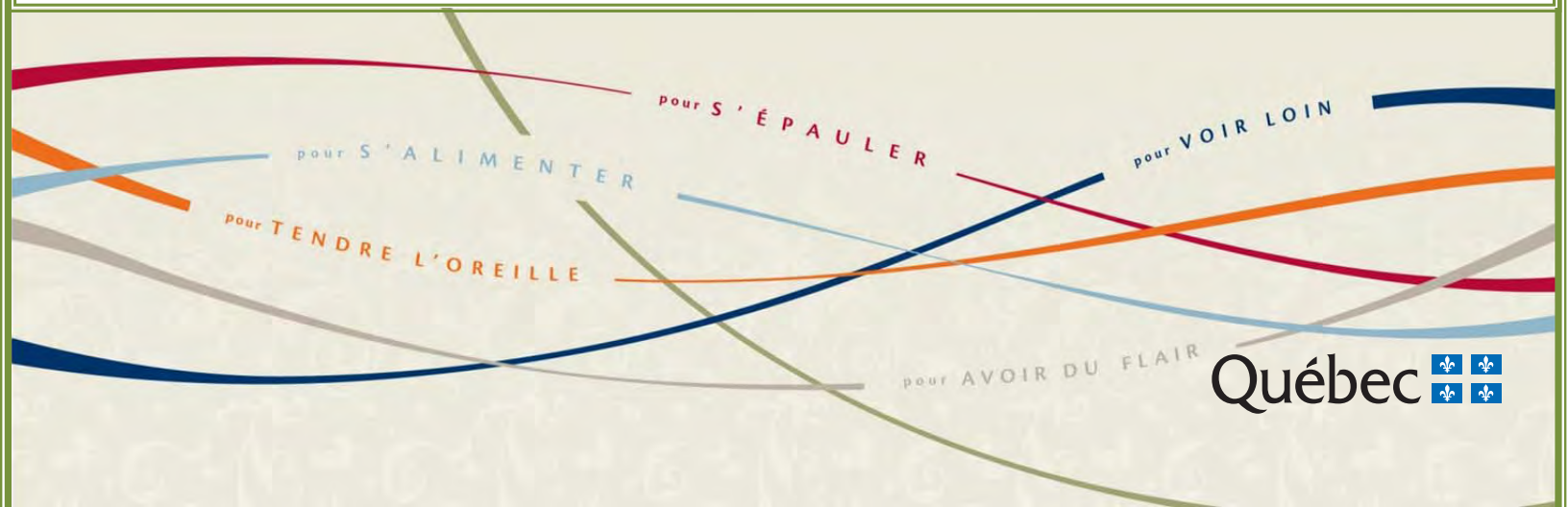




MÉCANISME DE CONCERTATION RÉGIONAL DE CARDIOLOGIE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

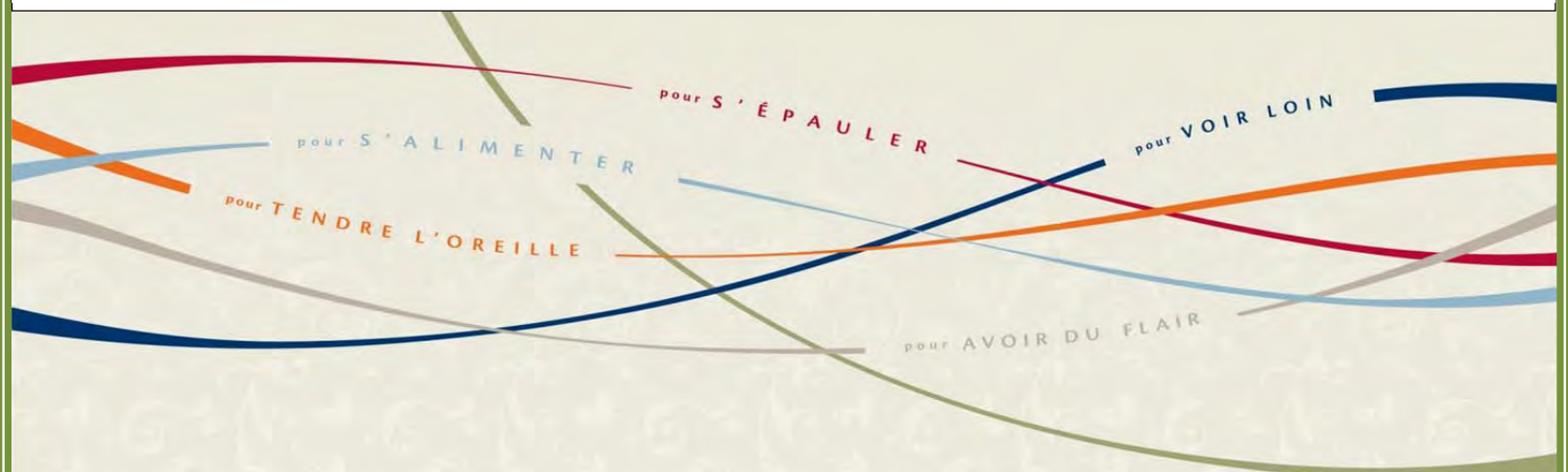
RELIÉ À LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS ATTEINTS
D'UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE AVEC ÉLÉVATION DU SEGMENT ST (IAMEST)
2009 – 2012






MÉCANISME DE CONCERTATION RÉGIONAL DE CARDIOLOGIE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

RELIÉ À LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS ATTEINTS
D'UN INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE AVEC ÉLÉVATION DU SEGMENT ST (IAMEST)
2009–2012



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 

Ce document *Mécanisme de concertation régional de cardiologie du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec relié à la prise en charge des usagers atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment st (IAMEST)* a été élaboré par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Agence).

Rédaction et coordination des travaux

M^{me} Chantal Lehoux, B. Sc. inf. M. Sc. conseillère, Direction des services de santé et des affaires médicales, Agence

Soutien à la coordination

D^r Carl-Éric Gagné, cardiologue et président du comité régional, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

D^{re} Sophie Courchesne, directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence et traumatologie, Agence

M^r Gilles Hudon, directeur des services de santé et des affaires médicales, Agence

M^{me} Lorraine Croteau, chef des services préhospitaliers d'urgence et traumatologie, Agence

M^{me} Danièle Hubert, chef des services de santé et des affaires médicales, Agence

Consultations

Membres du Comité régional de cardiologie de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Mise en page et secrétariat

M^{me} Suzanne Blais

Nous tenons également à remercier toutes les personnes ayant transmis leurs commentaires à différentes étapes de la production du document.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-89340-224-6 (version imprimée)

ISBN 978-2-89340-225-3. (version pdf)

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les hommes que les femmes.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les membres du Comité régional de cardiologie du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui, en partenariat avec l'Agence, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Comité de cardiologie tertiaire du RUIS de Montréal (CCTRUM) et le sous-comité permanent IAMEST du CCTRUM, ont collaboré à la réalisation de cette concertation régionale.

Le succès d'une démarche de réorganisation et de la mobilisation pour réduire les délais de prise en charge est largement tributaire d'un effort collectif des partenaires des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ). Cette mobilisation a permis la cohérence et la faisabilité des recommandations déposées par le comité visant l'harmonie entre l'organisation des services et le respect des orientations ministérielles aux mesures correctives.

La prise en charge des usagers en infarctus aigu du myocarde représente un défi constant pour les intervenants et le système de santé. Cette concertation est une valeur ajoutée pour l'ensemble des usagers atteints d'un IAMEST. La réussite de ce consensus régional aura une incidence sur les mesures correctives des délais de la prise en charge de cette pathologie grave, sous l'angle de la chronométrie des interventions effectuées auprès de cette clientèle. Les gestionnaires et les professionnels ont démontré une implication constante et une volonté d'améliorer la qualité, l'accès et la continuité des services offerts.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements _____ | 5 |
| Liste des abréviations _____ | 7 |
| 1. Introduction _____ | 8 |
| 2. Mise en contexte _____ | 9 |
| 3. Description de la région et de la population _____ | 10 |
| 3.1 Particularités de la région Mauricie et Centre-du-Québec _____ | 12 |
| 4. Mécanisme de concertation _____ | 15 |
| 4.1 Mandat du Comité régional de cardiologie _____ | 15 |
| 4.2 Mandat des comités locaux de cardiologie _____ | 16 |
| 4.3 Organigramme national et régional de cardiologie _____ | 17 |
| 5. Plan d'action régional de cardiologie de la prise en charge IAMEST 2009-2012 _____ | 19 |
| 6. Liste des références _____ | 28 |
| Annexe 1 – Composition du Comité régional de cardiologie _____ | 29 |
| Annexe 2 – Composition des comités locaux de cardiologie _____ | 31 |
| Annexe 3 – Organigramme du Plan d'action ministériel _____ | 34 |
| Annexe 4 – Portrait région 04 et provincial dans le cadre de l'ETIAMEST (novembre 2008) _____ | 36 |
| Annexe 5 – Plan d'action ministériel continuum de services pour IAMEST _____ | 39 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|----------|--|
| ACC | <i>American College of Cardiology</i> |
| AETMIS | Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé |
| Agence | Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec |
| AHA | <i>American Heart Association</i> |
| CCEC | Centre de coordination des essais cliniques de l'Institut de cardiologie de Montréal |
| CCTNUM | Comité de cardiologie tertiaire du RUIS de l'Université de Montréal |
| CHRTR | Centre hospitalier régional de Trois-Rivières |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| DGSSMU | Direction générale des services de santé et médecine universitaire |
| DMRSPU | Directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence |
| DRAMU | Direction régionale des affaires médicales et universitaires |
| DSP | Directeur des services professionnels |
| DSSAM | Direction des services de santé et des affaires médicales |
| ECG | Électrocardiogramme |
| ETIAMEST | Évaluation sur le terrain de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST |
| IAMEST | Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST |
| ICPP | Intervention coronarienne percutanée primaire |
| MCQ | Mauricie et Centre-du-Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PAA | Porte à aiguille |
| PAB | Porte à ballonnet |
| PACQ | Programme d'amélioration continue de la qualité |
| RLS | Réseaux locaux de services |
| RQCT | Réseau québécois de cardiologie tertiaire |
| RUIS | Réseau universitaire intégré de santé |
| SCC | Société canadienne de cardiologie |
| SPU | Services préhospitaliers d'urgence |
| STEMI | <i>ST-segment elevation myocardial infarction</i> |
| TAP | Technicien ambulancier paramédic |
| TRCDMS | Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée |

1. INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires constituent une des principales causes de morbidité et de mortalité au Québec et en Amérique du Nord¹. La maladie coronarienne se manifeste initialement sous trois formes principales : l'angine, l'infarctus du myocarde et la mort subite¹. Au Québec, on estime qu'environ 4 800 usagers sont hospitalisés annuellement pour un infarctus aigu du myocarde avec une élévation du segment ST.² Cette problématique justifie d'intervenir collectivement sur les délais de prise en charge afin de limiter les dommages myocardiques permanents.

En 2008, la publication d'une étude mandatée par le MSSS illustre que seulement 50 % des usagers du Québec avec IAMEST recevaient un traitement de reperfusion dans les délais recommandés de 90 minutes³. Suite à ces constats, le ministère a publié le «PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL DE SERVICES POUR IAMEST»⁴ (Voir annexe 5). À la suite de cette publication, l'Agence a mandaté l'élaboration d'un Comité régional de cardiologie dans le but d'augmenter l'accès au traitement de l'IAMEST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix du traitement et les délais recommandés. Le Comité régional de cardiologie a la responsabilité d'assurer le développement de l'ensemble des démarches régionales et locales des mesures correctives. Ces travaux sont devenus une priorité ministérielle et régionale.

Ce document de références regroupe les actions concertées à l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services des usagers atteints d'un IAMEST. Le plan d'action régional collige les actions concertées tributaires du Comité régional de cardiologie et des comités locaux de huit établissements de la région MCQ. C'est un outil évolutif, c'est-à-dire, le Comité régional de cardiologie adresse, recommande et assure un rôle-conseil à l'Agence, notamment en regard de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde et de la prévention secondaire-réadaptation cardiaque. Le Comité a privilégié un mandat de deux ans pour les travaux reliés à IAMEST. Il prévoit entreprendre des travaux reliés à la prévention secondaire-réadaptation cardiaque au terme de ces deux années.

¹ROCT. *Le développement de l'hémodynamie au Québec. Évaluation des besoins et proposition pour une utilisation optimale des ressources Perspective 2005-2010*. Rapport du groupe d'experts en hémodynamie du réseau québécois tertiaire, juin 2005.

²Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) : enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge*. Rapport préparé par Peter Bogaty, Lucy J. Boothroyd, Laurie Lambert, Jean-Marie R., Paquette, Lance et Daniel. ETMIS 2008; 4 (2): 1-114.

³Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *L'évaluation terrain sur l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST(IAMEST)*. Rapport PPT préparé par Lambert, L.; Bogaty, P.; Carroll-Bilodeau, C.; Boothroyd, Lucy J. & Morin, ETIAMEST, 2008.

⁴ MSSS. *Plan d'action ministériel continuum de services pour IAMEST*. Document PowerPoint, octobre 2008.

2. MISE EN CONTEXTE

En décembre 2008, considérant les enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde, le ministère mandatait les agences régionales d'assurer le suivi nécessaire pour améliorer l'accès aux traitements dans le respect des lignes directrices reconnues sur les territoires respectifs. À cet effet, un mécanisme de concertation régional de cardiologie fut élaboré. Cette concertation a pour but de réduire les délais de prise en charge des usagers atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) et ce, dans le respect des lignes directrices.

En septembre 2009, un Comité régional de cardiologie est mis en place dans le but d'assurer l'ensemble des démarches régionales et locales des mesures correctives. Il mobilise les intervenants et les cliniciens de huit urgences de la MCQ. Des comités locaux ont été conçus dans chacun des établissements et représentent les comités opérationnels du processus de révision de l'organisation du travail. Les travaux amorcés en lien à IAMEST sont considérés une priorité ministérielle et régionale. Le territoire de la MCQ se compose de huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) et un centre hospitalier régional. Ces établissements font parties des réseaux locaux et ils doivent assurer une responsabilité populationnelle en matière d'accessibilité des services.

La Société Canadienne de Cardiologie (SCC) entérinait les recommandations de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association (ACC/AHA) en 2004.⁵ Ces recommandations pour traiter IAMEST démontrent l'importance de procéder rapidement à un traitement précoce par une reperfusion du muscle cardiaque. Les deux moyens recommandés dans l'intervention de l'IAMEST par les lignes directrices sont la fibrinolyse (injection d'un médicament qui dissout le caillot) ou l'intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) c'est-à-dire une dilatation par un ballonnet de la coronaire obstruée.⁶ L'intervention coronarienne percutanée primaire (angioplastie primaire) n'est pas disponible dans la région MCQ. Les délais recommandés par les lignes directrices ne devraient pas dépasser 90 minutes.⁶ Ce qui signifie le temps de l'intervention à partir du triage à l'urgence jusqu'à la dilation. Si le délai prévu pour un transfert inter hospitalier dans le but de réaliser une ICPP dépasse 90 minutes depuis le premier contact médical, l'utilisateur devrait être traité par fibrinolyse dans les 30 minutes suivant son arrivée à l'hôpital, à moins d'une contre-indication.

La prise de décision quant au traitement et l'orientation de l'utilisateur doit considérer différentes variables, incluant les délais d'accès aux deux types de reperfusion, le délai de transfert vers un centre tertiaire et les contre-indications absolues à la fibrinolyse et à l'ICPP.

⁵ Armstrong, PW., Bogaty, P., Buller, CE., Dorian, P., O'Neil, BJ. (2004). The 2004 ACC/AHA Guidelines : a perspective and adaptation for Canada by the Canadian Cardiovascular Society Working Group. *Can J Cardiol* 2004 September;20(11) :1075-9

⁶ O'Connor RE., Brady, W., Brooks, SC., Diercks, D., Egan, J., Ghaemmaghami, C., Menon, V., O'Neil, BJ. Travers, AH, Yannopoulos, D. Part 10 : Acute coronary syndromes : 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010; 122 (suppl 3) : S787-S817.

Voici la définition des abréviations clés du continuum de soins IAMEST :

- D (door) : l'arrivée de l'utilisateur au triage de l'urgence
- N (needle) : injection de l'agent fibrinolytique
- B (balloon) : premier gonflement du ballonnet

Délais souhaitables (doivent être le plus rapidement possible)

- Réalisation et interprétation de l'ECG : délai maximum de 10 minutes du premier contact (Door to ECG)
- D to N : délai maximum de 30 minutes
- D to B : délai maximum de 90 minutes (selon ACC/AHA Guidelines, 2004, 2010)
- D to B : délai maximum de 120 minutes (selon RQCT, 2010)

3. DESCRIPTION DE LA RÉGION ET DE LA POPULATION

La région de la MCQ s'étend sur un vaste territoire de 45 000 km². Le tiers de la population habite en milieu rural alors que la moitié de la population urbaine habite dans la région de Trois-Rivières. (voir figure 1)

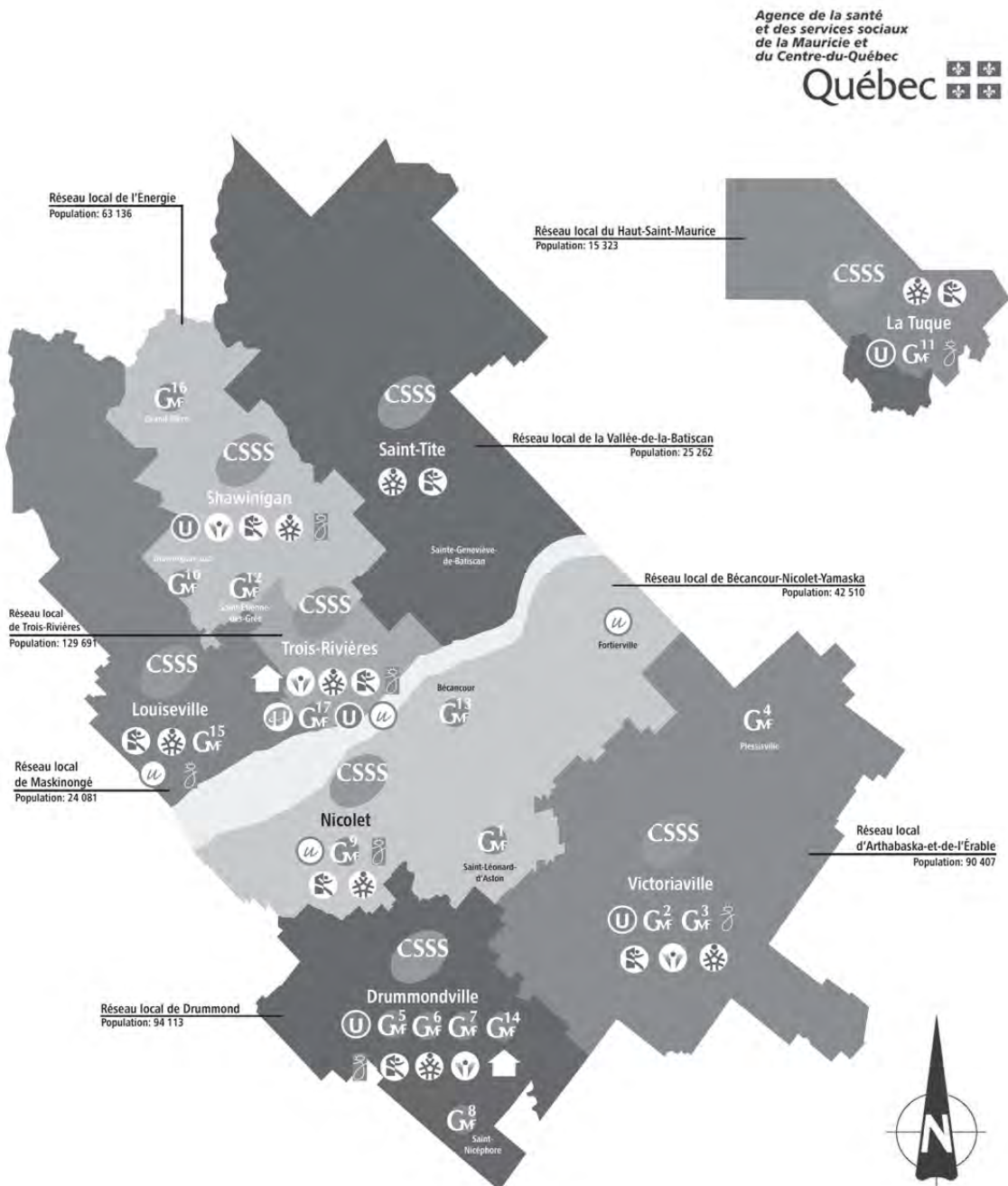
La MCQ est la 5^e région la plus peuplée du Québec avec 493 084⁷ personnes en 2009. La population de la Mauricie est estimée à 262 399 personnes, dont une proportion de 53,2 % et le Centre-du-Québec est estimée à 230 685 personnes, soit 46,7 %. D'autre part, 1 % de la population est autochtone. Elle se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice, bien que deux petites réserves se situent au Centre-du-Québec. La répartition de la MCQ se situe ainsi : 18 % moins de 18 ans; 65 % de 18 à 65 ans; 17 % 65 ans et plus⁸.

On observe un vieillissement accéléré de la population, les 65 ans et plus représentent 17 % comparativement à 15 % pour l'ensemble du Québec. Selon une projection des 20 prochaines années il est estimé que le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera dans la région presque du double de 83 255 à 141 098⁷. C'est-à-dire, les 65 ans et plus signifieront en 2026, une proportion de 30 % de la population.

⁷ Institut de la statistique du Québec, récupérée le 8 septembre 2010 du site <http://www.stat.gouv.qc.ca/regions>

⁸ Plan d'action régional de la santé Publique MCQ 2009-2010

Figure 1 - Répartition du territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec



3.1 Particularités de la région Mauricie et Centre-du-Québec

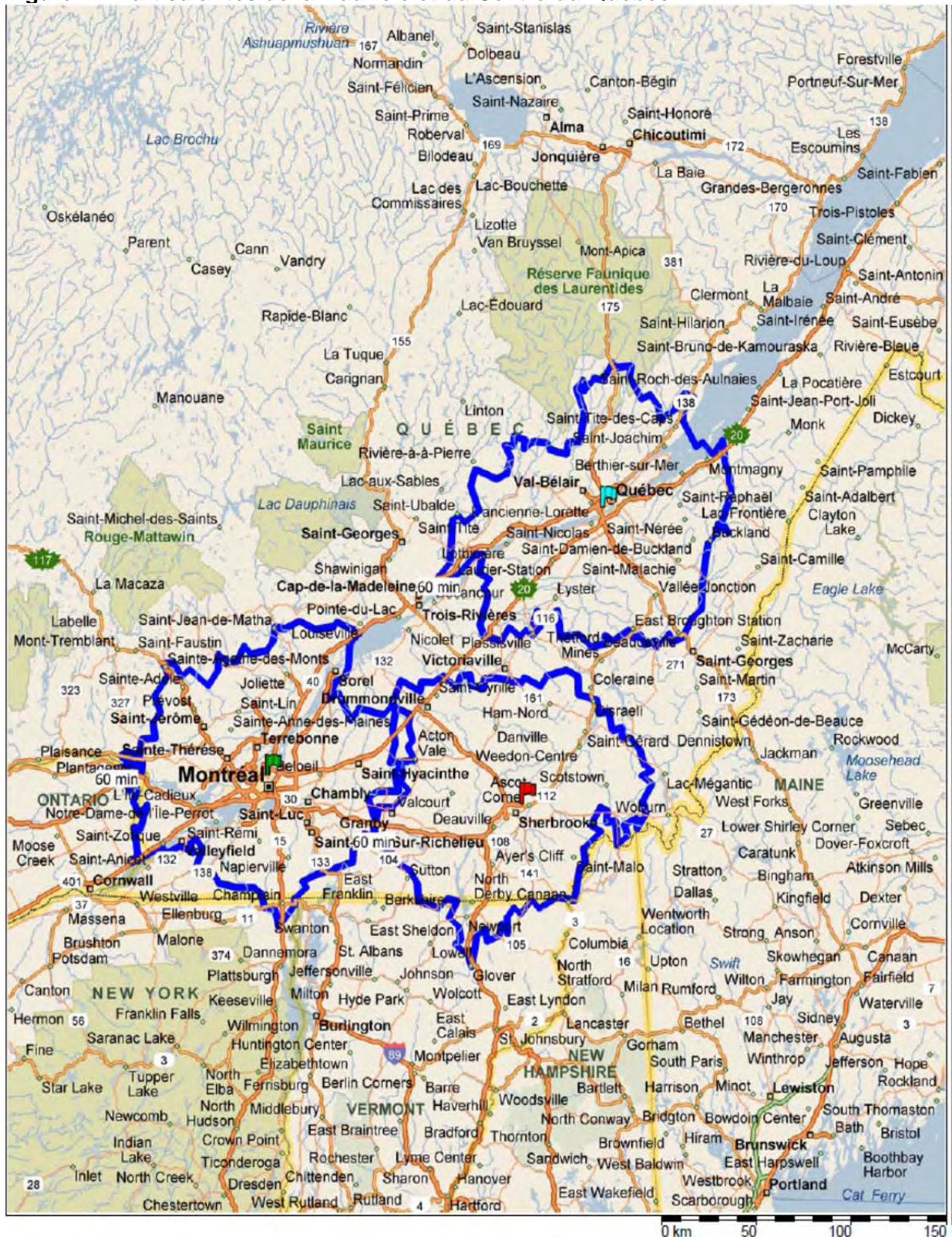
La région de la MCQ a une particularité que l'on ne peut négliger considérant l'absence d'un laboratoire d'hémodynamie sur tout le territoire. Par ailleurs, il est difficile de donner accès à un traitement dans les délais requis à de l'angioplastie primaire, hormis le territoire de Drummondville et une partie de celui de Victoriaville. Ces derniers peuvent respecter théoriquement les délais de transports alors que tous les autres ne parviennent pas à s'y conformer.

À cet effet, malgré les efforts soutenus de tous les établissements pour compresser les délais au maximum, la population regroupée qui se retrouve en dehors d'un temps de transport de 60 minutes d'un centre hémodynamie représente près de 395 000 personnes, soient 72.8 % du territoire de la MCQ. (Voir figure 2). Cette carte délimite, par un trait bleu, toutes les régions qui sont à l'intérieur de 60 minutes d'un centre d'hémodynamie. Les centres d'hémodynamies (3) sont identifiés par un drapeau.

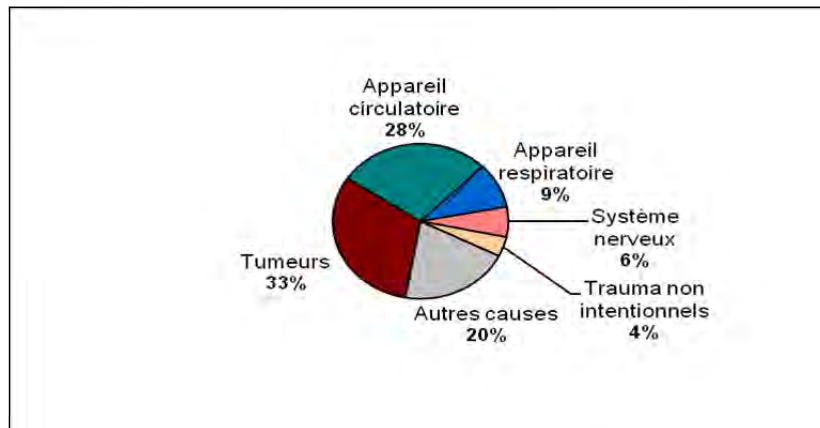
Dans le cadre d'un processus d'amélioration de l'accessibilité à un traitement recommandé, il y a beaucoup d'emphase sur la prise en charge de IAMEST. Toutefois, à moyen terme, tous les usagers de la MCQ qui ont subi un infarctus du myocarde et qui n'ont pas accès à l'angioplastie primaire doivent recevoir un double traitement. C'est-à-dire, même s'ils ont reçu un traitement de fibrinolyse, ces usagers seront également redirigés vers une salle d'hémodynamie pour une investigation ou une intervention. Alors, cette double procédure est tributaire de l'absence d'un laboratoire d'hémodynamie à Trois-Rivières et multiplie les risques de complications pour les usagers.

On devrait envisager de rendre accessible le traitement préférentiel à la majorité de la population dans le délai raisonnable de 90 minutes et le délai extrême de 120 minutes. Tout prolongement de ce temps est inacceptable. Il y a une nécessité d'offrir à la MCQ, les mêmes soins que l'on dispense à la majorité de la population du Québec. Entre autres, la population doit recevoir les mêmes services que celle qui habite près d'un centre ayant un laboratoire d'hémodynamie.

Figure 2 – Particularités de la Mauricie et du Centre-du-Québec



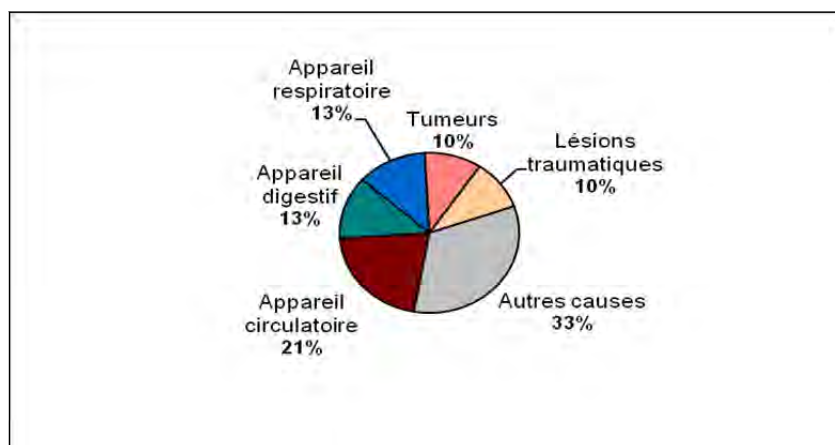
**Figure 3 - Répartition des décès selon la cause en Mauricie et Centre-du-Québec
2006 à 2009**



(Source Fichier Med-Écho)

On constate que les maladies de l'appareil circulatoire (cardiopathies ischémiques, infarctus du myocarde, hypertension, AVC) représentent 28 % des décès de la MCQ. Les maladies de l'appareil respiratoire fréquemment associées aux maladies cardiaques (bronchite chronique, emphysème et asthme) ont 9 % des décès. L'ensemble des tumeurs malignes évoque 33 %; les traumatismes non intentionnels 4 %. La répartition des autres décès représente 20 %, c'est-à-dire les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques 4 %, suivie des maladies de l'appareil digestif 4 %; et les taux de décès non répartis 12 %.

**Figure 4 – Les 5 principales causes d'hospitalisations en Mauricie et Centre-du-Québec
2006 à 2009**



(Source Fichier Med-Écho)

Parmi les cinq principales causes d'hospitalisation de la MCQ, on observe que les maladies de l'appareil circulatoire représentent 21 % de 2006 à 2009. On constate que les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies de l'appareil digestif ont 13 % d'hospitalisation, suivi des traumatismes et empoisonnements 10 %; les tumeurs 10 % et autres causes 33 %.

4. MÉCANISME DE CONCERTATION

4.1 Mandat du Comité régional de cardiologie

Nature

Relève de l'Agence en collaboration avec les membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS).

Mandat

Le comité régional de cardiologie adresse, recommande et assure un rôle-conseil à l'Agence, notamment en regard de l'optimisation de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde et de la prévention secondaire-réadaptation cardiaque.

- Évaluer les ressources en cardiologie et élaborer un consensus régional pour la prise en charge des infarctus aigus du myocarde
- Superviser l'implantation et assurer le suivi du processus régional de prise en charge des infarctus aigus
- Collaborer à l'élaboration des corridors de services intra et extra régionaux
- S'assurer de l'existence des protocoles de transfert requis
- Élaborer et adopter un algorithme de prise en charge des usagers en IAMEST basé sur les lignes directrices reconnues
- Assurer la qualité des soins et l'accessibilité à toute la population de la région MCQ
- Contribuer à la planification de certains éléments du continuum et l'élaboration de programme qualité (registre des infarctus)
- Tous les volets de développement seront faits en collaboration avec les RUIS

Composition du Comité régional de cardiologie

- Un responsable régional du dossier de la cardiologie (DSSSAM), Agence
- Un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou son répondant, Agence
- Un répondant de l'assurance qualité (technicien ambulancier paramédic), Agence
- Un répondant des services pharmaceutiques, Agence
- Un cardiologue (leader médical)
- Un directeur des services professionnels
- Un répondant de la centrale des communications préhospitalier d'urgence
- Un interniste du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- Un interniste du CSSS de l'Énergie
- Un interniste du CSSS Drummond
- Un urgentologue du CHRTR
- Un urgentologue du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- Un urgentologue du CSSS Bécancour–Nicolet-Yamaska
- Un urgentologue du CSSS de l'Énergie
- Un urgentologue du CSSS de Maskinongé
- Un urgentologue du CSSS Drummond
- Un urgentologue du CSSS du Haut-Saint-Maurice
- Un urgentologue du CSSS de Trois-Rivières
- Un répondant gestionnaire clinico administratif de chaque urgence provenant du CHRTR et de chacun des CSSS

Moyen

- 4 rencontres par année à l'Agence
- Des conférences téléphoniques, au besoin, pour assurer le suivi des travaux
- De façon ad hoc, d'autres membres pourraient être invités dépendamment du sujet
- Durée du mandat : 2 ans, à réviser au besoin

4.2 Mandat des comités locaux de cardiologie

Nature

- Relève du directeur des services professionnels (DSP) (ou d'une personne déléguée par celui-ci)
- Comité multidisciplinaire d'analyse et de recommandations dans les établissements de la MCQ
- S'adresse à toutes personnes, départements et services concernés par les activités de la cardiologie dont prioritairement la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST), et dans une deuxième phase la prévention secondaire-réadaptation cardiaque

Mandat

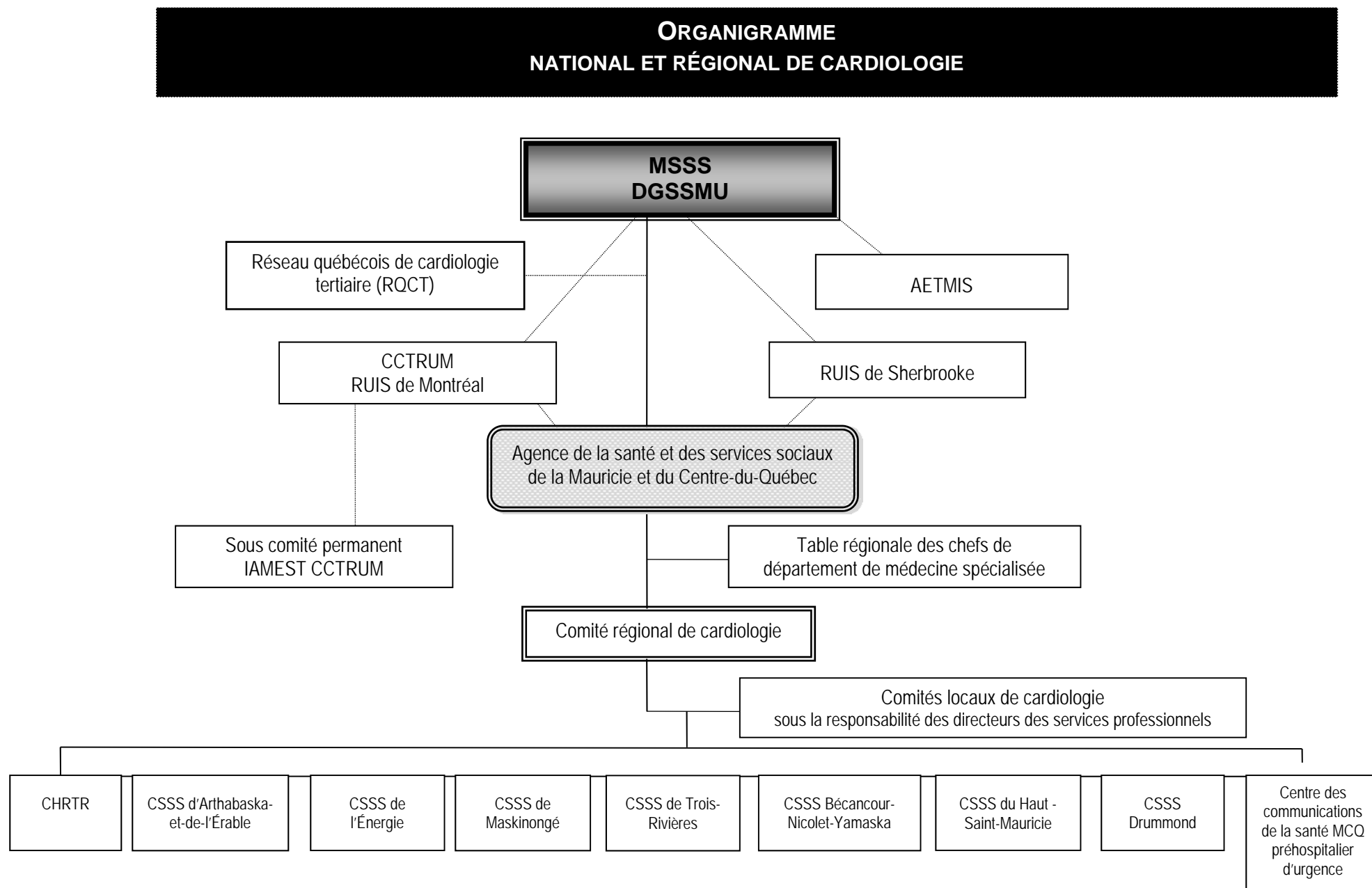
- Assurer un suivi régulier des services offerts reliés à la prise en charge des usagers atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST), dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés
- Procéder à l'étude de dossiers en fonction des critères objectifs à déterminer, y compris les cas de mortalité et de morbidité
- Développer un plan d'action, objectifs, changements à apporter, échéanciers de réalisation :
 - examiner les pratiques actuelles par rapport aux lignes directrices, mesurer l'écart de la pratique
 - identifier les causes des délais rencontrées à chacune des étapes
- Assurer l'implantation d'un algorithme décisionnel basé sur les lignes directrices reconnues pour la prise en charge des usagers en IAMEST
- Assurer et collaborer à l'implantation et le fonctionnement optimal des mécanismes de suivi de la performance des initiatives de l'ECG 12 dérivations préhospitalier
- Assurer le fonctionnement optimal du retour de l'information par la base de données prospective provinciale et en temps opportun faire un suivi à l'intention du personnel soignant
- Assurer les arrimages nécessaires avec le Comité régional de cardiologie et le préhospitalier d'urgence
- Assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont)
- Contribuer à la mise à jour de la formation de base et de la formation continue
- Transmettre à l'Agence le plan d'action local
- Transmettre à l'Agence tous les procès-verbaux des rencontres du comité local

Composition des comités locaux de cardiologie

Tous les intervenants impliqués en cardiologie peuvent siéger à un comité local. À titre indicatif, les personnes suivantes pourraient y participer :

- Directeur des services professionnels ou son représentant
- Médecin responsable du comité
- Médecin de l'urgence
- Directeur des soins infirmiers ou son représentant
- Gestionnaire clinico administratif de l'urgence ou son représentant
- Conseillère clinique ou infirmière clinicienne
- Gestionnaire clinico administratif des lits de cardiologie ou l'unité coronarienne
- Représentant du secteur préhospitalier
- Archiviste responsable de la collecte des données prospective ou registre de cardiologie
- Autres intervenants concernés au besoin

4.3 Organigramme national et régional de cardiologie



**Plan d'action régional de cardiologie de la prise en charge IAMEST
2009-2012**

5. PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE CARDIOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE IAMEST 2009-2012

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|--|--|---|--|------------------------|--|
| <p>Cible MSSS Améliorer la performance des services préhospitaliers (chronométrie et processus d'acheminement des patients vers les CH de destination)</p> <p>Améliorer la performance des services hospitaliers d'urgence et d'hémodynamie d'urgence (chronométrie et choix cliniques)</p> <p>1. Développer des stratégies pour diminuer les délais de prise en charge de l'IAMEST en respect des lignes directrices dans les urgences de la MCQ.</p> | Rencontre régionale pour présentation des résultats de l'ETIAMEST de la région 04 avec D ^{re} Laurie Lambert et Dr Peter Bogaty | <p>Résultat attendu : Diffuser les résultats de l'ETIAMEST</p> | MSSS (P) Agence DSSAM (R) | Automne 2008 | 9 décembre 2008 |
| | Présenter à la Table régionale des directeurs des services professionnels (DSP), Table des chefs de département de médecine spécialisée et la Table régionale des directeurs généraux des établissements les stratégies proposées pour améliorer la prise en charge. Élaborer et diffuser le mandat du Comité régional de cardiologie | <p>Résultat attendu : Entériner le mandat du Comité régional de cardiologie par les différentes instances administratives</p> | Agence (R) ▪ DSSAM Table régionale DSP (P) Table régionale DG (P) | Mai - Septembre 2009 | Mai 2009 Table des DSP Juin 2009 Table des DG Septembre 2009 Comité régional |
| | Former un Comité régional de cardiologie | <p>Indicateurs de suivi Cardiologue nommé et publicisé aux DSP et aux DG</p> <p>Comité formé et entériné 25 répondants nommés (cardiologue, urgentologues, internistes, gestionnaires des urgences, urgentologue du SPU)</p> | Agence (R) ▪ DSSAM (R) ▪ SPU (P) DSP des établissements (P) | Juin- Août 2009 | mai 2009 (cardiologue nommé) Août 2009 (répondants nommés) Septembre 2009 (organigramme conçu) |
| | Former les comités locaux dans chaque établissement | <p>Résultat attendu : Mandat des comités locaux entériné et diffusé par le comité régional</p> <p>▪ Élaborer, entériner et diffuser le mandat des comités locaux au Comité régional de cardiologie</p> | Agence DSSAM (R) Comité régional (R) | Octobre -Novembre 2009 | Octobre 2009 (mandat élaboré) Novembre 2009 (mandat diffusé) |
| <p>2. Obtenir l'adhésion des répondants désignés du comité régional à concevoir les travaux attendus selon les échéanciers prévus et acceptés.</p> | Prévoir 4 rencontres/année du Comité régional de cardiologie | <p>Résultat attendu : Effectuer 4 rencontres/année</p> <p>Indicateurs de suivi : Nombre de rencontres/année Taux de participation des répondants désignés Suivi des décisions prises</p> | Agence DSSAM (R) Comité régional (P) | 4 rencontres/années | En continu |
| | Participer au Comité de cardiologie tertiaire des RUIS de Montréal et Sherbrooke | <p>Résultat attendu : Assister et transmettre l'information des comités tertiaire au Comité régional de cardiologie</p> | Agence DSSAM (R) Cardiologue, CHRTR (R) | 4 rencontres/années | En continu |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|---|--|---|---|------------------------------|---|
| 2 (suite) Obtenir l'adhésion des répondants désignés du comité régional à concevoir les travaux attendus selon les échéanciers prévus et acceptés. | Présenter un rappel des normes de revascularisation selon les lignes directrices | Résultat attendu : Normes présentées par cardiologue | Cardiologue (R) | Septembre 2009 | 15 septembre 2009 |
| | Présenter au Comité régional les résultats régionaux et provinciaux de l'étude ETIAMEST de AETMIS, dont 4 établissements de la MCQ ont participé (voir annexe 4) | Résultat attendu : Distribuer et présenter le document des résultats régionaux de l'Étude de AETMIS | Agence DSSAM (R) Comité régional (P) | Septembre 2009 | 15 septembre 2009 |
| | Présenter et distribuer le document du MSSS « Plan d'action ministériel continuum de services pour IAMEST » (voir annexe 5) | Résultat attendu : Diffuser l'information R/A Plan d'action ministériel continuum de services pour IAMEST | Agence DSSAM (R) | Novembre 2009 | 23 novembre 2009 |
| | Mettre en place un comité local de cardiologie dans les 8 établissements de la MCQ | Résultat attendu: Transmettre à l'Agence les noms des répondants des comités locaux de cardiologie | DSP des établissements (R) Membres désignés (R) du Comité régional | Novembre 2009 à janvier 2010 | 8 établissements ont nommé les comités locaux (voir annexe 2) Février 2010 |
| | Transmettre à l'Agence les procès-verbaux des comités locaux de cardiologie | Résultat attendu : Que les établissements maintiennent le comité local de cardiologie actif Indicateur de suivi : Nombre de rencontres annuelles par établissement Nombre de procès verbaux remis/année | Comités locaux (R) Gestionnaires des urgences des 8 établissements (R) | Mars de chaque année | En continu |
| 3. Analyser l'organisation du travail des urgences du territoire de la MCQ, concernant la prise en charge de l'infarctus aigu | Compléter par les 8 établissements le gabarit du RUIS de Montréal afin d'analyser l'organisation de services en lien avec la prise en charge à l'urgence des infarctus | Indicateur de suivi : Cible 100 % Pourcentage de gabarits complétés par les 8 établissements | Agence DSSAM (P) Comité régional (R) | Octobre-novembre 2009 | 8 établissements ont complété le gabarit Décembre 2009 |
| | Fournir un logiciel maison aux répondants du Comité régional, facilitant l'analyse rétrospective d'une année entière des dossiers des usagers ayant eu un IAMEST Présenter un logiciel maison du CSSS Drummond permettant de saisir l'information de la revue de dossiers | Résultat attendu : Que tous les établissements effectuent une analyse des écarts par une revue de dossiers sur une année entière | Comité régional (R) Comités locaux (P) | Octobre 2009 | Envoie par courriel octobre 2009 aux établissements |
| | Analyser l'organisation du travail des urgences du territoire de la MCQ, concernant la prise en charge de l'infarctus aigu et comparer les résultats aux lignes directrices Identifier les causes des délais rencontrés à chacune des étapes de prise en charge à l'urgence | Résultat attendu : Analyser les écarts des 8 établissements Indicateur de suivi : Cible 100 % Nombre d'analyse des écarts effectuée | Comités locaux (R) | Novembre 2009 à avril 2010 | 8 établissements ont fait l'analyse des écarts |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|--|--|---|---|---|--|
| | Concevoir un plan d'action local dans chacun des 8 établissements qui soit évolutif dans le temps Transmettre à l'Agence les plans d'action locaux | Indicateur de suivi : Nombre de plans d'action locaux remis à l'Agence | Comités locaux (R) | Janvier à mai 2010 | Septembre 2010 complété 8 établissements ont transmis les plans d'action locaux |
| | | Indicateur de suivi : (Cible 100%) Pourcentage de mise à jour annuelle des plans d'action locaux | Comités locaux (R) | Mars de chaque année | En continu |
| 4. Se conformer aux lignes directrices recommandées par ACC/AHA et le RQCT pour la prise en charge de l'IAMEST | Adopter un algorithme décisionnel relié aux délais de prise en charge basé sur les lignes directrices <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai du premier ECG à l'urgence soit effectué et interprété par le médecin ≤ 10 minutes après l'arrivée à l'urgence ▪ Décision du choix du traitement ≤ de 20 minutes à partir de l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence ▪ Délai entre l'arrivée de l'utilisateur à la salle d'urgence et l'administration de la fibrinolyse ≤ 30 min. ▪ Délai total de prise en charge ≤ 90 min. Diffuser l'Algorithme décisionnel du RQCT Diffuser les normes révisées ACC/AHA /OCT. 2010 | Résultats attendus : Obtenir un consensus régional d'un algorithme décisionnel de prise en charge basé sur les lignes directrices Indicateur de suivi Pourcentage de conformité des établissements à l'algorithme décisionnel Délai Door to Needle Délai Door to Balloon | Comité régional (R) Comités locaux (P) | En continu Mars 2011 Cible 50 % 2010-2011 Mars 2012 Cible 80 % 2011-2012 Mars 2013 Cible 90 % 2012-2013 | En continu |
| | Reconnaissance, auprès des autorités médicales que la fibrinolyse et l'angioplastie primaire sont des modalités complémentaires de revascularisation de l'IAMEST <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter au Comité régional par Dr Peter Bogaty et Dre Laurie Lambert septembre 2010 l'étude randomisée sur IAMEST publiée dans le JAMA en juin 2010; ▪ Présenter au Comité régional par Dr Stéphane Rinfret l'Algorithme clinique IAMEST du RQCT septembre 2010; | Indicateur de suivi Délai médian Door to Needle Délai médian Door to Balloon | | Mars 2011 Mars 2012 Mars 2013 | En continu |
| | Établir un processus pour synchroniser les horloges à l'heure atomique dans la salle d'urgence incluant l'heure sur les appareils ECG Concevoir une grille horaire de suivi des calibrations des horloges et des appareils à ECG dans toutes les urgences | Résultat attendu : Que tous les appareils médicaux à l'urgence soient synchronisés à l'heure atomique Indicateur de suivi : Pourcentage obtenu de conformité entre la chronométrie fonctionnelle des délais de prise en charge et l'heure des appareils (horloge, ECG) | | Gestionnaires des 8 urgences en MCQ (R) | Septembre 2011 |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|---|---|---|--|--|--|
| 4. (suite) Se conformer aux lignes directrices recommandées par ACC/AHA et le RQCT pour la prise en charge de l'IAMEST | Révision des protocoles de fibrinolyse de toute la MCO <ul style="list-style-type: none"> Former un sous-comité pour la révision des protocoles Revue littérature Proposer un protocole standardisé au comité régional | <p>Résultat attendu : Obtenir un protocole révisé standardisé de l'administration de la fibrinolyse et la prise en charge de l'IAMEST dans chaque établissement</p> <p>Indicateur de suivi : Pourcentage de protocole adopté par les CMDP des établissements</p> | <p>Sous-comité du Comité régional (R) Comités locaux (R)</p> | Septembre 2010 | 3 rencontres réalisées depuis mars 2010 Protocole standardisé proposé nov. 2010 |
| | | | Comités locaux (R) | Décembre 2011 | |
| | Élaborer un algorithme de transfert ambulancier urgent IAMEST nécessitant un traitement d'angioprimaire vers un centre possédant un laboratoire d'hémodynamie | <p>Résultat attendu : Adopter un algorithme de transfert ambulancier IAMEST urgent vers un centre tertiaire pour de l'angioprimaire</p> <ul style="list-style-type: none"> CSSSD et CSSSAE (atteint) | Comités locaux (R) Comité régional (P) CCS (P) | Avril-mai 2010 | Avril 2010 CSSS Drummond CSSS d'Arthabaska et-de-l'Érable |
| | | <ul style="list-style-type: none"> CSSS de Maskinongé CSSS de BNY (site Fortierville) | | Octobre 2011 | |
| Sous-comité : Élaborer une procédure écrite R/A au processus de prise en charge à l'urgence pour les établissements assujettis à transférer les usagers en angioprimaire Concevoir une trousse de transfert standardisée | | <p>Résultats attendus : Adopter une procédure locale standardisée R/A la prise en charge et transfert Obtenir un processus fluide de prise en charge</p> <p>Indicateur de suivi : Présence d'une procédure standardisée de prise en charge IAMEST dans chaque salle d'urgence</p> | Comité régional (R) Sous-comité (P) | Dépôt d'une procédure par le sous-comité en mai 2011 | |
| | | | Comités locaux et gestionnaires (R) | Décembre 2011 | |
| Obligation légale d'interpréter l'ECG qui a été fait par le triage ou par le préhospitalier Inscrire une note au dossier identifiant que l'ECG a été montré au médecin de garde et qu'il a été interprété <ul style="list-style-type: none"> Chaque comité local doit trouver un moyen efficace pour assurer la lecture de l'ECG au triage. Établir une procédure ou une ordonnance collective dans chaque établissement Une ordonnance collective qui indique la façon de retrouver l'information au dossier, et la fréquence à laquelle l'utilisateur doit être réévalué si l'ECG s'avère négatif et que les douleurs sont persistantes | <p>Résultat attendu : Que chaque établissement entérine une procédure écrite ou une ordonnance collective qui indique la façon de retrouver l'information au dossier R/A à l'interprétation de l'ECG au triage</p> <p>Indicateur de suivi : Pourcentage de procédure formelle entérinée par les établissements R/A l'interprétation de l'ECG à l'urgence.</p> | Comités locaux (R) | Décembre 2011 | | |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|--|---|---|---|-----------------------|--|
| | <p>Projet pilote : Déployer dans 3 établissements un horodateur permettant de chronométrer le temps zéro jusqu'au triage et saisir l'heure réelle d'arrivée dans SIURGE pendant 3 mois financé par l'Agence</p> <p>Aux CSSS : Énergie, d'Arthabaska et de l'Érable et Drummond;</p> <p>Si l'horodateur est satisfaisant au terme du projet, il y aura déploiement dans tous les autres établissements</p> | <p>Résultat attendu :</p> <p>Obtenir le délai entre le temps zéro et le triage au moyen d'un horodateur</p> <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Taux de satisfaction de l'utilisation de l'outil au terme des 3 mois</p> | <p>Agence DSSAM(R) Comités locaux (P)</p> | <p>Septembre 2011</p> | |
| | | <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Pourcentage des établissements de la MCQ muni d'un horodateur</p> | <p>Comités locaux (R)</p> | <p>Janvier 2012</p> | |
| 5. Définir des corridors de services fonctionnels pour l'orientation des usagers en IAM, reposant sur de ententes formelles, conclues dans le respect des lignes directrices | <p>Élaborer des corridors de services intra et extra régionaux pour la prise en charge de IAMEST</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Former un sous-comité pour analyser les trajectoires et les régions limitrophes ▪ Évaluer les distances à parcourir en fonction des territoires à desservir ▪ Respecter les corridors fonctionnels reposant sur les ententes formelles conclues en fonction des lignes directrices reconnues. | <p>Résultat attendu :</p> <p>Définir et adopter des corridors de services intra et extra régionaux pour la prise en charge de IAMEST</p> <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Pourcentage des ententes formelles entérinées par les établissements et l'Agence</p> | <p>Agence DSSAM (R) Comité régional (R) Comités locaux (P)</p> | <p>Mai 2012</p> | |
| | <p>Définir les modalités de retour des usagers hospitalisés en centre tertiaire vers les centres régionaux d'origine et signature d'ententes spécifiques à cet effet</p> | <p>Résultat attendu :</p> <p>Que chaque établissement entérine une procédure écrite qui définit les modalités et le lieu de retour des usagers de la région MCQ</p> <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Nombre d'ententes spécifiques signées</p> | <p>Comités locaux (R) Comité régional (P) CCS(P)</p> | <p>Mai 2012</p> | |
| <p>Cible MSSS Évaluation terrain, transfert des connaissances, suivi et rétroaction</p> <p>6. Déployer dans les 8 établissements de la MCQ la base de données</p> | <p>Adopter le fonctionnement de la base de données prospective IM-Québec permettant de colliger les informations pertinentes reliées aux IAMEST incluant la chronométrie des délais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer la présentation par l'équipe du RUIS de Montréal au Comité régional 23 nov. 2009 ▪ Signer l'autorisation de la base de données par les DSP des 8 établissements et par le DRAMU de l'Agence ▪ Former les intervenants des 8 établissements Déc. 2009 ▪ Obtenir l'engagement du CCEC à transmettre un rapport | <p>Résultat attendu :</p> <p>Déployer la base de données prospective permanente IM-Québec dans les 8 établissements et supporté par une chargée de projet du RUIS de Montréal (atteint)</p> <p>Indicateur de suivi : (Cible 100%) Pourcentage des autorisations signées par les DSP et l'Agence (atteint)</p> | <p>Comité régional (R) Agence (P) • DSSAM et SPU Chargée de projet (P) Lucette Whittom Gestionnaires des 8 établissements (P)</p> | <p>Mai 2010</p> | <p>Fév.- juin 2010 - 100% 8 établissements de la MCQ formés et autorisés à l'entrée de données Juin 2010 – 100% 8 établissements sur 8 ont complété le déploiement d'IM-Québec</p> |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|--|--|---|--|----------------------|--|
| prospective analytique permanente IM-Québec opérationnalisée par le Centre de Coordination des Essais Clinique de l'ICM (CCEC) | mensuel à tous les établissements concernés <ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement non récurrent octroyé par l'Agence pour le de démarrage, permettant de financer le salaire des archivistes médicales dans les 8 établissements et soutenir les travaux en cours par les comités locaux ▪ Analyse des rapports mensuels par les comités locaux ▪ Transmettre les analyses des rapports mensuels par les comités locaux au Comité régional | Indicateur de suivi : (Cible 100%) Pourcentage d'établissements de la MCQ qui colligent les informations dans la base de données IM-Québec | Gestionnaires des urgences(R) | Mars de chaque année | En continu |
| | | Indicateur de suivi : (Cible : Mensuel) Fréquence des rapports transmis par le CCEC aux établissements concernés/année | Centre de coordination des essais cliniques de l'ICM (R) | En continu | En continu |
| | | Indicateur de suivi : Fréquence de l'analyse des rapports mensuels par les comités locaux/année Nombre de suivi des mesures correctives au Comité régional | Comités locaux (R) Comité régional (P) | En continu | En continu |
| | Suivi conjoint avec IM-Québec Obtenir autorisation des DSP pour que IM-Québec transmette à l'Agence les rapports régionaux de tous les établissements de la MCQ | Résultat attendu : Que tous les établissements autorisent la transmission des rapports IM-Québec à l'Agence Indicateur de suivi : (Cible 100%) Pourcentage d'autorisation obtenue des 8 DSP pour la transmission à l'Agence des rapports régionaux complets par IM-Québec (atteint) | Agence DSSAM (R) Table des DSP (P) Table des chefs des médecins spécialistes (P) | Février 2011 | Février 2011-100 % des DSP ont autorisé la transmission des rapports pour 3 ans à l'Agence |
| Adopter une note d'évolution standardisée pour IAMEST dans chaque établissement Mettre en place une grille de suivi dans chaque établissement | | Résultat attendu : Obtenir les informations complètes dans les dossiers et faciliter le repérage de l'information Indicateurs de suivi : Pourcentage d'adhésion à une note d'évolution standardisée par les établissements | Comités locaux (R) | Décembre 2011 | En continu |
| | | Indicateur de suivi : Taux de conformité à la note d'évolution | | Décembre 2011 | En continu |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|--|---|---|--|---|---|
| <p><u>Cible MSSS</u></p> <p>Mise à jour de la formation de base et de la formation continue</p> <p>7. Mise à niveau de la formation des infirmières pour effectuer les transferts urgents interétablissements IAMEST</p> | <p>Projet pilote :</p> <p>Formation d'un ACLS partiel de 4 heures pour les transferts urgents interétablissements IAMEST des infirmières d'urgence (simulations et arrimages avec les ambulanciers) CSSS Drummond (septembre à décembre 2010)</p> <p>Soutien financier de l'Agence</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer par Dr François Champagne et Dr Simon Falardeau une formation d'ACLS partiel aux infirmières ▪ Évaluer la faisabilité d'exporter la formation des infirmières et des particularités cliniques des transferts à d'autres territoires de la MCO ▪ Évaluer l'efficacité du nombre d'infirmières formées R/A aux coûts investis par le soutien financier ▪ Concevoir une formation pour les formateurs | <p>Résultat attendu :</p> <p>Que tout le personnel désigné par les CSSS et du CHRTR ait suivi une formation d'appoint en transfert urgent</p> <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Transmettre le calendrier de formation des formateurs aux établissements</p> | <p>Comités locaux (R)</p> <p>Agence (P)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DSSAM-SPU <p>Gestionnaires des urgences (R)</p> | <p>Projet pilote Décembre 2010</p> | <p>Déc. 2010 CSSSD Projet terminé</p> |
| | | <p>Indicateur de suivi :</p> <p>Pourcentage des infirmières formées en transferts urgents selon la cible établie par les gestionnaires des établissements</p> | | <p>Gestionnaires des urgences (R)</p> | <p>Février 2011</p> |
| | | <p>Promouvoir auprès des autorités médicales et hospitalières les 2 traitements comme des modalités complémentaires de revascularisation de l'IAMEST soit la fibrinolyse et l'angioplastie primaire dépendamment des lieux géographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer une mise à niveau des connaissances dans chaque établissement ▪ Déterminer un mécanisme de transmission d'informations médicales aux personnels des urgences dans les 8 établissements ▪ Identifier le nombre d'infirmières à former ▪ Transmettre aux 8 établissements, SPU et aux maisons d'enseignement (CEGEP, UQTR) les affiches de l'Algorithme clinique du RQCT diffusé par le ministère | <p>Résultat attendu :</p> <p>Que tous les établissements mettent en place un mécanisme de suivi</p> <p>Indicateurs de suivi :</p> <p>Fréquence annuelle des mises à niveau de tous les intervenants de l'urgence</p> | <p>Gestionnaires des urgences (R)</p> <p>Agence DSSAM (P)</p> | <p>Mars 2012</p> |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation | |
|---|---|---|--|--|---|-------------------|
| <p>Cible MSSS Améliorer la performance des services préhospitaliers d'urgence</p> <p>8. ECG préhospitalier avec analyse immédiate</p> <p>9. Clarifier et appliquer les procédures recommandées après identification d'un IAMEST, incluant triage, préalerte du centre receveur et contournement de centre sans laboratoire d'hémodynamie lorsque pertinent</p> | <p>Déployer progressivement l'électrocardiogramme (ECG) 12 dérivations en préhospitalier par les TAP sur le territoire de la MCQ et une préalerte par transmission radio à l'urgence lorsqu'ils sont en présence d'observation clinique d'un infarctus aigu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Valider le projet pilote par le Comité régional Effectuer une formation de 16 heures par cohorte d'ambulanciers pour l'application de l'ECG 12 D dans l'ambulance et la préalerte radio Valider la séquence d'informations de préalerte à transmettre à l'urgence Valider et diffuser l'outil permettant de colliger l'information transmise par l'ambulancier aux infirmières de l'urgence Comptabiliser le temps de réponse et le temps sur scène Poursuivre la formation des TAP de la MCQ et certification pour l'ECG 12D | <p>Résultat attendu: Obtenir un ECG de qualité par les TAP et une transmission standardisée de la séquence de la préalerte</p> <p>Indicateurs de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de déploiement de l'ECG 12 D et la préalerte en MCQ (Cible 100%) | <p>Agence SPU (R) Gestionnaires des urgences (P) Compagnies ambulancières (P)</p> | <p>Déc. 2009</p> | <p>Projet pilote septembre à décembre 2009 - 96 % des ECG transmis de bonnes qualités</p> | |
| | | | <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesurer Temps sur scène (Cible ≤ 20 min dans 90 % des cas) Mesurer le temps global de transport (Cible ≤ 30 min dans 90 % des cas) Pourcentage de l'utilisation des électrodes de défibrillation dans IAMEST (Cible ≥ 90 %) | <p>Agence DRSPU (R)</p> | <p>Juin 2011 : 75 % Déc. 2011 : 100 %</p> | <p>En continu</p> |
| | | <p>Archiver les ECG préhospitaliers de tous les IAMEST dans chacun des établissements de la MCQ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser une procédure formelle pour archiver les ECG effectué en préhospitalier dans chaque établissement . | <p>Résultat attendu: Que tous les établissements de la MCQ conservent au dossier de l'utilisateur l'ECG effectué en préhospitalier</p> <p>Indicateur de suivi Pourcentage des établissements ayant diffusé une procédure formelle d'archivage de l'ECG effectué en préhospitalier</p> | <p>Comités locaux (R)</p> | <p>Décembre 2011</p> | |
| | | <p>Évaluer la qualité de l'acte R/A la chronométrie des événements et de l'ECG transmis par les TAP</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et actualiser des protocoles en fonction des normes et standards établis par le MSSS via le programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Réviser systématiquement les interventions des ambulanciers avec rétroaction aux TAP Valider l'efficacité des mesures correctives s'il y a lieu | <p>Résultat attendu Que les services préhospitaliers compilent les données chronométrées en lien avec les interventions</p> <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des ECG bien transmis par des ambulanciers certifiés (Cible 90 %) Taux de faux positif Taux de protocoles appliqués (Cible 100%) Taux de rétroaction aux TAP (Cible 100%) | <p>Agence : DRSPU (R) Répondant à l'assurance qualité PACQ (P)</p> | <p>Mars de chaque année</p> | <p>En continu</p> |

Priorité ministérielle : Améliorer l'accès au traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés

| Objectifs | Moyens | Résultats attendus Indicateurs de suivi | Responsables (R) Partenaires (P) | Échéancier prévu | Dates de réalisation |
|---|---|---|---|---|----------------------|
| | <p>Projet Pilote Transmission de l'ECG vers le centre receveur par les véhicules ambulancier équipés d'une tablette PC (secteur Grand-Mère)</p> <ul style="list-style-type: none"> Centre d'hémodynamie mis sous tension directement avec transmission électronique de ECG et contourner les centres sans laboratoire d'hémodynamie afin de se diriger directement vers les centres qui en possèdent. | <p>Indicateur de suivi : Taux d'application du protocole de contournement en vigueur (Cible 100%)</p> | <p>Agence DMSPU(R) Comité régional (P) CCS(P)</p> | <p>Transmission des ECG</p> <ul style="list-style-type: none"> Décembre 2011 <p>Transport direct vers centre hémodynamie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mars 2012 | |
| | <p>Projet régional</p> <ul style="list-style-type: none"> Dès que la technologie sera disponible les autres compagnies ambulancières seront incluses dans le projet et les centres d'hémodynamie de ces territoires seront identifiés. Révision des destinations d'usagers par le Comité régional et les comités locaux Découpage géographique en tenant compte des distances à parcourir Réviser les protocoles préhospitaliers en regard de l'administration des médicaments | <p>Résultat attendu : Respect des corridors de service</p> <p>Indicateur de suivi : Pourcentage des usagers en IAMEST transportés au bon centre en conformité des protocoles en vigueur (Cible : > 95 % des cas)</p> | <p>Agence DMSPU, DSSAM (R) Comité régional (P) Comités locaux (P)</p> | <p>Si technologie disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> Juin 2013 | |
| 10. Prioriser les demandes de transfert entre les centres | <p>Code de transfert catégorie 1 i (i pour infarctus)</p> <ul style="list-style-type: none"> Garder sur la civière de l'ambulance et repartir avec la même équipe d'ambulanciers pour les établissements ayant adopté une procédure de transfert pour angioprimaire ou selon le protocole déterminer avec le CCS Respecter corridors de services fonctionnels reposant sur des ententes formelles conclues dans le respect des lignes directrices reconnues | <p>Indicateur de suivi : Temps total sur place, de l'usager au centre receveur avant transfert vers centre d'hémodynamie (Cible < 30 min dans 90 % des cas)</p> <p>Temps entre l'appel de l'ambulance par le centre receveur et arrivée de celle-ci, si non déjà sur place. (Cible : temps réponse < 10 min dans 90 % des cas)</p> | <p>Agence SPU(R) CCS (P) Comités locaux (P)</p> | Mars de chaque année | En continu |

6. LISTE DES RÉFÉRENCES

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST): enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge*. Rapport préparé par Peter Bogaty, Lucy J. Boothroyd, Laurie Lambert, Jean-Marie R., Lance et Daniel Paquette. ETMIS 2008; 4 (2):1-114.

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). *L'évaluation terrain sur l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST(IAMEST)*. Rapport PPT. préparé par Lambert, L.; Bogaty, P., Carroll-Bilodeau, C., Boothroyd, Lucy & Morin, J. ETIAMEST, 2008.

Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2008). *Plan d'action régional de la santé Publique MCQ 2009-2010*. Consulté le 23 août 2010 du site <http://www.agences04.qc.ca>

Armstrong, PW.,Bogaty, P.,Buller, CE.,Dorian, P. O'Neil, BJ. (2004). *The 2004 ACC/AHA Guidelines: a perspective and adaptation for Canada by the Canadian Cardiovascular Society Working Group*. *Can J Cardiol*. 2004, September 20 (11) :1075-9.

Institut de la statistique du Québec, récupérée le 8 septembre 2010 du site <http://www.stat.gouv.qc.ca/regions>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action ministériel continuum de services pour IAMEST*. Document PowerPoint, Octobre 2008.

O'Connor RE., Brady, W., Brooks, SC., Diercks, D., Egan, J., Ghaemmaghami, C. Menon,V., O'Neil, BJ. Travers, AH, Yannopoulos, D. Part 10 : *Acute coronary syndromes : 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation*, 2010; 122 (suppl 3) : S787-S817.

Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT). *Le développement de l'hémodynamie au Québec. Évaluation des besoins et proposition pour une utilisation optimale des ressources Perspective 2005-2010*. Rapport du groupe d'expert en hémodynamie du réseau québécois tertiaire, juin, 2005.

ANNEXE 1 – COMPOSITION DU COMITÉ RÉGIONAL DE CARDIOLOGIE

Agence de la santé et des services sociaux de la MCQ

Président, cardiologue
Responsable régionale de cardiologie, DSSAM
Directrice médicale régionale SPU
Répondant à l'assurance qualité SPU
Pharmacienne-conseil
Chef de service aux affaires médicales

D^r Carl-Éric Gagné
M^{me} Chantal Lehoux
D^{re} Sophie Courchesne
M. Christian Shooner
M^{me} Anne-Claire Panneton
M^{me} Danièle Hubert

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Coordonnateur programme de cardiologie
Coordonnateur programme urgence /traumatologie
Urgentologue

M. René Therrien
M. Marcel Rheault
D^{re} Amélie Boucher-Pilon

CSSS de l'Énergie

Chef administratif de l'urgence
Interniste
Urgentologue

M^{me} Natalie Gélinas
D^r Grégory Courtoy
D^{re} Janique Dion

CSSS Drummond

Chef administratif de l'urgence
Interniste
Urgentologue

M^{me} Suzanne Ruel
D^r Simon Falardeau
D^r François Champagne

CSSS d'Arthabaska et-de-l'Érable

Coordonatrice de l'urgence
Interniste
Urgentologue

M^{me} Diane Labrie
D^{re} Maryse Mercier
D^{re} Manon Henri

CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska

Répondant des directeurs des services professionnels
Chef administratif des services ambulatoires
Urgentologue

D^r Dominic Tardif
M^{me} Julie Chapdelaine
D^r Nicolas Bérubé-Drouin

CSSS Maskinongé

Chef de programme santé physique
Assistante du supérieur immédiat, urgence
Urgentologue (poste vacant)

M^{me} Diane Bertrand
M^{me} Catherine Laquerre

CSSS de Trois-Rivières

Chef administratif de l'urgence
Urgentologue

M^{me} Nathalie Boulet
D^{re} Karine Talbot

CSSS du Haut St-Maurice

Chef administratif de l'urgence
Urgentologue

M^{me} Danielle Noël
D^{re} Laurence Roberge

Centre des communications santé de la MCQ et SPU

Directeur général
Coordonnateur des activités

M. Daniel Girard
M. Dominique St-Arnaud

ANNEXE 2 – COMPOSITION DES COMITÉS LOCAUX DE CARDIOLOGIE

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES

Comité local de cardiologie

Cardiologue
Directrice des soins infirmiers
Adjoint au directeur des services professionnels
Coordonnateur programme urgence/traumatologie
Coordonnateur programme de cardiologie
Urgentologue
Conseillère spécialisée en cardiologie

D^r Carl-Éric Gagné
M^{me} Rosemonde Landry
D^r Olivier Roy
M. Marcel Rheault
M. René Therrien
D^{re} Amélie Pilon-Boucher
M^{me} Josée Bergeron

Responsable à l'entrée de données IM-Québec
Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Marie Julie
M^{me} Micheline Diamond

CSSS DE L'ÉNERGIE

Comité local de cardiologie

Chef administratif de l'urgence
Interniste
Spécialiste en médecine d'urgence

M^{me} Natalie Gélinas
D^r Grégory Courtoy
D^{re} Janique Dion

Responsable à l'entrée de données IM-Québec
Archiviste

M^{me} Nathalie Carrier
M^{me} Dominique Sanschagrin

CSSS DRUMMOND

Comité local de cardiologie

Chef de la médecine interne
Chef médical de l'urgence
Chef administratif de l'urgence
Assistant infirmier chef
Assistante infirmière chef
Secrétaire

D^r Simon Falardeau
D^r François Champagne
M^{me} Suzanne Ruel
M. Stéphane Timmons
M^{me} Lyne Véronneau
M^{me} Mélanie Larose

Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Julie Allard

CSSS D'ARTHABASKA ET-DE-L'ÉRABLE

Comité local de cardiologie

Chef administratif de l'urgence
Interniste
Urgentologue

M^{me} Diane Labrie
D^{re} Maryse Mercier
D^{re} Manon Henri

Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Lucie Langevin

CSSS DE TROIS-RIVIÈRES

Comité local de cardiologie

Chef administratif de l'urgence
Chef administratif de l'urgence (sept 2009 à juin 2010)
Urgentologue
Infirmière

M^{me} Nathalie Boulet
M^{me} Johanne Lafontaine
D^{re} Karine Talbot
M^{me} Johanne Lyonnais

Responsable à l'entrée de données IM-Québec
Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Johanne Lyonnais
M^{me} Marie-Josée Émond

CSSS DE MASKINONGÉ

Comité local de cardiologie

Chef de programme santé physique
Assistante du supérieur immédiat
Directeur des services professionnels

M^{me} Diane Bertrand
M^{me} Catherine Laquerre
D^r Guy Croisetièrre

Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Catherine Laquerre

CSSS BÉCANCOUR—NICOLET- YAMSAKA

Comité local de cardiologie

Directeur des services professionnels
Chef administratif de l'urgence
Urgentologue
Assistante du supérieur immédiat

D^r Dominique Tardif
M^{me} Julie Chapdelaine
D^r Nicolas Drouin-Bérubé
M^{me} Michèle Godin

Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Sylvie Lebel

CSSS DU HAUT-ST-MAURICE

Comité local de cardiologie

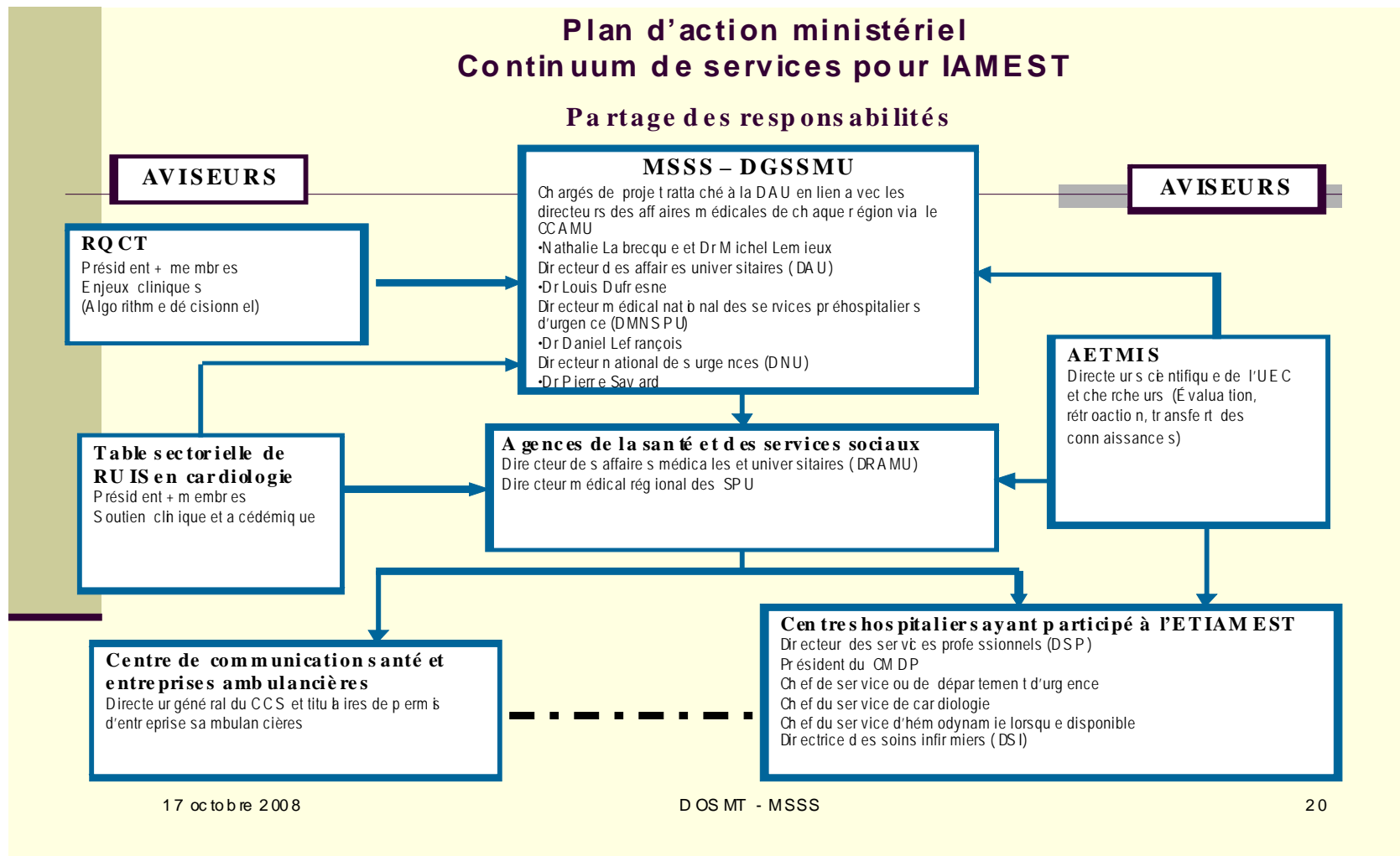
Chef administratif de l'urgence
Chef médical de l'urgence
Infirmier à l'urgence
Directeur des services professionnels

M^{me} Danielle Noël
D^{re} Laurence Roberge
M. Steve Daudelin
D^r Claude Bouchard

Responsable à l'entrée de données IM-Québec
Responsable à l'entrée de données IM-Québec

M^{me} Odette Gélinas
M^{me} Nathalie Laperrière

ANNEXE 3 – ORGANIGRAMME DU PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL

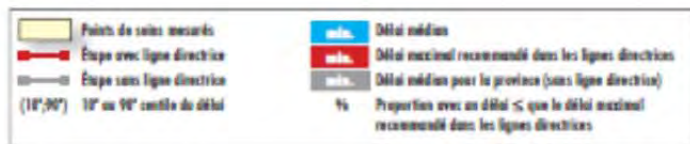
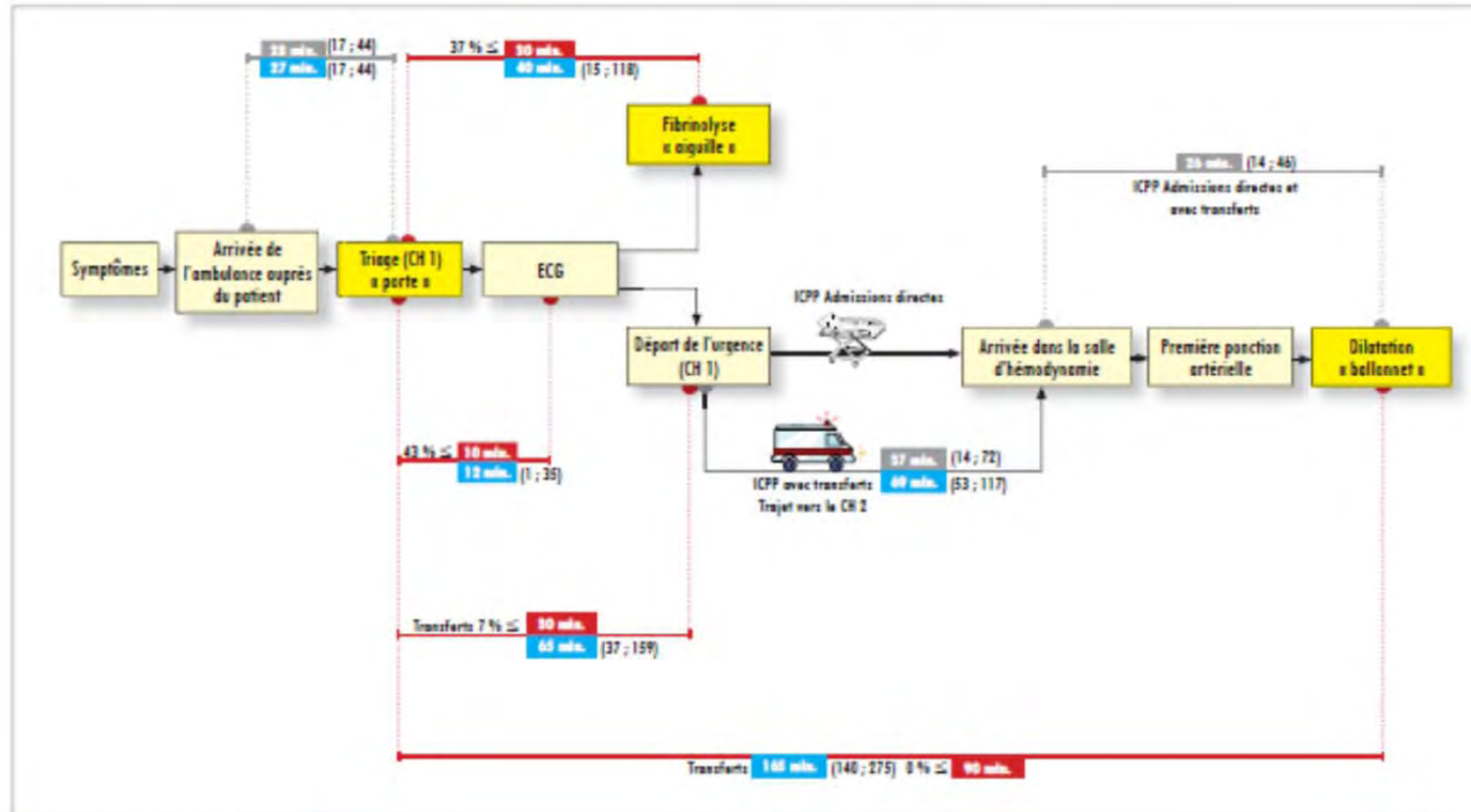


**ANNEXE 4 — PORTRAIT RÉGION 04 ET PROVINCIAL DANS LE CADRE DE
L'ETIAMEST (NOVEMBRE 2008)**



Les étapes de soins mesurées dans le cadre de l'ETIAMEST Portrait de la région 04 (Mauricie et Centre-du-Québec)

Du 1^{er} octobre 2006 au 31 mars 2007
n = 162



Novembre 2008

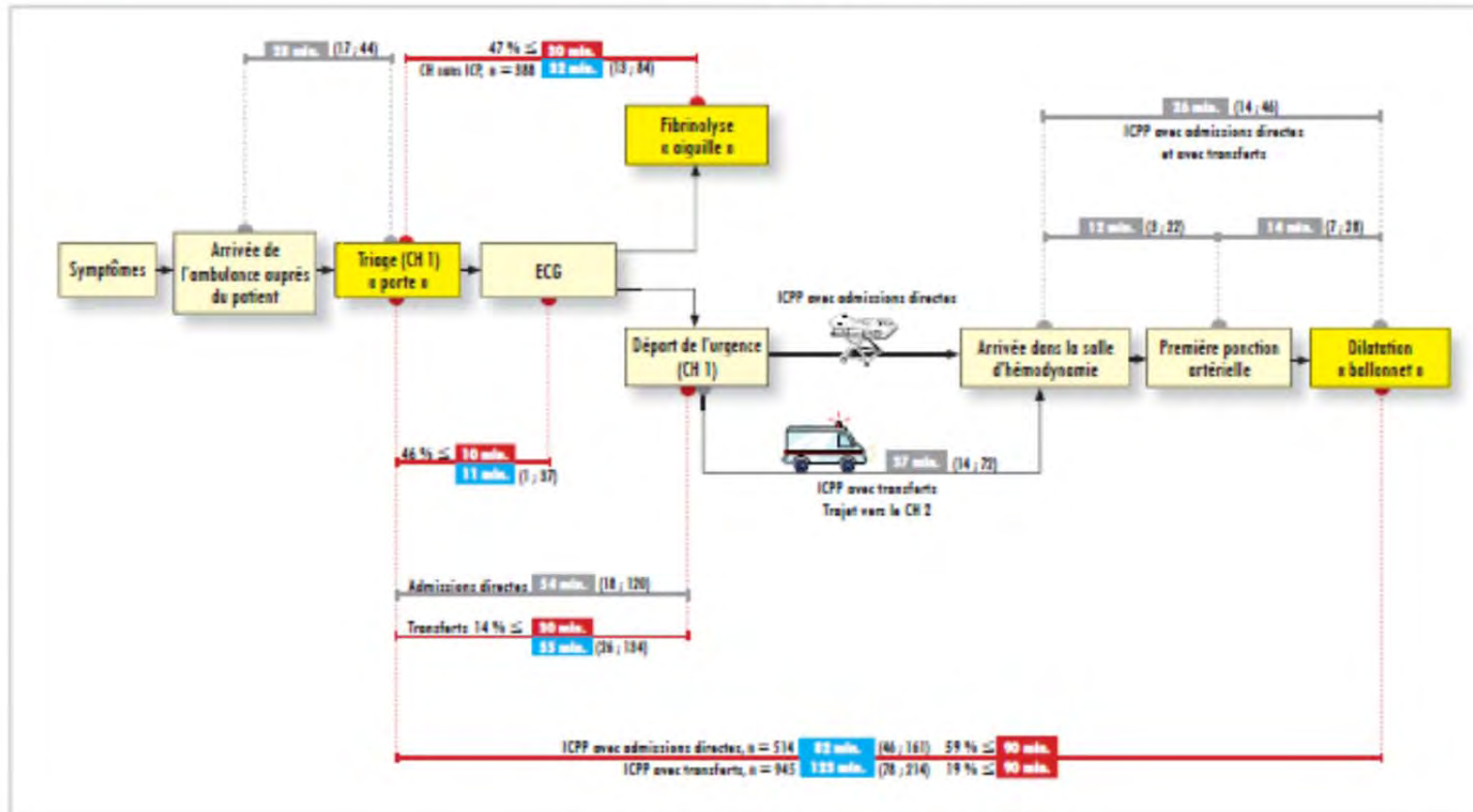
Agence d'Évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé
Québec

20 ans
AVEC VOUS
POUR LA SANTÉ



Les étapes de soins mesurées dans le cadre de l'ETIAMEST Portrait de la province

Du 1^{er} octobre 2006 au 31 mars 2007
n = 2 401



| | | | |
|--|--|--|--|
| | Points de soins mesurés | | Délai réel |
| | Étape avec ligne directrice | | Délai maximal recommandé dans les lignes directrices |
| | Étape sans ligne directrice | | Délai réel pour la province (sans ligne directrice) |
| | (10 th , 90 th) 10 th ou 90 th centile du délai | | % Proportion avec un délai ≤ que le délai maximal recommandé dans les lignes directrices |

Novembre 2008



**ANNEXE 5 — PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL
CONTINUUM DE SERVICES POUR IAMEST**

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL CONTINUUM DE SERVICES POUR IAMEST

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Problématique d'accès soulevée par résultats et conclusions
de travaux menés par UEC-AETMIS

➤ ÉTIAMEST - RÉSULTATS

➤ RAPPORTS - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS :

- Pratique de l'ICP dans les hôpitaux sans service de chirurgie cardiaque sur place;
- Prise en charge de l'IAMEST : efficacité comparative de l'angioplastie primaire et de la fibrinolyse comme thérapie de reperfusion;
- IAMEST : enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge.

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Le ministère de la Santé et des Services sociaux se mobilise et interpelle tous les partenaires concernés de son réseau.

- Diffusion des résultats de l'ÉTIAMEST (automne 2008)
- Recommandation d'un algorithme décisionnel basée sur lignes directrices reconnues pour la prise en charge des patients en IAMEST (automne 2008)

Priorité ministérielle

Accès au traitement de l'IAMEST dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le choix de traitement et les délais recommandés.

17 octobre 2008

DOBMT - MSSS

3

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Attente ministérielle envers son réseau

Soumettre un ensemble de mesures visant à corriger la situation lorsque cela s'impose :

- Plan d'action local
- Plan d'action régional
- Plan d'action de RUIS pour les corridors de services, lorsque requis.

17 octobre 2008

DOBMT - MSSS

4

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Cibles :

1. Amélioration de la performance des services préhospitaliers d'urgence (chronométrie et processus d'acheminement des patients vers les CH de destination)
2. Amélioration de la performance des services hospitaliers d'urgence et d'hémodynamie d'urgence (chronométrie et choix cliniques)
3. Mise à jour de la formation de base et de la formation continue
4. Évaluation terrain, suivi, rétroaction et transfert des connaissances

17 octobre 2006

DOSMT - MBSS

5

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Cible spécifique : Services préhospitaliers (automne 2010)

1. Amélioration de la performance des services préhospitaliers d'urgence
 - ECG préhospitalier avec analyse immédiate;
 - Clarification et mise en application des procédures opérationnelles recommandées après identification d'un IAMEST, incluant triage, préalerte du centre receveur et contournement de centre sans laboratoire d'hémodynamie lorsque pertinent;
 - Priorisation des demandes de transfert entre les centres hospitaliers pour la clientèle présentant un IAMEST;
 - Respect de corridors de services fonctionnels reposant sur des ententes formelles conclues dans le respect des lignes directrices reconnues.

17 octobre 2006

DOSMT - MBSS

6

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Cible spécifique : Services hospitaliers (automne 2009)

2. Amélioration de la performance des services hospitaliers d'urgence et d'hémodynamie d'urgence

- Adhésion à l'algorithme décisionnel basé sur les lignes directrices reconnues pour la prise en charge des patients en IAMEST
- Organisation des services et du travail en conséquence.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

7

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

- Mise en application algorithme décisionnel retenu tout en tenant compte des conditions particulières à sa région (géographie, distance d'un centre doté de laboratoire d'hémodynamie, disponibilité d'une ambulance, délais de transport anticipés compte tenu de la météo, etc.).
- Reconnaissance de l'expertise des centres hospitaliers qui obtiennent de bons résultats et partage des outils avec les autres (protocoles, etc.).

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

8

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Cible spécifique : Formation (Automne 2009)

3. Mise à jour de la formation de base et de la formation continue

- Reconnaissance, auprès des autorités médicales et académiques, que la fibrinolyse et l'angioplastie primaire sont des modalités complémentaires de revascularisation pour les patients en IAMEST, dont le choix en situation d'urgence résulte d'une évaluation du profil clinique de chaque patient et des délais d'accès anticipés pour les deux traitements;
- Changements nécessaires aux programmes de formation médicale et en sciences infirmières, si requis, ainsi que des techniciens ambulanciers.

17 octobre 2008

DOSMT - MGSS

9

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Cible spécifique : Évaluation, suivi, rétroaction, transfert de connaissances (À déterminer)

4. Évaluation terrain, transfert des connaissances, suivi et rétroaction

- Mécanismes de suivi de la performance des initiatives d'ECG préhospitalier à l'échelle suprarégionale, régionale et locale;
- Rehaussement de la validité des données (synchroniser les horloges, disposer de chronomètre fonctionnel dans toutes les salles, etc.);
- Réduction des données manquantes (documenter les cas non traités par reperfusion, etc.);

17 octobre 2008

DOSMT - MGSS

10

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

- Réalisation de la phase II de l'ÉTIAMEST pour le suivi en continu des mécanismes de suivi de la performance à l'échelle provinciale (en particulier la rapidité d'administration d'un traitement de reperfusion) tout au long du processus de soins – dans la phase préhospitalière, à l'urgence, à la salle d'hémodynamie - notamment dans les cas de transfert interhospitalier;
- Mécanisme de retour d'information régulier et en temps opportun à l'intention du personnel soignant, notamment aux centres référents.

17 octobre 2008

DOGMT - MSSS

11

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Attentes spécifiques envers les dispensateurs de services :

- Appropriation des résultats de l'ÉTIAMEST
- Adoption de l'algorithme décisionnel recommandé (à confirmer)
- Examen de la pratique actuelle par rapport aux lignes directrices reconnues.
- Mesure de l'écart de la pratique par rapport aux lignes directrices reconnues
- Identification des causes des délais rencontrés à chacune des étapes (transport en ambulance, transfert inter hospitalier + admission directe, etc.)
- Revue des processus de prise en charge et de l'organisation du travail
- Élaboration d'un plan de mesures correctives (objectifs, changements à apporter, échéancier de réalisation)

17 octobre 2008

DOGMT - MSSS

12

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Attentes spécifiques envers les Agences de la santé et des services sociaux :

Directeur régional des affaires médicales et universitaires (DRAMU)

- En collaboration avec le directeur médical SPU et le coordonnateur administratif des SPU ainsi qu'avec le directeur général du Centre de communication Santé (CCS) et le responsable des communications de l'agence :
- S'approprier les résultats de l'ÉTIAMEST en ce qui concerne les services hospitaliers de sa région.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

13

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

- Participer à l'organisation de la transmission des résultats par l'AETMIS (transfert des connaissances.
- Faire connaître les attentes ministérielles concernant les services hospitaliers.
- Identifier les causes des délais rencontrés à chacune des étapes de la prise en charge hospitalière des patients en IAM
- Reconnaître l'expertise des centres hospitaliers qui obtiennent de bons résultats et en faire bénéficier les autres.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

14

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

- Élaborer un plan d'action régional intégrant l'ensemble des plans d'action locaux (pré-hospitaliers et hospitaliers). Ces plans locaux spécifient les mesures correctives à implanter (objectifs, changements à apporter à son offre de services, échéancier de réalisation) de même que les actions à prendre pour le rehaussement de la validité des données et la réduction des données manquantes.
- Définir des corridors de services fonctionnels pour l'orientation des patients en IAM, reposant sur des ententes formelles, conclues dans le respect des lignes directrices reconnues.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

15

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

- Faire le suivi de l'implantation des mesures inscrites aux plans d'action locaux en collaboration avec les répondants des centres hospitaliers.
- Faire le suivi des résultats obtenus grâce aux mesures mise en œuvre aux niveaux local et régional.
- Soutenir la réalisation de la phase II de l'ÉTIAMEST en tant que moyen de suivi de la performance à l'échelle provinciale (en particulier sur la rapidité d'administration d'un traitement de reperfusion) à l'urgence et en salle d'hémodynamie.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

16

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

Directeur médical des services préhospitaliers d'urgence (DMSPU)

En collaboration avec le DRAMU et le coordonnateur administratif des SPU ainsi qu'avec le directeur général du Centre de communication Santé (CCS) et le responsable des communications de l'agence :

- S'approprier les résultats de l'ÉTIAMEST en ce qui concerne les services préhospitaliers de sa région.
- Participer à l'organisation de la transmission des résultats par l'AETMIS (transfert des connaissances.
- Faire connaître les attentes ministérielles concernant les services hospitaliers.

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

17

Plan d'action ministériel

Continuum de services pour IAMEST

- Élaborer un plan d'action régional intégrant l'ensemble des plans d'action locaux (pré-hospitaliers et hospitaliers). Ces plans locaux spécifient les mesures correctives à implanter (objectifs, changements à apporter à son offre de services, échéancier de réalisation) de même que les actions à prendre pour le rehaussement de la validité des données et la réduction des données manquantes.
- Implanter ou consolider le programme d'ECG en préhospitalier selon le calendrier provincial d'implantation des MDSA avec ECG 12D.
- Revoir ou mettre en place les procédures opérationnelles à appliquer à la suite à l'identification d'un IAMEST, incluant triage, pré alerte des centres de destination et contournement des centres sans laboratoire d'hémodynamie lorsque pertinent;

17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

18

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

- Identifier les causes des délais rencontrés à chacune des étapes de la prise en charge ambulancière des patients en IAM.
- Faire la mise en place de mécanismes de suivi de la performance des initiatives d'ECG pré hospitalier à l'échelle supra régionale, régionale et locale en collaboration avec les responsables de cette offre de service via le programme d'assurance-qualité existant;
- Participe à l'élaboration d'un plan d'action régional intégrant l'ensemble des plans d'action locaux pour les services préhospitaliers et hospitaliers.
- Faire le suivi de l'implantation des autres mesures inscrites aux plans d'action locaux.
- Faire le suivi des résultats obtenus grâce aux mesures mises en œuvre au niveau local.

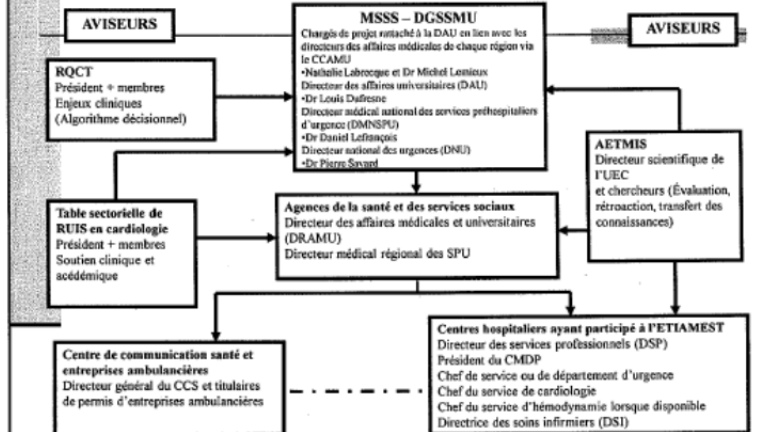
17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

19

Plan d'action ministériel Continuum de services pour IAMEST

Partage des responsabilités



17 octobre 2008

DOSMT - MSSS

20




CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

www.agencesss04.qc.ca

