au Coeur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Nouvelles du domaine cardiovasculaire au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

$1.4 million attribué à la réadaptation cardiaque

La réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick…une province où ça bouge!

par Cleo Cyr

Contexte

L'incidence des maladies cardiovasculaires (MCV) au Nouveau-Brunswick (N.-B.) est supérieure à la moyenne nationale, comme le sont les taux d'admission pour l'infarctus aigu du myocarde (17 %) et l'angine (42 %)[i]. En juin 2006, le Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick a mandaté le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick pour la réalisation d'un examen des programmes de réadaptation cardiaque dans toute la province. Ce mandat était corroboré par des données dans les écrits indiquant que la participation à un programme de réadaptation cardiaque engendre une réduction des taux de mortalité et d'hospitalisation pour soins cardiologiques de l'ordre de 20 à 30 %[ii].

Sous la direction de la conseillère provinciale pour le mieux-être et la réadaptation cardiaques du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, des spécialistes de la réadaptation cardiaque des huit régies régionales de la santé (RRS) de la province ont formé un groupe de travail dont la mission a été de recueillir des données par l'intermédiaire de sondages, de groupes de discussion, de réunions de groupes en face-à-face, de courriels et de téléconférences sur une période de six mois (de juin à décembre 2006). Ce processus a eu pour résultat la rédaction d'un rapport conjoint et d'une proposition de recherche dans lesquels on définit la situation actuelle et les possibilités futures en matière de réadaptation cardiaque et de prévention secondaire dans la province du Nouveau-Brunswick.

L'Association canadienne de réadaptation cardiaque définit la réadaptation cardiaque comme « l'amélioration et le maintien de la santé cardiovasculaire par des programmes individualisés conçus pour maximiser l'état physique, psychologique, social, professionnel et émotionnel de la personne. Ce processus comprend la promotion et la prestation de services de prévention secondaire par la détermination et la modification des facteurs de risque dans le but d'empêcher la progression de la maladie et la récurrence des événements cardiaques » (traduction libre)[ii]. Au Nouveau-Brunswick, il est clair qu'il existe des écarts à combler. Dans le rapport conjoint, on a déterminé les possibilités d'amélioration, mis en évidence des considérations spéciales et proposé des secteurs de financement

Continue page 2...

au Cœur
du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Bienvenue au cinquième numéro de *Au Cœur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick*. L'article vedette « $1.4 million attribué à la réadaptation cardiaque», met en relief le travail gigantesque fait par un groupe de professionnels de la santé dévoués qui ont un intérêt particulier pour la réadaptation cardiaque. Cette initiative, née d'une recommandation faite par *l'Examen externe des services cardiaques au Nouveau-Brunswick* (septembre 2004) a eu comme résultat l'attribution de fonds par le ministère de la santé pour l'expansion et l'établissement de programmes de réadaptation cardiaque standardisés dans chaque régie régionale de la santé du Nouveau-Brunswick.

Le personnel du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick désir exprimer ses meilleurs vœux au Dr James Parrott qui prendra sa retraite après avoir dévoué seize ans au programme.

Dr Marc Pelletier est bienvenu dans son nouveau rôle en tant que chef du service clinique de chirurgie cardiaque.

Dr Satish Toal, électrophysiologiste donnera au programme le leadership nécessaire pour établir le nouveau service d'électrophysiologie dans notre province.

Nous partageons également nos dernières données de temps d'attente pour l'accès au service de cardiologie interventionnelle.

À nos lecteurs et lectrices, Bonne lecture! Nous vous invitons à faire vos commentaires et vos soumissions afin qu'ils soient publiés. Vous pouvez nous contacter par courriel à: **nbhc@reg2.health.nb.ca**.

Visiter notre site Web: **www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC**.

L'équipe de rédaction

Francine Bordage
Directrice Administrative, CCNB

Dr. Sohrab Lutchmedial
Cardiologue interventionnel, CCNB

Nancy Savage
Vice présidente - programmes pour les patients, CSSA

Patricia Crowdis
Directrice des communications, CSSA

Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Atlantic Health Sciences Corporation
Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

À nos lecteurs et lectrices :
Dans ce feuillet d'information, l'accronyme "NBHC" réfère à "New Brunswick Heart Centre". En français, l'accronyme "CCNB" réfère au "Centre cardiaque du Nouveau Brunswick" et non au "Collège communautaire du Nouveau-Brunswick".

La réadaptation cardiaque

...continue de la page 1

prioritaires. Les écarts en matière de soins de réadaptation cardiaque comprenaient le manque d'accès aux programmes, le manque de matériel et d'espace, la pénurie de personnel interdisciplinaire formé et la nécessité d'un registre de données provinciales.

Faits saillants de la proposition

Critères d'admissibilité des patients

À l'aide de l'outil de déclaration pour la complexité des groupes de maladies analogues (Complexity Case Mixed Groupings) du progiciel 3M Health Data Management (HDM), on a obtenu des données afin d'établir une base de référence pour mieux déterminer le nombre de patients ayant besoin de programmes de réadaptation cardiaque aux fins de prévention secondaire (voir le tableau 1). On a déterminé que pour l'année financière 2005-2006, un total de 6 097 patients chez qui l'on avait diagnostiqué une maladie cardiovasculaire avant la sortie de l'hôpital étaient admissibles à un programme de réadaptation cardiaque. Malheureusement, seulement 12 % de ces patients ont été admis à un tel programme durant cette même période. Le taux d'inscription variait de 0 à 20 % dans les diverses régies régionales de la santé et la majorité des inscriptions avaient lieu dans les milieux urbains plutôt que ruraux.

Le groupe de travail sur l'accès aux soins de réadaptation cardiaque au Canada de la Société canadienne de cardiologie a déterminé que la norme de diligence pour tous les patients atteints d'une MCV est d'avoir accès aux composantes de base de la réadaptation cardiaque dans un délai souhaitable de 1 à 30 jours et un délai acceptable de 7 à 60 jours[iii].

Conscient de l'énormité de la tâche à accomplir (c.-à-d. élargir les services de réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick) et de la nécessité d'améliorer l'accès aux soins dans les délais souhaitables, on a proposé une démarche par étape destinée à faciliter une croissance modérée mais constante en matière de prestation régionale des services au cours des cinq à sept prochaines années. On a également fait des mises en garde particulières pour chaque région, tout en indiquant qu'on s'attendait à ce que les régions continuent de multiplier les services offerts et de les étendre vers les régions à la fois urbaines et rurales sans imposer de frais aux patients.

On a déterminé que l'équipe interdisciplinaire de base d'un programme de réadaptation cardiaque doit comprendre des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes et des kinésiologues (ou une combinaison des deux), des diététistes, des psychologues et du personnel administratif. Les services d'un personnel périphérique composé de pharmaciens, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux sont aussi essentiels et bénéfiques pour les programmes de réadaptation cardiaque.

Secteurs de financement prioritaires

Selon les données combinées de chacune des huit régies régionales de la santé, on a déterminé que les coûts réels par patient pour la participation à un programme de réadaptation cardiaque traditionnel de 12 semaines avec suivi d'un an par gestion de cas sont de 1 745 $. Conjointement, on a préparé une feuille de calcul des coûts sur une base individuelle et, en fonction des données recueillies à l'aide de plusieurs processus itératifs, on a déterminé huit secteurs de financement prioritaires. Le Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick a alors présenté au

Adieu à Dr. James Parrott

Par Dr. Brian Corbett

J'ai rencontré Jim Parrott pour la première fois au Winnipeg General Hospital, à l'automne 1969. Je faisais une résidence en soins coronariens et intensifs, alors que Jim était résident en chirurgie en stage à l'unité de soins intensifs. Les choses étaient différentes à cette époque : les soins intensifs et les soins coronariens étaient de nouvelles disciplines. Les innovations aux chapitres de la surveillance, de l'oxygénation et du traitement des patients gravement malades étaient nombreuses. La norme, lorsque nous étions confrontés à des scénarios nouveaux et évolutifs, était parfois d'agir à brûle-pourpoint. L'approche « cowboy » constituait souvent le meilleur choix. Jim était un cowboy à l'époque et il l'est encore aujourd'hui.

Cet automne-là se produisit un événement qui provoqua un choix de carrière pour Jim. Nous essayions de traiter une blessure grave chez une jeune femme qui s'était fait écraser la poitrine par un chariot de foin durant une promenade. Dr Dow Hill et son équipe avaient fait venir à Winnipeg un nouvel oxygénateur à membrane de San Francisco afin de permettre aux poumons de cette jeune femme de guérir grâce à un pontage à long terme. Pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, Jim surveilla la patiente jour et nuit, et veilla à tous ses besoins. Ce fut le moment marquant de sa vie médicale, car à partir de ce jour, il se donna comme objectif de faire carrière en chirurgie cardiaque.

Les quelques années qui suivirent furent remplies de bouffonneries : les baignades au clair de lune, à peine vêtus, dans la piscine de la résidence des infirmières et les fêtes hebdomadaires à « la taverne Chez Jim » figurent parmi les faits saillants.

ministère de la Santé un document exhaustif intitulé ***La réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick : rapport préparé en collaboration qui traite de la situation actuelle et des possibilités futures en matière de prévention secondaire***.

Les représentants du ministère de la Santé ont soigneusement examiné la proposition et, au grand plaisir de toutes les parties concernées, ont alloué la somme de 1,4 million de dollars pour les services de réadaptation cardiaque à l'échelle provinciale. Les secteurs prioritaires ont soit été appuyés en partie ou en totalité, soit été recommandés aux fins d'examen lors de futurs processus budgétaires (voir le tableau 2). Chaque RRS a reçu des fonds pour accroître sa prestation de services de l'ordre de 5 à 10 % en suivant une démarche fondée sur les preuves et coordonnée à l'échelle provinciale. À titre de première province canadienne à réaliser un tel exploit, le Nouveau-Brunswick a été reconnu lors de l'assemblée générale annuelle de l'Association canadienne de réadaptation cardiaque en octobre 2007.

Orientations futures

Après avoir présenté leur proposition, les membres du groupe de travail provincial sur la réadaptation cardiaque ont continué à organiser des réunions de partage des connaissances et ont par conséquent récemment officialisé leur processus de groupe. En septembre 2007, ils ont établi leur mandat et créé un organisme intitulé Réadaptation cardiaque Nouveau-Brunswick (RCNB). Relevant du Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick, RCNB est une association professionnelle vouée à la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires. Ses membres seront des chefs de file en matière de développement innovateur de la réadaptation cardiaque dans la province. Parmi les stratégies en cours de préparation, mentionnons les pratiques innovatrices de gestion de cas, les programmes d'exercice à domicile, la télésanté, les applications Web et les processus d'autogestion.

Dans les lignes directrices de 2004 de l'Association canadienne de réadaptation cardiaque, on reconnaît la réadaptation cardiaque comme modèle de gestion des maladies chroniques[ii]. Il faut donc accorder la priorité à l'enseignement professionnel par une équipe interdisciplinaire qui fait appel à un modèle de réadaptation cardiaque par gestion de cas et à l'autogestion par le patient afin de modifier le style de vie à l'aide de processus de modification du comportement et d'encadrement.

Continue page 5...

Tableau 1 : Groupes de maladies analogues (Health Data Management)

	Total global	groupe de maladies analogues
Cardiaque médical	7530	185, 186, 205-213, 222, 225, 226, 235 and 237
Cardiaque chirurgie	686	175-179, 181-184, 194
Intervention coronaire percutanée	1116	188 and 189
Cathétérisme cardiaque avec hospitalisation	726	
Cathétérisme cardiaque en consultation externe	1021	200-204, 215-218 and DPG 21, 22
Diabète avec MCV (autres GMA)	1271	E10- E14 avec diagnostic cardiaque de I20-I52 et non classé dans l'un des GMA ci-dessus
Consultations (total)	12350	
Patients (total)	8351	
Moins expirations	584	
Moins 20 % dû au risque et à l'intérêt	1670	
Patients admissibles (total)	6097	

On a déterminé le nombre total de patients en triant le nombre total de consultations pour les catégories ci-dessus en fonction du numéro d'assurance-maladie.

Source : Données provinciales tirées du système 3M Health Management Data pour 2005-2006 : soins actifs pour patients hospitalisés, chirurgie d'un jour et centres de consultation en cardiologie

Il existe encore d'excellentes photos de Jim perché sur le trône d'une bécosse à deux sièges hissée furtivement sur le kiosque du terrain de stationnement en guise de protestation contre une augmentation des tarifs de stationnement imposés aux internes et aux résidents. N'oubliez pas qu'on était en 1970 : nos heures de travail étaient dures et longues, et nos gardes étaient pénibles, mais on s'amusait tout aussi vigoureusement. La plupart des vendredi après-midi et soirs, on fêtait bruyamment et longtemps dans la salle de garde située au-dessus de l'unité des soins intensifs. Pour autant que je le sache, il y a encore une bouteille de spiritueux de première qualité enfouie dans notre cachette, dans le plafond suspendu de la salle de garde des soins intensifs.

Il s'ensuivit une pause pendant que Jim et moi partîmes chacun de notre côté pour terminer nos études, lui à San Francisco, moi à Houston. Jim entama alors sa carrière de spécialiste de la chirurgie cardiovasculaire et thoracique à Halifax et moi je retournai à Winnipeg pour essayer d'établir un programme de cardiologie interventionnelle au Winnipeg General Hospital, établissement où n'existait aucun programme de chirurgie cardiaque. Peu après, je reçus la bonne nouvelle que Jim avait décidé de revenir à Winnipeg. Nous reprîmes notre relation et le « bon temps se remit à rouler ». Il y eut des sorties débridées en campagne dans sa Corvette avec une caisse de douze sur banc des passagers, des expéditions de canot à travers des bancs de neige, des voyages de chasse et bien plus. Parmi les faits saillants de cette époque, mentionnons la fois où j'ai obligé Jim à jouer le derrière d'Horace, une silhouette de cheval en contreplaqué que nous transportions en faisant semblant de chasser des bernaches du Canada, ou la fois où nous avons eu un accident avec sa Jaguar XKE en cherchant les lieux d'une fête tard en soirée dans l'arrière-pays du Manitoba. Malgré les coups fumants, nous ne perdions jamais de vue nos patients ou le programme. À lui seul, Jim a mis sur pied un excellent programme de chirurgie cardiaque à l'hôpital de Winnipeg, malgré le manque de collaboration des chirurgiens de l'hôpital voisin, le Saint-Boniface.

En 1990 et au début de 1991, nous avions de longues conversations dans son bureau au sujet du nouveau programme de cardiologie envisagé à Saint John, au Nouveau-Brunswick. Nous commencions tous les deux à nous sentir étouffés à Winnipeg : la politique universitaire était insoutenable et un nouveau défi nous interpellait. Je me souviens que Gerry Stiles m'avait demandé lors d'une entrevue si Jim Parrott était la bonne personne pour le poste à Saint John. Je lui avais répondu que si quelqu'un pouvait mettre sur pied un programme de chirurgie sans aucune aide, c'était bien Jim. Vous connaissez le reste de l'histoire : le démarrage du programme, son développement sous l'égide de Jim et son épanouissement soutenu sous sa direction. Depuis son premier cas de chirurgie, le programme a grandi pour enfin prendre sa place parmi les meilleurs au pays.

Le moment est venu de dire au revoir, de cultiver des vignes, de faire du vin et de s'occuper des chevaux. De nouveaux horizons sont à explorer et de nouveaux ponts sont à franchir. Hommage à toi Jim, pour un travail bien fait!

Le programme d'essais cliniques AIM-HIGH franchit sa première étape importante en matière de participation.

L'Initiative de recherche du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (N.-B.) de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA) aide à lutter contre les maladies du cœur partout au Canada

Par Sohrab Lutchmedial et Fabia Fitzgerald

Les représentants de l'Initiative de recherche du Centre cardiaque du N.-B. et la CSSA ont annoncé aujourd'hui qu'ils ont inscrit leurs premiers participants aux essais cliniques AIM-HIGH destinés à aider les professionnels de la santé à réduire les crises cardiaques et les accidents cérébraux vasculaires (ACV) au Nouveau-Brunswick. Dans le cadre de cette étude, les participants reçoivent des hypocholestérolémiants sans frais et bénéficient d'un accès périodique à des spécialistes et infirmières en cardiologie de la région. Conjointement avec 75 autres centres en Amérique du Nord, l'Initiative de recherche du Centre cardiaque du N.-B. reçoit des fonds pour étudier la capacité de deux hypocholestérolémiants approuvés à équilibrer les niveaux de bon cholestérol et de mauvais cholestérol.

« Les maladies du cœur continuent d'être la principale cause de décès et d'invalidité. On sait que la prévention de ces maladies ne se résume pas à la réduction du mauvais cholestérol. Le moment est venu de mettre à profit les connaissances acquises grâce à des décennies de recherche épidémiologique », affirme le Dr Geoffrey Douglas, chercheur principal pour cette région. L'étude AIM-HIGH offre aux patients l'occasion d'améliorer leur santé et d'aider à approfondir les connaissances au sujet des maladies du cœur. »

L'étude AIM-HIGH est financée par le US National Heart, Lung and Blood Institute, en collaboration avec Abbott Laboratories. Elle a été conçue pour déterminer si la prise simultanée de deux médicaments sur ordonnance approuvés par Santé Canada (la niacine et la simvastatine à libération prolongée) est plus efficace pour retarder les maladies du cœur que la prise de la simvastatine seule. Il n'y a aucuns frais associés à la participation à cette étude, qui a pour but d'évaluer la capacité de ces deux médicaments à réduire les crises cardiaques, les ACV et d'autres affections du cœur sur une période de suivi de trois à cinq ans.

Les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont des antécédents de cardiopathie et qui prennent des médicaments pour réduire leur taux de cholestérol peuvent savoir s'ils sont admissibles à cette étude importante en visitant le site Web www.aimhigh-heart.com (en anglais seulement).

À propos du cholestérol et des maladies du cœur

Le profil des lipides sanguins a trois principales composantes, soit les taux de LDL et de HDL, (qu'on appelle respectivement le « mauvais » et le « bon » cholestérol), ainsi que les triglycérides.

Le LDL, ou cholestérol à lipoprotéines à basse densité, distribue l'énergie partout dans l'organisme. En grande concentration toutefois, il risque de devenir visqueux et d'obstruer les artères. Le cas échéant, l'athérosclérose, c'est-à-dire le durcissement ou le rétrécissement des artères à la suite d'une accumulation de plaque, se développe. Cette accumulation de plaque peut entraîner une crise cardiaque, un ACV et la formation de caillots de sang lorsque les artères deviennent trop étroites ou que des fragments de plaque se détachent des parois artérielles.

Le HDL, ou cholestérol à lipoprotéines à haute densité, débarrasse les artères endommagées des accumulations de plaque et les transporte jusqu'au foie, qui les élimine. La recherche révèle que le cholestérol HDL peut aider à prévenir la formation de plaque sur les parois artérielles. Des études indiquent que les patients qui ont un taux élevé de cholestérol HDL sont moins vulnérables aux maladies du cœur. Il devient de plus en plus clair que l'augmentation des taux de HDL peut être tout aussi importante pour la santé cardiovasculaire que la diminution des taux de LDL.

Les triglycérides sont un autre type de lipide naturellement présent dans le sang qui, en quantités excessives, peut contribuer à l'obésité, au diabète et aux maladies cardiovasculaires. Les triglycérides font systématiquement partie des analyses d'indicateurs de lipides sanguins et de la santé.

Utilisées conjointement avec une saine alimentation, l'exercice et le maintien du poids, les pharmacothérapies peuvent aider à régler les divers lipides sanguins. En particulier, on prescrit souvent les statines, les fibrates et la niacine pour réduire les taux de LDL et de triglycérides, et pour augmenter le taux de HDL. Les études indiquent cependant que les statines sont moins efficaces que la niacine pour augmenter le HDL. Les fibrates n'ont que peu d'effet sur l'augmentation du HDL et très peu d'effet, voire aucun, sur la réduction du nombre d'événements cardiaques.

En ce qui concerne la niacine, l'expérience de longue date confirme qu'elle augmente le taux de HDL de façon à protéger le cœur en empêchant les crises cardiaques. Ses mécanismes sont complètement différents de ceux d'autres médicaments. Les résultats de cinq essais cliniques modestes révèlent que la combinaison niacine-statine réduit de façon marquée le risque de cardiopathie. L'étude AIM-HIGH est un essai clinique de grande envergure conçu pour confirmer ce bienfait.

Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick accueille un nouveau chirurgien cardiaque

Natif d'Edmundston, Dr Marc Pelletier revient au Nouveau-Brunswick (N.-B.) à titre de nouveau chef du service clinique de chirurgie cardiaque. Il se joint au Centre cardiaque du N.-B. après avoir habité en Californie et travaillé à la Stanford University au cours des quatre dernières années à titre de directeur médical de la chirurgie cardiaque à l'El Camino Hospital et de chirurgien spécialisé en greffes du cœur et des poumons au Stanford Medical Center. Après avoir obtenu son diplôme en médecine de la Dalhousie University en 1994, Dr Pelletier a terminé sa résidence en chirurgie cardiaque et sa maîtrise ès sciences à l'Université McGill en 2000. Il a ensuite suivi un stage spécialisé en greffes cardiothoraciques à la Stanford University, après quoi il a accepté un poste de professeur adjoint à la University of Toronto et au Sunnybrook Health Sciences Center. En 2004, Dr Pelletier est retourné à Stanford, cette fois-ci à titre de professeur adjoint.

Dr Marc Pelletier
Chef du service clinique de chirurgie cardiaque

Dr Pelletier est heureux de se joindre à un centre qui a obtenu d'excellents résultats depuis sa création il y a 16 ans. Il se réjouit à l'idée de travailler avec ses nouveaux collègues, Dr Brown et Dr Forgie, ainsi qu'avec une équipe dévouée au sein du Centre cardiaque du N.-B. Il fera profiter le centre des diverses expériences et techniques qu'il a acquises lors de sa résidence à McGill et à Stanford, et dans le cadre de son travail à la University of Toronto et à la Stanford University. Il espère augmenter l'utilisation de procédures de micromanipulation pour les

La réadaptation cardiaque

...continue de la page 3

Sommaire

Dans le contexte actuel de séjours de courte durée à l'hôpital, les soins actifs ne permettent pas de combler entièrement les besoins des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire. Afin de réduire les taux de mortalité, de morbidité et de réadmission, et d'améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent avec une maladie cardiovasculaire au Nouveau-Brunswick, il est essentiel d'adopter une approche interdisciplinaire coordonnée. Les services de réadaptation cardiaque sont des mécanismes efficaces pour la prestation de soins conçus pour stabiliser et réduire au minimum l'aggravation des processus morbides de l'athérosclérose. Au Nouveau-Brunswick, le fait que seulement 12 % des patients admissibles ont pu accéder aux programmes existants en 2006 témoigne de la nécessité d'accroître l'accès à la réadaptation cardiaque comme modèle de soins pour les maladies chroniques.

Bien que la capacité des régies régionales de la santé à fournir des services de consultation externe en réadaptation cardiaque varie, il est important que l'on ait reconnu la réadaptation cardiaque comme norme de diligence au Nouveau-Brunswick. Il est vrai qu'il existe encore des écarts à combler, mais les stratégies actuellement élaborées par les régies régionales de la santé en collaboration avec Réadaptation cardiaque Nouveau-Brunswick, le Comité consultatif sur les services en cardiologie du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé auront pour résultat un accès accru aux soins pour les patients qui vivent avec une maladie du cœur. Restez à l'écoute pour les prochaines mises à jour, car effectivement, ça bouge au Nouveau-Brunswick!

Références

i. Tableau des données provinciales et régionales sur la santé : survol des données du Canadian Cardiology Atlas (2006). Récupéré le 18 décembre 2006 du site www.ccort.ca.

ii Stone J.A. et Arthur H.M. Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004). Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention: Enhancing the Science, Refining the Art. Deuxième édition.

iii Dafoe, W., Arthur, H., Stokes, H., Morrin, L., et Beaton, L. (2006). Universal Access: But When? Treating the right patient at the right time: Access to cardiac rehabilitation. Journal canadien de cardiologie, 22(11). Pour le groupe de travail sur l'accès aux soins de la Société canadienne de cardiologie.

Tableau 2 : Secteurs de financement prioritaires

Secteurs de financement prioritaires recommandés	Financement accordé (total de 1,4 million de dollars)
1. Coordonnateur régional pour chaque RRS (avec ressources matérielles)	Financement accordé
2. Fonds pour permettre aux professionnels de la santé de lancer et d'élargir des programmes	Financement pour permettre une augmentation des programmes de l'ordre de 5 % dans les régions présentement dotées de programmes et de 10 % dans les régions sans programmes
3. Coût des gros équipements requis pour appuyer les nouveaux programmes et permettre l'élargissement des programmes existants	Financement partiel
4. Fonds annuels pour le perfectionnement professionnel	Financement partiel et périodique
5. Systèmes de télémétrie pour quatre établissements particuliers	Financement réparti sur plusieurs années
6. Coût des ressources matérielles pour permettre au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick de préparer un programme de formation par module à l'intention des professionnels de la santé	Financement accordé
7. Fonds pour l'établissement d'une base de données provinciale sur la réadaptation cardiaque	Évaluation approfondie requise
8. Fonds pour la saisie de données dans la base de données provinciale	Évaluation approfondie requise
Autres besoins signalés	
1. Explorer les possibilités de financement d'un barème tarifaire propre aux programmes de réadaptation cardiaque pour les médecins	Référé au processus approprié
2. Envisager l'attribution de contrats à titre d'employés provinciaux aux kinésiologues	À être examiné par les responsables des ressources humaines en santé. Embaucher des kinésiologues en tant qu'employés exclus des négociations ne présente aucun obstacle

À propos de l'étude AIM-HIGH et des critères d'admissibilité

L'étude AIM-HIGH est un essai clinique randomisé et contrôlé mené dans plusieurs centres afin de vérifier si la combinaison de Niaspan® (comprimés de niacine à libération prolongée) et de simvastatine est plus efficace que la simvastatine à elle seule. Le Niaspan agit de plusieurs façons : il augmente le taux de « bon » cholestérol (HDL) et réduit le taux de « mauvais » cholestérol (LDL) et de triglycérides. Cette étude quinquennale a pour but de confirmer si la thérapie combinée de statine-niacine, qui cible simultanément plusieurs facteurs liés au cholestérol, est plus efficace pour réduire les événements cardiaques que la simvastatine à elle seule.

L'étude AIM-HIGH regroupera 3 300 hommes et femmes âgés de 45 ans ou plus qui sont à risque élevé pour un autre événement cardiovasculaire. Les participants doivent avoir déjà souffert d'une affection vasculaire ou cardiaque et ils doivent avoir un faible taux de cholestérol HDL (40 mg/dl ou moins chez les hommes et 50 mg/dl ou moins chez les femmes) ainsi que des taux de triglycérides anormaux (100 mg/dl ou plus). On examinera divers résultats dans le cadre de cette étude, dont la mort à la suite d'une coronaropathie, l'insuffisance mitrale non mortelle, l'accident ischémique cérébral et l'hospitalisation à la suite d'un syndrome coronarien aigu à risque élevé.

prélèvements veineux durant les pontages coronariens et pour la chirurgie valvulaire aortique et mitrale. Dr Pelletier s'intéresse également à la chirurgie à cœur battant (sans pompe) et à la chirurgie pour fibrillation auriculaire.

Dr Pelletier et son épouse ont quatre fils âgés entre six mois et huit ans. Ils sont ravis de pouvoir retourner au Nouveau-Brunswick, d'où ils sont tous les deux originaires. La proximité de leur famille et les solides valeurs familiales qui caractérisent les Maritimes ont joué un rôle important dans leur décision de rentrer chez eux après un séjour de 17 ans à l'extérieur du Nouveau-Brunswick.

Temps d'attente pour Cardiologie d'intervention au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick – Mise à jours

Depuis octobre 2005, le personnel responsable de la coordination de l'accès au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick recueille et communique des données sur les temps d'attente relatifs aux services de cardiologie d'intervention. Vous constaterez que les données compilées continuent de témoigner d'un accès impressionnant et en temps opportun aux services pour tous les patients partout dans la province. En effet, nous obtenons toujours un taux de réussite de 100 % en ce qui a trait à l'accès en temps opportun pour les patients à l'externe ou aux hospitalisés, et ce, dans toutes les catégories d'urgence.

Bien qu'il y ait des périodes de pointe pour les demandes de transfert, par exemple après une longue fin de semaine, le temps d'attente maximum recommandé (TAMR) est respecté pour tous les patients. Le rendement du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à cet égard demeure supérieur à certains centres de cardiologie canadiens. Nous visons, et nous continuerons de viser, à assurer un accès en temps opportun aux services de cardiologie tertiaires pour tous

New Brunswick Heart Centre
Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Temps d'attente Cardiologie d'intervention Octobre 2005 a Septembre 2007

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Date intervalle	Cas complétés	Temps d'attente maximale recommendé (TAMR)							
		Cas très urgents et urgents 0 à 7 jours			Cas semi-urgents 8 à 28 jours			Cas électi	
	Moyenne mensuelle	Jours d'attente (médiane)	Jours d'attente (90e percentile)	Cath. à l'intérieur du TAMR	Jours d'attente (médiane)	Jours d'attente (90e percentile)	Cath. à l'intérieur du TAMR	Jours d'attente (médiane)	p
Oct. à déc. 2005	249.3	1	6	90,6 %	7	27	77,8 %	50	
Janv. à mars 2006	292.6	2	8	86,6 %	13	27	89,6 %	59	
Avril à juin 2006*	343.3	1	5	95,7 %	8	23	97,8 %	36	
Juillet à sept. 2006	276	1	4	99,2 %	5	13	100 %	12	
Oct. à déc. 2006	295.3	1	5	97,6 %	5	10	100 %	10	
Janv. à mars 2007	307	1	4	98.3%	5	14	100%	10	
Avril à juin 2007	308	1	4	100%	4	11	100%	10	
Juillet à sept. 2007	290.9	1	3	100%	7	14	100%	12	

** Ouverture du 3e laboratoire de cathétérisme cardiaque le 21 avril 2006*

Les données fournies représentent la population de patients hospitalisés et non-hospitalisés qui attendent une évaluation pour un cathétérisme cardiaque au Centre cardiaque du Nouveau Brunswick (N.-B.).

Colonne 1:
Représente une période de 3 mois durant laquelle l'information dans les colonnes suivantes ont été recueillies.
Colonne 2:
Représente la moyenne mensuelle de patients qui ont eu un cathétérisme cardiaque au Centre cardiaque du N.-B.

Colonnes 3 - 11:
Analyse des cas complétés – Représente le temps d'attente pour les patients qui ont déjà subient un cathétérisme cardiaque durant les 3 mois indiqués. Les temps d'attente sont mesurés à partir de la date de réception de l'information au Centre cardiaque du N.-B. Le **T**emps d'**A**ttente **M**aximale **R**ecommendé (TAMR) est basé sur l'information clinique du patient. En utilisant un système de triage uniforme, les patients sont groupés selon l'ampleur de leur condition médicale (urgent, semi-urgent, ou électif).

Colonnes 3, 6 & 9:
Temps d'attente médian (en jours) – Représente le temps d'attente (en jours) dont 50% des patients ont attendus moins que la période indiquée et l'autre 50% des patients ont attendu plus longtemps que la période indiquée pour accéder au services de cardiologie d'intervention.
Colonnes 4, 7 & 10:
90ième percentile (en jours) - Représente le temps d'attente (en jours), dont 90% des patients ont attendus moins que la période indiquée et 10% ont attendu plus longtemps que la période indiquée pour accéder aux services de cardiologie d'intervention.
Colonnes 5, 8 & 11:
Représente le % de patients qui ont

Les coordonnateurs de l'accès du Centre cardiaque du N.- B. sont responsable de la collecte et la dissémination des données concernant les temps d'attente.

les Néo-Brunswickois en respectant les temps d'attente maximum recommandé. Les statistiques concernant les temps d'attente sont aussi disponible sur le site web du Centre cardiaque du N.-B. : **www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/statsfr.shtml**

10	11	12
		Patients en attente
s 29 à 120 jours		
Jours attente (90e rcentile)	Cath. à l'intérieur du TAMR	Moyenne mensuelle
187	52,8 %	428.7
452	39 %	320
244	68,7 %	155
48	97,3 %	64.3
22	99,3 %	85.4
28	100%	64.3
21	100%	65.7
26	100%	52.3

subit un cathétérisme cardiaque à l'intérieur du TAMR.
Colonne 12:
Représente, sur une période de 3 mois, le nombre moyen de patients ayant été référés pour un cathétérisme cardiaque et étant encore en attente à la fin de chaque mois.

Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick accueille un nouvel électrophysiologiste

Dr Satish C Toal a obtenu son MBBS (1992) et son diplôme en médecine (1996) du Government Medical College, à Nagpur, en Inde. En 2000, il a terminé sa formation en cardiologie au King Edward VII Memorial Hospital, à Mumbai, également en Inde. Sa dissertation, qui portait sur l'utilisation de l'adénosine dans le rythme sinusal afin de distinguer entre la tachycardie nodale auriculo-ventriculaire de réentrée et la tachycardie auriculo-ventriculaire de réentrée, a été publiée dans la revue Heart (janvier 2002) et lui a mérité son diplôme en cardiologie. Il est spécialiste en cardiologie agréé par le Post Graduate Medical Education and Training Board, au Royaume-Uni. En 2007, il a terminé un stage clinique de trois ans en électrophysiologie cardiaque au Toronto General Hospital, University Health Network.

Dr Satish C Toal
Électrophysiologiste

Son épouse, Meghana, leur fille Ananya, et lui sont heureux de s'établir à Saint John, au Nouveau-Brunswick. Le personnel du Centre cardiaque du N.-B. souhaite la bienvenue au Dr Toal et sa famille dans notre belle Province.

Séance de Questions (Q) et Réponses (R) avec le Dr Satish Toal

Q. Quels appareils, interventions et traitements peut-on désormais offrir aux patients qui ont besoin de services d'électrophysiologie au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick?

R. Nous pouvons désormais implanter des appareils de resynchronisation, comme les défibrillateurs cardioverteurs implantables (DCI), et pratiquer des ablations pour traiter certaines arythmies. Bien que ces interventions soient disponibles à Halifax depuis un certain temps, nous pouvons maintenant les offrir en temps opportun à nos patients néo-brunswickois, et ce, conformément aux temps d'attente maximale recommendé par la Société canadienne de cardiologie.

Q. Avons-nous réellement besoin d'implanter plus de DCI dans la province?

R. Absolument! Un récent recensement de l'utilisation dans tout le Canada indique que le Nouveau-Brunswick n'atteint pas la norme nationale pour l'implantation de DCI.

Q. Quelles nouvelles interventions en matière de traitement de l'arythmie prévoit-on pratiquer au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick dans l'avenir?

R. Présentement, avec l' équipement à notre disposition, nous pouvons traiter certaines arythmies en pratiquant des ablations traditionnelles. Nous avons toutefois entamé des démarches pour l'achat d'un système de modélisation tridimensionnelle (3D mapping) qui nous permettra bientôt de traiter les cas plus complexes comme la fibrillation auriculaire.

Q. Par le passé, le problème de sous-utilisation des thérapies d'électrophysiologie était partiellement attribuable au manque d'accès à des spécialistes de l'arythmie (électrophysiologues). Quelle est la marche à suivre pour communiquer avec vous lorsque les médecins traitants ont besoin de votre expertise?

R. Quel que soit le degré d'urgence, les médecins traitants peuvent m'envoyer leurs demandes de consultation par l'intermédiaire du bureau de coordination de l'accès du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (également connu comme le bureau de triage cardiaque). Ils peuvent y envoyer les renseignements cliniques et démographiques pertinents du patient par télécopieur au **506-648-7523** ou par la poste à :

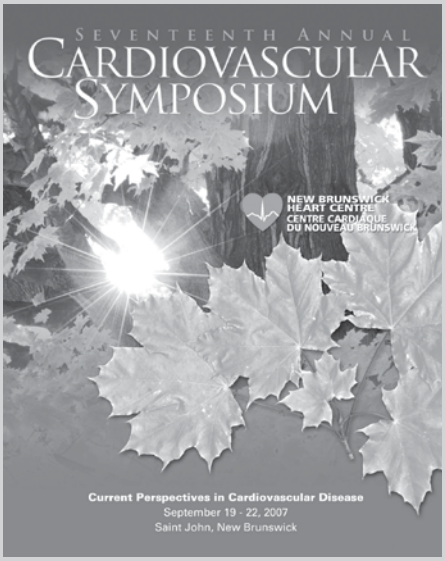
Dr Satish Toal, Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick / Hôpital régional de Saint-Jean, C.P. 2100, Saint John (Nouveau-Brunswick) E2L 4L2

Si le cas est urgent et que le médecin doit en discuter avec moi directement, il peut me joindre à mon bureau, au **506-649-2713**, ou à l'Hôpital régional de Saint-Jean, au **506-648-6111**. Les recommandations urgentes seront transférées au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick aux fins d'évaluation et de thérapie appropriate.

17e symposium sur les maladies cardiaques

Le symposium traitant des perspectives actuelles sur les maladies cardiovasculaires, présidé par le Dr David Bewick, s'est tenu au Trade and Convention Centre et à l'Hôpital régional de Saint-Jean du 19 au 22 septembre. Plus de 400 participants ont assisté aux séances.

Le conférencier principal, soit l'ancien premier ministre du Nouveau-Brunswick, M. Frank McKenna, a parlé de la hausse des taux de maladies chroniques et de l'augmentation des coûts des soins de santé connexes. Sa présentation a porté sur les défis et les possibilités associés à l'ouverture du système de prestation de soins de santé, qui permettrait d'offrir des solutions de rechange aux patients grâce aux options de paiement au privé. « Les changements de mode de vie peuvent avoir des conséquences directes sur les coûts des soins de santé, a affirmé M. McKenna. On évalue qu'en Ontario, d'ici l'année 2015, les coûts des soins de santé s'élèveront à 70 % des dépenses de la province.



La Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique et le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick peuvent être fiers d'avoir réuni, au symposium de cette année, plus de 40 experts de renommée nationale. Ceux-ci ont effectué des présentations sur des sujets informatifs, animé des ateliers cliniques et techniques, et participé à des groupes de discussion sur des sujets d'intérêt pour les professionnels de la santé cardiovasculaire.

Les participants pouvaient faire un choix parmi une variété intéressante d'ateliers et de présentations tout au long du symposium. L'un des conférenciers de renommée nationale, le Dr Andrew Pipe, a prononcé un discours sur le sujet suivant : « Docteur, je ne parviens pas à cesser de fumer ». Le Dr Ehud Ur a quant à lui discuter des nouvelles thérapies qui se profilent à l'horizon pour la gestion contemporaine du diabète de type 2.

Fort du succès retentissant du symposium de cette année, le comité de planification du symposium de l'an prochain s'affaire déjà à élaborer un autre programme de conférences de première qualité. Le 18e symposium cardiovasculaire sera du 18 aux 20 septembre 2008. Demeurez à l'écoute pour connaître les détails!

Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

La philanthropie public et d'entreprise ont une influence considérable sur les soins de santé. Grâce aux dons publics, les fournisseurs de soins de santé peuvent mettre sur pied des projets et des services qu'il ne serait pas possible d'offrir dans le cadre du financement public. Ces projets peuvent porter sur le confort des patients, une nouvelle technologie médicale, des travaux de recherche de pointe qu'un groupe de discussion sur des questions médicales ou même des essais cliniques. Les dons sont importants.

La Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick a été créée en vue de recevoir des dons grâce auxquels le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick pourra poursuivre sa quête en matière d'excellence. Ces dons permettront d'améliorer les soins cardiaques fournis au Nouveau-Brunswick, et ce, dès aujourd'hui.

L'équipement et la technologie dernier cri permettent d'attirer et de garder les meilleurs employés du domaine médical. Les possibilités de recherche et les essais cliniques ont également une impacte sur la qualité du personnel et de l'équipement. Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick souhaite améliorer sa réputation et être reconnu pour son excellence dans les soins cardiaques au Canada. Pour construire notre réputation, nous devons agir. C'est pourquoi notre fondation de bienfaisance est essentielle à la réalisation de notre vision.

Les donateurs qui ont un intérêt dans les soins cardiaques ont maintenant un endroit où envoyer leurs dons. La Fondation accepte les dons de bienfaisance, encourage les dons successoraux, préconise la création de fonds de dotation et organise des campagnes périodiques et des activités spéciales. Les dons serviront uniquement à financer le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. Ils doivent être envoyés directement à **la Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick,** à l'adresse suivante : **C.P. 2100, Saint John (N.-B.) E2L 4L2.**

Votre don à la Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick :

- nous permettra de continuer à offrir des soins cardiaques d'avant-garde;
- aidera à attirer et à garder les spécialistes du domaine de la cardiologie;
- nous aidera à suivre le rythme des nouveautés dans l'équipement médical et la technologie médicale.

❒ **Oui, j'accorde mon appui au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.**

Ci-joint un don de :

❒ $25 ❒ $50 ❒ $100 ❒ $500 ❒ Autre $_____

❒ J'inclus un chèque payable à la Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Facturer à : ❒ Visa ❒ Mastercard

Nom

Addresse

Ville Code postal

Numéro de carte :

Date d'expiration: Signature:

Envoyez votre don à : Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick - C.P. 2100, Saint John (N.-B.) E2L 4L2