

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010-2013

RÉACTÉ

Comité de rédaction du rapport

Dr François Philippon
Président sortant
Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Dr Normand Racine
Président
Réseau québécois de cardiologie tertiaire

M^{me} Nathalie Labrecque
Coordonnatrice du Réseau québécois de cardiologie tertiaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Marie-Josée Paradis
Agente de secrétariat
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT). Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-69193-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2013

Table des matières

Mot du président du Réseau québécois de cardiologie tertiaire	4
Ce qu'est le Réseau québécois de cardiologie tertiaire	6
Historique	6
Mission	6
Objectifs.....	6
Gouvernance	6
Les groupes de travail	8
La génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire	8
Groupe de travail : veille technologique.....	9
Collaboration avec l'Unité d'évaluation en cardiologie tertiaire de l'INESSS	9
Présence du RQCT aux comités nationaux.....	9
Table de consultation annuelle	9
Coup d'œil sur l'attente et sur la production de services en cardiologie tertiaire au Québec	10
Le site Internet du RQCT	18
Annexe 1 : Membres du comité directeur	19
Annexe 2 : Membres du comité scientifique	21
Annexe 3 : Membres du groupe de travail sur la génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire	22
Annexe 4 : Liste des établissements offrant des services tertiaires en cardiologie.....	23

MOT DU PRÉSIDENT DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) maintient ses activités depuis plus de 13 ans. Ayant toujours pour mission d'aviser le ministre de la Santé et des Services sociaux des mesures nécessaires pour assurer à tous les patients l'accessibilité dans les délais recommandés à des services en cardiologie tertiaire sécuritaires et de qualité, le réseau s'est également impliqué selon les besoins qui varient en fonction du temps.

Durant les deux dernières années, le RQCT a suivi les activités cliniques en cardiologie tertiaire dans l'optique des derniers rapports de nos comités d'experts. En effet, l'avènement de nouvelles technologies comme les remplacements valvulaires aortiques percutanés et l'augmentation de certaines procédures novatrices telles l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire, la fermeture de l'auricule gauche, les nouvelles formes d'assistance ventriculaire et leurs indications posent des défis pour le système de santé québécois. Le réseau a reconnu l'importance de procéder à une « veille technologique » et a formé un groupe d'experts qui aura comme mandat d'informer le réseau au sujet des technologies innovantes afin d'en évaluer le développement et l'application au Québec et de prévoir des recommandations éventuelles aux autorités ministérielles. De plus, le suivi des listes d'attente en cardiologie tertiaire au Québec se poursuit.

Fort de ses recommandations en matière d'évaluation de la pratique et de l'introduction des nouvelles technologies, le réseau a étroitement collaboré, par l'entremise de son comité scientifique, aux différents travaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) durant les deux dernières années. Cette collaboration a permis d'évaluer les délais dans le traitement de l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST et les résultats de la chirurgie de pontage aorto-coronarien en plus de permettre de prévoir les registres de suivi des implantations de valves aortiques percutanées et des autres nouvelles technologies. Cette culture d'évaluation dite « de terrain » se développe au Québec et elle permettra d'assurer des soins d'excellence en cardiologie.

Le développement des connaissances en génétique cardiovasculaire suscite également l'attention du réseau. Un groupe de travail se penchera sous peu sur des recommandations pratiques dans un contexte québécois.

Sans la collaboration des partenaires du réseau, il ne serait pas possible de mener à bien nos travaux. Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du comité directeur, la Table de consultation du RQCT ainsi que les nombreux collaborateurs et experts qui se joignent à nous et qui, grâce à leur expertise, contribuent aux réalisations du réseau.

J'ai personnellement participé aux travaux du réseau depuis sa formation et j'ai agi à titre de président durant les six dernières années. J'ai toujours cru que le réseau pouvait contribuer de façon positive aux meilleurs soins en cardiologie au Québec. Ce fut un grand plaisir d'y participer et je remercie tous mes collaborateurs et collaboratrices des dernières années.

Je profite de l'occasion pour féliciter le docteur Normand Racine qui prend les rênes du réseau à titre de président pour les prochaines années et lui assure mon entière collaboration.

Sincèrement,

François Philippon, MD, FRCPC, FHRS

CE QU'EST LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Historique

Le RQCT a été fondé en 2000 par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec pour donner des avis concernant l'accessibilité aux services en cardiologie tertiaire.

Mission

Le RQCT est une structure permanente dont la mission consiste à aviser le ministre de la Santé et des Services sociaux des mesures nécessaires pour assurer à tous les patients l'accessibilité à des services en cardiologie tertiaire sécuritaires et de qualité, et ce, dans les délais recommandés. Ses avis sont essentiellement de nature clinique.

Objectifs

- Fournir des avis afin que tous les patients aient accès à des soins sécuritaires et de qualité dans des délais acceptables, en fonction du degré d'urgence et de gravité de la maladie.
- Assurer le suivi des dossiers d'actualité et de développement de la cardiologie tertiaire et faire des recommandations relatives aux standards de pratique clinique ayant possiblement un effet sur l'organisation des services de même que sur l'allocation des ressources.
- Favoriser le fonctionnement en réseau de tous les centres de cardiologie tertiaire du Québec, notamment en participant aux travaux de la Table sectorielle des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en cardiologie rattachée à la Table de coordination nationale des RUIS.
- Participer à l'amélioration des pratiques en cardiologie tertiaire.
- Examiner et recommander des modalités d'introduction aux nouvelles technologies.

Gouvernance

Le président du RQCT est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour un mandat de trois ans qui est renouvelable, au maximum, pour un mandat additionnel. Le RQCT est composé de médecins spécialistes et d'administrateurs issus de toutes les disciplines et de tous les centres offrant des services de cardiologie tertiaire au Québec. On y trouve également un représentant de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les directeurs médicaux de certaines agences concernées par l'organisation des services tertiaires en cardiologie et de différentes associations ainsi que des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui sont responsables de la permanence. Les principales associations médicales et professionnelles y ont également des déléguées. Nommés pour quatre ans, tous ces représentants forment la Table de consultation et ils se réunissent annuellement.

Tout au long de l'année, le fonctionnement du RQCT est assuré par le comité directeur, qui se compose de quelques membres de la table de consultation choisis, notamment, avec le souci d'assurer une représentation adéquate des différentes spécialités de la cardiologie tertiaire et en fonction des quatre territoires de RUIS.

De plus, le RQCT forme des groupes de travail composés d'experts appelés à analyser certaines problématiques particulières et à faire les recommandations appropriées au comité directeur. Ces avis sont ensuite présentés au ministre de la Santé et des Services sociaux qui, après examen, peut procéder à l'annonce d'orientations ministérielles.

Ces rapports sont disponibles sur le site Web du RQCT, à l'adresse suivante : www.rqct.qc.ca.

LES GROUPE DE TRAVAIL

La génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire

Mandat

La venue des tests génétiques dans la pratique clinique de la cardiologie est une réalité en constante expansion. L'organisation provinciale de l'accès et de l'utilisation appropriée de ces tests demeure un défi organisationnel et économique. Dans cette optique, le comité directeur du RQCT a mandaté un groupe d'experts pour faire :

- la révision des consensus actuels et de la documentation sur l'utilisation clinique des analyses génétiques appliquées au domaine cardiovasculaire;
- des recommandations relatives aux indications cliniques des tests génétiques :
 - pathologies ciblées (ex. : QT long, syndrome de Brugada, cardiopathie hypertrophique, mort subite inexpliquée, QT court, dysplasie du VD, maladies de surcharge, autres),
 - population cible,
 - dépistage familial,
 - responsabilité et autorisation des analyses génétiques,
 - autres aspects;
- des recommandations relatives aux démarches et des autorisations pour l'utilisation clinique des tests génétiques;
- des recommandations quant à l'organisation provinciale pour assurer l'acheminement et l'actualisation des recommandations cliniques;
- l'évaluation des ressources nécessaires pour respecter les indications cliniques actuelles;
- des recommandations relatives à la conservation, après l'autopsie, de matériel génétique aux fins d'analyses ultérieures lors de mort subite inexpliquée chez le jeune (coordination des démarches avec le bureau du coroner);
- l'arrimage et l'échange d'information avec la Table sectorielle des RUIS en génétique.

Groupe de travail : veille technologique

Nous observons constamment l'apparition de nouvelles technologies en cardiologie tertiaire. Certaines de ces technologies ont mérité, par le passé, que des groupes de travail spécifiques s'y intéressent (cœurs mécaniques, valves percutanées, ultrafiltration, etc.). Toutefois, plusieurs autres technologies émergentes méritent une attention particulière et il serait souhaitable d'obtenir les recommandations d'experts cliniciens en ce qui a trait à leur introduction au Québec. C'est dans cet esprit que le comité directeur a établi un groupe de travail dont le mandat sera d'informer périodiquement l'exécutif du RQCT sur les nouvelles technologies et sur l'intérêt de leur intégration dans la pratique de la cardiologie moderne. Nous croyons que cette approche « proactive » sera en accord avec le mandat qu'a reçu le RQCT.

COLLABORATION AVEC L'UNITÉ D'ÉVALUATION EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE DE L'INESSS

Les membres du comité scientifique du RQCT collaborent aux travaux de l'Unité d'évaluation en cardiologie tertiaire de l'INESSS. Un plan directeur a été mis en place pour assurer une évaluation dite « de terrain » des pratiques en cardiologie tertiaire et pour analyser les registres qui seront mis en place pour les nouvelles technologies. Un plan de travail pour les cinq prochaines années a été proposé au MSSS. Le RQCT participera aux travaux grâce à la collaboration de ses experts cliniciens du comité scientifique.

PRÉSENCE DU RQCT AUX COMITÉS NATIONAUX

Le RQCT est représenté aux comités nationaux en cardiologie. En particulier, une démarche canadienne entreprise par la Société canadienne de cardiologie (SCC) vise à définir des indicateurs de qualité communs qui permettront d'évaluer les résultats obtenus à l'échelle canadienne, et ce, tout en assurant une comparaison équitable et juste entre les différentes provinces. Cette collaboration permet de mettre en commun les expertises. Ainsi, le Québec a su élaborer des grilles de priorités en cardiologie tertiaire qui ont inspiré des recommandations plus larges à l'échelle canadienne. Le RQCT participe également aux travaux du comité national de la SCC sur l'accès aux services (*CCS standing committee : access to care*). Le comité canadien poursuivra ses travaux durant les prochaines années et le RQCT sera partie prenante de ces travaux.

TABLE DE CONSULTATION ANNUELLE

Une fois l'an, la Table de consultation du RQCT se réunit pour faire le point sur les activités du réseau, pour présenter les rapports des groupes de travail et pour jeter un œil critique sur l'évolution de la productivité et de l'attente en cardiologie tertiaire au Québec. De plus, cette grande consultation permet de recueillir les suggestions et les commentaires pour les travaux futurs du réseau.

COUP D'ŒIL SUR L'ATTENTE ET SUR LA PRODUCTION DE SERVICES EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE AU QUÉBEC

Les tableaux qui suivent permettent de faire un survol de la situation en ce qui a trait à l'accès aux services au Québec.

Au sommaire, nous observons une augmentation des activités en cardiologie tertiaire au Québec avec un volume global de procédures réalisées de 55 173 en 2012-2013, comparativement à 53 801 en 2011-2012. Ceci représente une augmentation du volume global de 2,5 % en comparaison avec l'année précédente. Par secteur d'activité, ceci correspond à une augmentation du volume d'interventions réalisées de 2,5 % en hémodynamie, 4,3 % en chirurgie et 1,3 % en électrophysiologie.

Au dernier jour de l'année, la liste d'attente globale était de 3 153 demandes de services en 2012-2013, ce qui représente une réduction de 14 % en comparaison à 2011-2012. Cette baisse est reliée à une diminution du nombre de demandes en attente en chirurgie cardiaque (2,2 %) et en électrophysiologie (10 %). Par contre, nous observons une légère augmentation en hémodynamie (1 %).

Les procédures réalisées dans les délais furent de 93 % en hémodynamie et de 78 % en chirurgie cardiaque. Pour le secteur de l'électrophysiologie, nous observons que les procédures réalisées dans les délais sont de 59 % seulement, particulièrement pour les patients en attente d'ablation. Par contre, la classification actuelle au sein du Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) ne permet pas de bien catégoriser le temps d'attente pour les défibrillateurs indiqués en prévention primaire. Le logiciel SGAS n'ayant pas été rehaussé et l'intégration de la cardiologie au Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) n'ayant pas vu le jour, nous effectuons ponctuellement des analyses avec les centres d'électrophysiologie pour vérifier l'accès à ces implantations qui sont prioritaires, comme suggéré dans les recommandations actuelles (maximum huit semaines).

Bien que la perception actuelle demeure que les patients ont accès de façon sécuritaire aux traitements en cardiologie tertiaire, des efforts supplémentaires doivent être consentis pour améliorer le temps d'attente au Québec en cardiologie tertiaire. Plusieurs difficultés ont été ciblées et des travaux sont en cours pour implanter des solutions durables. En effet, la disponibilité du personnel spécialisé, l'accès aux lits de soins intensifs, la disponibilité de lits dédiés aux procédures planifiées dans les centres où les urgences sont surchargées, la complexité grandissante des procédures effectuées en cardiologie tertiaire (amenant des procédures plus longues) sont autant de facteurs à considérer dans l'équation.

Le RQCT poursuit son implication au niveau du suivi des activités en cardiologie tertiaire et collabore avec les différents partenaires pour améliorer l'accès aux services.

Tableau 1 : Volume de demandes d'intervention réalisées et nombre de demandes en attente au Québec en cardiologie tertiaire, 2007-2013

SERVICE	Année financière				
	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
HÉMODYNAMIE					
Nombre de demandes réalisées	36 004	36 284	37 761	37 872	38 837
Nombre de demandes en attente <i>Moyenne mensuelle</i>	677	910	1 135	1 037	1 124
<i>Au dernier jour de l'année administrative</i>	633	1 143	1 069	957	1 227

CHIRURGIE CARDIAQUE					
Nombre de demandes réalisées ¹	6 579	6 285	6 374	6 558	6 842
Nombre de demandes en attente <i>Moyenne mensuelle</i> ¹	478	545	617	713	809
<i>Au dernier jour de l'année administrative</i>	466	609	709	728	796

ÉLECTROPHYSIOLOGIE (toutes les interventions)					
Nombre de demandes réalisées ²	7 540	8 061	8 449	9 371	9 494
Nombre de demandes en attente <i>Moyenne mensuelle</i> ²	733	1 057	1 452	1 051	1 117
<i>Au dernier jour de l'année administrative</i>	907	1 142	1 183	1 013	1 130

Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) – Rapport « I »

¹ Inclut les pontages coronariens, les valves, les maladies congénitales, les supports à la transplantation et les autres chirurgies cardiaques.

² Inclut les études diagnostiques, les stimulateurs et les défibrillateurs cardiaques internes ainsi que les ablations.

Tableau 2 : Nombre de demandes d'intervention réalisées en cardiologie tertiaire par établissement du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013

	CSSS de Chicoutimi	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	CHUQ – Hôtel-Dieu	CHUS – Fleurimont	Institut de cardiologie de Montréal	Centre hospitalier universitaire de Montréal CHUM	Centre universitaire de santé McGill	Hôpital général Juiif Sir Mortimer B. Davis	Hôpital Sacré-Cœur de Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull	CSSS de Laval	CSSS Pierre-Boucher	Total provincial
Hémodynamie														
• Cathétérisme diagnostique	806	3 987	712	1 534	3 667	2 217	2 131	1 033	1 331	1 011	909	698	987	21 023
• Angioplastie	413	3 272	861	1 875	2 406	1 897	1 373	566	1 682	904	973	805	787	17 814
Total	1 219	7 259	1 573	3 409	6 073	4 114	3 504	1 599	3 013	1 915	1 882	1 503	1 774	38 837
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	100 %	86 %	98 %	90 %	95 %	91 %	93 %	95 %	87 %	99 %	97 %	100 %	99 %	93 %

Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	159	1 083		227	720	602	455	310	288					3 844
• Valve avec ou sans pontages	68	800		190	809	323	360	151	145					2 846
Total ¹	227	1 919		425	1 588	933	840	468	442					6 842
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	95 %	79 %		66 %	77 %	81 %	87 %	77 %	66 %					78 %

Électrophysiologie														
• Ablation		941		325	568	314	378		283					2 809
• Défibrillateur cardiaque interne		592		200	577	414	417		217					2 417
Total ²		2 300		978	1 943	1 789	1 581		903					9 494
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais		48 %		63 %	71 %	60 %	46 %		71 %					59 %

Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) – Rapport « I »

¹ Inclut les pontages coronariens, les valves, les maladies congénitales, les supports à la transplantation et les autres chirurgies cardiaques.

² Inclut les études diagnostiques, les stimulateurs et les défibrillateurs cardiaques internes ainsi que les ablations.

Tableau 3 : Nombre de demandes d'intervention en attente en cardiologie tertiaire par établissement au 31 mars 2013

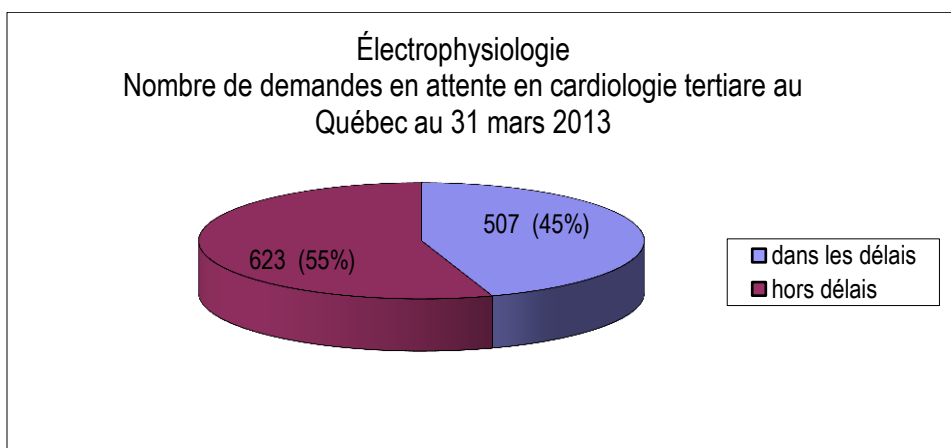
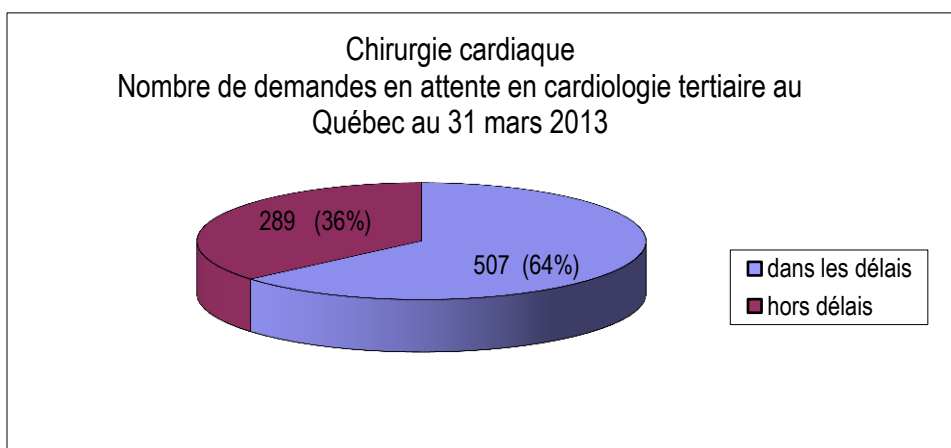
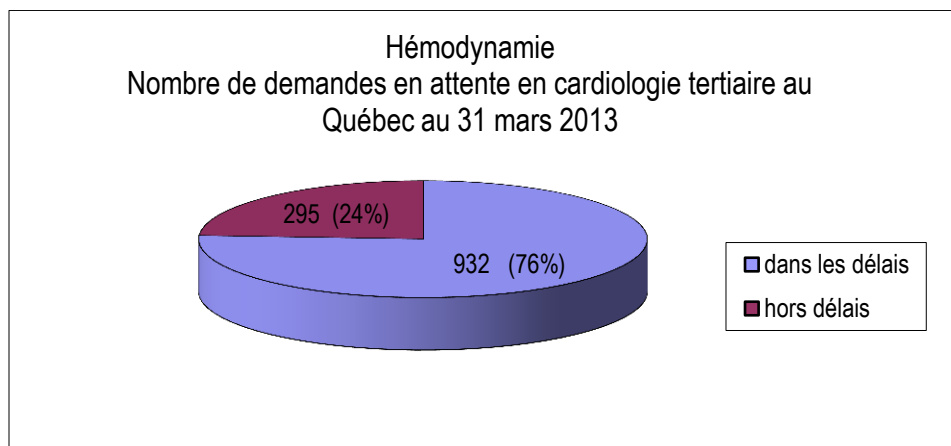
	CSSS de Chicoutimi	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	CHUQ – Hôtel-Dieu	CHUS – Fleurimont	Institut de cardiologie de Montréal	Centre hospitalier universitaire de Montréal CHUM	Centre universitaire de santé McGill	Hôpital général Juiif Sir Mortimer B. Davis	Hôpital Sacré-Cœur de Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CSSS de Gatineau – Hôpital de Hull	CSSS de Laval	CSSS Pierre-Boucher	Total provincial
Hémodynamie														
• Cathétérisme diagnostique	28	139	43	148	258	154	44	19	83	51	105	30	14	1 116
• Angioplastie	0	20	0	2	32	11	38	3	2	0	1	2	0	111
Total	28	159	43	150	290	165	82	22	85	51	106	32	14	1 227
Nombre de demandes en attente hors délais réels	0	7	19	78	26	61	29	1	43	0	31	0	0	295
Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	7	75		44	42	30	35	13	23					269
• Valve avec ou sans pontages	7	179		56	111	23	75	20	41					512
Total¹	14	261		100	155	54	112	35	65					796
Nombre de demandes en attente hors délais réels	0	57		70	45	15	59	16	27					289
Électrophysiologie														
• Ablation		218		110	118	139	69		106					760
• Défibrillateur cardiaque interne		41		10	22	53	54		11					191
Total²		294		149	161	248	148		130					1 130
Nombre de demandes en attente hors délais réels		137		66	49	160	122		89					623

Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) – Rapport « C »

¹ Inclut les pontages coronariens, les valves, les maladies congénitales, les supports à la transplantation et les autres chirurgies cardiaques.

² Inclut les études diagnostiques, les stimulateurs et les défibrillateurs cardiaques internes ainsi que les ablations.

Tableau 4 : Demandes de service en attente en cardiologie tertiaire au Québec au 31 mars 2013



Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)

Tableau 5A : Variation des volumes d'activité pour l'hémodynamie par période¹, 2007-2013

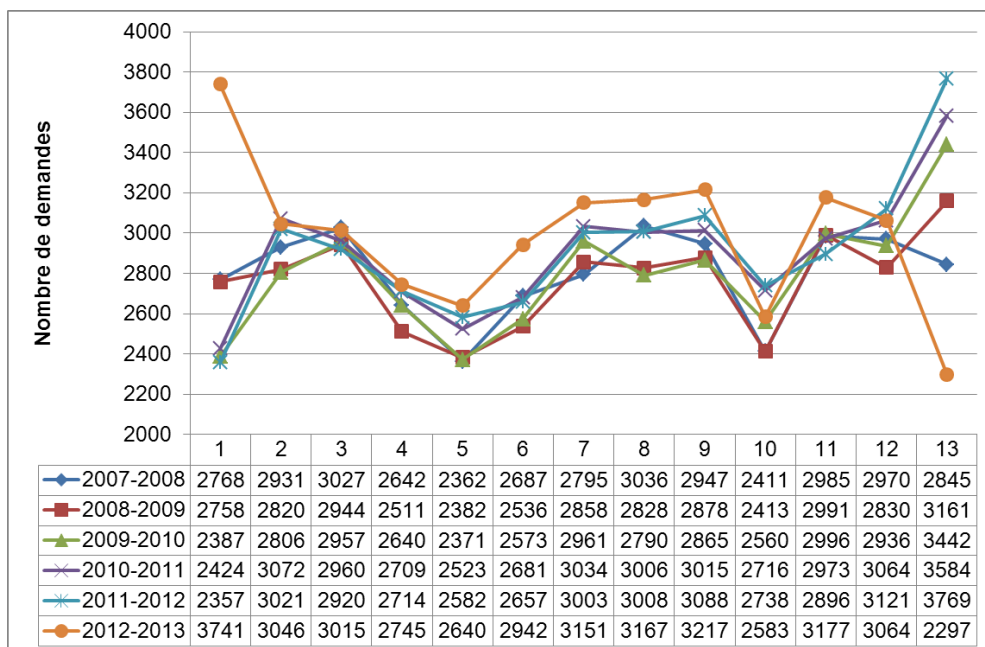
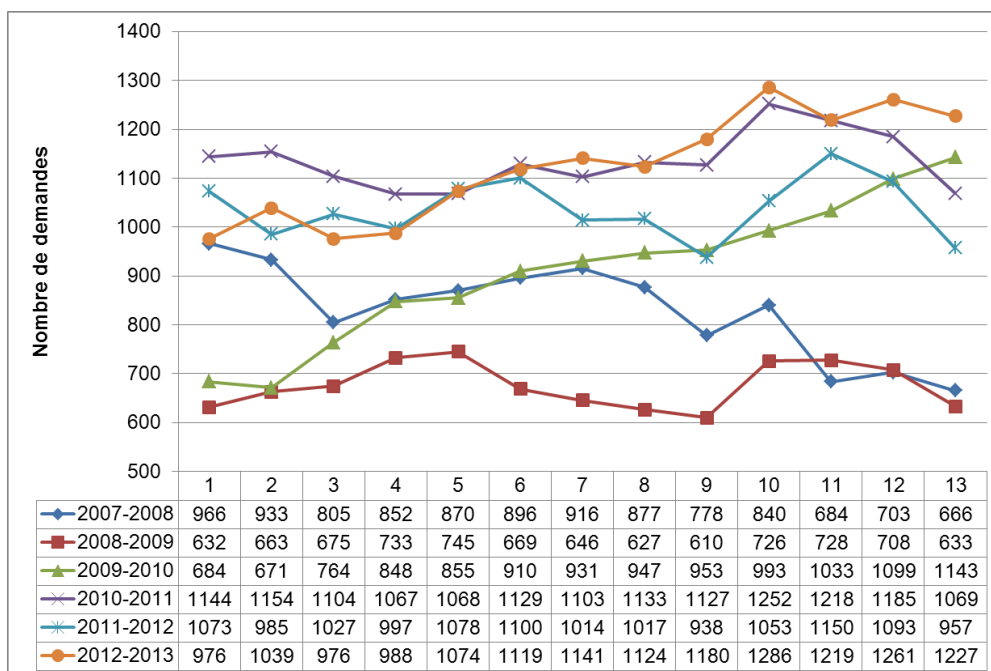


Tableau 5B : Variation du nombre de demandes en attente pour l'hémodynamie au dernier jour de chaque période¹, 2007-2013



Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)

Inclut les cathétérismes et les angioplasties.

¹ L'année financière, qui débute le 1^{er} avril pour se terminer le 31 mars, se compose de 13 périodes de 28 jours.

Tableau 6A : Variation du nombre de demandes réalisées en chirurgie cardiaque par période¹, 2007-2013

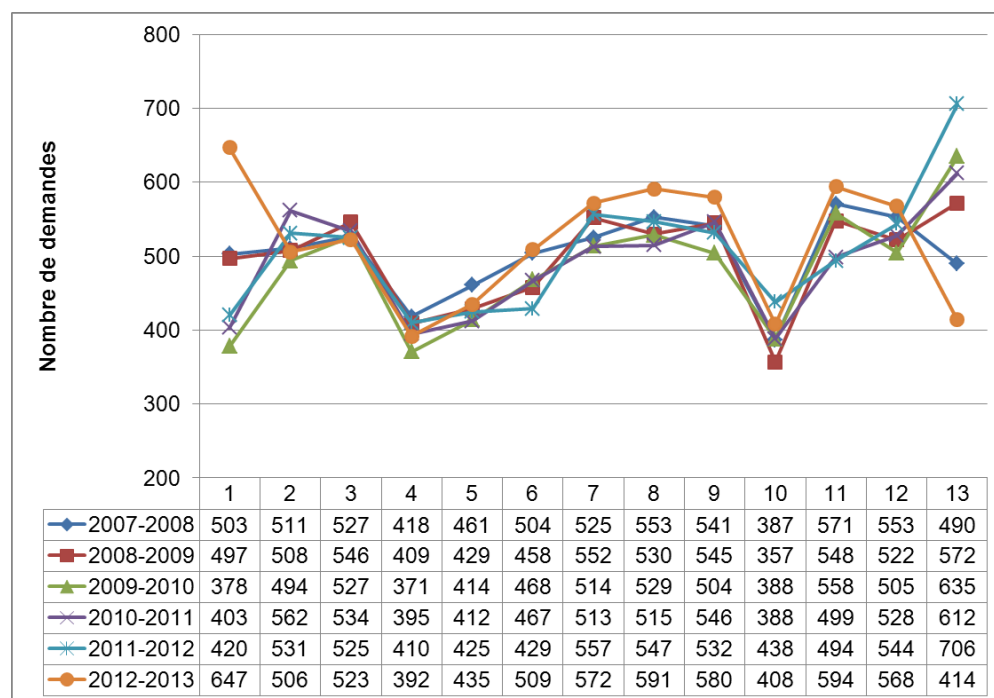
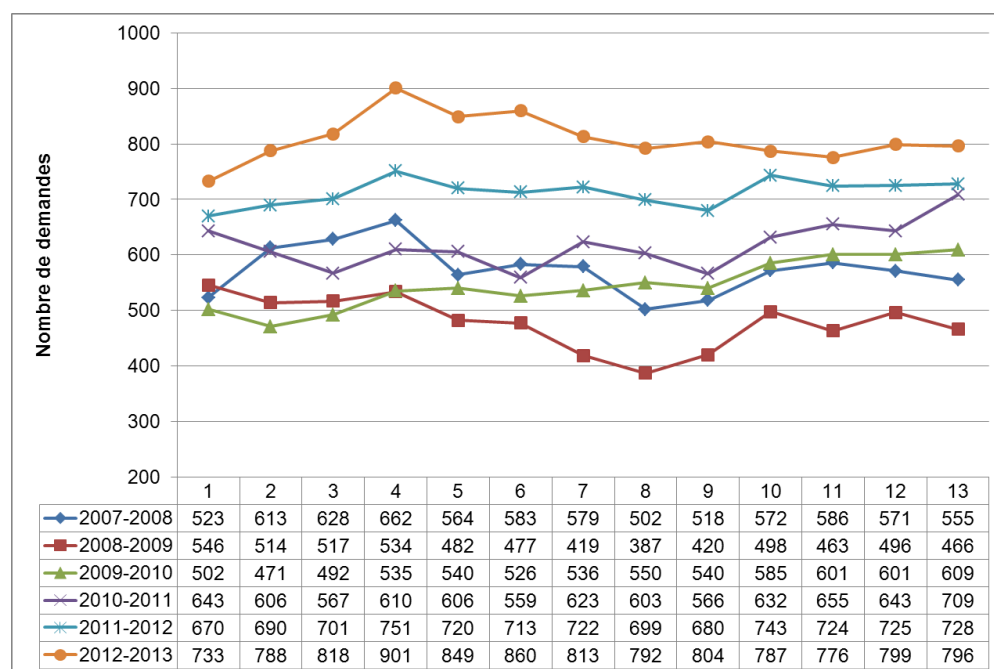


Tableau 6B : Variation du nombre de demandes en attente pour les chirurgies cardiaques au dernier jour de chaque période¹, 2007-2013



Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)

Inclut les pontages coronariens, les valves, les maladies congénitales, les supports à la transplantation et les autres chirurgies cardiaques.

¹ L'année financière, qui débute le 1^{er} avril pour se terminer le 31 mars, se compose de 13 périodes de 28 jours.

Tableau 7A : Variation du nombre de demandes réalisées en électrophysiologie¹ par période², 2007-2013

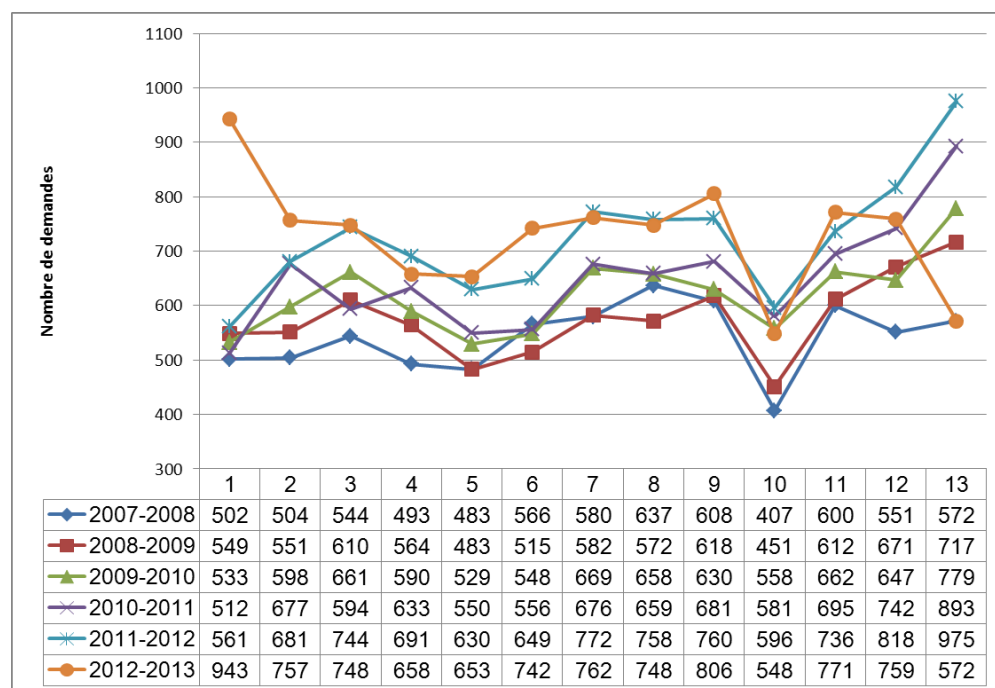
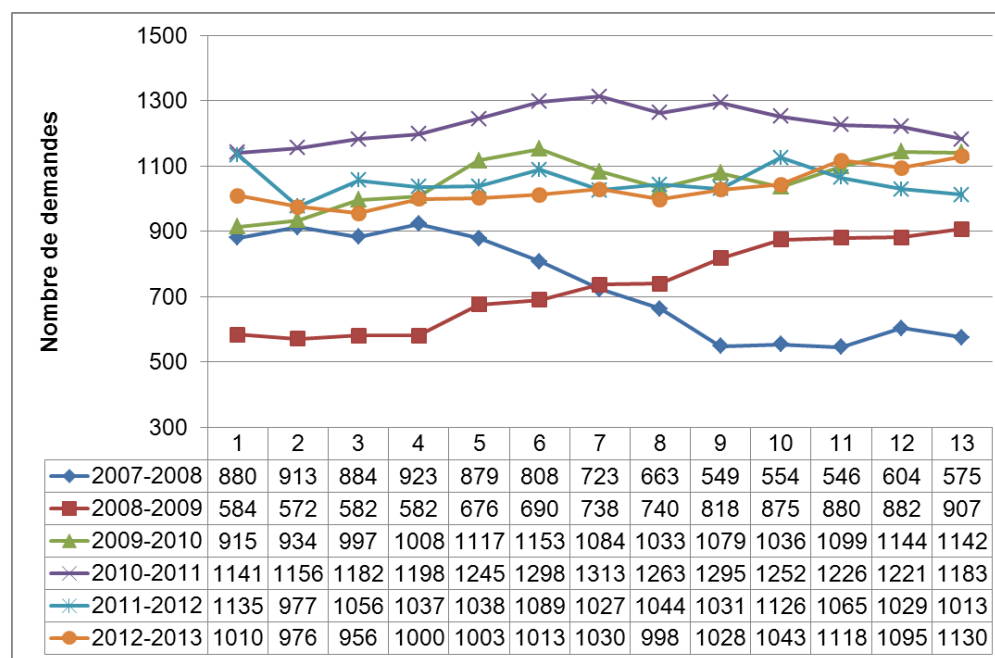


Tableau 7B : Variation du nombre de demandes en attente pour l'électrophysiologie¹ au dernier jour de chaque période², 2007-2013



Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS)

¹ Inclut toutes les interventions : études électrophysiologiques, stimulateurs et défibrillateurs cardiaques ainsi que les ablations.

Note : Une mesure temporaire de « blitz », autorisée de septembre 2007 à janvier 2008, explique la réduction de la liste d'attente pour les périodes 5 à 10 de 2007-2008.

² L'année financière, qui débute le 1^{er} avril pour se terminer le 31 mars, se compose de 13 périodes de 28 jours.

LE SITE INTERNET DU RQCT

Le site Internet du RQCT (www.rqct.qc.ca) présente les renseignements permettant de connaître le RQCT, les membres de ses différents comités, ses principales activités et ses principaux mandats. On y trouve également les rapports publiés par le RQCT ainsi que des statistiques provinciales sur les interventions réalisées et sur le nombre de patients en attente. Ces statistiques sont mises à jour régulièrement.

ANNEXE 1 : MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR

2010-2013

Dr François Philippon
Président

Dr Jean Morin
Président sortant

Dr Luc Bilodeau
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Dr Michel Lemieux
Médecin-conseil
MSSS

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Michel Carrier
Président du comité scientifique – Institut de
cardiologie de Montréal

Dr Michel Pellerin
Association des chirurgiens cardiaques et
thoraciques du Québec

Dr Onil Gleeton
Institut universitaire de cardiologie et de
pneumologie de Québec

Dr Jean-Philippe Pelletier
Association des cardiologues du Québec

M. François Grenier
MSSS

Dr François Bertrand
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal

Dr Richard Harvey
Agence de la santé et des services sociaux de
l'Estrie

Dr Normand Racine
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Kokis
CHUM – Hôtel-Dieu

D^{re} Monique St-Pierre
Agence de la santé et des services sociaux de la
Capitale-Nationale

M^{me} Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

2013-2014

D^r Normand Racine
Président

D^r Martin Louis Bernier
CUSM – Hôpital Royal Victoria

D^r François Bertrand
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

D^r Michel Carrier
Président du comité scientifique – Institut de
cardiologie de Montréal

D^r Paul Farand
CHUS – Hôpital Fleurimont

D^r Onil Gleeton
Institut universitaire de cardiologie et de
pneumologie de Québec

M. François Grenier
MSSS

D^r Peter Guerra
Institut de cardiologie de Montréal

D^r François Philippon
Président sortant

D^r Georges Honos
CHUM – Hôtel-Dieu

D^r Richard Harvey
Agence de la santé et des services sociaux de
l'Estrie

D^r Michel Lemieux
Médecin-conseil
MSSS

D^r Jean Morin
Consultant

D^r Michel Pellerin
Association des chirurgiens cardiaques et
thoraciques du Québec

D^r Jean-Philippe Pelletier
Association des cardiologues du Québec

D^{re} Monique St-Pierre
Agence de la santé et des services sociaux de la
Capitale-Nationale

M^{me} Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

ANNEXE 2 : MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Michel Carrier

Président

Dr François Philippon

Président sortant

Dr Raymond Cartier

Institut de cardiologie de Montréal

Dr Vidal Essebag

CUSM – Hôpital général de Montréal

D^{re} Ann Walling

Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

M^{me} Laurie Lambert

UÉCT de l'INESSS

Dr Normand Racine

Président du RQCT

Dr Michel Nguyen

CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Patrick Mathieu

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Dr Peter Bogaty

UÉCT de l'INESSS

Dr Stéphane Rinfret

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

M^{me} Nathalie Labrecque

Coordonnatrice

MSSS

ANNEXE 3 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA GÉNÉTIQUE CLINIQUE APPLIQUÉE AU DOMAINE CARDIOVASCULAIRE

Dr Mario Talajic
Président du comité

Dr Normand Racine
Président du RQCT

Dr Gregor Andelfinger
RUIS Montréal

Dr Bruno Maranda
RUIS Sherbrooke

Dr Jean Champagne
RUIS Laval

Dr Georges Thamassoulis
RUIS McGill

Dr Jean-Marc Côté
RUIS Laval

Dr Philippe Roméo
RUIS Montréal

Dr Michel Lemieux
Médecin conseil
MSSS

M^{me} Laura Robb
RUIS Montréal

D^{re} Anne-Marie Laberge
RUIS Montréal

M^{me} Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

ANNEXE 4 : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES TERTIAIRES EN CARDIOLOGIE

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont

Institut de cardiologie de Montréal

Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Notre-Dame et Hôtel-Dieu

Centre universitaire de santé McGill – Hôpital Royal Victoria et Hôpital général de Montréal

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais – Pavillon de Hull

Centre de santé et de services sociaux de Laval – Cité-de-la-Santé

Centre hospitalier Pierre-Boucher