

**Traitement d'un infarctus aigu du myocarde  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde (IAM) et auxquels un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur auxquelles un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes répondant à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– personnes auxquelles un médicament bêtabloquant a été prescrit au cours des 12 derniers mois</li> <li>– personnes qui présentent une contre-indication aux médicaments bêtabloquants</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un IAM au cours des 12 à 24 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes qui ont subi un IAM au cours des 12 à 24 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	



Traitement d'un infarctus aigu du myocarde  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Une crise cardiaque, ou accident vasculaire cérébral, est un événement potentiellement mortel qui survient lorsque les artères coronaires qui transportent le sang jusqu'aux muscles du cœur sont soudainement bloquées. Une section du muscle cardiaque peut être endommagée ou mourir en raison de l'irrigation insuffisante. Les crises cardiaques constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Canada<sup>1</sup>. En 2008-2009, plus de 66 000 Canadiens ont été hospitalisés en raison d'une crise cardiaque, et environ 3,4 % d'entre eux ont subi plus d'une crise cardiaque en un an<sup>2</sup>.</p> <p>Les patients qui ont fait une crise cardiaque et ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire avérée présentent un risque de récurrence très élevé<sup>3</sup>. Des lignes directrices fondées sur des données probantes recommandent la prise de bêtabloquants comme traitement de première ligne contre l'hypertension chez les patients qui ont subi un IAM et ceux souffrant d'une coronaropathie et d'angine. Un traitement à base d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) est recommandé aux patients qui sont atteints de diabète sucré ou qui présentent des antécédents d'IAM, surtout s'il y a un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche<sup>4, 5</sup>.</p> <p>Malgré la diffusion à grande échelle des lignes directrices pour la prise en charge des patients victimes d'un IAM, beaucoup de patients ne reçoivent pas le traitement recommandé. De 1997 à 2000, les taux de prescription de bêtabloquants dans les 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital chez les patients âgés victimes d'un IAM étaient inférieurs à 50 % dans certaines régions du Canada<sup>6, 7</sup>.</p> <p>Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel pour la santé et la survie des patients victimes d'un IAM après l'obtention de leur congé de l'hôpital. Il est nécessaire d'entreprendre un traitement pharmacologique ou de poursuivre le traitement existant, et d'en faire le suivi pour prévenir les récurrences ou les complications.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistique Canada. <i>Leading Causes of Death in Canada</i>. 2008. <a href="http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng">http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng</a>. (84-215-XWE).</li> <li>2. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Health Indicators 2010</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2010. <a href="https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140">https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140</a>.</li> <li>3. Organisation mondiale de la Santé. <i>Prevention of Cardiovascular Disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk</i>. Genève : Presse de l'OMS; 2007.</li> </ol>

Traitement d'un infarctus aigu du myocarde  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

4. Tobe SWM, Stone JAM, Brouwers MP, et al. Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative. [Miscellaneous Article]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. Le 18 octobre 2011; 183(15):e1135-e1150.
5. The Cleveland Clinic. Disease Management Project. <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/coronary-artery-disease/>. Dernière modification le 1<sup>er</sup> août 2010. Consulté le 27 août 2012.
6. Pilote L, Beck CA, Karp I, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction in four Canadian provinces, 1997-2000. *Canadian Journal of Cardiology*. Janvier 2004;20(1):61-67.
7. Beck CAM, Richard HM, Tu JVM, Pilote LMMP. Administrative Data Feedback for Effective Cardiac Treatment: AFFECT, A Cluster Randomized Trial. [Article]. *JAMA*. Le 20 juillet 2005;294(3): 309-317.

Pour en savoir davantage sur les indicateurs, les sources de données et les initiatives de déclaration des SSP, visitez le site Web de l'ICIS au [www.icis.ca/ssp](http://www.icis.ca/ssp) ou envoyez-nous un courriel à l'adresse [ssp@icis.ca](mailto:ssp@icis.ca).