

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2008-2010

RQCT

Québec 

COMITÉ DE RÉDACTION DU RAPPORT

Dr François Philippon
Président
Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice du Réseau québécois de cardiologie tertiaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Marie-Josée Paradis
Agente de secrétariat
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'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, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN : 978-2-550-61062-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-61063-2 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2011



TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du Réseau québécois de cardiologie tertiaire	5
Ce qu'est le Réseau québécois de cardiologie tertiaire	7
Historique	7
Mission	7
Objectifs	7
Gouvernance	7
Les groupes de travail : Rapports produits 2008-2010	9
Remplacement de la valve aortique par approche percutanée	9
Prévention-réadaptation cardiovasculaire	9
Algorithme clinique : infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	10
Assistance ventriculaire (cœurs mécaniques)	10
Les groupes de travail : Travaux en cours 2010-2011	12
La génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire	12
Nouvelles technologies en cardiologie tertiaire	13
Contribution du Réseau québécois de cardiologie tertiaire à l'amélioration dans la gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire	14
Participation aux travaux de refonte en cours	14
Collaboration avec l'Unité de cardiologie tertiaire de l'AETMIS	14
Présence du RQCT aux comités nationaux	14
Table de consultation annuelle	15
Coup d'œil sur l'attente et la production de services en cardiologie tertiaire au Québec	16
Le site Internet du RQCT : www.rqct.qc.ca	24
Annexe 1 : Membres de la Table de consultation	25
Annexe 2 : Membres du comité directeur	26
Annexe 3 : Membres du comité scientifique	27
Annexe 4 : Membres des groupes de travail – 2008-2010	28
Annexe 5 : Liste des établissements offrant des services tertiaires en cardiologie	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Volume de demandes d'intervention réalisées et nombre de demandes en attente au Québec en cardiologie tertiaire, 2005-2010	17
Tableau 2 : Nombre de demandes d'intervention réalisées en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2010	18
Tableau 3 : Nombre de demandes d'intervention en attente en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2010	19
Tableau 4 : Demandes de service en attente en cardiologie tertiaire au Québec – au 31 mars 2010	20
Tableau 5A : Variation des volumes d'activité pour l'hémodynamie, par période, 2007-2010	21
Tableau 5B : Variation du nombre de demandes en attente pour l'hémodynamie, au dernier jour de chaque période, 2007-2010	21
Tableau 6A : Variation du nombre de demandes réalisées en chirurgie cardiaque, par période, 2007-2010	22
Tableau 6B : Variation du nombre de demandes en attente pour les chirurgies cardiaques, au dernier jour de chaque période, 2007-2010	22
Tableau 7A : Variation du nombre de demandes réalisées en électrophysiologie, par période, 2007-2010	23
Tableau 7B : Variation du nombre de demandes en attente pour l'électrophysiologie, au dernier jour de chaque période, 2007-2010	23



MOT DU PRÉSIDENT DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

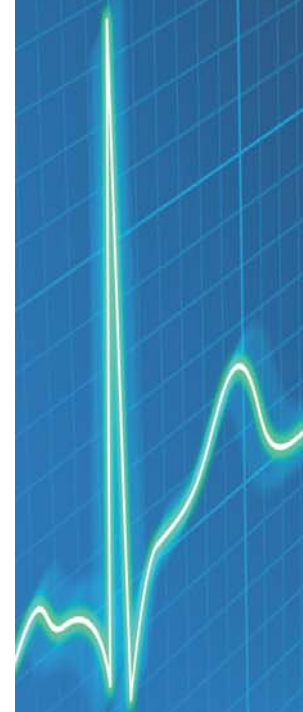
Les années 2008-2010 ont mené à la réalisation et à la production de plusieurs rapports de groupes de travail. L'ensemble des experts que nous avons sollicités pour participer à l'élaboration des recommandations a effectué un travail de très grande qualité.

En particulier, le groupe de travail sur l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST a produit des recommandations sur un algorithme clinique modernisé et tenant compte des réalités du Québec. Déployé à l'automne 2010, cet algorithme clinique s'inscrit très bien dans la démarche provinciale d'un plan d'action visant à optimiser le traitement de cette clientèle ; il a d'ailleurs reçu l'aval de l'Association des cardiologues du Québec. Il faut souligner également les recommandations produites par les groupes de travail sur la prévention/réadaptation et sur l'utilisation de l'approche percutanée pour le remplacement valvulaire aortique. Soucieux de permettre aux clientèles en cardiologie tertiaire de bénéficier d'une prévention secondaire adéquate sur l'ensemble du territoire québécois et de faciliter l'accès aux nouvelles technologies émergentes pour le traitement de la sténose aortique, ces deux groupes ont proposé des recommandations basées sur les meilleures pratiques cliniques. Vous pourrez le constater à la lecture de tous ces avis disponibles sur le site du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) au www.rqct.qc.ca.

De nouveaux défis pointent à l'horizon en cardiologie tertiaire. Afin d'apporter son expertise-conseil, le RQCT a mis sur pied d'autres groupes de travail. Un premier établira des recommandations relatives à l'utilisation clinique des tests génétiques dans le domaine cardiovasculaire au Québec. Un deuxième étudiera les technologies émergentes.

Le suivi périodique des volumes d'activité et des listes d'attente nous aura permis de faire plusieurs constats. Ainsi, l'ensemble des activités cliniques en cardiologie tertiaire est soumis au grand défi de l'organisation du travail en réponse à la pénurie de personnel et à l'achalandage des milieux hospitaliers. Ceci engendre une pression supplémentaire sur les disponibilités de lits dédiés à la cardiologie tertiaire et restreint l'utilisation de certains plateaux de chirurgie en particulier.

Sur le plan de la chirurgie cardiaque, la liste d'attente a augmenté, particulièrement en 2009-2010, et amorce actuellement une certaine diminution. En moyenne, les chirurgies ont été réalisées dans les délais pour 83 à 88 % des cas.



En hémodynamie, on observe une augmentation de la liste d'attente durant la même période avec également une amorce de réduction. En moyenne, les demandes d'intervention en hémodynamie sont réalisées dans les délais pour 89 à 91 % des cas. La présence d'une clientèle plus âgée et comportant plusieurs comorbidités et l'ajout d'interventions plus complexes et novatrices ont pour effet d'accroître la durée de ces interventions et ont un impact sur les volumes d'activité.

En ce qui a trait au secteur de l'électrophysiologie, l'actualisation des recommandations visant à doter la Province de quatre nouveaux plateaux techniques pour répondre à la demande croissante se fait attendre. La liste d'attente dans ce secteur a bondi de 584 patients (à la suite du « blitz » de 2008-2009) à 1313 patients à la période 7 de 2010. L'urgence d'agir dans ce domaine afin d'actualiser les développements a été réitérée une fois de plus. La priorisation des demandes, en particulier pour les défibrillateurs, a été revue pour assurer la sécurité de la clientèle. Toutefois, dans le cas des ablations, elles ne sont réalisées dans les délais que pour 50 % des patients environ.

Il faut également souligner la collaboration du RQCT avec l'Unité d'évaluation en cardiologie tertiaire de l'AETMIS par l'entremise des membres de notre comité scientifique, qui participent aux différents projets en cours.

Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du Comité directeur de même que de la Table de consultation du RQCT ainsi que les nombreux collaborateurs et experts qui se joignent à nous et qui, grâce à leur expertise de pointe, contribuent aux réalisations du Réseau.

Nous saisissons l'occasion pour souhaiter la bienvenue à Madame Nathalie Labrecque, nouvelle coordonnatrice du RQCT, qui veille au bon fonctionnement de l'organisme : en plus d'y assurer l'agencement des diverses activités, elle maintient des liens fonctionnels avec nos divers partenaires et assume l'ensemble des tâches relatives à la permanence. Remerciements également à Madame Marie-Josée Paradis pour toute l'aide au secrétariat.

Finalement, nous remercions Madame Margo Ménard, coordonnatrice du RQCT de 2001 à 2009, pour sa contribution au développement du RQCT. Nous lui souhaitons une retraite bien méritée.

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 dans les délais recommandés à des services en cardiologie tertiaire sécuritaires et de qualité. 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 éventuellement 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.
- Collaborer 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 pour un mandat de trois ans. 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), responsables de la permanence. Les principales associations médicales et professionnelles y ont également des délégués. Nommés pour quatre ans, tous ces représentants forment la « Table de consultation » ; 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 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 GROUPES DE TRAVAIL : RAPPORTS PRODUITS 2008-2010

Remplacement de la valve aortique par approche percutanée

Mandat

- Évaluer le positionnement de l'approche percutanée (transfémorale et transapicale) pour le remplacement de la valve aortique dans la pratique de la cardiologie tertiaire.
- Produire un rapport et formuler des recommandations à l'intention du Comité directeur du RQCT concernant un éventuel déploiement provincial de cette technologie.

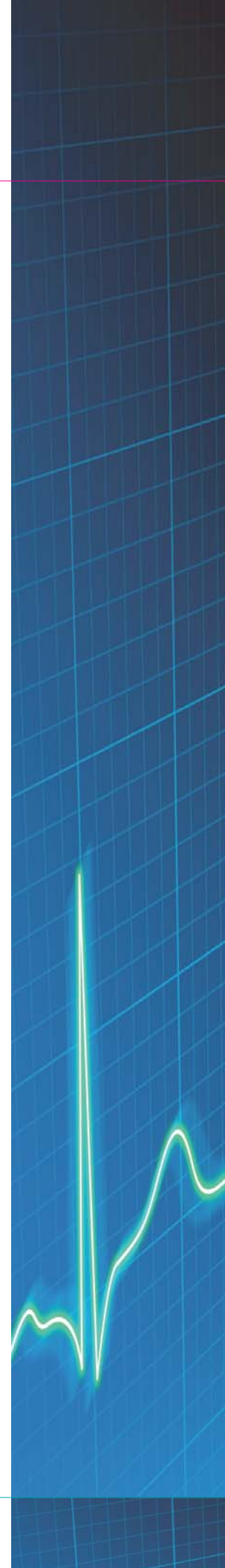
Ce groupe de travail a produit un rapport détaillé qui a été présenté au ministre de la Santé en octobre 2009. Le rapport est disponible sur le site Web du RQCT.

Prévention-réadaptation cardiovasculaire

Mandat

- Faire un inventaire pour le Québec, après consultation des divers bottins publiés et des experts du réseau, des programmes de prévention existants.
- Faire état des connaissances dans le domaine de la prévention secondaire et apprécier les résultats des divers programmes mis en œuvre sur l'état de santé de la population aux prises avec des maladies cardiovasculaires ou à risque d'en être affectée.
- Élaborer une philosophie qui soutiendrait que les centres offrant des services tertiaires en cardiologie doivent inclure dans leur mission un programme de prévention secondaire sur place ainsi qu'un système de parrainage auprès de points de service (déterminés, par exemple, selon les centres de santé et de services sociaux) qui auraient ainsi accès à l'expertise en prévention secondaire provenant des centres spécialisés.
- Élaborer des conclusions et recommandations à l'intention du Comité directeur du RQCT.

Ce rapport a été présenté au ministre de la Santé en novembre 2009. Le rapport est disponible sur le site Web du RQCT.



Algorithme clinique : infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)

Mandat

À la suite de l'appréciation de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) portant sur les temps d'intervention pour le traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (étude ETIAMEST) au Québec, le MSSS a demandé un plan d'organisation pour la prise en charge de cette clientèle. Le RQCT a alors reçu le mandat suivant :

- Réviser la littérature récente sur les recommandations cliniques concernant la prise en charge de l'IAMEST.
- Apprécier les particularités qui pourraient s'appliquer à l'ensemble du territoire québécois.
- Proposer un algorithme clinique pratique, basé sur la littérature probante récente et adapté aux réalités du modèle d'organisation des services du Québec.

Le groupe d'experts constitué a produit des recommandations précises relativement à la démarche clinique recommandée en fonction des données actuelles de la littérature et des réalités québécoises. Le rapport a été déposé au ministre de la Santé en octobre 2009. Une large diffusion de cet algorithme sur l'ensemble du territoire québécois a débuté à l'automne 2010. L'algorithme est disponible en ligne sur le site Web du RQCT.

Assistance ventriculaire (cœurs mécaniques)

Mandat

En septembre 2003, le RQCT avait produit un état de situation sur l'utilisation des dispositifs d'assistance ventriculaire au Québec.

Depuis, les technologies émergentes et les besoins pour ce type d'assistance circulatoire ont évolué et le RQCT souhaitait notamment mettre à jour les données québécoises et placer en perspective les différentes avenues dans ce domaine pour les prochaines années.

Un groupe d'experts a donc été constitué avec le mandat suivant :

- Évaluer le positionnement des dispositifs d'assistance ventriculaire (cœurs mécaniques) dans la pratique de la cardiologie tertiaire.
- Produire un rapport et formuler des recommandations à l'intention du Comité directeur du RQCT concernant le recours envisageable à cette technologie sur un horizon de trois à cinq ans.



Ce rapport porte notamment sur les points suivants :

- Revue de la littérature et mise à jour des connaissances ;
- Revue des indications cliniques établies et émergentes ;
- Revue des différents appareils, comparaisons, indications ;
- Analyse des données québécoises :
 - Cohorte actuelle,
 - Résultats obtenus,
 - Cohorte visée pour les trois à cinq prochaines années ;
- Recommandations au regard des points suivants :
 - Cohorte cible,
 - Ressources requises,
 - Déploiement provincial des technologies,
 - Appareillage recommandé et indications.

Ce groupe de travail a amorcé ses travaux à l'automne 2009 et le rapport a été déposé à l'automne 2010.



LES GROUPES DE TRAVAIL : TRAVAUX EN COURS 2010-2011

Des groupes de travail ont été composés à l'automne 2010 pour aviser sur des questions jugées pertinentes pour la pratique de la cardiologie tertiaire moderne. Les deux principaux sujets retenus sont la génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire et la venue des nouvelles technologies en cardiologie tertiaire.

La génétique clinique appliquée au domaine cardiovasculaire

Mandat

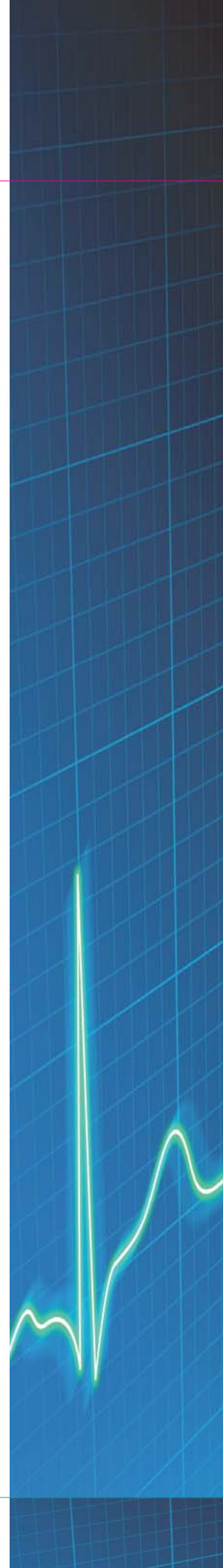
La venue des tests génétiques dans la pratique clinique de la cardiologie est une réalité en expansion constante. L'organisation provinciale de l'accès et de l'utilisation appropriée de ces tests demeure un défi organisationnel et économique. Dans cette optique, le Comité directeur du RQCT a mandaté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

- Révision des consensus actuels et de la littérature sur l'utilisation clinique des analyses génétiques appliquées au domaine cardiovasculaire.
- Recommandations relatives aux indications cliniques des tests génétiques :
 - Pathologies ciblées (ex. : Long QT, syndrome de Brugada, cardiopathie hypertrophique, mort subite inexplicée, QT court, dysplasie du VD, blocs congénitaux, maladies de surcharge, autres) ;
 - Population cible ;
 - Dépistage familial ;
 - Responsabilité et autorisation des analyses génétiques ;
 - Etc.
- Recommandations relatives aux démarches et autorisations pour l'utilisation clinique des tests génétiques.
- Recommandations quant à l'organisation provinciale pour assurer l'acheminement et l'actualisation des recommandations cliniques.
- Évaluation des ressources nécessaires pour respecter les indications cliniques actuelles.
- Recommandations relatives à la conservation post autopsie de matériel génétique aux fins d'analyses ultérieures lors de mort subite inexplicée chez le jeune (coordination des démarches avec le bureau du coroner).
- Arrimage et échange d'information avec la Table sectorielle des RUIS en génétique.



Nouvelles technologies en cardiologie tertiaire

Constamment, on observe l'apparition de nouvelles technologies en cardiologie tertiaire. Certaines de ces technologies ont mérité, par le passé, des groupes de travail spécifiques (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 relatives à leur introduction au Québec, à leur suivi ou à l'organisation provinciale de l'accès et de la mise en œuvre de stratégies plus universelles. C'est dans cet esprit que le comité directeur a donné à un groupe de travail le mandat de veiller à l'informer périodiquement sur les nouvelles technologies et sur leur mérite dans la pratique de la cardiologie moderne. Nous croyons que cette approche « proactive » sera en accord avec le mandat-conseil qu'a reçu le RQCT du ministère de la Santé du Québec.



CONTRIBUTION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE À L'AMÉLIORATION DANS LA GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Participation aux travaux de refonte en cours

Le RQCT participe aux travaux en cours en vue de faire migrer le système de gestion de l'accès aux services (SGAS) vers une plateforme moderne et centrale : SIMASS (système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés). Chargés de définir les paramètres de la plateforme qui sera utilisée pour la cardiologie tertiaire dans SIMASS, les comités provinciaux des utilisateurs ont fait appel à des membres du RQCT : les grilles de priorités ont été revues et des modifications suggérées. Les grilles de priorités ont également été présentées et approuvées par le Collège des médecins du Québec.

Dès que le MSSS ira de l'avant avec le déploiement du SIMASS en cardiologie, les nouvelles grilles de priorités seront appliquées.

COLLABORATION AVEC L'UNITÉ DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE DE L'AETMIS

Les membres du comité scientifique du RQCT collaborent aux travaux de l'unité d'évaluation en cardiologie tertiaire de l'AETMIS. En effet, la poursuite de l'étude ETIAMEST2 permettra de dresser un second portrait de l'évaluation sur le terrain du traitement de l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST. De plus, un groupe d'experts analyse actuellement la méthodologie afin d'évaluer les résultats de la chirurgie coronarienne au Québec. Cette collaboration de longue date avec l'AETMIS permet de réunir des médecins cliniciens et des chercheurs du réseau autour d'un projet commun d'amélioration des pratiques médicales au Québec.

PRÉSENCE DU RQCT AUX COMITÉS NATIONAUX

Le réseau québécois de cardiologie tertiaire 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 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*).

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, présenter les rapports des groupes de travail et 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 commentaires pour les travaux futurs du réseau. Nous profitons également de l'occasion pour inviter l'AETMIS à faire part de ses travaux. Enfin, chaque année, différents sujets d'actualité sont l'objet d'une présentation ciblée. Par exemple, Monsieur Claude Castonguay nous a entretenus des bases de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS) et le Dr François Reeves a fait un compte rendu des données récentes sur la cardiologie environnementale. En 2010, un panel d'experts était invité à discuter sur le thème suivant : « Quand la technologie n'a plus de limite ; aspects éthiques en cardiologie ».

COUP D'ŒIL SUR L'ATTENTE ET 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.

Pour les activités en hémodynamie, le volume annuel réalisé a légèrement augmenté, mais demeure inférieur aux volumes de 2006-2007. La liste d'attente, qui avait diminué substantiellement en 2008-2009, a connu une croissance significative en 2009-2010. Toutefois, en moyenne, 84 % des demandes d'intervention ont été réalisées dans les délais. Ces variations peuvent s'expliquer en partie par la complexité des interventions combinée à la problématique du maintien des lits protégés pour les volumes d'activité et par l'introduction de nouvelles technologies plus complexes et plus longues à utiliser. Par contre, l'introduction à grande échelle au Québec, au cours des dernières années, de l'angioplastie primaire pour l'infarctus avec élévation du segment ST a permis d'améliorer le traitement de cette clientèle spécifique, en ajoutant toutefois un niveau de complexité dans l'organisation du travail et de la productivité, puisqu'elle requiert des horaires 24/7 en période de pénurie de personnel.

En ce qui a trait aux activités en chirurgie cardiaque, on note une baisse de la productivité de près de 4 % en 2009-2010. Au sommaire, 78 % des demandes d'intervention ont été réalisées dans les délais prescrits, ce qui est inférieur aux dernières années. Conséquemment, on note une augmentation de la liste d'attente à la fin de la dernière période. Certains centres ont connu d'importantes difficultés à maintenir leurs volumes d'activité en raison de la pénurie de personnel et de lits pour ces chirurgies. La difficulté s'est étendue également aux unités de soins critiques où la pénurie de personnel spécialisé a entraîné des réductions d'activité.

Finalement, les activités en électrophysiologie ont augmenté de 7 % durant la période 2009-2010. Toutefois, la proportion de patients hors délais demeure très élevée et le nombre de patients en attente a continué de croître. On se souviendra de la mesure temporaire de « blitz » instaurée en 2007-2008 et des orientations ministérielles dévoilées en 2008 pour faire face à cette importante liste d'attente. Les retards dans la mise en œuvre des solutions, associés à l'ajout de plateaux techniques au sein des RUIS, expliquent l'augmentation importante de la liste d'attente provinciale qui a maintenant franchi le cap des 1300 patients. Des mesures de surveillance des retards ont été mises en place pour les interventions jugées plus urgentes, mais ceci engendre des délais prolongés dans les cas d'ablation élective en particulier. Le MSSS a été sensibilisé régulièrement à cette situation.



TABLEAU 1

Volume de demandes d'intervention réalisées et nombre de demandes en attente au Québec en cardiologie tertiaire, 2005-2010

SERVICE	Année financière				
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
HÉMODYNAMIE					
Nombre de demandes réalisées	38 088	37 386	36 406	36 004	36 284
Nombre de demandes en attente					
<i>Moyenne mensuelle</i>	880	780	830	677	910
<i>Au dernier jour de l'année financière</i>	772	918	666	633	1 143
CHIRURGIE CARDIAQUE					
Nombre de demandes réalisées ¹	7 227	6 946	6 544	6 579	6 285
Nombre de demandes en attente					
<i>Moyenne mensuelle¹</i>	470	425	573	478	545
<i>Au dernier jour de l'année financière</i>	435	468	555	466	609
ÉLECTROPHYSIOLOGIE (toutes les interventions)					
Nombre de demandes réalisées ²	5 835	5 919	7 047	7 540	8 061
Nombre de demandes en attente					
<i>Moyenne mensuelle²</i>	520	702	730	733	1 057
<i>Au dernier jour de l'année financière</i>	562	853	575	907	1 142

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, les ablations.

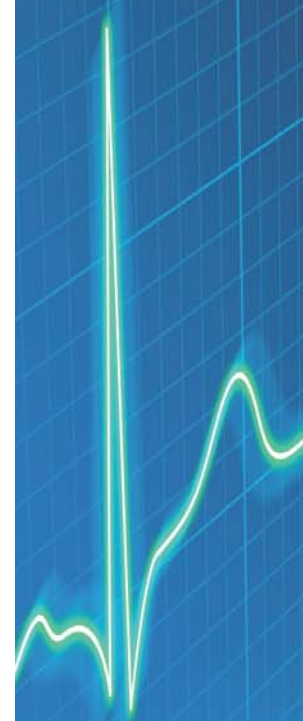


TABLEAU 2

Nombre de demandes d'intervention réalisées en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2010

	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 juif 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	761	3 581	705	1 344	3 528	2 258	2 065	1 017	1 119	959	808	584	932	19 661
• Angioplastie	477	3 127	793	1 726	2 646	1 914	1 248	578	1 356	769	795	625	654	16 708
Total	1 238	6 708	1 498	3 070	6 174	4 172	3 313	1 595	2 475	1 728	1 603	1 209	1 586	36 369
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	89 %	75 %	99 %	99 %	93 %	96 %	92 %	98 %	91 %	97 %	100 %	100 %	100 %	92 %
Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	135	952		227	703	587	551	339	301					3 795
• Valve avec ou sans pontages	56	663		119	753	241	278	141	161					2 412
Total ¹	192	1 653		353	1 501	854	857	488	467					6 365
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	96 %	89 %		88 %	75 %	45 %	86 %	96 %	83 %					79 %
Électrophysiologie														
• Ablation		784		177	482	321	0		371					2 135
• Défibrillateur cardiaque interne		472		158	460	355	384		171					2 000
Total ²		1 928		769	1 802	1 576	998		991					8 064
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais		38 %		74 %	66 %	62 %	78 %		64 %					60 %

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, les ablations.

TABEAU 3

Nombre de demandes d'intervention en attente en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2010

	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 juif 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	35	300	25	161	122	105	92	31	78	54	30	7	26	1 066
• Angioplastie	0	20	0	4	38	8	0	1	2	0	1	3	0	77
Total	35	320	25	165	160	113	92	32	80	54	31	10	26	1 143
Nombre de demandes en attente hors délais réel	1	95	9	0	21	9	24	4	23	2	0	0	0	188
Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	6	46		11	45	41	32	26	26					233
• Valve avec ou sans pontage	3	71		8	166	38	46	28	12					372
Total ¹	9	117		19	213	79	81	54	38					610
Nombre de demandes en attente hors délais réel	0	7		3	75	28	19	6	0					138
Électrophysiologie														
• Ablation		381		148	101	48	0		166					844
• Défibrillateur cardiaque interne		70		10	31	12	33		16					172
Total ²		490		185	144	72	42		209					1 142
Nombre de demandes en attente hors délais réel		325		130	44	18	17		154					688

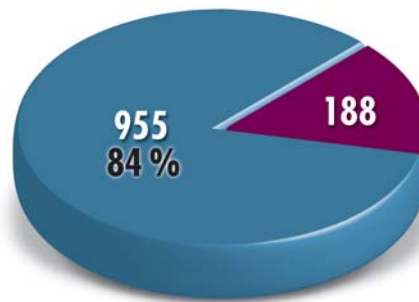
Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) – Rapport « C »

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, les ablations.

TABEAU 4

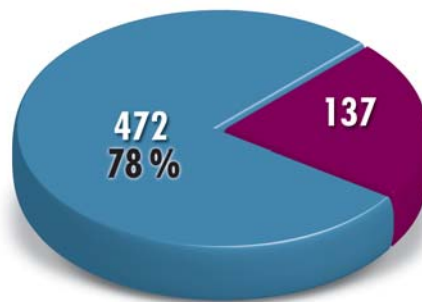
Demandes de service en attente en cardiologie tertiaire au Québec – au 31 mars 2010

Hémodynamie



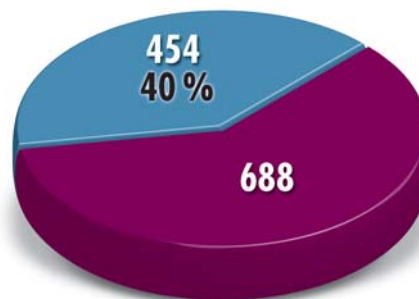
■ Dans les délais
■ Hors délais

Chirurgie cardiaque



■ Dans les délais
■ Hors délais

Électrophysiologie



■ Dans les délais
■ Hors délais

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

TABLEAU 5A

Variation des volumes d'activité pour l'hémodynamie, par période¹, 2007-2010

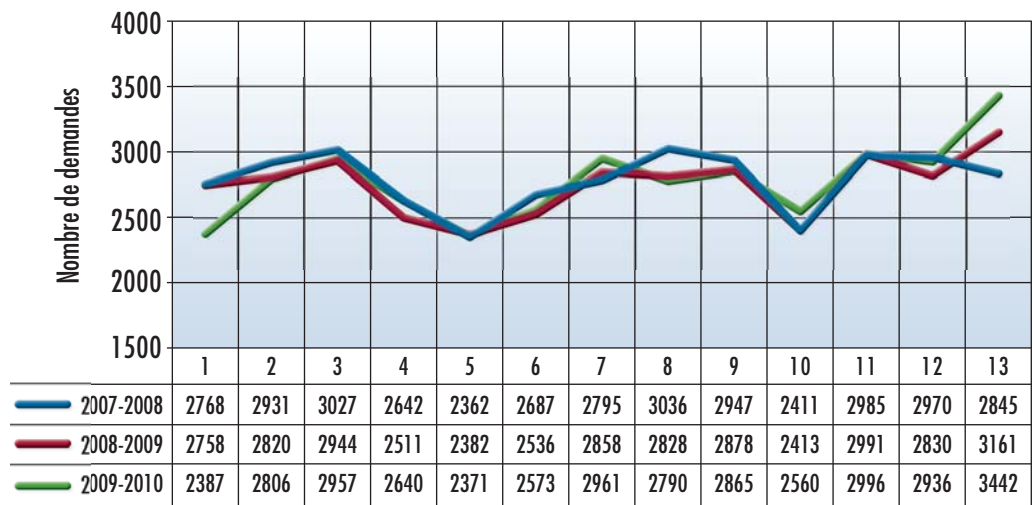
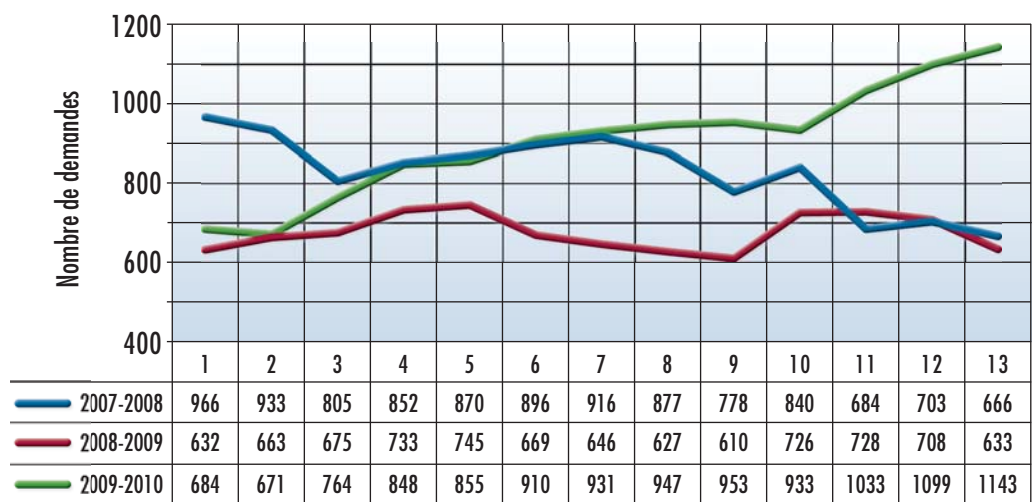


TABLEAU 5B

Variation du nombre de demandes en attente pour l'hémodynamie, au dernier jour de chaque période¹, 2007-2010



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

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, 2007-2010

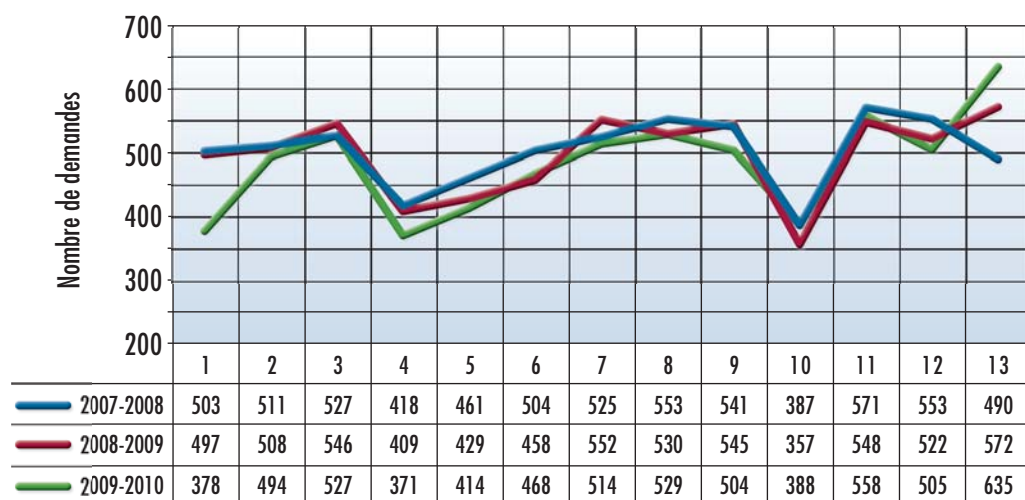
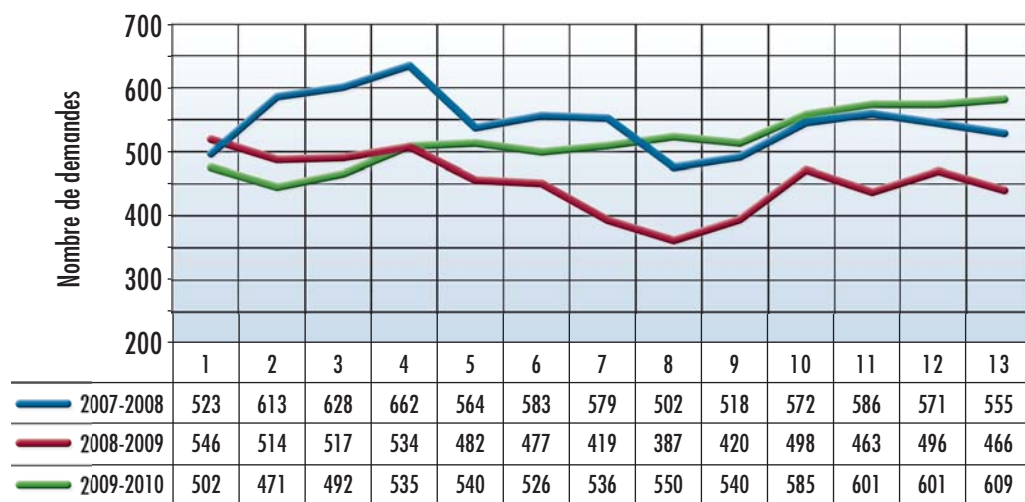


TABLEAU 6B

Variation du nombre de demandes en attente pour les chirurgies cardiaques, au dernier jour de chaque période¹, 2007-2010



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

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, 2007-2010

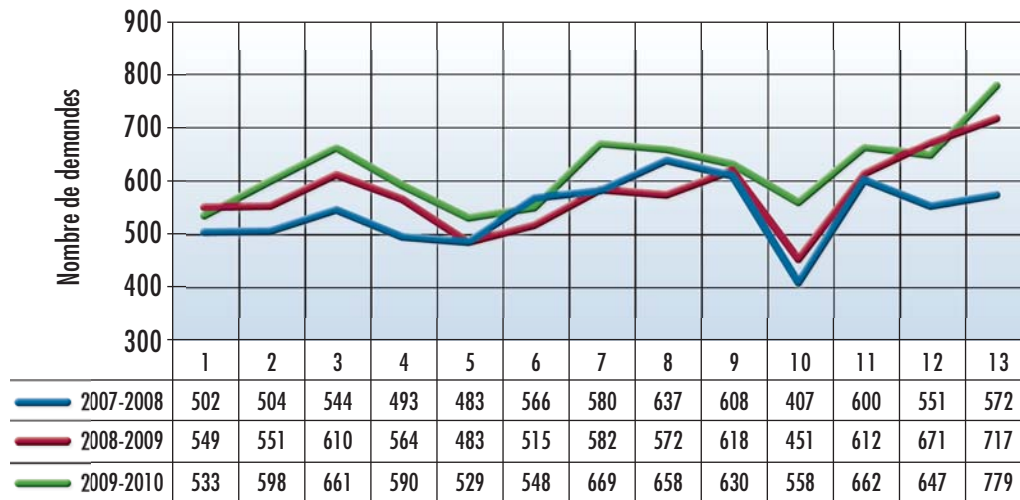
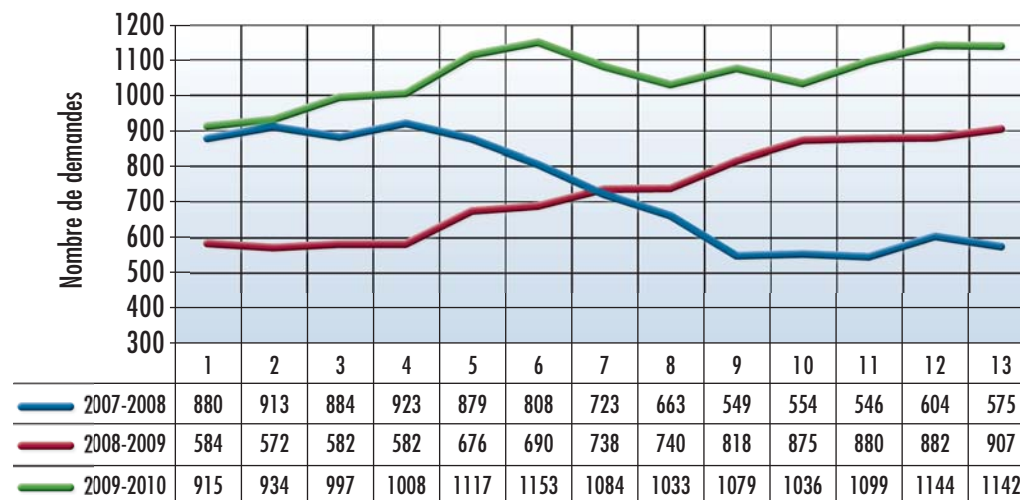


TABLEAU 7B

Variation du nombre de demandes en attente pour l'électrophysiologie¹, au dernier jour de chaque période², 2007-2010



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

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.

1. Inclut toutes les interventions : études électrophysiologiques, stimulateurs et défibrillateurs cardiaques et ablations.
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 : WWW.RQCT.QC.CA

Le site www.rqct.qc.ca présente les renseignements permettant de connaître le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, les membres de ses différents comités et ses principales activités et 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 DE LA TABLE DE CONSULTATION

Dr François Philippon
Président

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

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec

Dr Louis Couture
Directeur des services
professionnels
CHUQ – Hôtel-Dieu
de Québec

Dr Raymond Gendreau
Chef du service
de cardiologie
CSSS de Laval – Cité
de la Santé

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

Dr David Langleben
Service de cardiologie
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

Dr Michel Laurence
Direction des services
professionnels
Centre hospitalier
Pierre-Boucher

Dr Claude Ménard
Collège des médecins
du Québec

Dr Normand Racine
Service de cardiologie
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr Jean E. Morin
Président sortant

Dr Jean-Pierre Beaudry
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

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

Dr Louis Dufresne
Direction des affaires
universitaires
MSSS

Dr Onil Gleeton
Service de cardiologie
Institut universitaire
de cardiologie et de
pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr André Kokis
Service d'hémodynamie
CHUM – Hôtel-Dieu

Dr Yves Langlois
Association des chirurgiens
cardiaques et thoraciques
du Québec

Dr Michel Lemieux
Président de la Table
sectorielle des RUIS
de cardiologie

Dr Michel Nguyen
Service de cardiologie
et programme
cardiopulmonaire
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Érick Schampaert
Service d'hémodynamie,
Hôpital du Sacré-Cœur
de Montréal

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr Peter Bogaty
UEC de l'AETMIS

M. Christian Chabot
Représentant des patients

Dr John F. Mathieu
Chirurgien cardiovasculaire
et thoracique
CSSS de Saguenay –
Hôpital de Chicoutimi

M. François Grenier
Direction générale
des services de santé
et médecine universitaire
MSSS

M. Éric Laliberté
Association des
perfusionnistes du Québec

Dr Jacques Lapointe
Service de cardiologie
Hôpital Maisonneuve-
Rosemont

Dr Claude Lévesque
Service de cardiologie
CSSS de Gatineau –
Hôpital de Hull

Dr Jean-Philippe Pelletier
Association des
cardiologues du Québec

Dre Monique St-Pierre
Direction des affaires
médicales
Agence de la santé
et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

ANNEXE 2

MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR

Dr François Philippon
Président

Dr Jean-Pierre Beaudry
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

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

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

Dr Michel Lemieux
Médecin-conseil
MSSS

Dr Normand Racine
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr Jean E. Morin
Président sortant

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

Dr Onil Gleeton
Institut universitaire
de cardiologie et de
pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr André Kokis
CHUM – Hôtel-Dieu

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dre Monique St-Pierre
Agence de la santé
et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec

M. François Grenier
MSSS

Dr Yves Langlois
Association des chirurgiens
cardiaques et thoraciques
du Québec

Dr Jean-Philippe Pelletier
Association des
cardiologues du Québec

ANNEXE 3

MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Michel Carrier
Président

Dr Jean E. Morin
Président sortant

Dr Peter Bogaty
UEC de l'AETMIS

Dr Vidal Essebag
CUSM – Hôpital général de Montréal

Dr Patrick Mathieu
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr Stéphane Rinfret
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr François Philippon
Président du RQCT

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr Raymond Cartier
Institut de cardiologie de Montréal

Mme Laurie Lambert
UEC de l'AETMIS

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dre Ann Walling
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

ANNEXE 4

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL – 2008-2010

Remplacement de valves cardiaques par approche percutanée

Dr Michel Pellerin
Co-Président
Institut de cardiologie de Montréal

Dr François Philippon
Président du RQCT

Dr Simon Bérubé
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Éric Dumont
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

M. François Grenier
MSSS

Dr Yves Langlois
CUSM – Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr Robert De Laroche
Co-Président
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr André-Yvan Denault
Institut de cardiologie de Montréal

Dr Giuseppe Martucci
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Dr David Greentree
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Reda Ibrahim
Institut de cardiologie de Montréal

Dr José Morais
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Prévention-réadaptation cardiovasculaire

Dr Martin Juneau
Président
Institut de cardiologie de Montréal

Dr Guy Boucher
Centre hospitalier régional de Rimouski

Dr Luc Laurin
Clinique médicale de Ferme-Neuve

Dr Serge Lepage
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dre Nathalie Roy
Centre hospitalier de Chicoutimi

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr François Philippon
Président du RQCT

M. François Grenier
MSSS

Dre Sylvie Legault
CHUM – Hôpital Notre-Dame

Dr Paul Poirier
M. Pierre Desgagné
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr Mark Smilovitch
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Algorithme clinique : infarctus aigu avec élévation du segment ST

Dr Jean-Pierre Beaudry
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Dr Érick Schampaert
Service d'hémodynamie
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Dr Stéphane Rinfret
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr Robert Dupuis
Centre de santé et de services sociaux
de Thetford Mines

Dr Simon Kouz
CSSS du Nord de Lanaudière

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr François Philippon
Président du RQCT

M. François Grenier
MSSS

Dr Pierre Théroux
Institut de cardiologie de Montréal

Dr Jean-François Gobeil
CHUM – Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Dr Sébastien Maire
Hôtel-Dieu de Lévis

Dr René Roux
Hôpital de Sainte-Croix

Assistance ventriculaire

Dr Michel Carrier
Président
Institut de cardiologie de Montréal

Dr Joe Helou
CHUM – Hôtel-Dieu

Dr Renzo Cecere
Centre universitaire de santé McGill

Mme Nathalie Labrecque
Coordonnatrice
MSSS

Dr David Greentree
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Jean Philippe Pelletier
CUSM – Hôpital Royal Victoria

Dr François Philippon
Président du RQCT

M. François Grenier
MSSS

Dr Éric Charbonneau
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr Bernard Cantin
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec –
Hôpital Laval

Dr Yves Langlois
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

ANNEXE 5

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES TERTIAIRES EN CARDIOLOGIE

Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval

Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôtel-Dieu de Québec

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont

Institut de cardiologie de Montréal

Centre hospitalier universitaire 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

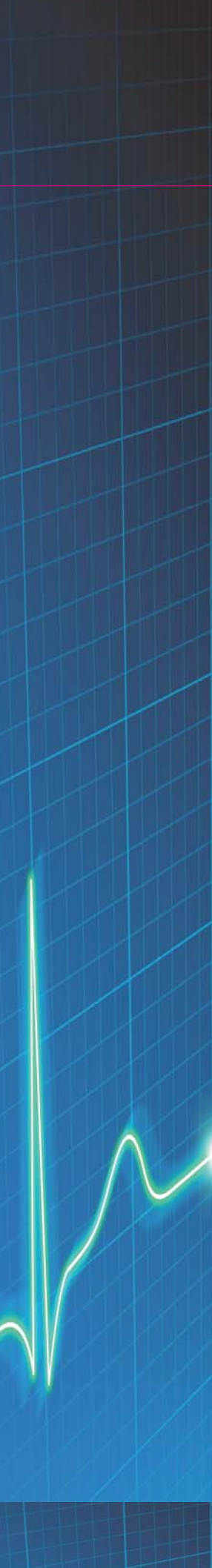
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

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



www.msss.gouv.qc.ca

**Santé
et Services sociaux**

Québec

