au Coeur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Nouvelles du domaine cardiovasculaire au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Temps d'attente pour le Service de cardiologie d'intervention au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Dans le dernier numéro *Au cœur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick* (CCNB) (automne 2006), nous vous avons donné un aperçu du processus de triage du CCNB et des outils utilisés pour en assurer l'objectivité. L'ajout d'un troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick a eu des retombées directes sur les temps d'attente pour accès au service de cardiologie d'intervention dans la province. Les responsables du bureau de la coordination de l'accès du CCNB recueillent actuellement des données sur les temps d'attente et les communiquent à nos parties intéressées. Dans le présent numéro du bulletin, nous vous faisons part des statistiques sur les temps d'attente pour la période allant d'octobre 2005 à la fin mars 2007. Veuillez noter que ces statistiques sont également publiées sur le site Web du CCNB avec des explications détaillées pour chaque colonnes et rangées. Allez au www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/stats.shtml.

Nous vous invitons à examiner le Tableau 1, qui comporte des données sur les temps d'attente au CCNB pour cardiologie d'intervention. Afin de permettre une comparaison avec d'autres centres cardiaques Canadiens, les données collectées au CCNB sont compilées de la même manière que le *Cardiac Care Network of Ontario* (CCNO). Une rangée additionnelle a été ajoutée à la table et contient le temps d'attente pour cathétérisme cardiaque en Ontario (selon le CCNO) pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2006. Vous remarquerez que les temps d'attente au CCNB sont très comparable aux centres cardiaques de l'Ontario et dans certains cas même supérieure.

Un exemple de l'impacte d'un 3e labo. sur le temps d'attente : une femme de 50 ans en bonne santé avec un épreuve d'éffort électriquement positif avec éffort modéré (7Mets) serait catégorisée un renvoi électif pour catéthérisme cardiaque. En février 2006, cette même patiente aurait attendu un temps médian de 59 jours (ou 2 mois) sur la liste d'attente communautaire pour son rendez-vous. Certains patients dans la même catégorie ont attendu jusqu'à 452 jours ou plus pour leur procédure. En comparaison, cette patiente aujourd'hui n'attendrai que 10 jours pour son rendez-vous. Cette amélioration dans le service contribut a diminuer l'anxiété du patients et des médecins traitants.

Le personnel du CCNB veut s'assurer que les patients de la province du N.-B. Continuent à accéder les services en temps opportun. D'après l'information courante, les fournisseurs de soins de notre province peuvent être très fiers que l'accès au service de cardiologie d'intervention soit très comparable et parfois meilleur que d'autres centres Canadiens.

Pour toutes questions ou commentaires vous pouvez nous contacter par courriel au : nbhc@reg2.health.nb.ca.

Table 1: Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick–Triage cardiaque
Temps d'attente Cardiologie d'intervention Octobre 2005 a mars 2007

Date intervalle	Nombre de cas (moyenne)	Temps d'attente maximale recommendé (TAMR)								
		Cas très urgents et urgents 0 à 7 jours			**Cas semi-urgents 8 à 28 jours**			**Cas non urgents 29 à 84 jours (CCNO), 120 jours (CCNB)**		
		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)	Jours d'attente (90e percentile)	Cath. à l'intérieur du TAMR
Oct. à déc. 2005	249.3	1	6	90,6 %	7	27	77,8 %	50	187	52,8 %
Janv. à mars 2006	292.6	2	8	86,6 %	13	27	89,6 %	59	452	39 %
Avril à juin 2006*	343.3	1	5	95,7 %	8	23	97,8 %	36	244	68,7 %
Juillet à sept. 2006	276	1	4	99,2 %	5	13	100 %	12	48	97,3 %
Oct. à déc. 2006	295.3	1	5	97,6 %	5	10	100 %	10	22	99,3 %
Janv. à mars 2007	307	1	4	98.3%	5	14	100%	10	28	100%
CardiacCareNetwork of Ontario	Statistiques sur les cathétérismes cardiaques du CCNO : www.ccn.on.ca									
Oct. à déc. 2006	4 759	1	4	88 %	7	22	70 %	11	26	99 %

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

au Coeur
du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Nous voulons votre opinion:

Bienvenue à ce numéro (quatre) de ce bulletin *Au Coeur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick*. Depuis la création de ce bulletin d'information, nous l'avons utilisez pour vous communiquer les activités variées du Centre cardiaque du N.-B. Nous aimerions savoir votre opinion au sujet du contenu de ce bulletin. Rencontrons-nous vos besoins ? Voulez-vous de l'information concernant un sujet en particulier (relié au domaine cardiovasculaire) ? Ëtes-vous intéressé à soumettre un article pour ce bulletin ? S.V.P., laissez nous savoir comment nous pouvons améliorer ce bulletin d'information pour rencontrer vos besoins.

Contactez-nous par courriel : nbhc@reg2.health.nb.ca, par téléphone (506) 648-7782, ou par télécopieur (506) 648-6110. Il nous fera plaisir de vous assister.

Marquez votre calendrier pour les évènements suivants:

- **Canadian Lipid Nurses Network Conference (anglais seulement) le 25 mai, 2007** Ramada Crystal Palace, Moncton, N.-B., Pour plus d'information appelez : (506) 648-6201 Enregistrez-vous en allant au site suivant: www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/Brochure%20English.pdf
- **NBHC Cardiovascular Symposium (anglais seulement) Hôpital Régional de Saint John, du 20 au 22 septembre, 2007** Pour information appeler: (506) 648-7285
- **Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire, Ville de Québec, du 20 au 24 octobre, 2007**

  Pour plus d'information allez à : www.cardiocongress.org/Francais/index.html

Si vous voulez insérer une annonce dans ce bulletin d'information, contactez-nous: nbhc@reg2.health.nb.ca

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".

L'utilisation de l'héparine à faible poids moléculaire chez certains groupes de patients

Par Dre Trudy Arbo et Dr Vernon Paddock

L'héparine à faible poids moléculaire (HFPM) est généralement préférée en tant qu'anticoagulant pour le traitement du syndrome coronarien aigu, de l'infarctus du myocarde et de la thromboembolie veineuse. La facilité avec laquelle on peut l'administrer, son effet anticoagulant prévisible et le peu de suivi qu'elle requiert en font, dans bien des cas, un meilleur choix que l'héparine non fractionnée (HNF). Cependant, il existe beaucoup de préoccupations quant à son utilisation chez certains groupes de personnes comme les patients obèses, ceux qui souffrent d'insuffisance rénale et les personnes âgées.

Il y peu de preuves dans la documentation qui porte sur la cardiologie soutenant le recours à la HFPM pour les patients dont le taux de clairance de la créatinine se situe sous les 30 mL/min, ou pour ceux dont l'index de masse corporelle est supérieur à 30 kg/m^2. Ces patients sont habituellement exclus des essais cliniques impliquant la HFPM ou bien sont traités au moyen d'héparine non fractionnée. Dans les essais thrombolytiques, on administre aux patients de plus de 75 ans une dose réduite de HFPM ou on les encourage à choisir la HNF à cause de des risques accrus de complications hémorragiques.

Quelques essais rétrospectifs plus modestes ont servi à évaluer la pharmacocinétique de l'enoxaparine (la HFPM de prédilection en médecine cardiovasculaire) chez les patients qui souffrent d'une détérioration de la fonction rénale. Kruse et al[1] ont développé et instauré un protocole de posologie pour les patients dont le taux de clairance de la créatinine se situe entre 30 et 60 mL/min, ou moins que 30 mL/min (tableau 1). La monographie de l'enoxaparine indique que la dose devrait être réduite de 50 % pour les patients dont le taux de clairance de la créatinine est de moins de 30 ml/min mais les données n'ont pas été publiées ou rendues disponibles aux cliniciens pour une évaluation plus en profondeur.

Chez les patients obèses, le volume intravasculaire n'a pas de rapport linéaire avec le poids corporel total. On pense que l'utilisation du poids corporel total d'un patient obèse entraînerait une surdose et des risques potentiellement élevés de complications hémorragiques. Malheureusement, la plupart des essais cliniques comparatifs aléatoires majeurs ont tenu compte du poids corporel total sans établir de dose maximale mais ont seulement un petit nombre de patients pesant plus que 100kg enrollé dans l'étude. Actuellement, la monographie Canadienne de l'enoxaparine recommande des doses maximales de 100 mg deux fois par jour (100 mg b.i.d.). Cela peut signifier des doses insuffisantes pour les patients pesant plus de 100 kg mais si nous tenons compte du poids corporel total, nous augmenterons peut-être les risques d'hémorragie. Le recours à l'HNF comme anticoagulant de choix devrait être envisagé pour ces patients puisqu'il est possible de surveiller avec une assez grande précision le taux d'anticoagulant en se basant sur le temps de céphaline activée (TCA).

À propos des niveaux d'anti-Xa

Un débat existe quant à savoir si les niveaux d'anti-Xa mettent en corrélation les avantages cliniques et si leur surveillance en pratique clinique est utile aux groupes particuliers. On se demande aussi s'il est plus utile de mesurer les minimums ou les maximums atteints. Comme on s'intéresse surtout à l'accumulation de la HFPM et que les maximums sont surveillés chez les personnes obèses, on utilise généralement les niveaux minimums pour surveiller le taux de la HFPM chez les patients souffrant d'insuffisance rénale; il n'y a cependant pas de règle rigide à cet égard. Pour ajouter à la confusion, les niveaux peuvent varier selon le type de la HFPM utilisée et l'espacement des doses (12 ou 24 heures). La plupart des stratégies de posologie ajuste les doses de la HFPM en fonction des niveaux maximums d'anti-Xa atteints.

En géneral, les maximums : Ils devraient être mesurés quatre heures après la troisième dose. Le maximum cible d'anti-Xa pour la dose thérapeutique d'enoxaparine est de 0,5 à 1,0 UI/ml. Les risques d'hémorragie augmentent si le maximum dépasse 1,0 lors d'un schéma posologique biquotidien. Il est important de noter que pour un schéma posologique quotidien, le niveau cible d'anti-Xa varie selon la

Le programme de recherche en chirurgie cardiaque du Centre cardiaque du N.-B.

Par Dr. Craig Brown, Chirurgien cardiaque et Carole Dubé-Roy, Infirmière en recherche

Le département de chirurgie cardiaque du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) utilise une approche à trois volets dans ses travaux de recherche cardiovasculaire. Par une utilisation et une participation à la base de données nationale de la *Society of Thoracic Surgery*, le CCNB

HFPM utilisée. Les minimums : Ils devraient être mesurés juste avant la troisième dose. Pour des doses de traitement d'enoxaparine biquotidiennes de 1,0 mg/kg, le minimum cible est de 0,2 à 0,3 UI/mL.

Que fait le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) ?

Au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, nous recommandons aux patients, dont le taux de clairance de la créatinine est inférieur à 30 ml/min, d'opter pour la HNF comme premier choix d'anticoagulant. Cette option devrait aussi être envisagée pour les patients qui pèsent plus de 100 kg. Cependant, cela est moins certain dans le cas des personnes âgées. D'autres facteurs devraient être pris en considération dans le choix d'un anticoagulant, comme les risques relatifs de complications hémorragiques, l'existence d'états pathologiques associés et les préférences du médecin traitant. Lorsque des agents thrombolytiques sont administrés à des personnes de plus de 75 ans, l'HNF devrait être initié. Si l'enoxaparine est utilisée, on ne doit pas utiliser de bolus IV et on doit utiliser une dose plus basse de maintenance.

Nous évaluons présentement une stratégie de posologie de l'enoxaparine pour les patients dont le taux de clairance de la créatinine se situe entre 30 et 60 ml/min, selon le protocole de Kruse et al[1]; le résultat devrait être connu à la fin d'avril 2007.

Références:

1. *Kruse et coll. Retrospective evaluation of a pharmacokinetic program for adjusting enoxaparin in renal impairment. American Heart Journal, no 148 (4), 2004, p. 582-589.*
2. *Septième conférence de l'ACCP sur les traitements antithrombotiques et thrombolytiques. CHEST, no 126, 2004, p. 188-203.*
3. *Monographie de l'enoxaparine*
4. *Neely JL, Carlson SS, Lenhart SE. Tinzaparin sodium: A low molecular weight heparin. AM J Health-Syst Pharm, no 59, 2002, p. 1426-1436.*
5. *Chow SL, Zammit K, et coll. Correlation of antifactor Xa concentrations with renal function in patients on enoxaparin. Journal of Clinical Pharmacology, no 23, 2003, p. 586-590.*
6. *Duplaga BA, Rivers CW, et coll. Dosing and monitoring of LMWH in special populations. Pharmacotherapy, no 21(2), 2001, p. 218-234.*
7. *Lim W, Daentali F, et coll. Meta-analysis: low-molecular weight heparin and bleeding in patients with severe renal insufficiency. Ann Intern Med, no 144(9), 2006, p. 673-684.*
8. *Montalescot G, Collet JP et coll. Anti-Xa Activity relates to survival and efficacy in unselected acute coronary syndrome patients treated with enoxaparin. Circulation, no 110, 2004, p. 392-398.*

Tableau 1 : Sommaire de la sélection empirique des doses basé sur la fonction rénale*

CrCl (mL/min)	Dose de charge	Doses d'entretien	Taux maximaux d'anti-Xa sur 4 heures
≥ 60	1 mg/kg	1 mg/kg aux12h	Aucun
30-60 mL/min	1 mg/kg	0,75 mg/kg aux 12 h	Verifier le niveau anti-Xa avant et 4hres après la troisieme dose. Si effet thérapeutique, ne pas prescrire de taux additionnels.
≤30 Note: Enoxaparine n'est pas recommendé pour CrCl de moins que 30mL/min. On suggère l'utilisation de l'heparine non fractionnée	1 mg/kg	1mg/kg aux 24 h ou 0,50 mg/kg aux 12 h	Vérifier le niveau anti-Xa avant et après la troisième dose

*Adapté de Kruse et al.[1]
CrCl: clairance de la créatinine [(140-age) poid x 1.2] / Scr (x 0.85 pour femelle)

se joint à d'autres centres à travers le Canada et les États-Unis, afin de collaborer à des projets de recherche clinique.

La chirurgie valvulaire est-elle sans danger pour les patients âgés de plus de 80 ans? Quels sont les résultats des pontages coronariens réalisés sans l'aide du cœur-poumon artificiel? Ces questions et d'autres furent à l'ordre du jour des études collaboratives réalisées au CCNB. Certaines de ces études ne visaient que le Nouveau-Brunswick. Deux enquêtes en cours touchent la réparation des valvules mitrales et l'ablation chirurgicale dans les cas de fibrillation auriculaire.

En outre, le département de chirurgie cardiaque a participé à plusieurs essais multicentriques de dispositifs ou de médicaments, dans le but de rendre la chirurgie cardiaque plus sécuritaire et d'obtenir un meilleur taux de réussite.

En ce moment, nous privilégions cinq projets de recherche:

1. Infarctus du myocarde péri opératoire	L'étude est commencée
2. Fonction cardiaque périopératoire	Début du recrutement
3. Guérison des plaies	1e phase terminée, 2e en attente
4. Anticoagulation des valves	Étape de la planification
5. Infection du site chirurgical	Demande de fonds-en attente d'approbation

Enfin, le programme de recherche du Centre cardiaque du N.-B. reçoit des demandes émanant de l'industrie, en vue de l'évaluation de nouvelles valves et de leurs techniques d'implantation. Trois registres/ études touchant les valves sont actuellement en cours.

1. Registre de valves prosthétiques mécaniques	Étape du recrutement
2. Registre des performances des valves biologiques	Étape du recrutement
3. Étude par observation des valves biologiques	Étape du recrutement

Nombre de ces projets de recherche supposent un suivi se prolongeant après que les patients aient reçu leur congé de l'hôpital. Il est important de noter que le succès de ces projets de recherche dépend de l'engagement des patients et de leurs familles vis-à-vis des études et, quand ceci est nécessaire, de l'aide du département de Télésanté de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique.

Le programme de recherche en chirurgie cardiaque du Centre cardiaque du N.-B. ne pourrait fonctionner sans le dévouement d'infirmières bilingues avec plusieurs années d'expériences en chirurgie cardiaque. Ces infirmières fonctionnent sous la supervision de Carole Dubé-Roy qui possède de l'expérience en chirurgie cardiaque, en Télésanté, ainsi qu'en recherche. Carole est aussi sur le comité exécutif du Conseil Canadien des infirmiières(iers) en nursing cardiovascular pour le Nouveau-Brunswick.

Pour plus d'information concernant ce programme vous pouvez nous contacter par courriel : nbhc@reg2.health.nb.ca.

Utilisation du service de Télésanté au CCNB – Clinique pour le suivi des patients en postopératoire

Par Krisan Palmer et Francine Bordage

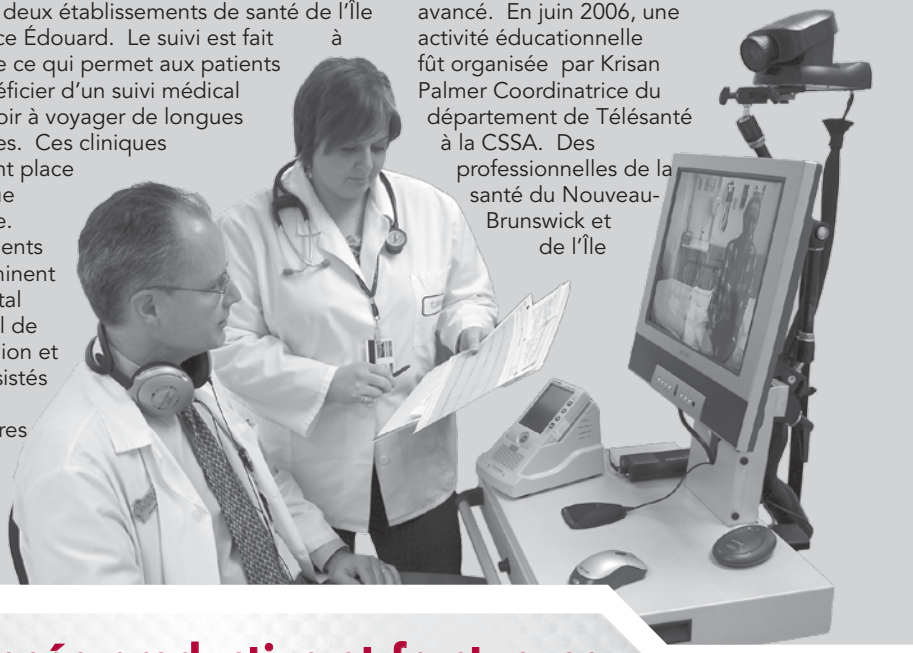
Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) utilise des programmes de Télésanté variés pour livrer les soins en cardiologie tertiaire. Dans le dernier numéro du bulletin d'information *Au Cœur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick*, le focus fût placé sur le programme de suivi à domicile. Dans le présent numéro, nous aimerions attirer votre attention sur le programme de Télésanté Clinique pour le suivi des patients en postopératoire.

Les patients en période postopératoire pour chirurgie cardiaque ont un suivi avec le chirurgien cardiaque, six à huit semaines après leur congé de l'hôpital. Pendant ce suivi, le patient est évalué afin d'identifier s'il y a tout problème relié à la chirurgie et le patient et sa famille ont l'opportunité de demander toutes questions ou exprimer leurs inquiétudes (s'il y a lieu).

Avant l'introduction du service de Télésanté, tous les patients retournaient au CCNB situé à Saint John pour leur suivi. À la suite d'un projet de recherche et développement conduit en 1998 par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA), le CCNB, ainsi que les régies regionales sanitaires il fût déterminé que les suivis en postopératoires pouvaient être fait de façon sécuritaires en utilisant un programme de Télésanté. La technologie utilisée durant le suivi permet une évaluation clinique pleinement interactive et en temps réel. "Un stéthoscope électronique (évalué pour utilisation en milieu clinique) avec qualité diagnostique audio exceptionnelle, ainsi qu'une habilité de transmettre les échocardiogrammes par un lien 512 ISDN rend ces cliniques durables." (www.health.nb.ca/Programs/Telehealth/telecardiology)

À l'heure actuelle, les appareils Télésanté requis pour ce suivi sont situés dans chacune des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick et dans deux établissements de santé de l'Île du Prince Édouard. Le suivi est fait à distance ce qui permet aux patients de bénéficier d'un suivi médical sans avoir à voyager de longues distances. Ces cliniques prennent place à chaque semaine. Les patients s'acheminent à l'hôpital régional de leur région et sont assistés par des infirmières enregistrées spécialisées. Le patient subit une évaluation pleinement interactive, en temps réel avec le chirurgien cardiaque situé au Centre cardiaque du N.-B. Le personnel du département de Télésanté de la CSSA est responsable pour la coordination de la visite interactive avec les régions sanitaires.

L'utilisation du programme de Télésanté requiert que des professionnels de la santé soient éduqués dans l'utilisation de l'équipement Télésanté et ayant l'expertise pour conduire une évaluation clinique avancé. En juin 2006, une activité éducationnelle fût organisée par Krisan Palmer Coordinatrice du département de Télésanté à la CSSA. Des professionnelles de la santé du Nouveau-Brunswick et de l'Île



Regard rétrospectif sur une année productive et fructueuse

Améliorer la santé et le mieux-être des gens du Nouveau-Brunswick en tirant profit des appareils et des traitements inédits en soins cardiovasculaires

Dans un article de fond publié dans le premier numéro du bulletin *Au cœur du centre cardiaque du Nouveau-Brunswick*, on a qualifié l'Initiative de recherche du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (IRCCNB) de formule innovatrice pour la recherche cardiovasculaire menée au centre cardiaque. Selon l'article, un groupement de cardiologues aux vues similaires ont décidé de collaborer afin d'obtenir et de mener des essais cliniques de qualité supérieure qui permettraient d'élargir l'ensemble des connaissances et des soins offerts à la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA).

Depuis la création de l'Initiative, on a établi des liens avec les principaux chercheurs nationaux et internationaux en santé cardiovasculaire et l'industrie pharmaceutique afin d'attirer les essais cliniques les plus avantageux au Nouveau-Brunswick. « Il est important que les gens du Nouveau-Brunswick aient l'occasion de participer à des essais cliniques, et nous devons veiller à ce que notre centre fasse partie des essais qui procurent des réponses à des questions scientifiques importantes », a affirmé le Dr Sohrab Lutchmedial, directeur médical de l'IRCCNB. Les résultats des essais cliniques que nous avons choisis détermineront l'avenir de la prestation des soins aux patients. Grâce à la participation de notre groupe à ces projets, la voix du Nouveau-Brunswick se fait entendre par les décideurs du secteur des soins de santé. »

Les efforts du groupe ont été bien accueillis par les patients et les partenaires. Les patients en cardiologie aiment le rapprochement que leur permet la participation à un projet de recherche. « Faire partie d'un projet de recherche et subir les examens qui en découlent me donne l'occasion de voir régulièrement l'infirmière et le cardiologue responsables du projet, ce qui ne serait peut-être pas le cas autrement », a mentionné l'un de ces patients.

« Selon l'industrie pharmaceutique, l'engagement de la population étudiée envers la participation aux essais cliniques est un facteur qui contribue à la réputation de la CSSA en tant qu'institut de recherche, a affirmé Fabia Fitzgerald, directrice de l'IRCCNB. Lorsque les commanditaires choisissent les centres qui participeront aux essais cliniques, ils examinent régulièrement l'engagement des patients et du personnel. La CSSA continue d'obtenir une très bonne cote dans chacune de ces catégories, ce qui fait d'elle un partenaire privilégié pour les essais cliniques. »

La collaboration des cardiologues d'intervention s'est avérée très avantageuse : chacun dirige présentement un essai clinique productif. Par conséquent, notre centre de recherche a été reconnu comme l'un des meilleurs au Canada pour le recrutement et les données de qualité. Les chercheurs de l'Initiative ont d'ailleurs reçu plusieurs invitations à présenter des conférences sur leurs taux de réussite en matière de recrutement et de maintien des patients à l'étude.

L'Initiative de recherche du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

du Prince Édouard se sont réunies à Saint John afin de participer à un atelier dont l'objet était d'examiner les processus associés aux consultations de suivi à distance pour les opérés du cœur. Durant la journée, les participantes reçurent un survol du processus requis pour organiser les sessions, de l'information sur l'utilisation de l'équipement (tel que l'utilisation du microphone ou le positionnement de la caméra), un tutoriel sur l'étiquette des vidéoconférences (dialogue d'entrevue) ainsi que les conditions ambiantes idéales pour la conduite d'une évaluation d'un patient par Télésanté. Elles ont également eu l'occasion d'observer la présentation simulée d'un patient, d'une démonstration de Télésanté à domicile, ainsi que des renseignements sur l'évaluation du sternum, et finalement les techniques d'auscultation cardiaque et pulmonaire avec l'utilisation du stéthoscope électronique.

Pour plus d'information concernant ce programme de Télésanté vous pouvez nous contacter par courriel : nbhc@reg2.health.nb.ca

La photo montre les participantes à la journée éducative en Télésanté qui prit lieu le 22 juin 2006. De gauche à droite : 1ère rangée : Marie-Reine Poirier (R6), Pam Gallagher (R3), Andrée Banville (R1-Beauséjour). 2ième rangée : Patsy Burke (R3), June McNaughton (R5), Krisan Palmer, Coordinatrice Télésanté CSSA (R2), Janice Connell, Assistante administrative Télésanté CSSA (R2), Carole Ruest (R4). 3ième rangée: Diane Robert-Bujold (R5), Annette Haché (R6), Shawn Thorne (R3), Shelley Musgrave (R1-Sud Est), Brenda Duplessie (R7), Cindy Nugent, (R2), et Anne Desjardins (R4). Absente : Kim Bowness (Summerside-ÏPE).

Dans la photo de gauche, le docteur Craig Brown, Chirurgien cardiaque au Centre cardiaque du N.-B. est assisté par l'infirmière en Télésanté Cindy Nugent dans la conduite d'une évaluation d'un patient en post opératoire en utilisant le programme de Télésanté.

En mars 2006, le service a obtenu de bons résultats à la suite d'une inspection de Santé Canada. « Bien qu'il soit stressant de subir une inspection, celle-ci a été une formidable expérience d'apprentissage pour tout le monde et elle a permis de confirmer que notre service est bien géré », a fait savoir Mme Fitzgerald.

Nous continuons d'élargir notre service en y intégrant d'autres chercheurs intéressés, ce qui s'est avéré enrichissant. Nous sommes reconnaissants envers nos coordonnateurs de recherche, ces personnes dévouées que l'on voit souvent travailler tard le soir, aux côtés du personnel infirmer, afin d'assurer le confort de nos patients. « Nous sommes surtout reconnaissants envers nos patients néo-brunswickois qui, en consacrant de leur temps à nos projets de recherche, apportent une précieuse contribution au traitement des maladies du cœur. L'amélioration des soins de santé passe par une connaissance approfondie des causes de la maladie, de sa progression et de sa réaction aux interventions, explique le Dr Lutchmedial. Nous nous réjouissons à l'idée d'une autre année remplie de nouveaux défis intéressants dans le domaine de la recherche clinique. »

Coordonnatrice de l'accès au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Céline Michaud
Coordonnatrice de l'accès

Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) a le plaisir d'annoncer la nomination de Céline Michaud au poste de coordonnatrice de l'accès. En 1978, Céline a reçu son diplôme en sciences infirmières du Collège Saint-Louis-Maillet, à Edmundston, et elle poursuit actuellement des études dans le cadre du programme du baccalauréat en science infirmière à l'Université de Moncton. Elle a fait ses débuts en cardiologie, à l'Hôpital général de Saint-Jean, aux soins coronariens. Spécialiste certifiée en exercices du *American College of Sports Medicine* aux États-Unis et au Canada, elle a travaillé à titre de coordonnatrice du programme de réadaptation cardiaque à l'Hôpital régional d'Edmundston, de 1997 à 2000. Céline s'est jointe au programme de santé cardiovasculaire et de mieux-être du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick en 2005, où son expertise a été utilisée dans la réadaptation cardiaque et la clinique des fonctions cardiaques. « L'expertise de Céline en cardiologie et sa capacité de communiquer dans les deux langues officielles (anglais et francais) constitue un atout pour l'équipe de coordination de l'accès au programme du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick », a déclaré Francine Bordage, Directrice administrative.

Pharmacienne clinique au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Trudy Arbo
PharmD, B.Sc. Pharm, BCPS, ACPR

En septembre 2006, Trudy Arbo s'est jointe à l'équipe du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à titre de pharmacienne clinique. Trudy a reçu son diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie de l'Université de l'Alberta en 1999. En 2000, elle a effectué sa résidence hospitalière en pharmacie à l'Hôpital d'Ottawa et a travaillé à titre de pharmacienne en soins cliniques au Civic Campus, avant de déménager dans la belle Colombie-Britannique, en 2003. Trudy a achevé son doctorat en pharmacie à l'Université de l'État de l'Idaho en 2005 et a accepté un poste au Programme rénal en qualité de spécialiste en pharmacie clinique au Fraser Health Authority. En 2006, Trudy et son mari ont décidé de revenir vers la côte est du Canada pour se rapprocher de la famille, ce qui l'a amenée à travailler au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. « Ce déménagement à Saint John s'est révélé merveilleux, et je ne pourrais pas en être plus heureuse. Même si je suis relativement nouvelle dans mon poste, mes collègues du service de la pharmacie et de tout le centre cardiaque m'ont vraiment bien accueillie et me considèrent comme un membre important de leur équipe », a déclaré Trudy. Depuis son arrivée en septembre 2006, Trudy s'est familiarisée avec les cliniciens et a déjà lancé plusieurs initiatives, telles que la couverture Plavix pour les patients qui ne peuvent payer ce médicament après endoprothèse coronarienne, le remaniement du protocole cardiaque de l'héparine, et le lancement d'un projet de recherche touchant les infections sternales chez les patients à la suite d'une chirurgie cardiaque, pour n'en nommer que quelques-unes. Plus récemment, Trudy a débuté un examen de toute la documentation à l'intention des patients au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.

« À court terme, Trudy a travaillé au programme et elle a démontré qu'elle était un atout de valeur pour notre équipe », a déclaré le Dr Vernon Paddock, Directeur médical.

Couverture du médicament CLOPIDOGREL (Plavix[MD]) au Nouveau-Brunswick

Par Trudy Arbo et Dr. Vernon Paddock

Le clopidogrel (PlavixMD) est utilisé comme antiagrégant plaquettaire lors des interventions d'angioplastie coronaire et de la pose d'endoprothèses coronaires afin de prévenir une thrombose de l'endoprothèse. Il joue également un rôle dans la prise en charge du syndrome coronarien aigu.

Le personnel du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) a remarqué une augmentation du nombre d'appels provenant de patients et de pharmaciens communautaires au sujet de la couverture pour le clopidogrel. Lorsque le médicament est prescrit à l'hôpital par les cardiologues d'intervention, la prescription est couverte par le Formulaire du Nouveau-Brunswick (voir l'extrait). Initialement, le spécialiste établit la prescription pour une période précise en fonction du type d'intervention subie par le patient et d'autres facteurs propres au patient. La durée de la thérapie varie habituellement entre 30 jours et 1 an. Il est très important que le patient prenne le médicament pour la période indiquée, surtout si on lui a posé un endoprothèse à élution de médicament, car la fonction endothéliale vasculaire ne se rétablit pas avant au moins 3 à 12 mois et le patient a besoin de traitement antiplaquettaire afin d'éviter une thrombose à l'intérieur de l'endoprothèse. Si vous devez interrompre ou arrêter le Clopidogrel pour une raison quelconque, veuillez téléphoner au service de cardiologie interventionnelle, au 506-648-6101, afin de discuter des risques et des solutions de rechange avec un cardiologue d'intervention..

Si un médecin de famille ou un omnipraticien rédige une ordonnance de clopidogrel au cours de la même période que celle de la prescription établie par le cardiologue d'intervention, elle NE SERA PAS COUVERTE par le Formulaire du Nouveau-Brunswick à moins que le médecin ait demandé et reçu une autorisation spéciale. C'est pourquoi nous demandons que le patient prenne la totalité des comprimés de clopidogrel prescrits par le cardiologue d'intervention, jusqu'à ce que les renouvèlements soient épuisés (c.-à-d. après un an). Une fois la prescription de clopidogrel terminée, le médecin de famille ou l'omnipraticien peut la renouveler à sa discrétion. Veuillez toutefois noter, comme mentionné précédemment, que le médecin doit demander et recevoir une autorisation spéciale afin que le médicament soit couvert en vertu du Formulaire du Nouveau-Brunswick en cours.

Pour toute question vous pouvez contacter le Dre Trudy Arbo au Centre cardiaque du Nouveau Brunswick au (506) 649-2657 ou le Dr Vernon Paddock au (506) 648-6101.

Extrait du Formulaire du Nouveau-Brunswick – Critères visant les médicaments sur autorisation spéciale :

CLOPIDOGREL (PLAVIX)
Comprimés de 75 mg

1. Pour la prévention secondaire d'accidents ischémiques vasculaires (infarctus du myocarde, accident cérébrovasculaire) chez les patients ayant des antécédents de maladies athéroscléreuses symptomatiques dont le traitement a échoué par le passé ou en raison d'une intolérance ou d'une allergie à l'ASA.
2. Pour la prévention des thromboses après l'installation d'un endoprothèse intracoronarien pour une période de 28 jours. Les ordonnances rédigées par des cardiologues interventionnistes pour cette procédure ne nécessitent pas d'autorisation spéciale. Le système d'analyse des demandes de règlement reconnaîtra automatiquement le numéro d'ID du PMONB de médecin des cardiologues de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique.
3. Pour la prévention des épisodes vasculaires ischémiques chez les patients qui ont été hospitalisés avec un syndrome coronarien aigu (p. ex., angine instable ou infarctus du myocarde sans élévation du segment ST) en combinaison avec de l'ASA pour une période de trois mois.

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