



La SCA reçoit le Prix de l'innovation des prestataires de DPC agréés par le Collège royal 2011

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a annoncé que la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a reçu l'un des trois Prix de l'innovation des prestataires de DPC agréés par le Collège royal 2011, qui vise à récompenser la SCA pour son dispositif de poursuite de session (*Session Tracker*). Le Prix a été remis à la SCA pendant le Congrès annuel de la SCA à Toronto, au mois de juin dernier.

Dans une lettre de Dr Craig Campbell, le directeur des affaires professionnelles au CRMCC, adressée à la SCA, ce dernier a souligné que « le Comité a été impressionné par la soumission de la SCA et l'outil administratif innovant mis au point [par la SCA]. L'adaptation de Scholar One pour améliorer l'efficacité administrative de gestion d'un congrès complexe s'étendant sur plusieurs jours et pour améliorer le respect des normes d'agrément du Collège royal est admirable; c'est pourquoi nous avons l'immense plaisir de souligner les réalisations [de la Société]. »

Le Collège royal a également encouragé la SCA à poursuivre son engagement envers l'innovation et l'excellence dans la mise au point de programmes de FMC et de DPC de qualité élevée.



Dr Craig Campbell (droite), directeur des affaires professionnelles pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, présentant le Prix de l'innovation des prestataires de DPC agréés par le Collège royal remporté par la Société canadienne des anesthésiologistes et accepté au nom de la SCA par M Stanley Mandarich, directeur général.

Sécurité des patients : Que peut-on faire?

Dr Steven Dain, FRCPC

Président, Comité consultatif du Conseil canadien des normes pour la norme ISO TC 121

Membre, Comité des normes de pratique et Comité pour la sécurité des patients de la SCA

La sécurité des patients est un sujet qui anime moult débats et fait couler beaucoup d'encre. Au Canada, un petit groupe de médecins, d'infirmières et d'ingénieurs dévoués fait partie de l'Association canadienne de normalisation et des Comités consultatifs du Conseil canadien des normes, lesquels rédigent les exigences de sécurité de base et de performance essentielle pour une vaste gamme d'appareils d'anesthésie, de soins respiratoires et de soins critiques.

Au cours des dernières années, en raison de la mondialisation du commerce et de la nature internationale de la conception et de la fabrication des équipements médicaux, les membres de la Société canadienne des anesthésiologistes Dr Steven Dain, Dr Karen Brown, Dr Matt Kurrek, Dr Ken LeDez et Dr Jeremy Sloan sont principalement impliqués dans le Comité technique 121 de l'Organisation internationale de normalisation ISO et le Comité 62 de la Commission électrotechnique internationale (IEC).

En juin dernier, le Canada a accueilli à Vancouver le Congrès annuel et plénier du Comité technique 121 de l'ISO concernant les équipements d'anesthésie et d'aide respiratoire ainsi que 13 de ses sous-comités et groupes de travail. Plus de 100 délégués provenant de 15 pays ont pris part à ce congrès en rédigeant des normes concernant les postes de travail en anesthésie, les voies aériennes supraglottiques, les dispositifs médicaux pour les soins à domicile, les sphygmomanomètres non effractifs, les ventilateurs pour les soins intensifs et les conduites pour le gaz à usage médical, entre autres. Le congrès a été couronné de succès et très productif, malgré les émeutes qui ont suivi la finale de la Coupe Stanley, à deux coins de rue.

Les membres de la SCA qui participent au processus d'élaboration des normes internationales apportent leurs connaissances universitaires et leur expérience clinique à la table, et fournissent des opinions d'experts praticiens concernant l'utilisation – et la mauvaise utilisation – de matériel sur une base quotidienne. Ce transfert de connaissances bidirectionnel entre cliniciens, concepteurs de dispositifs médicaux, psychologues de l'industrie, ingénieurs en ergonomie et autres professionnels améliore beaucoup la qualité du travail accompli en créant des exigences techniques, en prodiguant des conseils et en effectuant des essais de validation pour créer des dispositifs sécuritaires, efficaces et faciles à utiliser. Les connaissances acquises par les membres de la SCA lors de ces réunions enrichissent également les connaissances des membres des comités médicaux, des informations qu'ils peuvent par la suite transmettre à leurs étudiants, résidents et collègues.

suite en page 2

Société canadienne des anesthésiologistes • www.cas.ca

Leadership innovant et excellence en anesthésiologie, soins périopératoires et sécurité des patient

La SCA reçoit le Prix de l'innovation des prestataires de DPC agréés par le Collège royal 2011	1
Sécurité des patients : Que peut-on faire?	1
Et les gagnants sont.....	3
Gagnants des Passeports pour Québec	4
Appel de candidatures 2012	5
Amendements récents aux règlements de la SCA	7
Appel de candidatures : Vice-président de la SCA	7
Article de l'étudiant(e) en médecine récipiendaire du premier prix 2011	9
La SCA répond à une lettre de la BCAS	11
Nouvelles du Conseil d'administration	12
Le Collège royal revitalise son programme de MDC	13
Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, 2011 : Un temps d'arrêt!.....	14
Le projet mondial d'oxymétrie s'efforce d'atteindre son objectif	14
Le programme d'auto-évaluation du Journal canadien d'anesthésie — DPC en ligne.....	15
Rapports de recherche.....	17

suite de la page 1

Le processus de création de normes est un exercice académique exhaustif. La première étape consiste à déterminer ce que le dispositif en question fera, qui l'utilisera, et quel est le niveau d'études et la formation des futurs utilisateurs. Existe-t-il déjà des dispositifs semblables? Ensuite, nous identifions tous les risques et défauts potentiels. Nous effectuons une recherche dans la littérature et les bases de données de rapports d'incidents afin de prendre connaissance des problèmes survenus par le passé et de leurs solutions. Une fois tous les risques identifiés, des mesures de minimisation des risques sont ajoutées à la norme en tant qu'exigences. Comme il est souvent impossible de minimiser tous les risques, soit en raison du coût de la solution ou du fait que les solutions entraîneront de nouvelles difficultés qui introduiront de nouveaux risques, les risques résiduels sont-ils suffisamment bas pour être raisonnablement pratiques?

Des ébauches de travail sont rédigées, puis réécrites en projet(s) de Norme internationale (DIS) et enfin en tant que projet final de Norme internationale (FDIS). Après chaque étape, les pays participants votent, et les commentaires sont reçus et résolus avant de former un consensus. Notre Comité des normes de pratique national, sous l'égide de l'Association canadienne de normalisation, approuve la Norme internationale ou rédige des modifications mineures (appelées « déviations ») et recommande son adoption en tant que Norme nationale canadienne.

Nombre de ces normes sont intégrées dans les Politiques de soins de santé nationales par Santé Canada et par les organismes de réglementation d'autres pays (par ex., la FDA américaine, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Union européenne) et servent de base à la création de brevets.

Étant donné que de nombreux pays dans le monde n'ont pas les moyens financiers leur permettant d'utiliser les équipements médicaux dont nous disposons, et ne disposent pas non plus de sources fiables d'eau, de gaz médicaux et d'électricité, les activités récentes de rédaction de normes se sont davantage concentrées sur la création d'exigences minimales pour les équipements en anesthésie; ces exigences minimales sont destinées à être utilisées dans les zones où les infrastructures sont elles aussi minimales.

J'aimerais remercier tout particulièrement les anesthésiologistes universitaires canadiens qui font don de leur temps – jusqu'à 20 jours – de vacances non rémunérées pour participer à des réunions chaque année et ce, souvent à leurs propres frais. Merci aussi aux départements universitaires d'anesthésie qui appuient certains de ces projets.

J'aimerais également remercier l'Association canadienne de normalisation, l'ACMTS – l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, le Conseil canadien des normes et la Société canadienne des anesthésiologistes pour leur soutien financier, qui aide à couvrir une grande partie des frais de déplacement du Comité.

Des médecins, des ingénieurs biomédicaux, des inhalothérapeutes et des représentants de l'industrie canadiens, qui font l'objet d'un grand respect sur la scène internationale, ont participé à la rédaction et à la révision de ces Normes internationales et d'autres normes. Ainsi, nous transférons nos connaissances et notre expérience clinique à l'industrie des dispositifs médicaux et à d'autres médecins, ce qui améliore la sécurité des patients et des fournisseurs de soins de santé au Canada et ailleurs dans le monde. Toute personne intéressée à faire progresser la sécurité des patients par l'établissement de normes d'équipement peut communiquer avec moi à l'adresse sdain@uwo.ca.

Le symposium est dorénavant disponible sur le site Internet de l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Pendant son Congrès annuel en juin 2011 à Toronto, la Société canadienne des anesthésiologistes a organisé un Symposium sur la sécurité des patients. Les fichiers sont disponibles (en anglais) à l'adresse : <http://www.cas.ca/English/Symposium-2011>

Conseil d'administration 2011–2012

Membres

Président	D ^r Richard Chisholm, Fredericton
Président sortant	D ^r Pierre Fiset, Montréal
Vice-présidente	D ^{re} Patricia Houston, Toronto
Secrétaire	D ^r Salvatore Spadafora, Toronto
Trésorière	D ^{re} Susan O'Leary, St John's

Représentants des divisions

Colombie-Britannique	D ^r James Kim, Vancouver
Alberta	D ^r Douglas DuVal, Edmonton
Saskatchewan	D ^r Neethra (Mark) Arsiradam, Prince Albert
Manitoba	D ^r Jay Ross, Winnipeg
Ontario	D ^r James Watson, London
Québec	D ^r François Gobeil, Boucherville
Nouveau-Brunswick	D ^r Andrew Nice, Quispamsis
Nouvelle-Écosse	D ^r David Milne, Hammonds Plain
Île-du-Prince-Édouard	D ^r Timothy Fitzpatrick, Charlottetown
Terre-Neuve-et-Labrador	D ^{re} Ann Casey, St John's
Représentante des résidents	D ^{re} Geneviève Lalonde, Québec
Président de l'ACUDA (membre d'office)	D ^r Davy Cheng, London
Directeur général	Stanley Mandarich

Invités

Présidente de la FCRA	D ^{re} Doreen Yee, Toronto
Président de la FEI SCA	D ^r Francesco Carli, Montréal
Rédacteur en chef du JCA	D ^r Donald Miller, Ottawa
Représentant du CRMCC	D ^r Michael Sullivan, Auroral

Vous pouvez communiquer avec toutes ces personnes par l'intermédiaire du siège social de la SCA.

Rédacteur en chef	D ^r Salvatore Spadafora
Responsable de la rédaction	Andrea Szametz
Conception et production	Marco Luciani

... ET LES GAGNANTS SONT ...

Dans le numéro d'Info Anesthésie du mois de juin dernier, 16 récipiendaires supplémentaires avaient également été honorés en raison de leurs efforts et réalisations remarquables. La SCA a le plaisir d'annoncer le nom d'autres récipiendaires de prix en 2011.

Membre émérite

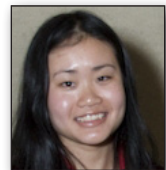


Reconnaître les membres à la retraite qui ont contribué de façon importante à l'anesthésie durant leur longue carrière

Dr John Price – Fredericton, NB

Concours oral de recherche Richard-Knill

En l'honneur du Dr Richard Knill, une séance spéciale lors du Congrès annuel de la SCA qui met en exergue les meilleurs articles scientifiques

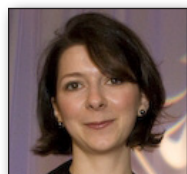


Récipiendaire :

Tina Hu – Université de Toronto, Toronto, ON
β1-Antagonism Preserved Brain Perfusion in Anemic Rats

Concours oral des résidents

Afin d'encourager l'excellence scientifique des médecins en formation en anesthésie au Canada



Récipiendaires : 1^{er} prix

Dr Sinziana Avramescu – Université de Toronto, Toronto, ON
Inflammation Increases the Efficacy of Anesthetics in Mouse Neurons



2^e prix

Dr Antoine Halwagi – Université de Montréal, Montréal, QC
Tracheal Intubation Through the I-Gel Supraglottic Airway versus the LMA Fastrach: A Randomized Controlled Trial



3^e prix

Dr Mandeep Singh – Université de Toronto, Toronto, ON
Is a Higher Score on the Stop-Bang Questionnaire Associated with a Higher Incidence of Postoperative Complications?

Prix pour les meilleurs articles



Prix Ian-White de sécurité des patients : 500 \$

Dr Ludwik Fedorko

Hôpital général de Toronto, Toronto, ON
Avoidance of Drug Errors by Point-of-Care Barcoding



Prix pour le meilleur article en anesthésie ambulatoire : 500 \$

Dr Boris Mravovic

Thomas Jefferson University, Philadelphie, PA
N2O at the End of Anesthesia Hastens Recovery without Increasing PONV



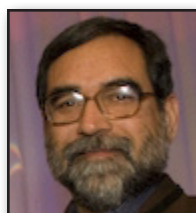
Prix CVT Raymond-Martineau : 1 000 \$

Dr Chirojit Mukherjee – Centre de cardiologie de Leipzig, Leipzig, Allemagne
Intraoperative Conversion to Valve in Valve Procedure during TAAVIS



Prix pour le meilleur article en anesthésie obstétricale : 1 000 \$

Dr Mrinalini Balki – Hôpital Mt Sinai, Université de Toronto, Toronto, ON
Myometrial Contractions in Pregnant Rats with Combinations of Uterotonic Drugs



Prix pour le meilleur article en anesthésie régionale et douleur aiguë : 500 \$

Dr Mahesh Arora

All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde
To Study the Efficacy of Magnesium as an Adjuvant to Bupivacaine in Three-in-One Nerve Blocks for Arthroscopic Knee Ligament Repair



Prix du meilleur article en formation en anesthésie et en simulation : 500 \$

Dr Victor Neira – Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa, ON
"Gioset": A Reliable and Valid Evaluating Tool to Assess Medical Core Competencies During Crisis Simulation

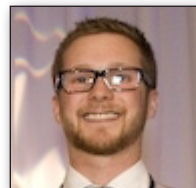
Prix de l'étudiant en médecine

Sensibiliser les étudiant(e)s en médecine à la spécialité de l'anesthésie et au rôle des anesthésiologistes dans les soins de santé

Récipiendaires :

1^{er} prix : 1 000 \$

Alistair Smith – Université de la Saskatchewan, Saskatoon, SK
Addiction in Anesthesia: Past, Present and Future Hope



2^e prix : 500 \$

Sophie Davie – Université du Manitoba, Winnipeg, MB
Cerebral oximetry: opening a window to the brain and beyond



3^e prix : 250 \$

Chunzi Jenny Jin – Université de Toronto, Toronto, ON
Contributions beyond the operating theatre: Anesthesiology origins of intensive care





Pour voir plus de photos du Congrès annuel 2011 de la SCA, rendez-vous sur :
http://www.pinpointnationalphotography.com/gallery_cas.php

Gagnants des Passeports pour Québec

Lors du Congrès annuel 2011 de la SCA, les exposants ont apporté leurs contributions à une cagnotte caritative, avec pour objectif de distribuer les fonds récoltés à la Fondation canadienne de recherche en anesthésie (FCRA) et au Fonds d'éducation internationale de la SCA (FÉI SCA). On a remis aux délégués un passeport de la FCRA ou de la FÉI SCA qu'on leur a ensuite demandé de valider auprès des représentants aux kiosques qu'ils ont visités.

L'œuvre caritative ayant le plus de passeports remplis a reçu 75 % de la cagnotte et l'autre a reçu les 25 % restants. Les délégués pouvaient gagner des prix allant d'une inscription complète gratuite au Congrès annuel 2012 de la SCA à des certificats-cadeaux pour des hôtels ou des restaurants.

Les gagnants
Fondation caritative : FÉI SCA

Tirage :

- 1^{er} prix : D^{re} Gail Hirano, Mississauga, ON
 2^e prix : D^{re} Kathryn Sparrow, Portugal Cove, NL
 3^e prix : D^r Achal Dhir, London, ON

Merci pour vos contributions

Nous avons le plaisir d'annoncer que
3,787 \$ ont été récoltés dans la cagnotte caritative de cette année.

Un « merci » tout particulier à tous les exposants du Congrès annuel 2011 de la SCA qui y ont contribué – votre soutien est très apprécié!

2011 Les présentations du Congrès annuel sont désormais disponibles au <https://www.cas.ca/Membres/Presentations-2011>

Remarque : Ces présentations sont réservées aux membres.

Les renseignements concernant l'agrément sont disponibles au :

<https://www.cas.ca/Membres/ressources-de-DPC>



Société canadienne des anesthésiologistes

Appel de candidatures 2012

« Reconnaissez l'excellence de vos pairs et aidez à présenter ces prix de distinction lors du Congrès annuel à Québec en juin 2012! »

D^r Richard Bergstrom, président du Comité des services aux membres de la SCA

Médaille d'or

La Médaille d'or est la plus haute distinction de la Société canadienne des anesthésiologistes. Gravée au nom de la personne à laquelle elle est décernée, la médaille d'or récompense l'excellence atteinte dans le domaine de l'anesthésie.

Admissibilité

La médaille peut être décernée à tout individu, en général un citoyen canadien :

- qui a apporté une contribution éminente à la discipline de l'anesthésie au Canada, que ce soit par l'enseignement, la recherche, la pratique professionnelle ou bien dans l'exercice de la gestion et du leadership personnel;
- qui n'est pas un membre du Conseil d'administration ou de ses comités actuels;
- qui est toujours en activité dans son domaine ou s'en est retiré.

Mise en candidature et sélection

- Les candidatures doivent être présentées par écrit, sous pli confidentiel.

Prix de mérite en recherche

Le Prix de mérite en recherche sera présenté par la Société canadienne des anesthésiologistes afin d'honorer un chercheur principal qui a maintenu une contribution importante à la recherche en anesthésie au Canada.

Mise en candidature et sélection

- Les candidatures, sous forme de trois lettres provenant de répondants, ainsi qu'un exemplaire du curriculum vitae actuel du candidat, doivent être présentées avant la date butoir.

À l'attention de :

Président du Comité consultatif de la recherche de la SCA.

Informations concernant la mise en candidature et la sélection

Sauf indication contraire, les conditions suivantes s'appliquent à tous les prix.

- Les candidatures doivent être présentées par écrit, sous pli confidentiel, par deux membres actifs (sauf indication contraire) au président du Comité des services aux membres.
- Les candidatures doivent être bien documentées et accompagnées du curriculum vitae du candidat.
- Les candidatures sont soumises pour étude au Comité des services aux membres, auquel se joint un membre résident aux fins de sélection du lauréat du Prix d'excellence en enseignement clinique.
- Toute candidature est conservée pour une durée minimum de cinq ans et fait l'objet d'un nouvel examen chaque année. À la fin de ce délai de cinq ans, une candidature n'est plus valide. Les candidatures peuvent être soumises à nouveau.
- Le Comité formule ses recommandations au président qui sollicite l'approbation du Conseil d'administration. Un vote à la majorité des deux tiers est requis.
- Le récipiendaire ne doit pas faire partie du Conseil d'administration de la Société.
- Le prix n'est pas nécessairement décerné tous les ans.

Les candidatures doivent être reçues au plus tard :
le 28 octobre 2011

Société canadienne des anesthésiologistes
1 Eglinton Avenue East, Suite 208
Toronto, Ontario M4P 3A1
Télec. : (416) 480-0320
membership@cas.ca



Société canadienne des anesthésiologistes

Appel de candidatures 2012

Prix de membre émérite

Reconnaître les membres à la retraite qui ont contribué de façon importante à l'anesthésie durant leur longue carrière.

Admissibilité

Le récipiendaire doit avoir été un membre actif de la Société, en exercice depuis 30 ans ou plus.

Mise en candidature et sélection

- Cette candidature doit également avoir l'appui de la division du candidat, avec des lettres d'appui soumises par la division.
- Chaque candidature sera retenue **indéfiniment**.

Prix d'excellence en pratique clinique

Reconnaître l'excellence dans l'exercice de l'anesthésie clinique.

Admissibilité

Le prix est décerné à un membre de la SCA qui a apporté une contribution éminente à la pratique de l'anesthésie clinique au Canada.

Prix d'excellence en enseignement clinique

Reconnaître l'excellence dans l'enseignement de l'anesthésie clinique.

Admissibilité

Le prix est décerné à un membre de la SCA qui a apporté une contribution éminente à l'enseignement de l'anesthésie au Canada. Le récipiendaire ne doit pas faire partie du Conseil d'administration de la Société.

Prix de jeune éducateur John-Bradley

Reconnaître l'excellence et l'efficacité en matière d'éducation en anesthésie.

Admissibilité

Le prix sera décerné à un membre actif de la SCA au cours de ses 10 premières années de pratique, qui a contribué de façon significative à l'éducation d'étudiants et de résidents en anesthésie au Canada.

Voir les **Informations concernant la mise en candidature et la sélection** à la page précédente

Prix de l'étudiant(e) en médecine

Sensibiliser les étudiant(e)s en médecine à la spécialité de l'anesthésie et au rôle des anesthésiologistes dans les soins de santé.

Un premier, un deuxième et un troisième prix seront attribués.

Admissibilité

Ouvert aux étudiants en médecine à temps plein de toute école de médecine au Canada.

Présentation

- Soumission écrite : 1000 à 1500 mots.
- Préférence accordée à un sujet lié à l'anesthésie. Les alternatives peuvent être discutées avec votre directeur local de l'enseignement universitaire.
- Les directeurs de l'enseignement universitaire des départements d'anesthésie dans chaque université supervisent le processus de soumission et aident les candidats dans le choix de leur sujet.
- Microsoft Word de préférence, mais autres formats acceptés.

Processus de sélection

- Processus d'examen initial dans chaque université et maximum de deux essais adressés au Comité d'examen national.

**Délai pour la présentation locale
des demandes : 17 février 2012**

Le Comité d'examen national rendra sa décision définitive en avril 2012.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

D^{re} Kathryn Faccenda
Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur
8-120 Clinical Sciences Building
University of Alberta Hospitals
Edmonton AB T6G 0S1

Tél. : 780-407-8861
Télec. : 780-407-3200
Courriel : faccenda@ualberta.ca

Amendements récents aux règlements de la SCA

Par Dr Salvatore Spadafora, FRCPC
Secrétaire

Lors de l'Assemblée annuelle d'affaires en juin 2011, les membres de la SCA ont approuvé plusieurs amendements importants aux règlements de la SCA, lesquels avaient été précédemment approuvés par le Conseil d'administration. Plusieurs modifications ont été apportées, résumées ci-dessous.

Le renforcement progressif de la structure de gouvernance du Conseil de la SCA a été approuvé, ainsi que l'élection des directeurs lors de l'Assemblée annuelle d'affaires de la SCA. Ces décisions permettront d'améliorer l'imputabilité et assisteront les divisions pour lesquelles le processus d'élection est un défi.

Il convient de souligner que chaque division gardera son mot à dire quant à déterminer qui la représentera au Conseil de la SCA. Il y aura un processus de nomination au sein de chaque division, lequel pourra être aussi ouvert que la division le souhaite et permettra à plusieurs candidats de se présenter. Les divisions doivent savoir que leur représentant au Conseil n'a pas besoin d'être le président de la division et que ces deux personnes n'ont pas besoin d'être élues en même temps.

Les divisions nommeront des représentants et aviseront le Conseil de la SCA d'ici au 1^{er} février de chaque année. Actuellement, les divisions avisent le Conseil d'ici au 1^{er} septembre. Si une division ne peut nommer un candidat avant la date-butoir, le Conseil de la SCA devrait attendre jusqu'à l'année suivante pour élire un représentant au Conseil de la division en question. Si un représentant élu ne peut terminer son mandat, le Conseil de la SCA nommera un remplaçant.

Les directeurs en poste termineront leurs mandats. En 2011, les divisions auront au moins une dernière occasion d'élire ou de réélire un représentant au Conseil pour un mandat de deux ans à compter du 1^{er} septembre.

La première élection selon le nouveau règlement aura lieu en 2012, afin de remplacer les représentants actuels au Conseil dont les mandats se terminent le 31 août 2012. La deuxième élection se tiendra en 2013, afin de remplacer les représentants au Conseil dont les mandats prennent fin le 31 août 2013.

Parmi les autres modifications à souligner, citons le fait que le président et le vice-président de la SCA rempliront un mandat de deux ans (au lieu de deux mandats d'un an) et que le président de l'ACUDA est désormais un directeur votant (anciennement, il s'agissait d'un poste sans droit de vote).

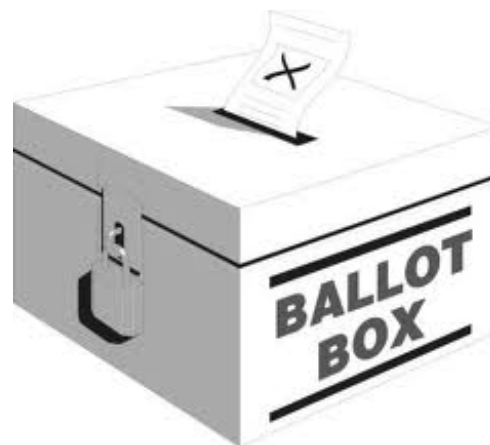


Appel de candidatures : Vice-président de la SCA

D'ici le 31 décembre 2011, le Comité de nomination, présidé par l'ancien président Dr Pierre Fiset, est tenu de présenter un candidat au Conseil d'administration pour combler le poste de vice-président de la SCA dès le 1^{er} septembre 2012. Dans des circonstances normales, le vice-président deviendrait président dans deux ans.

Selon le règlement de la SCA, le candidat doit avoir été membre du Conseil d'administration de la SCA ou président d'un comité au cours des trois années précédentes. Une liste des membres éligibles est disponible sur demande; veuillez communiquer avec Joy Brickell à l'adresse <mailto:adminservices@cas.ca>

Nous invitons les membres de la SCA à proposer des candidats en communiquant avec le directeur général, Stan Mandarich, par courriel au mailto:director@cas.ca



«La recherche, c'est comme
faire de la bicyclette à
Terre-Neuve – beaucoup de
montées ardues. Voilà pourquoi
je donne à la FCRA.»



Dr^e Susan O'Leary
Département d'anesthésie
Université Memorial
de Terre-Neuve

A handwritten signature of Susan O'Leary in black ink.

Notre profession
mérite une solide
fondation.

CARF

La Fondation canadienne de recherche en anesthésie

www.anesthesia.org/carf

Article de l'étudiant(e) en médecine récipiendaire du premier prix 2011

L'abus de substances en anesthésie : le passé, le présent et l'espoir futur

Par Alistair Smith

Depuis sa création il y a près de 175 ans, le domaine de l'anesthésie a rapidement évolué. La mise au point de nouvelles techniques telles que la rachianesthésie et l'anesthésie régionale a permis d'augmenter l'efficacité des opérations et de réduire le temps de récupération des patients. L'apparition de nouveaux médicaments a également accru la sécurité et le confort des patients pendant les interventions. Malgré tous les progrès en matière de soins aux patients, le problème de l'abus de substances parmi les médecins de la spécialité continue d'être prépondérant et semble tout aussi prévalent aujourd'hui, si ce n'est plus.^{4,9} L'abus de substances en anesthésie est presque aussi vieux que la spécialité; l'un des pionniers de l'anesthésie avec des agents volatils, le Dr Horace Wells, a développé une accoutumance au chloroforme et s'est battu contre la dépression pour finalement mettre fin à ses jours en 1848.¹⁰ Après tant d'années, il est à la fois surprenant et troublant que l'abus de substances en anesthésie demeure un problème si persistant. Fort heureusement, il est possible d'améliorer la situation : en effet, la prise de conscience du problème ne cesse de croître et des solutions innovantes sont proposées.

Il est difficile de déterminer la prévalence réelle de l'abus de substances parmi les fournisseurs d'anesthésie.^{4,9} Ce que nous savons, c'est que les fournisseurs d'anesthésie sont surreprésentés dans les programmes de traitement et de réhabilitation destinés aux médecins souffrant d'accoutumance.^{3,5,7} Deux conclusions possibles peuvent donc être tirées : soit la prévalence de l'abus de substances parmi les anesthésiologistes est effectivement plus élevée que dans les autres spécialités médicales, soit les anesthésiologistes sont tout simplement plus enclins que les autres médecins à chercher à traiter leur problème. Alors que certains auteurs opinent vers la seconde explication, de nombreuses études rapportent que les taux d'abus de substances sont en effet plus élevés en anesthésie par rapport aux autres spécialités. En outre, la grande majorité des études s'accorde sur le fait que l'abus de substances est un risque professionnel majeur dans le domaine de l'anesthésie.^{1,4,9,15} À l'heure actuelle, les substances le plus souvent liées à une dépendance chez les anesthésiologistes sont le fentanyl, l'alcool, le midazolam, les opioïdes oraux et le propofol.^{3,6,A} De nombreuses études remarquent que, alors que les taux d'accoutumance à l'alcool sont comparables à ceux observés dans les différentes spécialités médicales et la population en général, le personnel en anesthésie affiche en revanche une tendance beaucoup plus marquée à l'accoutumance aux opioïdes que les deux autres groupes.^{1,4} En outre, une autre étude a découvert qu'il était plus fréquent que les anesthésiologistes recrutés aient essayé les médicaments in-

traveineux que les médecins d'autres spécialités.⁵ Bien que les risques liés à la consommation de substances d'abus courantes soient bien connus, une étude réalisée en 2000 a conclu que les anesthésiologistes couraient un risque plus élevé de décès par empoisonnement accidentel et par suicide – particulièrement par suicide lié à la drogue – par rapport à une cohorte d'internistes et au grand public.¹ Alors que cette conclusion souligne encore plus que personne n'est à l'abri d'une accoutumance, elle soulève aussi la question de savoir pourquoi le problème est tellement prévalent parmi les anesthésiologistes.

Diverses théories ont été proposées pour tenter d'expliquer les étiologies potentielles sous-jacentes à la prévalence de l'abus de substances en anesthésie. Bien que les niveaux de stress potentiellement élevés sur le lieu de travail – et dans les programmes de formation en anesthésie – contribuent indubitablement à favoriser un abus de substances chez certaines personnes, d'autres programmes médicaux peuvent être tout aussi stressants.^{4,6} Dès lors, il est peu probable que le stress soit une cause indépendante d'abus de substances.⁹ Pour certains auteurs, la proximité et l'accès facile à des médicaments entraînant fréquemment une accoutumance, ainsi que la connaissance des posologies et de l'administration de ces médicaments, jouent un rôle dans l'abus de substances.^{2,4,6,10} Le travail souvent solitaire des anesthésiologistes ainsi que leur capacité à prescrire, préparer et administrer ces substances pourrait également être des facteurs contributifs.² Une étude récente propose une autre explication : en effet, on a observé que de faibles doses de narcotiques et de propofol étaient présentes sous forme d'aérosol dans certaines zones de la salle d'opération, particulièrement autour du plan de travail des anesthésiologistes, étant donné que le patient expire de faibles quantités de médicaments – même des médicaments intraveineux tels que le propofol.⁹ L'étude suggérerait que cette exposition prolongée à de faibles doses d'opioïdes en salle d'opération pouvait augmenter le risque d'abus de substances chez les personnes prédisposées. Parmi les autres facteurs pouvant augmenter le risque d'abus de substances, il faut également compter certains facteurs génétiques et des antécédents d'utilisation de marijuana et de tabac.⁹ Ces auteurs ont aussi postulé que certaines personnalités-types qu'on retrouve fréquemment dans la spécialité de l'anesthésie pourraient également prédisposer certaines personnes à l'abus de substances. Il est possible que chez la personne toxicodépendante, tous les facteurs se soient trouvés réunis pour contribuer à l'état de fait actuel.

Étant donné l'abondance de facteurs contributifs pouvant potentiellement provoquer l'abus de substances, il n'est pas surprenant que plusieurs options aient été proposées pour résoudre le problème. Afin de réduire les problèmes d'abus de substances en anesthésie, des règlements stricts concernant l'utilisation de narcotiques, des tests « pour juste cause » et des programmes pédagogiques ont été mis en œuvre à divers endroits au Canada et aux États-Unis.^{4,11} Malheureusement, l'individu toxicodépendant déterminé trouvera souvent une façon de satisfaire son accoutumance indépendamment de ces éléments dissuasifs. La surveillance accrue de l'utilisation de narco-

A Bien que le propofol ne représente qu'un pourcentage relativement faible des produits courants d'abus de substances, il convient de souligner que sa popularité a explosé au cours de la dernière décennie¹⁴.

tiques a permis de découvrir que certains médecins préparaient une certaine quantité de narcotiques mais n'administraient pas la dose totale à leur patient, gardant le reste pour leur utilisation personnelle.⁶ Parfois, ils ont recours à un anesthésique volatil afin de garder le patient inconscient et substituent des agents intraveineux non contrôlés à la place du narcotique.⁶ Ce type de comportement augmente évidemment la possibilité de devenir défavorables pour le patient, et des cas de morbidité peropératoire liés à l'incapacité momentanée de l'anesthésiologiste ont été rapportés.⁷ À l'heure actuelle, il semble que la meilleure solution pour aider les médecins toxicodépendants consiste à identifier rapidement le problème et à ce qu'ils participent de façon précoce à un programme de réhabilitation ou de santé/bien-être destiné aux médecins.^{4,6}

L'identification de l'abus de substances chez un médecin peut être difficile. Une étude a rapporté que les anesthésiologistes sont moins enclins que les autres médecins spécialistes à demander de l'aide pour une accoutumance à l'alcool, mais davantage pour une accoutumance aux opiacés.¹¹ Ceci étant dit, les personnes qui ne cherchent pas volontairement à se faire aider deviennent souvent des maîtres dans l'art de dissimuler les signes de leur condition, signes qui peuvent dès lors être très subtils.^{4,5} Les collègues du médecin doivent être vigilants pour remarquer les signes subtils de l'abus de substances. Dans un article récent à ce sujet, un auteur mentionne que le médecin toxicodépendant pourrait faire preuve de sautes d'humeur, s'éloigner de ses amis, de sa famille ou abandonner ses loisirs, passer plus de temps à l'hôpital même en-dehors de ses heures de travail, refuser les pauses déjeuner ou café, perdre du poids, être pâle, etc.⁴ La littérature canadienne à ce sujet est rare; par conséquent, il est difficile de discuter de détails précis concernant les protocoles de déclaration d'un abus de substances et de réhabilitation pour les médecins toxicodépendants. Chaque province canadienne dispose d'une forme de Programme de réhabilitation destiné aux médecins, qui a pour but d'assister les médecins qui se battent contre le stress ou la maladie, mais aussi contre l'accoutumance; toutefois, l'efficacité de programmes semblables dans d'autres centres reste controversée.^{3,4} Des études ont rapporté des taux de rechute très variables parmi les anesthésiologistes inscrits à ces programmes, plusieurs facteurs tels que la présence d'un trouble de personnalité comorbide ou des antécédents familiaux d'accoutumance modifiant le risque de rechute d'une personne donnée.^{3,4,5,6,11,14} De même, le débat continue à faire rage quant à savoir si des anesthésiologistes et des résidents anciennement toxicodépendants sont capables de retourner travailler dans le domaine de l'anesthésie sans faire de rechute. À l'heure actuelle, il semble que la plupart des cas doivent faire l'objet d'une évaluation personnalisée.⁴ Des études ont démontré que le risque d'abus de substances en anesthésie est le plus élevé au cours des cinq premières années après avoir terminé l'école de médecine; au Canada, ceci concorderait avec la période de la résidence.^{1,6} En d'autres termes, les programmes dont l'objectif est de conscientiser, éduquer et promouvoir la bonne santé destinés aux médecins et aux résidents en anesthésie, ainsi qu'aux étudiants en médecine, pourraient avoir des résultats très positifs.

Bien que les programmes de bien-être destinés aux médecins, aux résidents et aux étudiants en soient encore à leurs balbutiements, ils ont déjà été établis dans quelques centres; il est probable qu'ils seront mis en œuvre dans d'autres centres au pays. Malgré la nouveauté relative de ces programmes, ils pourraient avoir un très grand potentiel. L'abus de substances n'est peut-être pas le sujet le plus joyeux, mais la réalité est qu'il touche de

nombreux départements d'anesthésie et programmes de résidence partout au pays. Bien que ce problème ne n'affecte pas exclusivement les anesthésiologistes – tout en étant plus prévalent dans cette spécialité –, cela fait longtemps que le domaine de l'anesthésie en est conscient.³ Cette conscience constante, associée au désir d'améliorer la situation et à des initiatives telles que les programmes de bien-être en cours de développement, auront pour effet, nous l'espérons, de minimiser le fardeau de l'abus de substances sur la spécialité et de créer une excellente occasion d'améliorer notre spécialité afin de devenir des leaders dans le bien-être et les soins de santé.

Travaux consultés

1. Alexander, B. H. (2000). Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists. *Anesthesiology*, 93, 922-930.
2. Baird, W. (2000). Substance misuse amongst anesthetists. *Anesthesia*, 55, 943-945.
3. Bryson, E. O. (2009). Should anesthesia residents with a history of substance abuse be allowed to continue training in clinical anesthesia? The results of a survey of anesthesia program directors. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21, 508-513.
4. Bryson, E. O., & Siverstein, J. H. (2008). Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*, 109 (5), 905-917.
5. Domino, K. B., Hornbein, T. F., Polissar, N. L., Renner, G., Johnson, J. A., & Hanks, L. (2005). Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals With Substance Use Disorders. *Journal of the American Medical Association*, 293 (12), 1453.
6. Farley, W. J. (1992). Addiction and the anaesthesia resident. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 39 (5), 11-13.
7. Liang, B. A. (2007). To tell the truth: potential liability for concealing physician impairment. *Journal of Clinical Anesthesia*, 19, 638-641.
8. Luck, S. (2004). The Alarming Trend of Substance Abuse in Anesthesia Providers. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19 (5), 308-311.
9. Merlo, L. J., Goldberger, B. A., Kolodner, D., Fitzgerald, K., & Gold, M. S. (2008). Fentanyl and Propofol Exposure in the Operating Room: Sensitization Hypotheses and Further Data. *Journal of Addictive Diseases*, 27 (3), 67-75.
10. Rose, G., & Brown, R. E. (2010). The impaired anesthesiologist: not just about drugs and alcohol anymore. *Journal of Clinical Anesthesia* (22), 379-384.
11. Skipper, G. E., Campbell, M. D., & DuPont, R. L. (2009). Anesthesiologists with Substance Use Disorders: A 5-Year Outcome Study from 16 State Physician Health Programs. *Anesthesia and Analgesia*, 109 (3), 891-896.
12. Tetzlaff, J., & al, e. (2010). A strategy to prevent substance abuse in an academic anesthesiology department. *Journal of Clinical Anaesthesia*, 22, 143-150.
13. Wilson, J. (2008). A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia, Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, 63, 616-620.
14. Wischmeyer, P. E. (2007). A Survey of Propofol Abuse in Academic Anesthesia Programs. *Anesthesia and Analgesia*, 105, 1066-71.
15. Woods, G. M. (1993). Anesthesiologists and Substance Abuse. *Anesthesiology*, 79, 190-193.

*** L'auteur souhaite également remercier Mme Susan Baer et le personnel de la Bibliothèque de l'Hôpital général de Regina pour leur aide dans ses recherches pour cet article.*

La SCA répond à une lettre de la BCAS

Le 21 juin 2011

Cher D^r Chisholm,

J'aimerais attirer l'attention du Conseil de la SCA sur mes inquiétudes concernant les événements récents en Colombie-Britannique, et la menace qu'ils posent pour notre spécialité partout au pays.

Comme vous le savez, nous subissons des problèmes considérables et s'aggravant de recrutement partout en Colombie-Britannique – non seulement dans les régions plus éloignées, mais également dans la région métropolitaine de Vancouver et d'autres régions urbaines. Au cours des dernières années, le recrutement de « nouveaux » anesthésiologistes en Colombie-Britannique a consisté principalement en anesthésiologistes à la retraite ou partant en retraite provenant d'autres provinces. Nous avons également vu un déclin généralisé dans les qualifications recherchées partout dans notre province.

Les hôpitaux tertiaires et urbains, dans lesquels des anesthésiologistes agréés canadiens (FRCPC) travaillaient traditionnellement, s'appuient désormais sur des spécialistes agréés à l'étranger et des omni-anesthésistes. Cette situation soulève des inquiétudes concernant le champ de pratique et les limites d'une « supervision » efficace.

La pénurie de personnel qualifié que nous vivons présentement est telle que certains diplômés internationaux en médecine provenant de l'étranger reçoivent plusieurs offres concurrentes pour des emplois en Colombie-Britannique, et il est fréquent qu'ils continuent à pratiquer dans la province sans agrément du Collège royal, principalement sur une base permanente.

Malgré le fait que la rémunération soit la plus basse au Canada pour les anesthésiologistes, outre le coût de la vie le plus élevé, le gouvernement de la province et notre organisation médicale provinciale (BCMA) nient fermement l'existence d'un tel problème; toutefois, ces organismes déclarent simultanément de plus en plus de communautés comme étant des « régions dans le besoin et sous-desservies ».

Dans le même temps, afin de répondre aux besoins de nos patients, les anesthésiologistes de la province travaillent progressivement plus d'heures, annulent leurs vacances, et font face à des horaires de garde non tenables.

Plutôt que de travailler avec nous à la création d'un environnement favorisant le recrutement et des soins aux patients de qualité, nous recevons maintenant des menaces crédibles de certains cercles du gouvernement avançant qu'ils sont prêts à sacrifier la sécurité des patients en imposant des fournisseurs d'anesthésie non médecins.

Nous sommes très préoccupés par la sécurité des patients et ce que cela signifie pour l'avenir de la profession en-dehors des frontières de notre province.

Nous apprécions le soutien de la SCA pour répondre à ces menaces à nos patients et à notre spécialité.

Meilleures salutations,

D^r James A Helliwell, FRCPC
Président, BCAS

Le 22 juillet 2011

Cher membre de la BCAS,

La Société canadienne des anesthésiologistes est consciente de la situation en évolution concernant les ressources humaines en anesthésie en Colombie-Britannique. Lors du dernier Congrès de la SCA à Toronto au mois de juin, certains représentants de la Société des anesthésiologistes de Colombie-Britannique (BCAS) et votre représentant au Conseil d'administration m'ont approché pour me faire part de ce problème. Les Comités des effectifs médicaux et de l'économie médicale, ainsi que le Forum de la division, ont reçu un compte-rendu décrivant la situation en Colombie-Britannique. Je pense pouvoir avancer que la vaste majorité du pays a conscience de votre situation tout à fait unique et s'en inquiète.

La SCA a récemment collaboré avec le D^r Dale Engen, de l'Université Queen's, pour réaliser un sondage concernant les ressources humaines en anesthésie au Canada. La Colombie-Britannique est l'une de trois seules provinces dans lesquelles aucune réduction, même minime, des taux de vacance n'a été observée entre 2002 et 2010. En ce qui touche au salaire, la Colombie-Britannique affiche une proportion beaucoup plus basse de personnes gagnant plus de 400 000 \$/année dans ses départements que dans le reste de l'Ouest canadien. Il était en outre plus fréquent que les départements gagnant moins de 400 000 \$/année fassent état de taux de vacance.

Selon le Comité de l'économie médicale de la SCA, la Colombie-Britannique se situe dans la tranche salariale la plus basse à l'échelle nationale, qu'il s'agisse de dollars par heure ou de salaire annuel net.

La pratique indépendante de l'anesthésiologie est un domaine spécialisé de la médecine. Par conséquent, cette spécialité devrait être pratiquée par des médecins ayant reçu une formation adéquate en anesthésie. La seule voie pour obtenir une reconnaissance de spécialiste en anesthésie au Canada passe par le processus d'accès au certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La Société canadienne des anesthésiologistes est consciente du fait que les collectivités isolées n'ont souvent pas suffisamment d'habitants pour justifier l'emploi d'un anesthésiologiste praticien spécialisé. Dans ces communautés, des médecins de famille adéquatement formés, c'est-à-dire qui ont suivi une formation agréée dans le cadre d'un programme de Compétences avancées en 3^e année de résidence sous l'égide du Collège des médecins de famille du Canada (ou une formation jugée équivalente), pourraient devoir fournir des services d'anesthésie.

Les départements devraient disposer de suffisamment de personnel qualifié, en gardant à l'esprit l'envergure et la nature des services proposés, et devraient s'efforcer de garantir que ces services sont disponibles lorsque requis par les patients, la collectivité et l'établissement de soins de santé. Il ne faut pas demander aux médecins de pratiquer en dehors de leur champ d'expertise et nous, en tant qu'anesthésiologistes praticiens, devons faire notre possible pour promouvoir cette règle au nom de la sécurité des patients et de l'amélioration de la santé et des devenir des populations que nous servons.

La SCA comprend la gravité des problèmes de ressources humaines en santé, mais elle comprend par-dessus tout le besoin de maintenir la qualité et la sécurité des patients et ce, en dépit des énormes défis rencontrés en matière de recrutement.

Meilleures salutations,

D^r Rick Chisholm, FRCPC
Président
Société canadienne des anesthésiologistes

Nouvelles du Conseil d'administration

Services aux membres

Le Conseil a approuvé des révisions mineures aux directives concernant la mise en candidature et l'octroi des prix de distinction. Parmi les modifications, les nominations seront à l'avenir envoyées au président du Comité des services aux membres et conservées pour une période minimale de cinq ans (les nominations pour l'adhésion à titre de membre émérite seront conservées indéfiniment).

Le Comité des services aux membres a réfléchi aux critères d'adhésion pour les médecins pratiquant dans le domaine spécialisé de la médecine de la douleur. Aucun changement aux critères d'adhésion à la SCA n'a été recommandé. Les anesthésiologistes pratiquant la médecine de la douleur continueront d'être inclus dans la catégorie de membre actif, et les autres médecins pratiquant la médecine de la douleur seront couverts par la catégorie de membre associé. Le Comité a évalué la possibilité de créer une catégorie de membre 'semi-retraite' ou 'temps partiel', dont les frais d'adhésion seraient moins élevés, comme c'est le cas dans d'autres organismes provinciaux. Le Comité a conclu qu'il serait très difficile de gérer une telle catégorie; aucun changement aux catégories d'adhésion à la SCA n'a par conséquent été recommandé, ni aucune modification au niveau de la structure des frais d'adhésion.

Comité consultatif de la recherche

Le Conseil a approuvé des révisions mineures au mandat du Comité consultatif de la recherche. Le Conseil a également créé un nouveau sous-comité permanent pour les prix et subventions, qui aura pour mission de recommander au Conseil un candidat pour chaque prix, bourse et subvention décerné par la Société pour la recherche. Le Comité continue de simplifier les directives afin d'éliminer les doublons et de proposer des instructions claires pour les soumissions de recherche. Parmi les changements, tous les candidats doivent soumettre un CV commun validé par les IRSC; en 2012, des instructions plus détaillées seront mises à disposition des nouveaux utilisateurs.

Normes de pratique

Le groupe d'intérêt pour les voies aériennes, un groupe informel composé de plusieurs membres de la SCA, a proposé de mettre au point des recommandations pour la prise en charge des voies aériennes. Le Conseil a accepté les recommandations suivantes du Comité des normes de pratique, lesquelles devront être appliquées à chaque fois que « l'appui » de normes par la Société est envisagé : (a) de telles normes doivent être coordonnées par le Comité des normes de pratique; (b) un membre du Comité doit être membre du groupe de travail du Comité des directives; et (c) les directives doivent être élaborées selon le principe de « Collaboration, Simplicité, Transparence ».

Dr Richard Merchant, président du Comité des normes de pratique de la SCA, a été invité à élaborer des directives pour les stimulateurs cardiaques avec la Société canadienne de cardiologie (SCC). Le Conseil a approuvé en principe l'énoncé de

position de la SCC/SCA concernant la Prise en charge périopératoire des patients ayant un stimulateur cardiaque, un défibrillateur implantable et un neurostimulateur. Le Comité des normes de pratique a évalué une requête du Coroner en chef de l'Ontario souhaitant que le Comité élabore des directives pour l'utilisation des échangeurs de sonde (AEC) et des cathéters de ventilation endotrachéaux (ETVC). Une alerte à la sécurité a été publiée sur le site Internet de la SCA, comme nous le rapportons dans le numéro de novembre/décembre 2010 d'*Info Anesthésie*, et un article de synthèse court, *L'administration d'oxygène par échangeur de sonde : efficacité, complications et recommandations*, par L.V. Duggan, J.A. Law et M.F. Murphy, a été publié dans le numéro de juin 2011 du *JCA*. Selon le Comité il n'est pas nécessaire d'élaborer des directives supplémentaires pour l'utilisation de ces dispositifs.

Le Conseil a approuvé diverses mises à jour au Guide d'exercice de l'anesthésie, qui sera publié dans le numéro de janvier 2012 du *JCA*. Les changements approuvés comprenaient des modifications à l'Annexe 5, « Exposé de principe sur les assistants en anesthésie », fondées sur des recommandations mises au point par le Comité des professions paramédicales.

Sécurité des patients

En raison de son engagement envers l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, la SCA appuie les efforts collaboratifs de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et de leurs partenaires dans la création d'une norme nationale, sur une base volontaire, pour l'identification automatisée et la capture de données des produits pharmaceutiques au Canada.

Cette initiative, connue sous le nom de Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques, constitue un progrès important en matière de sécurité des patients. Ces efforts soutenus visent à sensibiliser les intervenants concernant l'identification automatisée des médicaments, ainsi qu'à mettre au point une stratégie nationale pour l'adoption et l'administration sécuritaires des systèmes d'utilisation des médicaments dans les hôpitaux et les communautés; ainsi, on espère réduire les erreurs médicamenteuses évitables. Les patients bénéficieront d'applications au chevet qui se fondent sur des technologies d'identification automatisée et d'une gestion et d'un suivi améliorés des produits pharmaceutiques tout au long de la chaîne d'approvisionnement.

Le Conseil a approuvé que la SCA apporte son soutien à cette initiative des façons suivantes :

- Promouvoir la mise en œuvre de l'identification automatisée des produits pharmaceutiques dans l'ensemble du système de soins de santé en tant que progrès important pour la sécurité des patients.
- Appuyer l'objectif de l'Énoncé technique conjoint sur l'identification automatisée des médicaments par codes à barres et les exigences relatives à la base de données sur les produits.

Le Comité pour la sécurité des patients continuera de surveiller les progrès du Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques.

Déontologie

Le Comité de déontologie a préparé une révision du Guide sur l'éthique de la recherche afin d'aider les chercheurs impliqués dans la recherche en anesthésie sur des sujets humains. Le Conseil a appuyé le Guide sur l'éthique de la recherche clinique en anesthésie (<http://www.cas.ca/Francais/Guide-d-exercice>).

Sondage RHS

Les résultats de l'étude du Dr Dale Engen, « Évaluation des ressources humaines en anesthésie au Canada 2010 », ont

été présentés sous forme de résumé lors du Congrès annuel 2011 de la SCA. Dr Drew McLaren a présenté les résultats de cette étude au Comité des effectifs médicaux ainsi que dans le cadre du Concours des résidents. Cliquez ici pour accéder au résumé (en anglais) : http://www.cas.ca/English/Page/Files/464_1067905.pdf

FMSA

Le mandat du Dr Tony Boulton au Comité directeur de la FMSA prendra fin en 2012. La Société nommera Dr Pierre Fiset pour remplacer Dr Boulton lors de la prochaine Assemblée générale de la FMSA à Buenos Aires.

Le Collège royal revitalise son programme de MDC

Dans le cadre de son engagement continu envers des soins de santé de qualité prodigués par des médecins compétents, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a récemment lancé une application Web MAINPORT remaniée pour compléter son programme révisé de Maintien du Certificat (MDC), en vigueur depuis janvier 2011.

« Nous avons conçu les nouveaux systèmes après une longue période d'étude », a déclaré le Dr Craig Campbell, directeur du Bureau des affaires professionnelles du Collège royal. « Les changements apportés reposent sur deux sources de données probantes : une enquête exhaustive recensant l'avis de 3000 Associés du Collège royal et un examen approfondi de la documentation concernant la recherche sur le développement professionnel continu. »

Le programme de MDC, qui a été lancé pour la première fois en 2001, est une initiative pédagogique fondée sur des données probantes, conçue pour appuyer, améliorer et promouvoir les activités de développement professionnel continu (DPC) des médecins spécialistes au Canada et visant à appuyer les objectifs d'apprentissage continu de ses membres.

Le nouveau programme de MDC offre une version plus simple et plus souple que la précédente. Par exemple, il est maintenant divisé en trois sections d'apprentissage (contre six auparavant) et comporte une plus grande variété d'activités d'apprentissage qu'avant, offrant ainsi aux participants du programme de MDC plus de possibilités d'obtenir des crédits.

En complément des améliorations apportées au programme de MDC, l'application Web MAINPORT qui permet de consigner les activités de DPC a été remaniée. Dans la nouvelle application, les participants au programme de MDC peuvent désormais fixer des objectifs de pratique, et notamment établir des plans et des dates pour atteindre ces objectifs. Ils peuvent aussi associer leurs activités d'apprentissage à un ou plusieurs rôles du *Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins*.

Le Collège royal a également créé l'application mobile MAINPORT, qui permet aux utilisateurs d'inscrire leurs activités de DPC à partir de leur iPhone, iPad ou BlackBerry, ou de leur appareil Android.

Pour faciliter le passage de l'ancien système au nouveau, le Collège royal propose aux participants au programme de MDC plusieurs formations, dont un tutoriel au format Flash pour l'application MAINPORT, des séances privées avec notre Centre des services aux membres, ainsi que l'aide des 12 enseignants du DPC régionaux recrutés aux quatre coins du pays. Plus de précisions sur le programme de MDC et MAINPORT se trouvent sur le site Web du Collège royal : <http://crmcc.medical.org/opa/moc-program/index.php>.

Le Collège royal encourage les participants au programme de MDC à essayer la nouvelle version de l'application MAINPORT avant le 31 janvier 2012, soit la date limite pour soumettre les activités de MDC pour 2011.

Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, 2011 : Un temps d'arrêt!



L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a récemment publié son bulletin « Un temps d'arrêt » de juin 2011. Bien qu'il contienne certaines « bonnes nouvelles », en ce que certains progrès ont été réalisés pour améliorer l'accès des Canadiens à des soins en temps opportun dans les cinq domaines prioritaires originaux, la « mauvaise nouvelle » pour l'anesthésiologie, c'est qu'aucune province ne fait état des temps d'attente pour les soins anesthésiques pour le traitement de la douleur chronique.

Comme l'extrait ci-dessous le montre (tableau 3, tiré de la p.6 du Bulletin), l'absence de données provinciales sur les temps d'attente en dehors des cinq domaines prioritaires (soins du cancer, soins cardiaques, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue) demeure le résultat le plus surprenant.

Tableau 3. Temps d'attente provinciaux comparativement à certains points de repère de l'ATA

Traitement/service/intervention	Points de repère de l'ATA	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC
Anesthésiologie (douleur chronique)											
Douleur neuropathique aiguë	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Saillie aiguë d'un disque lombaire	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur liée au cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur chronique sous-aiguë – personne en âge de travailler	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

La SCA s'inquiète de remarquer que les anesthésiologistes ne font pas état des temps d'attente pour la douleur chronique. En termes de santé publique, ces services constituent une contribution substantielle au système de soins de santé global au Canada.

Pour accéder au bulletin complet, rendez-vous sur le site Internet de l'Alliance sur les temps d'attente : <http://www.waittimealliance.ca/french/index.htm> et cliquez sur l'icône « Quoi de neuf » en haut de la page (Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, 2011 : Un temps d'arrêt!).

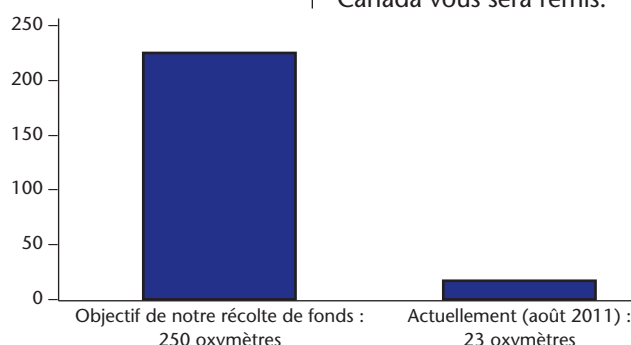
Le projet mondial d'oxymétrie s'efforce d'atteindre son objectif

Dans le numéro de juin 2011 d'*Info Anesthésie*, un article a mis en exergue le projet éducatif mondial d'oxymétrie LifeBox, actuellement en cours au Rwanda. L'article mettait particulièrement l'accent sur le besoin immédiat de dons afin de permettre l'achat urgent d'oxymètres.

Aidez un collègue à sauver des vies

Le projet d'oxymétrie s'appuie principalement sur des dons personnels. Pouvez-vous compter sur vous?

Nous vous invitons à faire un don à cette initiative pédagogique importante, étant donné que nous sommes encore loin de notre objectif.



Un don de 250 \$ au projet mondial d'oxymétrie permettra de fournir ce dispositif de sécurité essentiel à nos collègues qui en ont le plus besoin. Chaque trousse est accompagnée de matériel de formation et d'une Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS. Il a déjà été démontré que cette trousse réduisait de façon significative les complications en salle d'opération et les taux de mortalité.

Votre générosité est très appréciée!

Pour faire un don, veuillez vous rendre à l'adresse <http://www.cas.ca/English/Oximetry-Project>. Un reçu pour don caritatif au Canada vous sera remis.

Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie* — DPC en ligne

Nouveau module de DPC :

La prise en charge anesthésique des patients ayant une masse médiastinale antérieure (septembre 2011)

Également disponibles :

- Évaluation et traitement de l'anémie préopératoire (**juin 2011**)
- Le contrôle périopératoire de la glycémie : vivre à une époque d'incertitude (**mars 2011**)
- L'échoguidage : un outil utile pour localiser l'espace péridural chez les patientes en obstétrique (**décembre 2010**)
- La prise en charge de l'apnée du sommeil chez l'adulte : algorithmes fonctionnels en période périopératoire (**septembre 2010**)
- Prise en charge de l'anesthésie pour une chirurgie du strabisme chez l'enfant (**juin 2010**)
- L'échographie dans la canulation de la veine jugulaire interne (**mai 2010**)
- Prise en charge de la douleur périopératoire chez le patient sous opioïdes (**décembre 2009**)

Pour accéder aux modules

Vous trouverez les directives pour accéder aux modules sur le site Internet de la Société canadienne des anesthésiologistes à l'adresse : <http://cas.ca/Members/CPD-Online>

Après avoir complété avec succès le programme d'auto-évaluation, les lecteurs pourront déclarer quatre heures de développement professionnel continu (DPC) en vertu de la section 3 des options de DPC, pour un total de 12 crédits de maintien du certificat. Les heures de la section 3 ne sont pas limitées à un nombre maximal de crédits par période de cinq ans.

La publication de ce programme de développement professionnel continu est rendue possible grâce à des bourses éducatives sans restriction de nos partenaires de l'industrie :



Plus de



50%

I'ont fait.

**PLUS DE 50% DES
GENS QUI ONT DEMANDÉ
UNE SOUMISSION À
LA PERSONNELLE
ONT ACHETÉ LA POLICE!**

Un moyen tout simple d'économiser

Il y a de grandes chances que votre appel à La Personnelle vous permette de profiter vous aussi des avantages de l'assurance de groupe!

**Demandez une soumission d'assurance
auto ou habitation**

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/sca



Source : Récapitulatif des ventes, La Personnelle, décembre 2010. Certaines conditions s'appliquent. L'assurance automobile n'est pas offerte au Manitoba, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, où il existe des régimes d'assurance gouvernementaux. ^{MD} Marque déposée de La Personnelle, compagnie d'assurances.



Prix de recherche 2010 de la Société canadienne des anesthésiologistes

Dr Kong Eric You-Ten
Hôpital Mount Sinai
Toronto, ON



L'impact de la simulation sur la réalisation d'une cricothyrotomie sur un simulateur de patient haute fidélité de larynx porcin hybride

Historique

L'une des crises touchant aux voies aériennes les plus redoutées est la survenue d'un événement qu'on appelle '*cannot intubate – cannot ventilate*' (impossible d'intuber – impossible de ventiler) en anglais; ce type de situation peut rapidement entraîner une morbidité et une mortalité considérables chez le patient. Traditionnellement, on enseigne la cricothyrotomie à l'aide de divers modèles, notamment sur des cadavres humains, des mannequins et des larynx animaux. Toutefois, ces modèles sont « statiques » et ne peuvent reproduire les stress psychologiques et temporels associés à une telle crise clinique. Nous avons mis au point un modèle unique de simulation de patient en utilisant un larynx porcin hybride de haute fidélité simulant une crise de '*cannot intubate, cannot ventilate*'. Ce simulateur est réaliste au point de reproduire un larynx humain. À l'heure actuelle, nous ne savons que peu de choses sur l'impact de la simulation sur la réalisation d'une cricothyrotomie.

Objectif

Dans l'étude proposée, notre modèle a été utilisé pour déterminer l'impact d'une crise simulée des voies aériennes, par rapport à un scénario non simulé, sur la réalisation d'une cricothyrotomie.

Résultats

L'étude est désormais terminée; toutefois, nous poursuivons notre analyse des documents vidéographiques des séances enregistrées afin d'évaluer la performance globale. Les données enregistrées comprenaient le temps d'insertion du tube raccord, la gravité de la lésion et le taux d'échec. Soixante-cinq participants ont terminé l'étude, et 32 participants ont réalisé une cricothyrotomie à l'aide d'une canule Melker de 3,5 mm sans ballonnet; les 33 autres ont utilisé les trousse de cricothyrotomie avec une canule Melker de 5,5 mm avec ballonnet. Les temps d'insertion, la gravité de la lésion (échelle à 3 points) et le taux d'échec (défini comme un temps d'insertion > 5 min ou plus de deux tentatives d'insertion) ont été comparés entre la simulation et la non-simulation.

Comme les figures ci-contre le montrent, nos résultats ont démontré que la simulation, par rapport à la non-simulation, n'entraînait de différence significative (NS : non significatif) dans le temps d'insertion (figure 1), la gravité de la lésion (figure 2) et le taux d'échec (figure 3).

Figure 1 : Temps d'insertion

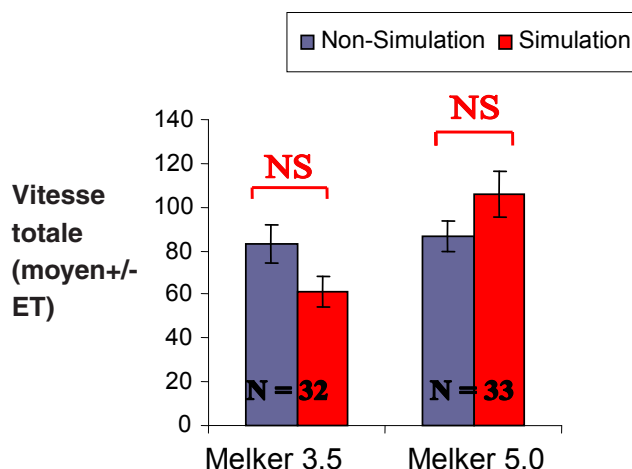


Figure 2 : Gravité de la lésion

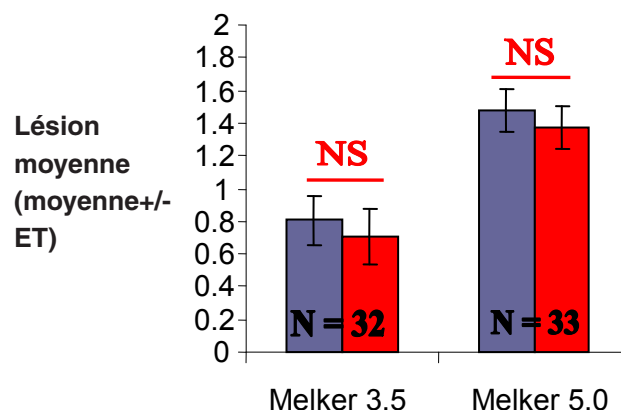
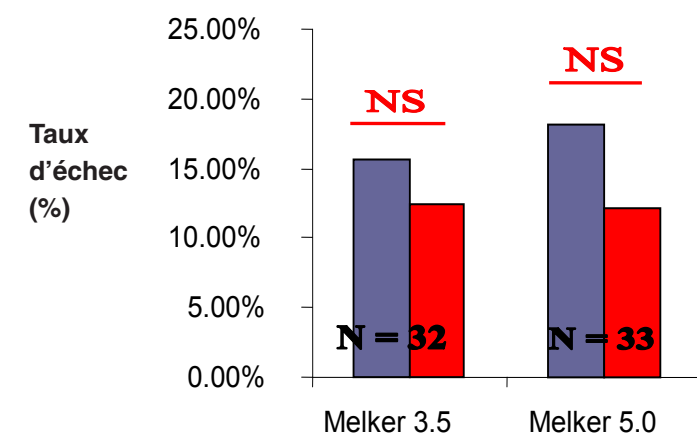


Figure 3 : Taux d'échec



Conclusion

Nos résultats ont démontré que la simulation n'avait pas d'impact sur le temps d'insertion, la gravité de la lésion et le taux d'échec dans la réalisation d'une cricothyrotomie sur notre modèle hybride. Ces données indiquent que les facteurs stressants associés à une crise simulée n'avaient pas d'impact sur la réalisation d'une cricothyrotomie. Toutefois, l'évaluation globale de la performance sur une échelle sera complétée afin de conclure l'analyse des données.

suite à la page 18

Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation 2010

D^{re} Gillian Lauder
Hôpital pour enfants de la
Colombie-Britannique (BCCH)
Vancouver, BC



La naloxone pour le traitement du prurit induit par les opioïdes chez l'enfant : une étude prospective, randomisée, contrôlée et à double insu

Progrès à ce jour

L'approbation initiale du CÉR a été reçue le 3 mai 2010. La phase 1 de l'étude, soit les tests de stabilité et de compatibilité de la morphine avec la naloxone, a été complétée. Les résultats ont été analysés, rédigés et soumis pour publication.

Le 21 février 2011, nous avons commencé à recruter des participants pour la phase 2 de l'étude, soit l'évaluation clinique de la naloxone dans l'analgésie contrôlée par le patient (ACP). À ce jour, 20 patients ont consenti à participer à notre étude : la récolte des données est terminée pour 12 de ces patients; 1 patient attend d'être opéré; 7 ont été exclus avant leur opération selon les critères d'exclusion du protocole de l'étude (consommation récente d'opioïdes, séjour à l'USI après la chirurgie, décision d'administrer une péridurale ou une perfusion continue de morphine plutôt qu'une ACP pour la prise en charge de la douleur postopératoire).

Le département de pharmacie, les anesthésiologistes, le personnel infirmier et l'équipe de recherche du BCCH sont pleinement impliqués dans l'étude et l'étape de récolte des données avance bien. Nous sommes désormais en mesure d'augmenter notre taux de recrutement et prévoyons que nous serons capables de conclure cette étape d'ici au mois de juin 2012. Jusqu'à présent, nous n'avons rencontré aucun problème à aucun moment entre le recrutement et la fin de l'étude de chaque patient individuel recruté.

Nous mettons actuellement au point une étude parallèle concernant l'utilisation de la naloxone chez les patients qui reçoivent des perfusions continues de morphine.

Nous menons également une étude sur l'utilisation de la naloxone chez les patients dont la douleur est prise en charge à l'aide d'une péridurale (*Naloxone Infusion for the Prevention of Neuraxial Opioid-induced Pruritus: A Double-blind, Prospective, Randomized, Controlled Study in Children*).

Bourse de recherche Dr R-A Gordon en sécurité des patients 2010

Dr Gregory Bryson, FRCPC
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa, ON



Récupération fonctionnelle et fardeau pour les soignants après une chirurgie chez la personne âgée

Résumé des progrès à ce jour

Notre projet, intitulé « Récupération fonctionnelle et fardeau pour les soignants après une chirurgie chez la personne âgée », a commencé à recruter des participants au cours de la semaine du 19 juillet 2010. La lenteur du recrutement au cours des trois premiers mois nous a incité à apporter de nombreuses modifications au protocole afin d'augmenter le nombre de patients éligibles et de faciliter la récolte des données. Ces modifications ont considérablement amélioré notre recrutement et le taux de rétention; au 31 mai 2011, nous avons recruté 74 paires participantes patient/soignant sur les 100 paires prévues. En faisant une estimation conservatrice de 10 paires patient/soignant recrutées par mois, nous prévoyons de compléter l'étude d'ici la fin de l'été et de commencer le tri et l'analyse des données à l'automne 2011. À ce jour, nous avons également récolté les données de devenir fonctionnel de six patients supplémentaires qui vivent seuls et n'ont pas de soignant déterminé.

Comme nous l'avons mentionné dans notre rapport intérimaire, notre étude a été soumise dans le cadre d'un concours interne revu par les pairs afin d'obtenir un financement du département. Nous avons le plaisir d'annoncer que nous avons réussi à obtenir 20 000 \$ supplémentaires, provenant de fonds départementaux, afin d'aider au recrutement sur les trois sites de l'Hôpital d'Ottawa.

Grâce au soutien de la Société canadienne des anesthésiologistes, nous prévoyons de pouvoir partager nos résultats concernant l'impact de la chirurgie ambulatoire sur les patients et leurs familles lors du Congrès annuel 2012 de la Société canadienne des anesthésiologistes.