

A stethoscope is positioned in the upper right quadrant, with its chest piece resting on a glowing green ECG line that spans the width of the page. The background is a dark blue grid.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

RAPPORT ANNUEL 2007-2008

RÉCTÉ

Québec 

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

RAPPORT ANNUEL 2007-2008

Santé
et Services sociaux

Québec





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, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008
ISBN : 978-2-550-53196-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-53197-5 (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, 2008



TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du Réseau québécois de cardiologie tertiaire	5
Ce qu'est le Réseau québécois de cardiologie tertiaire	7
Historique	
Mission	
Objectifs visés	
Gouvernance	
Le comité scientifique	9
Composition	
Mandat	
Réalizations	
Les avis publiés par le Réseau québécois de cardiologie tertiaire	11
Avis publiés de 2000 à 2007	
Avis publiés en 2007 et 2008	
L'électrophysiologie cardiaque	
L'hypertension artérielle pulmonaire	
L'ultrafiltration appliquée au domaine de l'insuffisance cardiaque	
Les groupes de travail : 2008-2009	12
Remplacement de valves cardiaques par approche percutanée	
Prévention-réadaptation cardiovasculaire	
Contribution du Réseau québécois de cardiologie tertiaire à l'amélioration de la gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire	13
Le système de gestion de l'accès aux services	
Grilles de priorités	
Participation aux travaux de refonte en cours	
Collaborations privilégiées	17
Avec l'AETMIS	
Avec la Table sectorielle des RUIS en cardiologie	
Coup d'œil sur l'attente et sur la production de services en cardiologie tertiaire au Québec	18
TABLEAU 1	
Nombre de demandes réalisées et de demandes en attente au Québec en cardiologie tertiaire – 2005 à 2008	19
TABLEAU 2	
Nombre de demandes réalisées en cardiologie tertiaire par établissement – 2007-2008	20
TABLEAU 3	
Nombre de demandes en attente en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2008	21

TABLEAU 4 Nombre de demandes en attente en cardiologie tertiaire au Québec – au 31 mars 2008	22
TABLEAU 5A Variation du nombre de demandes réalisées en hémodynamie, par période, 2005-2008	23
TABLEAU 5B Variation du nombre de demandes en attente en hémodynamie, au dernier jour de chaque période, 2005-2008	23
TABLEAU 6A Variation du nombre de demandes réalisées en chirurgie cardiaque, par période, 2005-2008	24
TABLEAU 6B Variation du nombre de demandes en attente en chirurgie cardiaque, au dernier jour de chaque période, 2005-2008	24
TABLEAU 7A Variation du nombre de demandes réalisées en l'électrophysiologie, par période, 2005-2008	25
TABLEAU 7B Variation du nombre de demandes en attente en électrophysiologie, au dernier jour de chaque période, 2005-2008	25
 Le site Internet du Réseau québécois de cardiologie tertiaire : www.rqct.qc.ca	 26

ANNEXES

Annexe 1 Membres de la Table de consultation	27
Annexe 2 Membres du comité directeur	28
Annexe 3 Membres du comité scientifique	29
Annexe 4 Membres des groupes de travail – 2008-2009	30
Annexe 5 Liste des établissements offrant des services tertiaires en cardiologie	31



MOT DU PRÉSIDENT

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

L'année 2007-2008 aura été bien remplie. Plusieurs groupes de travail ont été mis sur pied et l'ensemble des experts que nous avons sollicités pour participer à l'élaboration des recommandations a effectué un travail de grande qualité. Vous pourrez le constater à la lecture des avis disponibles sur le site www.rqct.qc.ca.

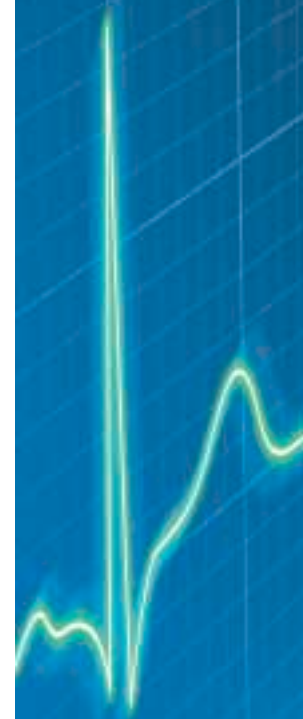
Le suivi périodique des volumes d'activité et des listes d'attente nous aura permis de faire plusieurs constats. Ainsi, la pénurie de personnel infirmier, la complexité des interventions, les comorbidités importantes rencontrées dans la population nécessitant des soins en cardiologie tertiaire et les durées de séjour prolongées en postopératoire se sont traduits par une baisse de productivité en chirurgie cardiaque et un allongement des temps d'attente (80 % des chirurgies réalisées dans les délais). En hémodynamie, dans plus de 93 % des cas, les interventions sont réalisées dans les délais. Les volumes ont chuté de 2,3 % et la liste d'attente a significativement diminué. Parmi les principaux facteurs ayant contribué à cette réduction, on compte la prévention, la gestion des facteurs de risque et la diminution de la resténose en raison du recours à des technologies modernes. En électrophysiologie, l'importante liste d'attente provinciale a justifié la mise à jour des recommandations à l'intention du Ministre ; des mesures de « blitz » ont été entreprises pour résorber toutes les demandes hors délais de la liste d'attente. De plus, sur la base de l'énoncé de position ministérielle récemment dévoilé, des solutions à moyen et à long terme sont maintenant envisagées pour l'ensemble des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) ainsi que les nombreux collaborateurs et experts qui se joignent à nous et qui, grâce à leur expertise de pointe, contribuent à la production de rapports de grande qualité.

Nous saisissons l'occasion pour adresser un remerciement tout particulier à madame Margo Ménard, 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 reliées à la permanence. Soulignons également le travail de monsieur François Grenier, soit sa précieuse expertise et son implication dans la préparation des rapports rédigés par les groupes de travail.

Finalement, nous remercions le Dr Jean Morin, président fondateur du RQCT de 2000 à 2007 pour sa contribution au développement du RQCT.

François Philippon, MD, FRCPC







CE QU'EST LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Historique

Le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (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 dans les délais recommandés. Ses avis sont essentiellement de nature clinique.

Objectifs visés

- 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 impact 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 au regard des 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 du Collège des médecins et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, certains directeurs médicaux des agences concernées par l'organisation des services tertiaires en cardiologie ainsi que



des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), responsables de la permanence. Les associations médicales et professionnelles (cardiologues, chirurgiens cardiaques et diplômés en perfusion extracorporelle) y sont également représentées. Nommés pour quatre ans, tous ces représentants forment ce que l'on appelle la Table de consultation ; ils se réunissent annuellement pour faire le point sur l'état des services à l'échelle provinciale (Voir la liste des membres à l'annexe 1 page 27).

Tout au long de l'année, le fonctionnement du RQCT est assuré par un 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 (Voir la liste des membres à l'annexe 2 page 28).

De plus, le RQCT forme des groupes de travail composés d'experts appelés à analyser certaines problématiques particulières et à faire des 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.

Depuis sa fondation, il y a maintenant huit ans, le RQCT a commandé plusieurs études reliées à la prestation des services en cardiologie tertiaire. Toutes ces études ont fait l'objet de rapports incluant des recommandations qui ont été soumises au Ministre avant d'être rendues publiques. Ces rapports sont disponibles sur le site Internet du RQCT, à l'adresse suivante : www.rqct.qc.ca.



LE COMITÉ SCIENTIFIQUE

Composition

Le comité scientifique est un comité permanent du RQCT, composé d'un président nommé pour quatre ans par le président du RQCT, de représentants du secrétariat général ainsi que de 5 ou 6 autres membres représentatifs des centres et des divers domaines d'activité en cardiologie tertiaire (Voir la liste des membres à l'annexe 3 page 28).

Mandat

Le mandat du comité scientifique peut se décrire comme suit :

- déterminer des thèmes et sujets qui pourraient faire l'objet d'études par l'Unité d'évaluation en cardiologie (UEC) de l'AETMIS (www.aetmis.gouv.qc.ca) ;
- suggérer des paramètres aux études mises en œuvre ;
- commenter la méthodologie proposée pour les projets d'étude retenus par l'UEC ;
- participer aux études à la demande de l'UEC ;
- agir à titre de lecteur et de critique lors des rapports de l'UEC à sa demande ;
- examiner et commenter les résultats à la fin des études ;
- recommander au comité directeur du RQCT des orientations dans la foulée des conclusions des études faites par l'UEC.

Réalisations

Durant l'année 2007-2008, le comité scientifique a renouvelé ses objectifs. En effet, plusieurs des recommandations issues de rapports présentés antérieurement par le RQCT touchaient la nécessité d'évaluer les résultats obtenus en cardiologie tertiaire au Québec. Le plan 2008-2012 présenté par le comité scientifique en collaboration avec l'UEC de l'AETMIS, visant à concrétiser une stratégie d'évaluation en cardiologie tertiaire à plus long terme, avait donc comme double objectif d'évaluer et d'améliorer la pratique. Cette proposition, soumise au Ministère en avril 2008, était accompagnée de projets spécifiques touchant la cohorte de patients traités en cardiologie tertiaire.

Les trois scénarios proposés pour permettre l'évaluation des activités de cardiologie tertiaire au Québec sont les suivants :

- A. Évaluation systématique et obligatoire de tout nouveau programme et de toute nouvelle technologie tertiaires implantés au Québec.
- B. Évaluation thématique des technologies et des traitements à grand volume telles l'angioplastie coronarienne, la chirurgie cardiaque et l'implantation de défibrillateurs.
- C. Évaluation continue de la performance des modes d'intervention en cardiologie.

Le comité a choisi des objectifs précis permettant de déterminer les questions prioritaires qui devraient faire l'objet d'études et d'analyses :

- A. Évaluation de nouveaux programmes :
 - a) Le remplacement valvulaire percutané et trans apical ;
 - b) Le cœur mécanique (assistance ventriculaire).
- B. Évaluation thématique :
 - a) Les défibrillateurs cardiaques implantables ;
 - b) Le traitement de l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST ;
 - c) Le remplacement valvulaire chez les octogénaires ;
 - d) La dilatation coronarienne dans les centres avec/sans support chirurgical (suivi de l'étude de l'AETMIS).
- C. Évaluation continue de la performance :
 - a) Le pontage coronarien ;
 - b) La dilatation coronarienne ;
 - c) La chirurgie valvulaire.
- D. La prévention secondaire.



LES AVIS PUBLIÉS PAR LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Avis publiés de 2000 à 2007

Depuis sa création découlant des recommandations du rapport *Cardiologie tertiaire – Situation actuelle, perspectives et propositions – Document adopté par le comité de travail de cardiologie tertiaire – 2000*, le RQCT a publié différents avis que l'on peut retrouver en ligne au www.rqct.qc.ca. En voici la liste sommaire :

- Rapport final du comité sur les dispositifs d'assistance ventriculaire gauche – Octobre 2001-Juin 2002
- Rapport du comité de l'infirmière spécialisée en cardiologie tertiaire – Mars 2003
- Propositions de critères et de centres désignés pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire – Juillet 2003
- Avis sur l'utilisation des tuteurs médicamenteux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux – Juillet 2003
- État de situation sur les dispositifs d'assistance ventriculaire gauche – Septembre 2003
- Avis sur l'utilisation des tuteurs médicamenteux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux – Mise à jour septembre 2004
- Le développement de l'hémodynamie au Québec – Évaluation des besoins et proposition pour une utilisation optimale des ressources – Perspective 2005-2010
- L'électrophysiologie cardiaque – Évaluation des besoins en électrophysiologie cardiaque – Tendances et projections – 2005
- Coronarographie par tomographie à multibarrettes (Coro-TDM) – Potentiel d'utilisation de la Coro-TDM comme complément ou alternative à la coronarographie conventionnelle – Juin 2006
- L'électrophysiologie cardiaque – Évaluation des besoins en électrophysiologie cardiaque – Tendances et projections – Mise à jour juin 2006

Avis publiés en 2007

- Hypertension artérielle pulmonaire – Évolution des clientèles, nouvelles approches thérapeutiques et désignation des centres – Octobre 2007
- L'électrophysiologie cardiaque – Évaluation des besoins : tendances et projections 2007-2010 – Novembre 2007



LES GROUPES DE TRAVAIL : 2008-2009

L'ultrafiltration appliquée au domaine de l'insuffisance cardiaque

Mandat

- Évaluer le positionnement de la technologie de l'ultrafiltration pour le traitement de l'insuffisance cardiaque dans la pratique de la cardiologie tertiaire.

(Voir la liste des membres à l'annexe 4 page 29.)

Remplacement de valves cardiaques par approche percutanée

Mandat

- Évaluer le positionnement de l'approche percutanée pour les valvuloplasties dans la pratique de la cardiologie tertiaire.
- Produire un rapport et formuler des recommandations à l'intention du comité directeur du RQCT concernant le déploiement provincial envisageable de cette technologie.

(Voir la liste des membres à l'annexe 4 page 29.)

Prévention-réadaptation cardiovasculaire

Mandat

- Faire un inventaire des programmes de prévention existants grâce aux divers bêtins publiés au Québec.
- Faire état des connaissances dans le domaine de la prévention secondaire et apprécier les résultats des programmes mis en œuvre sur l'état de santé de la population aux prises avec des maladies cardiovasculaires ou à risque d'en développer.
- 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 services (déterminés, par exemple, selon les CSSS) 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.

(Voir la liste des membres à l'annexe 5 page 30.)



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

Le système de gestion de l'accès aux services

Le système de gestion de l'accès aux services (SGAS) est un programme informatique mis au point conjointement par le MSSS et les médecins afin d'aider à la gestion des demandes de service en cardiologie tertiaire. Maintenant déployé dans tous les centres offrant des services tertiaires de cardiologie au Québec, ce programme permet d'enregistrer de façon uniforme les demandes de service en hémodynamie/angioplastie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie. Ce logiciel comprend aussi la grille des priorités élaborée et acceptée par les médecins et le Collège des médecins du Québec (CMQ) en vue de traiter tous les patients dans les délais recommandés selon leur condition clinique.

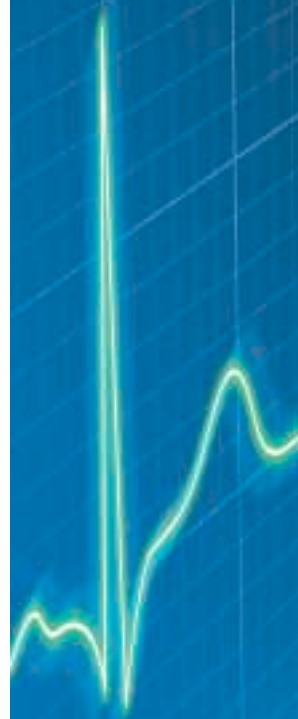
Le SGAS fournit des données permettant de compiler, à la fin de chaque période administrative et en fin d'année, le nombre de patients en attente de services ainsi que le nombre de demandes de service qui ont été réalisées.

Le RQCT peut ainsi suivre l'évolution des interventions réalisées à l'échelle provinciale de même que les variations du nombre de patients en attente de services, et choisir de faire, lorsque la situation devient préoccupante, des recommandations périodiques au Ministère dans le but d'améliorer l'accès pour les clientèles concernées.

Grilles de priorités

Le RQCT a contribué à l'élaboration de normes « médicalement acceptables » au regard des temps d'attente pour les différentes interventions en cardiologie tertiaire. Ces normes ont d'ailleurs fait l'objet d'une approbation par le Collège des médecins du Québec qui les a ensuite traduites en énoncé de position officiel.¹

1. Les trois tableaux suivants sont tirés du document : *La gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire : pour une approche systématique – Énoncé de position du Collège des médecins du Québec* - Novembre 2003



Accessibilité en hémodynamie – classification par priorité (CMQ⁽¹⁾ – RQCT⁽²⁾)

Info. clinique	Classe fonct. (RQCT)	Niveau de risque	Diagnostic	Priorité	Délais
Coronarien	IV-C2	NA	Syndrome coronarien aigu avec instabilité hémodynamique ou rythmique	1	Immédiat
Coronarien			Angioplastie primaire ou de sauvetage dans l'infarctus du myocarde	1	Immédiat
Valvulaire			Syndrome valvulaire aigu avec instabilité hémodynamique ou rythmique	1	Immédiat
Vasculaire			Syndrome vasculaire aigu	1	Immédiat
Coronarien	IV-C1	NA	Syndrome coronarien aigu réfractaire au traitement médical optimal incluant une thérapie intraveineuse	2	< = 24 heures
Valvulaire			Syndrome valvulaire grave réfractaire au traitement médical optimal incluant une thérapie intraveineuse	2	< = 24 heures
Coronarien	IV-B	NA	Syndrome coronarien aigu amélioré avec un traitement médical optimal mais persistant à l'effort minimum	3.1	< = 72 heures
Valvulaire			Syndrome valvulaire grave amélioré avec un traitement médical optimal mais persistant à l'effort minimum sans thérapie intraveineuse	3.1	< = 72 heures
Coronarien	IV-A	Haut risque	Syndrome coronarien aigu stabilisé avec une médication orale, haut risque	3.2	< = 1 semaine
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire grave symptomatique stabilisé	3.2	< = 1 semaine
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien aigu stabilisé avec une médication orale, bas risque	4	< = 2 semaines
Coronarien	III	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	4	< = 2 semaines
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire stable	4	< = 2 semaines
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.1	< = 1 mois
Coronarien	II	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	5.1	< = 1 mois
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire stable	5.1	< = 1 mois
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.2	< = 2 mois
Coronarien	I	Haut risque	Syndrome coronarien haut risque	5.1	< = 1 mois
Valvulaire		NA	Syndrome valvulaire stable	5.1	< = 1 mois
Coronarien		Bas risque	Syndrome coronarien bas risque	5.2	< = 2 mois
Vasculaire	NA	NA	Syndrome vasculaire stable	5.2	< = 2 mois

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

NA : Non applicable

Accessibilité à la chirurgie cardiaque – classification par priorité (CMQ⁽¹⁾ – RQCT⁽²⁾)

Diagnostic		Priorité	Délais
Syndrome coronarien aigu : Syndrome valvulaire aigu : Syndrome vasculaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • hémodynamiquement instable • arythmie maligne • hémodynamiquement instable • anévrisme disséquant • hémodynamiquement instable 	1 (très urgente)	< = 24 heures
Syndrome coronarien ou valvulaire aigu :	<ul style="list-style-type: none"> • réfractaire au traitement médical optimal par voie intraveineuse • atteinte sévère du tronc commun 	2 (urgente)	< = 72 heures
Syndrome coronarien aigu stabilisé : Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire sévère :	<ul style="list-style-type: none"> • état précaire • sous contrôle médical optimal <i>À moins de raisons exceptionnelles, usager sous thérapie parentérale</i> • classe fonctionnelle • état précaire • hémodynamiquement stable • sous contrôle médical optimal • NYHA IV <i>Usager hospitalisé, à qui on ne peut donner son congé sans qu'il ait été opéré</i> 	3 (semi-urgente)	< = 2 semaines
Syndrome coronarien non-aigu : Syndrome valvulaire stable :	<ul style="list-style-type: none"> • classe fonctionnelle • NYHA III <i>Usager non-hospitalisé</i> 	4 (semi-électif)	< = 2 semaines
Autres situations		5 (électif)	< = 3 mois

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Accessibilité en électrophysiologie – classification par priorité (CMQ⁽¹⁾ – RQCT⁽²⁾)

Localisation usager	Procédure	Information clinique – cardiaque	Priorité	Délais	
Usager hospitalisé à l'urgence ou transfert interétablissement		Instabilité hémodynamique	1	< 24 heures	
		Stimulateur endoveineux temporaire	2.1	< 48 heures	
		Autres usagers hospitalisés	2.2	< 72 heures	
Usager à domicile	Cardiostimulateur/défibrillateur				
	• Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Semi-Urgent		3	< = 2 semaines
	• Cardiostimulateur (simple-double-biventriculaire)	Électif		5.1	< = 8 semaines
	• Cardiostimulateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	• Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention primaire		5.1	< = 8 semaines
	• Défibrillateur (simple-double-biventriculaire)	Prévention secondaire		3	< = 2 semaines
	• Défibrillateur (biventriculaire)		Insuffisance card. décompensée	3	< = 2 semaines
	• Remplacement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Repositionnement sonde ou boîtier	Avec dépendance		3	< = 2 semaines
	• Remplacement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Repositionnement sonde ou boîtier	Sans dépendance		4	< = 4 semaines
	• Rehaussement			4	< = 4 semaines
	• Exérèse complète - Extraction de sonde			4	< = 4 semaines
	Ablation		Fibrillation auriculaire rapide	3	< = 2 semaines
	Ablation		Arythmie potentiellement maligne	3	< = 2 semaines
	Ablation	Reprise		4	< = 4 semaines
	Ablation		Arythmie récidivante	4	< = 4 semaines
	Ablation		Wolff-Parkinson-White	4	< = 4 semaines
	Ablation		Syncope, TV cicatricielle	4	< = 4 semaines
	Ablation		Primaire de FA	5.2	< = 12 semaines
	Ablation		(Sans autre spécification)	5.2	< = 12 semaines
	Test de défibrillateur			3	< = 2 semaines
	Moniteur implantable			4	< = 4 semaines
	Étude diagnostique			4	< = 4 semaines
	Table basculante			5.2	< = 12 semaines

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec

(2) RQCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire

Participation aux travaux de refonte en cours

Le RQCT participe aux travaux en cours en vue de faire migrer le système 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.



COLLABORATIONS PRIVILÉGIÉES

Avec l'AETMIS

À l'échelle internationale, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé s'impose comme source d'information essentielle pour la prise de décision à tous les paliers des systèmes de santé.

Dès 2002, le RQCT avait manifesté au ministère de la Santé et des Services sociaux son désir d'avoir accès à un organisme scientifique réputé et indépendant afin d'évaluer les résultats des modes d'intervention dans le domaine de la cardiologie tertiaire. En janvier 2004, le RQCT proposait que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) soit chargée de ce travail. L'AETMIS a alors accepté de créer, au sein de son organisation, une unité d'évaluation en cardiologie (UEC) spécifiquement dédiée à cette fin.

Pour s'acquitter de son mandat, qui est de procéder à des études sur les résultats selon les modes d'intervention en cardiologie, cette unité peut soit analyser les banques de données médico-administratives disponibles au Québec, soit effectuer des recherches directement « sur le terrain ».

Avec la Table sectorielle des RUIS en cardiologie

La décision de créer une Table sectorielle des RUIS relève de la Table de coordination nationale des RUIS, qui perçoit ce mécanisme comme l'un des moyens parmi les plus efficaces pour soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans l'atteinte de ses objectifs. La cardiologie fait partie de la liste des domaines pour lesquels le MSSS a procédé à la mise sur pied d'une telle table.

La Table sectorielle des RUIS en cardiologie est composée d'un président désigné par le président de la Table de coordination nationale des RUIS et de deux représentants (clinique et administratif) de la cardiologie pour chaque RUIS. Siègent également à la Table sectorielle : le président du RQCT ou son représentant, le directeur scientifique de l'évaluation en cardiologie à l'AETMIS et deux responsables du dossier de la cardiologie tertiaire à la Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques au Ministère, l'une de ces deux personnes étant responsable de la coordination de la Table.

La Table a pour mandat de :

- coordonner les opinions des experts cliniques et administratifs en cardiologie afin de dégager les avis majoritaires permettant de formuler des propositions pertinentes quant à l'organisation des services, ce qui la distingue du RQCT qui avise le ministre sur les enjeux de nature clinique ;
- conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Agences quant à l'organisation des services en cardiologie en formulant des propositions qui tiennent compte des objectifs et des orientations ministérielles (qualité, accessibilité et efficacité).



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 depuis 2005. Ils illustrent notamment l'impact qu'a eu l'évolution de la pratique médicale en cardiologie tertiaire au cours des dernières années. Ainsi, le nombre total d'interventions thérapeutiques pour revascularisation commence à se stabiliser et le mouvement anticipé de la chirurgie vers l'angioplastie se confirme. Le nombre de chirurgies, qui a augmenté en moyenne de 4 % annuellement depuis les vingt dernières années jusqu'en 2005-2006, est maintenant à la baisse. Par contre, les cas admis en chirurgie cardiaque sont de plus en plus complexes. Plus de 27 % des chirurgies cardiaques concernent le remplacement ou la réparation d'une ou de plusieurs valves cardiaques ou le remodelage ventriculaire, et le temps d'utilisation des salles pour ces cas complexes est considérablement plus long que pour les pontages.

Au regard de la complexité, on observe des tendances similaires en hémodynamie notamment avec l'avènement de procédures valvulaires percutanées, lesquelles nécessitent une collaboration étroite entre les cardiologues et les chirurgiens cardiaques. Par ailleurs, la demande de services en électrophysiologie subit une croissance marquée. Celle-ci s'explique d'abord par l'utilisation de plus en plus répandue de défibrillateurs cardiaques internes (DCI). En raison de nouvelles indications en prévention primaire, le taux d'implantation des DCI croît de façon importante : 180/million/an en 2005, 200/million/an en 2007 (1 500 DCI/an). Ce taux se compare à celui d'autres provinces dont l'Ontario (217/million/an en 2006-2007) tout en demeurant inférieur à ce qu'on observe aux États-Unis. De plus, le traitement des patients souffrant de fibrillation auriculaire (FA) par ablation devient plus courant, laissant entrevoir une hausse considérable de la demande. La cible visée pourrait être de 100 ablations par million d'habitants pour 2010 et de 122 pour 2012.

TABLEAU 1

Nombre de demandes réalisées et de demandes en attente au Québec en cardiologie tertiaire – 2005 à 2008

SERVICE	Année financière		
	2005-2006	2006-2007	2007-2008
HÉMODYNAMIE			
Nombre de demandes réalisées	38 088	37 386	36 406
Nombre de demandes en attente			
Moyenne mensuelle ¹	880	780	830
Au dernier jour de l'année financière	772	918	666
CHIRURGIE CARDIAQUE			
Nombre de demandes réalisées	7 227	6 946	6 544
Nombre de demandes en attente			
Moyenne mensuelle ¹	470	425	573
Au dernier jour de l'année financière	435	468	555
ÉLECTROPHYSIOLOGIE (Toutes les interventions)			
Nombre de demandes réalisées	5 835	5 919	7 047
Nombre de demandes en attente			
Moyenne mensuelle ¹	520	702	730
Au dernier jour de l'année financière	562	853	575

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

1. Moyenne des demandes en attente au dernier jour de chacune des 13 périodes financières.

TABLEAU 2

Nombre de demandes réalisées en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2008

	CSSS de Chicoutimi	Hôpital Laval	CHUQ – Hôtel-Dieu	CHUS – Fleurimont	Institut de cardiologie de Montréal	Centre hospitalier universitaire de Montréal CHUM	Centre universitaire de santé McGill CUSM	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	702	3 428	809	1 352	3 481	2 640	1 907	1 130	1 091	1 038	832	505	1 056	19 971
• Angioplastie	485	3 177	706	1 630	2 835	2 057	1 050	438	1 244	758	818	534	703	16 435
Total	1 187	6 605	1 515	2 982	6 316	4 697	2 957	1 568	2 335	1 796	1 650	1 039	1 759	36 406
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	93 %	85 %	95 %	95 %	88 %	94 %	93 %	90 %	92 %	95 %	99 %	99 %	99 %	94 %
Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	159	990		249	837	655	680	469	274					4 313
• Valve avec ou sans pontages	52	560		89	660	269	243	112	132					2 117
Total ¹	211	1 577		342	1 535	928	951	590	410					6 544
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais	78 %	84 %		75 %	74 %	85 %	92 %	80 %	68 %					80 %
Électrophysiologie														
• Ablation		827		112	541	213	0		276					1 969
• Défibrillateur cardiaque interne		404		150	432	219	225		171					1 601
Total ²		1 896		691	1 696	1 188	690		886					7 047
Pourcentage de demandes réalisées dans les délais		59 %		78 %	59 %	65 %	72 %		65 %					66 %

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 en attente en cardiologie tertiaire par établissement – au 31 mars 2008

	CSSS de Chicoutimi	Hôpital Laval	CHUQ – Hôtel-Dieu	CHUS – Fleurimont	Institut de cardiologie de Montréal	Centre hospitalier universitaire de Montréal CHUM	Centre universitaire de santé McGill CUSM	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	30	81	10	104	100	67	54	34	39	41	32	7	27	626
• Angioplastie	1	1	0	5	18	6	5	0	1	1	0	2	0	40
Total	31	82	10	109	118	73	59	34	40	42	32	9	27	666
Nombre de demandes en attente hors délais	13	5	2	31	8	12	27	6	3	1	0	2	0	110
Chirurgie cardiaque														
• Pontage coronarien seul	3	57		14	41	13	43	18	23					212
• Valve avec ou sans pontage	12	78		8	131	2	27	40	34					332
Total ¹	15	136		22	177	15	72	60	58					555
Nombre de demandes en attente hors délai	1	3		9	52	3	25	24	2					119
Électrophysiologie														
• Ablation		137		18	103	54	0		86					398
• Défibrillateur cardiaque interne		12		10	22	12	8		19					83
Total ²		175		35	145	85	9		126					575
Nombre de demandes en attente hors délai		75		14	62	37	6		76					270

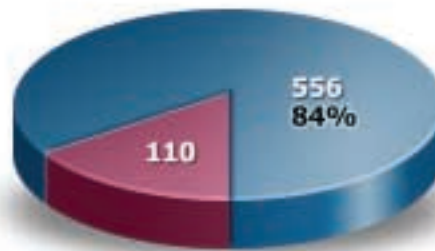
Source : Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) – Rapport « C »

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.

TABLEAU 4

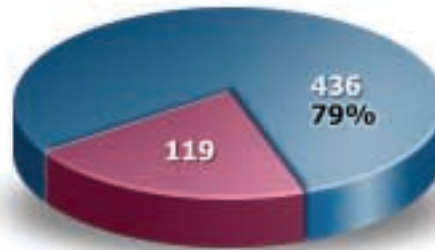
Nombre de demandes en attente en cardiologie tertiaire au Québec – au 31 mars 2008

Hémodynamie



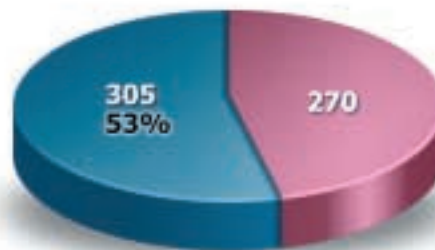
■ Dans les délais
■ Hors délais

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 du nombre de demandes réalisées en hémodynamie, par période¹, 2005-2008

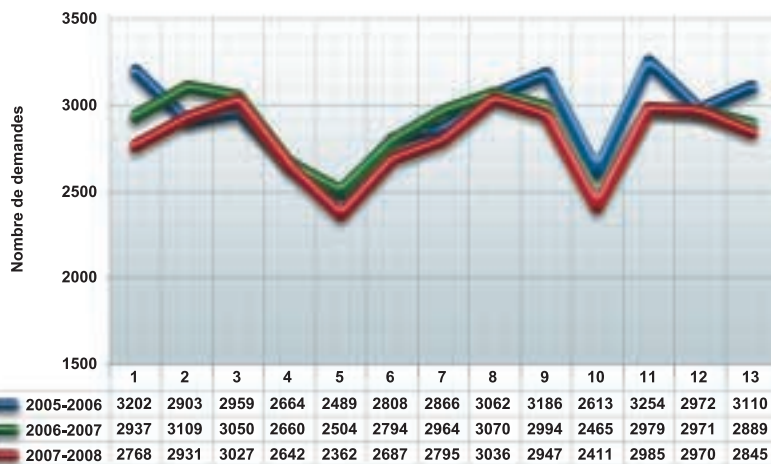
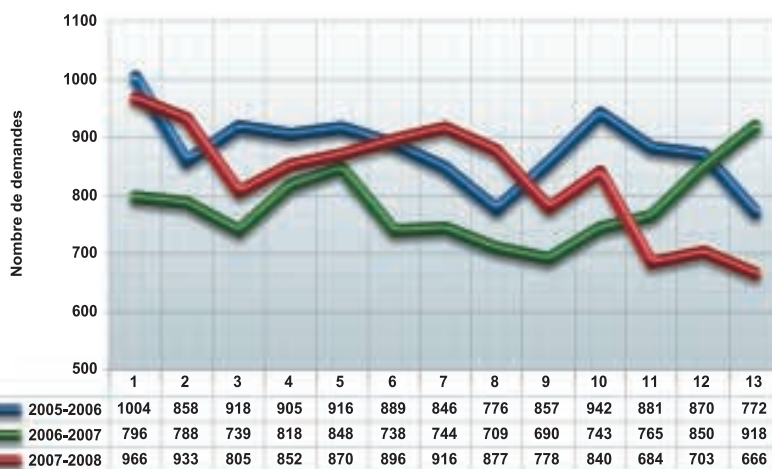


TABLEAU 5B

Variation du nombre de demandes en attente en hémodynamie, au dernier jour de chaque période¹, 2005-2008



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, 2005-2008

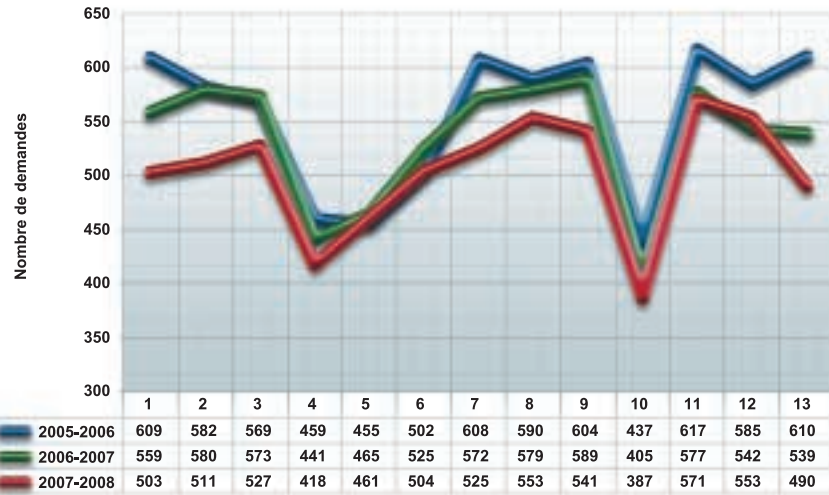
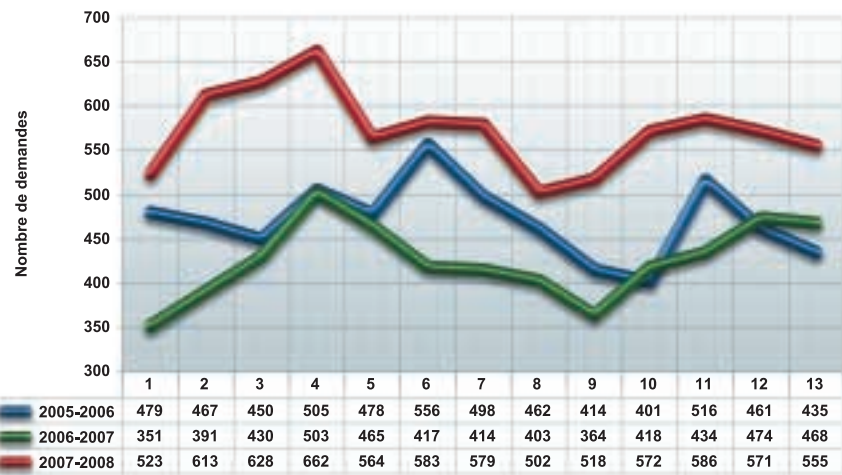


TABLEAU 6B

Variation du nombre de demandes en attente en chirurgie cardiaque, au dernier jour de chaque période¹, 2005-2008



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, 2005-2008

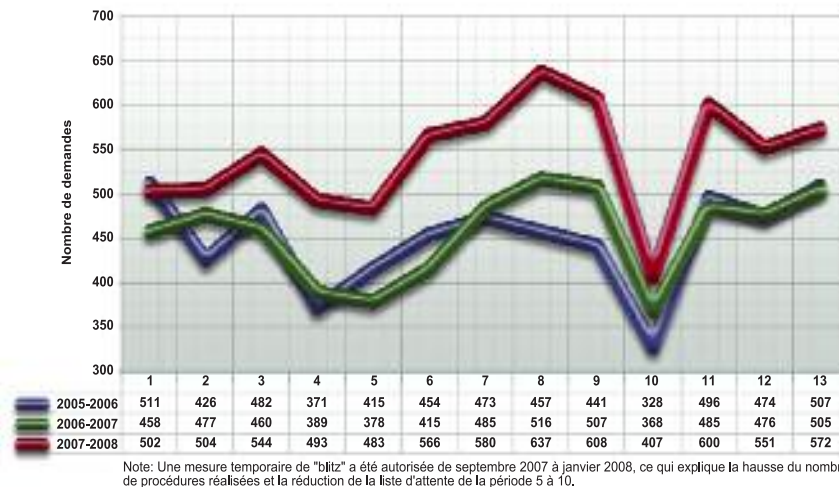
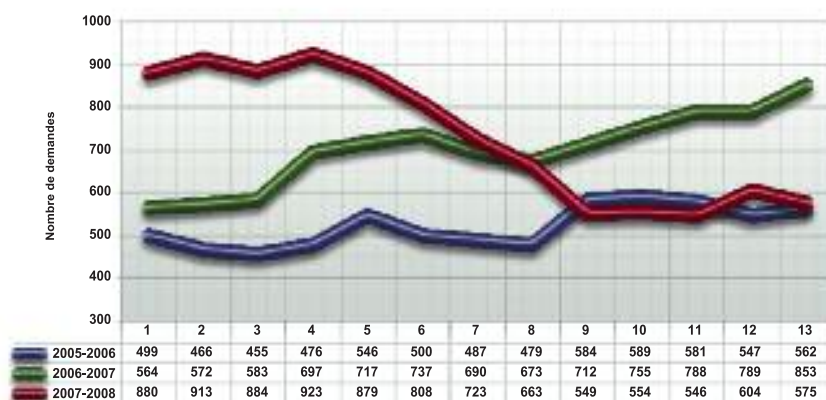


TABLEAU 7B

Variation du nombre de demandes en attente en électrophysiologie¹, au dernier jour de chaque période², 2005-2008



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

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

On retrouve sur ce site (www.rqct.qc.ca) les renseignements permettant de connaître le Réseau québécois de cardiologie tertiaire, les membres des différents comités et les principales activités et mandats du réseau. On y trouve également les rapports qu'il a publiés ainsi que des statistiques provinciales sur les interventions réalisées et sur le nombre de patients en attente. Ces statistiques sont régulièrement mises à jour.

Ce site a reçu près de 11 000 visiteurs entre juillet 2007 et avril 2008, principalement des Canadiens, mais aussi des Américains, des Européens (Français, Belges, Anglais et Allemands) ainsi que d'autres, originaires de plusieurs pays dont l'Algérie, l'Inde, la Roumanie et le Japon.



ANNEXE 1

MEMBRES DE LA TABLE DE CONSULTATION

Dr François Philippon
Président

Dr Jean E. Morin
Président sortant

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice
Direction générale
des services de santé et
médecine universitaire,
MSSS

Dre Louise Ayotte
Direction des affaires
médicales, Agence de la
santé et des services sociaux
de Montréal

Vacant
Hémodynamie, CUSM

Dr Peter Bogaty
UEC de l'AETMIS

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec

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

M. Christian Chabot
Représentant des patients

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

Dr Louis Dufresne
Direction des affaires
universitaires, MSSS

Dre Anne Fortin
Direction des affaires
médicales,
Agence de la santé et
des services sociaux
de la Capitale-Nationale

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

Dr Onil Gleeton
Service de cardiologie,
Hôpital Laval

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

M. Éric Laliberté
Association des perfusion-
nistes du Québec

Vacant
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 Yves Langlois
Association des chirurgiens
cardiaques et thoraciques
du Québec

Dr Jacques Lapointe
Service de cardiologie,
Hôpital Maisonneuve-
Rosemont

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

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

Dr Claude Lévesque
Service de cardiologie,
Centre de santé et des
services sociaux de
Gatineau –
Hôpital de Hull

Dr John F. Mathieu
Chirurgien cardiovasculaire
et thoracique,
Centre de santé et des
services sociaux de
Saguenay – Hôpital de
Chicoutimi

Dr Claude Ménard
Collège des médecins
du Québec

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

Dr Jean-Philippe Pelletier
Association des
cardiologues du Québec

Dr Normand Racine
Service de cardiologie,
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr François Reeves
Service d'hémodynamie,
CHUM – Hôtel-Dieu

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

ANNEXE 2

MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR

Dr François Philippon
Président

Dr Jean E. Morin
Président sortant

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice
MSSS

Dre Louise Ayotte
Agence de la santé et
des services sociaux
de Montréal

Vacant
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

M. Joël Brodeur
Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec

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

Dre Anne Fortin
Agence de la santé et
des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Dr Onil Gleeton
Hôpital Laval

M. François Grenier
MSSS

Vacant
Agence de la santé et des
services sociaux de l'Estrie

Dr Yves Langlois
Association des chirurgiens
cardiaques et thoraciques
du Québec

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Jean-Philippe Pelletier
Association des
cardiologues du Québec

Dr Normand Racine
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr François Reeves
CHUM – Hôtel-Dieu

ANNEXE 3

MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Michel Carrier
Président

Dr François Philippon
Président du RQCT

Dr Jean E. Morin
Président sortant

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice RQCT
MSSS

Dr Peter Bogaty,
Mme Laurie Lambert
UEC de l'AETMIS

Dr Raymond Cartier
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr Patrick Mathieu
Hôpital Laval

Dr Michel Nguyen
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Stéphane Rinfret
CHUM - Hôpital
Notre-Dame

Dre Ann Walling
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. David

ANNEXE 4

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL - 2008-2009

Ultrafiltration appliquée au domaine de l'insuffisance cardiaque

Dr Normand Racine
Président
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr François Philippon
Président du RQCT

Dr Bernard Cantin
Hôpital Laval

Dr Anique Ducharme
Institut de cardiologie
de Montréal

M. François Grenier
MSSS

Dr Simon Kouz
Centre hospitalier régional
de Lanaudière

Dr Serge Lepage
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Viviane Nguyen
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

Dr Stéphane Rinfret
CHUM – Hôtel-Dieu

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice
MSSS

Remplacement de valves cardiaques par approche percutanée

Dr Michel Pellerin
Co-Président
Institut de cardiologie de
Montréal

Dr Robert De Larochelière
Co-Président
Hôpital Laval

Dr François Philippon
Président du RQCT

Dr Simon Bérubé
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr André-Yvan Denault
Institut de cardiologie de
Montréal

Dr Éric Dumont
Hôpital Laval

Dr David Greentree
CHUS – Hôpital Fleurimont

M. François Grenier
MSSS

Dr Reda Ibrahim
Institut de cardiologie de
Montréal

Dr Yves Langlois
Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis

Dr Giuseppe Martucci
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

Dr José Morais
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice
MSSS

Prévention - réadaptation cardiovasculaire

Dr Martin Juneau
Président
Institut de cardiologie
de Montréal

Dr François Philippon
Président du RQCT

Dr Guy Boucher
Centre hospitalier régional
de Rimouski

M. François Grenier
MSSS

Dr Luc Laurin
Clinique médicale
de Ferme-Neuve

Dr Sylvie Legault
CHUM – Hôpital Notre-
Dame

Dr Serge Lepage
CHUS – Hôpital Fleurimont

Dr Paul Poirier,
Dr Pierre Desgagné
Hôpital Laval

Dr Nathalie Roy
Centre hospitalier de
Chicoutimi

Dr Mark Smilovitch
CUSM – Hôpital Royal
Victoria

Mme Margo Ménard
Coordonnatrice
MSSS

ANNEXE 5

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES TERTIAIRES EN CARDIOLOGIE

Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi

Hôpital Laval 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 universitaire de Montréal – Hôpital Notre-Dame et Hôtel-Dieu de Montréal

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 de santé et des services sociaux de Gatineau – Hôpital 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 