

Rimouski, le 14 février 2020

Madame Danielle McCann, Ministre  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Édifice Catherine-De Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy (15e étage)  
Québec (Québec) G1S 2M1

Esprit-Saint

La Trinité-des-Monts

Rimouski

Madame McCann,

Saint-Anaclet-de-Lessard

C'est au nom des 200 000 citoyens du Bas-Saint-Laurent et des 100 000 personnes de la Gaspésie que nous vous écrivons aujourd'hui.

Saint-Eugène-de-Ladrière

Nous savons déjà la volonté que vous portez à l'implantation d'une salle d'hémodynamie. Vous avez rencontré en 2019, à deux reprises, les membres du comité pour cette implantation à Rimouski. Vous connaissez également les impacts cliniques et financiers pour notre population de ne pas avoir accès à ce service, pourtant présent dans sept autres régions du Québec.

Saint-Fabien

Saint-Marcellin

La présente est pour vous demander un règlement de ce dossier le plus rapidement possible et, bien sûr, d'agir avec équité envers notre population. À titre d'élus municipaux, nous avons de plus en plus de difficulté à expliquer à nos populations la lenteur de ce dossier. Qui plus est, à quelques semaines du dépôt du budget, nous croyons qu'il est temps qu'une décision soit rendue promptement.

Saint-Narcisse-de-Rimouski

Saint-Valérien

Depuis le début des années 2000, soit presque 20 ans, le service de cardiologie de l'Hôpital régional de Rimouski a fait valoir le bien-fondé de l'implantation d'une salle d'hémodynamie à l'Hôpital régional de Rimouski, tant d'un point de vue clinique que financier. Malheureusement, ces demandes n'ont pas trouvé écho auprès des décideurs.

La population de l'Est-du-Québec que forment nos régions administratives est vieillissante et requiert des besoins en services surspécialisés reliés à la cardiologie. Les durées d'attente et de séjour en hospitalisation pour une coronographie ont des conséquences importantes tant d'un point de vue clinique que financier.

...2

Nous avons confiance dans votre travail ainsi que celui de votre équipe du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Nous vous demandons d'intervenir le plus rapidement possible dans une perspective d'équité pour nos citoyens bas-laurentiens et gaspésiens.

Le préfet,



Francis St-Pierre

- c.c. - M. François Legeault, premier ministre du Québec  
 - M<sup>me</sup> Marie-Ève Proulx, ministre responsable de la région du Bas-St-Laurent  
 - M. Denis Tardif, Député de Rivière-du-Loup – Témiscouata  
 - M. Harold Lebel, Député de Rimouski ✓  
 - M. Pascal Bérubé, Député de Matane-Matapédia  
 - M. Sylvain Roy, Député de Bonaventure  
 - M<sup>me</sup> Méganne Perry Mélançon, Députée de Gaspé  
 - M<sup>me</sup> Nathalie Dionne, cardiologie et membre du comité pour l'implantation d'une salle d'hémodynamie  
 - M<sup>me</sup> Isabelle Malo, Présidente dir.-générale du Centre intégré de santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent (CISSS)

**MRC BAS-ST-LAURENT/ Préfets :**



Yvon Soucy, préfet  
MRC de Kamouraska



Bruno Paradis, préfet  
MRC de la Mitis



Michel Lagacé, préfet  
MRC de Rivière-du-Loup



Chantale Lavoie, préfet  
MRC de la Matapédia



Bertin Denis, préfet  
MRC des Basques



Andrew Turcotte, préfet  
MRC de la Matanie

**MRC GASPÉSIE / Préfets**



---

Daniel Côté, préfet  
MRC de la Côte-de-Gaspé




---

Éric Dubé, préfet  
MRC de Bonaventure




---

Mathieu Lapointe, préfet  
MRC d'Avignon




---

Nadia Minassian, préfète  
MRC du Rocher-Percé

**VILLES / Maires :**



---

Sylvain Hudon, maire  
La Pocatière




---

Sylvie Vignet  
Rivière-du-Loup




---

Régnald Bernier, maire  
Saint-Pascal




---

Marc Parent, maire  
Rimouski



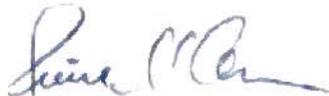

---

Jean-Pierre Rioux, maire  
Trois-Pistoles




---

Martin Soucy, maire  
Mont-Joli




---

Pierre D'Amours, maire  
Amqui




---

Jérôme Landry, maire  
Matane




---

Normand Morin, maire  
Dégelis

Le 25 février 2020

Docteure Lucie Opatrny, MD, MSc, FRCPC, MDCM  
Sous-ministre adjointe  
Direction générale des affaires universitaires, médicales  
infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 9<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Retour sur la rencontre du 10 février 2020 avec D<sup>re</sup> Lucie Opatrny**

Docteure,

Par la présente, nous aimerions vous faire part de nos commentaires sur les données très sommaires contenues dans le rapport de l'INESSS que vous nous avez partagées.

D'entrée de jeu, vous mentionnez qu'il y avait des données probantes justifiant qu'une salle d'hémodynamie devait se trouver à moins d'une heure d'un centre de chirurgie cardiaque. Dans les faits, il s'agit d'un avis d'experts émis à la fin des années quatre-vingt alors que le taux de recours à une chirurgie de pontages urgents était estimé supérieur à 5 %. Depuis lors, la pratique a énormément évolué et les salles d'hémodynamie se sont déployées en zones de plus en plus éloignées des grands centres.

#### **Données concernant les centres d'hémodynamie avec ou sans chirurgie sur place**

Nous comprenons l'intérêt d'évaluer chaque centre, mais ceci doit être fait à visée constructive, afin de permettre chaque centre de s'améliorer. Il nous apparaît toutefois discutable de vouloir tirer des conclusions en comparant les résultats des centres avec et sans chirurgie sur place en laissant entendre que les centres sans chirurgie sur place ont de moins bons résultats.

Il existe beaucoup de littérature concernant la mortalité et les besoins de chirurgie urgente dans les centres avec et sans chirurgie sur place. Le débat autour de ce sujet est clos depuis le début des années 2010. Il n'y a pas de différence entre les deux types d'installations. La littérature comporte des études et des registres américains avec, entre autres de très petits centres, mais aussi des études européennes avec des registres nord-européens très solides. Il existe d'ailleurs une excellente méta-analyse parue en 2011 sur le sujet<sup>1</sup> qui compare aussi les résultats chez les patients traités pour STEMI et les patients avec NSTEMI et interventions électives. On rapporte une mortalité dans le STEMI de 4,6 vs 7,2 % chirurgie non on-site vs on-site (OR 0,96, 95 % CI, 0,88 à 1,010), dans la clientèle de non-angioplastie primaire, ainsi qu'une mortalité de 1,4 vs 2,1 %, chirurgie non on-site vs on-site (OR 1,15, 95 % CI, 0,91-1,41).

---

<sup>1</sup> PCI at Centers With and Without On-Site Surgery. JAMA, December 14th, 2011-vol. 306, no.22

L'INESSS, selon la présentation, a donc décidé de voir « l'expérience québécoise ».

Dans la présentation, vous avez surtout insisté sur la situation de Trois-Rivières – sans la nommer – avec son excès de mortalité par rapport à ce qui est attendu, les autres centres sans chirurgie sur place se comportant plutôt bien. Vous ne nous avez pas fourni de données nous permettant d'approfondir cette analyse.

Ce qui nous frappe d'entrée de jeu, c'est l'analyse de la performance d'un groupe qui en était à sa première année d'opération. Après vérifications, ceux-ci n'effectuaient pas d'angioplastie primaire ou de cas urgents dans leurs neuf premiers mois d'activités. En avez-vous tenu compte? L'expérience des hémodynamiciens n'est pas en cause, la totalité des examens étant faite par des hémodynamiciens d'expérience de l'ICM. Il ne serait pas surprenant de penser que ces résultats s'expliquent, en l'absence de facteur confondant, par une courbe d'apprentissage normale (comme pour toute nouvelle pratique, toute nouvelle chirurgie, dans n'importe quel centre). Le délai « *Door to Ballon* » était peut-être non optimisé, le choix de thérapie (PCI primaire vs approche pharmacoeffractive) à travailler etc.

Il est inacceptable de tirer des conclusions générales sur la base de ces quelques mois... Avec cette logique, aucun centre ne devrait commencer une nouvelle technique et aucun chirurgien ne commencerait à pratiquer, car dans chaque début, il y a une courbe d'apprentissage autant pour le corps médical que pour l'équipe au grand complet. Si l'on n'accepte pas ceci, alors fermons tout développement technologique et toute nouvelle technique chirurgicale dès maintenant.

De plus de notre point de vue, il aurait surtout été intéressant de comparer les résultats de mortalité par STEMI sur quelques années avant et après la survenue de la salle d'hémodynamie à Trois-Rivières pour la population de la Mauricie.

### **Évaluation du risque procédural**

À notre avis, il s'agit de l'élément clef dans ce dossier. Quel est le taux de complication en lien avec une coronarographie avec ou sans angioplastie? Ce taux se chiffre de 0,1 à 0,2 % de complication nécessitant une chirurgie urgente selon le registre suédois SCAAR<sup>2</sup> paru en 2007 qui rapporte 34 363 procédures effectuées entre 2000 et 2003. Un autre article<sup>3</sup> rapporte un taux de complications nécessitant une chirurgie urgente de 0,3 à 0,7 %.

Dans SCAAR, la mortalité suite à un échec d'angioplastie a été de 20,5 % et était comparable entre les centres avec ou sans chirurgie sur place. Ceci amène une mortalité potentielle par complication par échec d'angioplastie inférieure à 2 sur 1000 et tout porte à croire que notre population accepterait ce risque. Il s'agit de le nommer et de l'écrire lorsque le patient remplit son formulaire de consentement.

Dans ce contexte, si un centre a un volume adéquat de procédures pour maintenir l'expertise, que le personnel en place est compétent, que les opérateurs sélectionnent bien la population à référer en chirurgie et qu'il existe un corridor de service en chirurgie cardiaque bien établi, comment justifier le refus d'implanter une salle? Il est clair qu'il y a beaucoup plus d'individus dans le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie qui décèdent ou qui gardent des séquelles cardiaques

<sup>2</sup> Outcome of PCI in Hospitals With and Without On-Site Surgery Stand-by. Heart 2007; 93: 335-338

<sup>3</sup> PCI: Recommendations for Good Practice and Training. Heart 2005;91(suppl.VI): vi)-27

permanentes suite au nonaccès à l'hémodynamie dans des délais prescrits que de risques à offrir le service.

### **Mortalité par MCAS au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes en fonction du nombre de salles d'hémodynamie**

Ceci est une donnée qui ne s'est pas démentie depuis le rapport Morin paru en 2000. En effet, la mortalité par MCAS n'est pas influencée par le nombre de salles d'hémodynamie par habitant. Au total, l'impact de la diminution de mortalité du STEMI de 1-2 % par l'angioplastie primaire est dilué par beaucoup d'autres facteurs, ce volume de patients étant, entre autres, petit en pourcentage d'activités en coronarographie. L'accès dans un délai rapide à une salle d'hémodynamie pour les patients souffrants de NSTEMI et d'angine instable a démontré aussi des avantages en diminuant les risques d'ischémie réfractaire et par le fait même, le risque d'infarctus.

Cette donnée statistique de mortalité n'a pas été un frein à l'ouverture de salles en périphérie de Montréal (Charles-Lemoyne et Cité de la Santé de Laval) de même qu'à Trois-Rivières. Il n'est pas surprenant de conclure qu'opérer une salle d'hémodynamie à Charles Lemoyne (à proximité de Pierre Boucher) ou à la Cité de la Santé de Laval ( dans le stationnement arrière de l'hôpital Sacré-Coeur) n'ait pas d'impact sur la survie des patients en syndrome coronarien aigu ou en STEMI. Une salle située dans un milieu éloigné comme le nôtre, améliorera le délai d'accès à l'angioplastie urgente ou semi-urgente pour la population du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie et s'associera à un gain clinique réel.

### **Mortalité par infarctus selon les régions du Québec**

Cette diapositive nous a laissé sans mot tellement elle nous semble irréaliste. La mortalité par infarctus serait plus faible en Gaspésie et sur la Côte-Nord que pour le reste du Québec, le Bas-Saint-Laurent se situant en milieu de peloton. Ceci va à l'encontre des données de santé générale disponibles. Est-ce à dire que l'accès rapide aux spécialistes et à l'équipement de pointe a un effet négatif sur la santé cardiaque des Québécois?

Il nous apparaît évident que ces statistiques ne sont pas valables, qu'il y a probablement sous-déclaration des patients décédés de problèmes cardiaques dans certaines régions et qu'ainsi l'appariement des données n'est pas adéquat.

Après discussion avec le directeur de la santé publique du Bas St-Laurent, Docteur Sylvain Leduc, celui-ci nous mentionne que ce qui est clairement démontré, c'est que la population du Bas St-Laurent, en tenant compte du fait que celle-ci est plus âgée que la moyenne provinciale, présente une morbidité cardiaque plus élevée.

Cela illustre bien les limites de la collecte de données qui nous a été présentée, la faiblesse des outils utilisés et leur pauvre valeur clinique.

### **Impression du groupe**

La présentation qui nous a été offerte nous apparaît avoir été construite pour arriver à une conclusion préétablie.

Voici nos conclusions :

- Vous ne pouvez pas mettre de côté toute la littérature existante qui abonde dans notre sens.
- Nous avons par plusieurs façons différentes démontré que nous desservons une population suffisamment grande pour offrir le service.
- Le partenariat avec l'IUCPQ pour l'apport de ses hémodynamiciens et la formation de l'équipe garantit un haut niveau de qualité (c'est le meilleur centre au Canada selon vos données).
- Il fait partie de notre quotidien de cardiologue de garde de se préoccuper à savoir si notre patient ou celui de notre collègue omnipraticien dans une de nos installations, survivra à son transfert pour subir son angioplastie urgente. C'est ça, notre réalité!
- Plusieurs salles d'hémodynamie ont été déployées au Québec dans les dernières années malgré différents rapports du RQTC ou de l'INESSS, défavorables ou non concluants face au développement de nouvelles installations, et ce, sur la base du besoin d'accès.
- C'est à notre tour maintenant. Il serait agréable pour une fois, de se sentir accompagné plutôt que bafoué avec des données qui ne tiennent plus la route.

Nous aimerions donc vous rencontrer à nouveau, idéalement en présence, pour rediscuter de ce dossier et cela, le plus tôt possible.

Dans l'attente d'une réponse positive et rapide de votre part, nous vous prions, Docteur, de recevoir nos meilleures salutations.



Léon Rioux, cardiologue  
Chef du Service de cardiologie



Fabian Azzari, cardiologue



Nathalie Dionne, cardiologue



Leonardo Ariel Krsticevic, cardiologue



Simon-Pierre Veilleux, cardiologue

c.c. M. Yvan Bergeron, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux  
M<sup>me</sup> Isabelle Malo, présidente directrice générale du CISSS du BSL  
Dr Jean-Christophe Carvalho, directeur des services professionnels du CISSS du BSL  
M. Harold Lebel, député de Rimouski, Parti Québécois