmes séries de données. De plus, à mesure que nous améliorerons notre capacité de recueillir et de surveiller les données à l'avenir, nous pourrions élargir la collecte de données de manière à inclure d'autres importants paramètres de mesure de qualité, comme les taux de mortalité et de réadmission.

Il n'y a pas de doute que le Canada est confronté à une épidémie imminente, les coûts associés au traitement des MCV et à la perte de productivité sont exorbitants. Si nous reconnaissons les défis économiques actuels, le Dr Smith et son équipe ont clairement démontré qu'avec un investissement relativement petit dès aujourd'hui, le système de soins de santé canadien et notre économie épargneront ensuite des milliards de dollars annuellement.

Nous devons tout tenter pour encourager les gouvernements à investir dès à présent dans l'amélioration de la prévention et des soins cardiovasculaires, affirme le Dr Higginson. « Si nous ne faisons pas front commun et si nous n'agissons pas maintenant pour que le gouvernement vienne en aide à la SCSC-PA, la situation ne pourra que s'envenimer. »

Je tiens à remercier personnellement le Dr Higginson, non seulement pour son travail auprès de la SCSC-PA, mais également pour son engagement indéfectible à aider les gens qui souffrent de MCV chronique afin qu'ils bénéficient d'une espérance de vie plus longue et qu'ils jouissent d'une meilleure santé. Comme toujours, je vous invite à communiquer avec moi par courriel, à l'adresse president@CCS.ca, si vous avez des questions, des commentaires, des idées ou des critiques constructives à formuler. Je m'engage à vous répondre personnellement ou à acheminer votre question au membre de l'exécutif ou du personnel de la SCC concerné afin qu'il vous réponde directement.

*Docteur Charles R Kerr
Président
Société canadienne de cardiologie*