

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

- 1 Message de la présidente
- 3 Congrès annuel 2014 de la SCA : une expérience complète
- 4 Félicitations aux lauréats des prix de la SCA
- 6 À la recherche de l'excellence
- 8 Article du gagnant 2014 du prix de l'étudiant(e) en médecine
- 10 L'Institut canadien pour la sécurité des patients lance la nouvelle édition de la trousse de départ pour la prévention des infections du site opératoire
- 10 Le Dr Steven Dain reçoit le prix du mérite
- 11 Anesthesiology 2014
- 12 À la recherche de rétroaction pour le sondage international sur l'anesthésie pédiatrique
- 12 Directives de jeûne préopératoires : bon sens, dogme ambigu et données probantes modernes
- 14 « Meilleures notes » du Collège royal
- 15 Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie* – DPC en ligne
- 16 Le défi est lancé!
- 17 La Personnelle
- 18 Cours *Anesthesia for Global Outreach*
- 19 La chance d'une vie : une expérience inoubliable au Rwanda
- 21 Sondage international sur les comportements peropératoires
- 22 Nouvelles du conseil d'administration
- 23 Une brève histoire du *Journal canadien d'anesthésie*
- 26 Compte rendu de la FÉI SCA
- 27 Donateurs

VOLUME 29 www.cas.ca

NUMÉRO 3

SEPTEMBRE

2014

Leadership **novateur** et **excellence** en anesthésie, soins périopératoires et **sécurité** des patients



Société canadienne des anesthésiologistes

INFOANESTHÉSIE

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE



Dans le cadre de ma première communication à tous les membres de la SCA à titre de présidente, j'aimerais me présenter en tant que membre de longue date et personne qui partage le même engagement et le même dévouement que vous tous envers nos patients. Je suis impatiente de rejoindre le plus grand nombre de membres possible durant ma présidence et, peu importe l'endroit d'où vous venez, qui vous êtes, depuis combien de temps vous exercez à titre d'anesthésiologiste ou la nature de vos idées et de vos opinions, je suis toujours heureuse de participer à des discussions ouvertes. La SCA est notre société.

Le Congrès annuel 2014 de la SCA à St John's est encore frais dans la mémoire de nombreux membres, et j'ai été inspirée par les délégués et invités que j'ai rencontrés et qui provenaient du Canada ou de l'étranger. Je sais que les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador étaient emballés d'organiser l'événement et de mettre leur province en valeur.

Je me présente donc : je suis Terre-Neuvienne. Je suis allée à l'école de médecine et j'ai fait ma résidence à l'Université Memorial de Terre-Neuve à St John's et, 20 ans plus tard, je travaille à l'hôpital du « centre-ville », où j'exerce l'anesthésie générale. Je participe également à l'enseignement médical et à la formation des résidents à la Faculté de médecine de l'Université Memorial. Mon mari Tim et moi habitons à Outer Cove, une petite collectivité rurale située toute juste à côté de St John's, et nous avons deux enfants qui sont maintenant de jeunes adultes, Rebecca et Liam.

J'apporte à la présidence de la SCA mon expertise professionnelle et mes connaissances à titre d'anesthésiologiste, une expérience au sein de différents comités, groupes de travail et projets de la SCA, ainsi qu'une expérience au Comité exécutif. Je comprends bien les défis auxquels sont confrontés les membres dans le contexte de pratique actuel et le paysage plus vaste des soins de santé au Canada. À l'avenir, je continuerai de me baser sur le travail rigoureux et les réalisations des autres.

Un thème dont vous m'entendrez parler est l'impact de la recherche et de la science sur l'exercice quotidien de l'anesthésie et la façon dont les études peuvent avoir des répercussions sur les soins d'anesthésie prodigués aux patients. Je désire élever le profil de la recherche au-delà du contexte universitaire jusque dans tous les milieux de pratique. Restez à l'affût!

Communiquer de façon efficace avec tous les membres de la SCA constitue une priorité pour moi. Nous savons tous qu'il existe de

suite à la page 2

nombreux outils à notre disposition – site Web de la SCA, courriels, notre bulletin trimestriel et les médias sociaux comme Facebook et Twitter. J'encourage les membres à se faire entendre et je m'efforcerai de garder les voies de communication ouvertes et transparentes. Surveillez les communications de la SCA concernant les possibilités de formuler des commentaires et de partager des avis sur des sujets particuliers, parce que ce qui vous préoccupe est très important pour m'aider à représenter la voix des membres partout au Canada.

Remerciements spéciaux

J'aimerais remercier spécialement les membres du Comité exécutif – D^{re} Patricia Houston, D^r Douglas DuVal, D^r Salvatore Spadafora, ainsi qu'une autre personne qui fait partie de la SCA depuis longtemps : le D^r Rick Chisholm. En fait, Rick et moi nous connaissons depuis longtemps et partageons l'expérience d'avoir fait partie de l'équipe gagnante de la coupe de la Glotte d'or lorsqu'il s'agissait d'une compétition redoutable à Ottawa, il y a de cela plusieurs années. Aucun de nous deux n'était le pilier de l'équipe. Oui, les véritables champions étaient les autres membres de l'équipe... ce qui montre bien que chacun d'entre nous doit faire sa part.

*Vous devez être le changement que vous voulez voir dans ce monde.
Mahatma Gandhi (1869 – 1948)*

D^{re} Susan O'Leary

Présidente

REMERCIEMENTS

La SCA exprime sa gratitude envers les nombreuses personnes qui ont aidé à faire du Congrès annuel 2014 une telle réussite : membres du Comité du Congrès annuel, présentateurs, modérateurs, exposants et commanditaires. Merci!

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2014 – 2015

COMITÉ DIRECTEUR

Présidente

D^{re} Susan O'Leary, Outer Cove

Présidente sortante

D^{re} Patricia Houston, Toronto

Vice-président

D^r Douglas DuVal, Edmonton

Secrétaire

D^r Salvatore Spadafora, Toronto

Trésorier

D^r François Gobeil, Boucherville

REPRÉSENTANTS DES DIVISIONS

Colombie-Britannique

D^r Jean Gelinas, Nanaimo

Alberta

D^r Michael Cassidy, Calgary

Saskatchewan

D^{re} Joelle McBain, White City

Manitoba

D^r Eric Sutherland, Winnipeg

Ontario

D^r Paul Tenenbein, Toronto

Québec

D^r François Gobeil, Boucherville

Nouveau-Brunswick

D^r Ashley O'Brien, Rothesay

Nouvelle-Écosse

D^r George Kanellakos, Halifax

Île-du-Prince-Édouard

D^r Haythem Yousif, Charlottetown

Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Jeff Cole, Grand Falls Windsor

Représentant des résidents

D^{re} Elizabeth Miller, Ottawa

Président de l'ACUDA

D^r Michael F Murphy, Edmonton

Directeur général

Stanley Mandarich

DÉLÉGUÉS INVITÉS

Présidente de la FRCA

D^{re} Doreen Yee, Toronto

Président de la FÉI SCA

D^r Brendan T Finucane, Edmonton

Rédacteur en chef du JCA

D^r Hilary Grocott, Winnipeg

Représentant du CRMCC

D^r Michael Sullivan, Aurora

Vous pouvez communiquer avec les membres, représentants et invités du Conseil d'administration par l'intermédiaire du siège social de la SCA.

Rédacteur en chef

D^r Salvatore Spadafora

Directrice de la publication

Andrea Szametz

Conception et production

Fusion Design Group



Société canadienne des anesthésiologistes

www.cas.ca

CONGRÈS ANNUEL 2014 DE LA SCA : UNE EXPÉRIENCE COMPLÈTE

Beaucoup d'éléments étaient réunis pour susciter l'intérêt des délégués à St John's à l'occasion du Congrès annuel de la SCA, notamment quelque chose qu'on ne s'attend habituellement pas à retrouver à ce genre d'événement. On s'attendrait à des séances éducatives intéressantes et suscitant la réflexion, à un grand nombre d'activités de réseautage et sociales et à des occasions de découvrir Terre-Neuve.

Mais vous seriez-vous attendu à ce que l'apparition d'un immense iceberg près du port suscite un tel engouement? En effet, tout St John's en parlait, ce qui a convaincu de nombreuses personnes de marcher jusqu'à Signal Hill afin d'avoir une vue spectaculaire avec pour toile de fond un ciel bleu et ensoleillé.

Toutefois, personne n'est aussi emballé que la D^{re} Susan O'Leary, vice-présidente de la SCA et coprésidente du Groupe de travail du Congrès annuel. « En tant que Terre-Neuvienne, j'ai été ravie d'accueillir les gens dans ma province et d'entendre parler de leur apprentissage positif et de leurs autres expériences dans un cadre unique. Grâce aux efforts du D^r Daniel Bainbridge et du Comité du Congrès annuel, ainsi qu'aux efforts de la D^{re} Angela Ridi et des membres du Comité local d'organisation, le Congrès annuel de cette année a dépassé toutes les attentes. »

POSSIBILITÉS DE RÉSEAUTAGE

En réponse aux commentaires des délégués des années précédentes, le programme scientifique 2014 a été simplifié (et comptait moins de séances concurrentes) pour permettre aux délégués de planifier leur horaire personnel plus facilement. Ils ont pu ainsi assister aux séances de leur choix et disposer de plus de temps pour renouer et socialiser avec leurs collègues et les autres délégués – tous des éléments importants des activités de développement professionnel de nos membres.

ÉDUCATION : AMÉLIORATION CONTINUELLE

Du point de vue de l'apprentissage, le Groupe de travail du Congrès annuel (GTCA) a travaillé avec diligence pour mettre en œuvre des améliorations concrètes, y compris les façons d'offrir l'enseignement et le renforcement des différents canaux de communication entre la SCA et les délégués. De façon générale, les commentaires ont été positifs et constructifs :

Voici quelques exemples des améliorations apportées cette année :

- Utilisation de lampes de réglage pour faciliter l'heure de début et de fin des séances;
- Orientation et soutien supplémentaires avant le Congrès annuel à l'intention des conférenciers et des modérateurs en préparation à leurs présentations;
- Possibilité d'obtenir des crédits de Catégorie 3 en participant à des ateliers et des séances d'apprentissage interactif;
- WiFi dans tous les locaux du congrès;
- Utilisation améliorée de la technologie, notamment des dispositifs iClickers et de l'application, ce qui s'est révélé un grand avantage pour de nombreux délégués;

Cette dynamique se poursuivra. En 2015, les délégués peuvent s'attendre à un plus grand nombre d'améliorations au programme scientifique et aux séances éducatives. Nous prévoyons augmenter la formation offerte aux modérateurs et aux conférenciers. Nous évaluons actuellement des technologies nouvelles et améliorées, et procédons à un examen exhaustif en vue d'une transition graduelle vers des systèmes non basés sur le papier. Certaines des composantes traditionnelles du Congrès annuel, par exemple la procédure de présentation des résumés et les discussions sur affiche, font également l'objet d'un examen.

EXPLORER, SE DÉTENDRE ET S'AMUSER

Nous avons entendu dire que de nombreux délégués aiment les activités qui se déroulent avant et après la tenue du Congrès annuel de la SCA. Il s'agit d'une bonne façon de voir le Canada : emmenez votre famille et prévoyez arriver quelques jours avant ou prolonger votre séjour.

Cette année, Terre-Neuve-et-Labrador a offert un décor merveilleux pour différents séjours à St John's et dans les environs, et partout dans la province. Tout le monde était emballé par tout ce qu'il y avait à voir et à faire, et la randonnée au parc national Gros Morne et la visite des villages côtiers en voiture ont été deux sorties populaires.

ENCERCLEZ LES DATES DU 19 AU 22 JUIN 2015 SUR VOTRE CALENDRIER

« L'an prochain, Ottawa accueillera le Congrès annuel de la SCA. Empreinte d'histoire, cette ville est reconnue pour sa beauté naturelle, ses activités en plein air et sa proximité avec d'autres endroits intéressants à visiter en Ontario », affirme la D^{re} O'Leary. « Je suis persuadée qu'il s'agira d'une expérience emballante, alors encerclez les dates du 19 au 22 juin sur votre calendrier et restez à l'affût! »



Photo prise par le D^r Richard Chisholm

FÉLICITATIONS AUX LAURÉATS DES PRIX DE LA SCA

La cérémonie de remise des prix de la SCA dans le cadre du Congrès annuel souligne les réalisations et les talents des membres dans différentes catégories : bourses de recherche, concours oraux, meilleurs articles et autres. Félicitations à tous!

PRIX DE DISTINCTION



PRIX DU MEMBRE ÉMÉRITE

D^r René Martin
Sherbrooke (Québec)

PRIX DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE DE LA SCA



1^{ER} PRIX – ARTICLE D'UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE 2014

Douglas Cheung
Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
« *Medicine Meets Real World* »



2^{ER} PRIX – ARTICLE D'UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE 2014

Marissa Tsoi
Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
« *The Remarkable Reids: Canada's Groundbreaking Women of Medicine* »



3^E PRIX – ARTICLE D'UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE 2014

Adrianna Woolsey
Université de Calgary, Calgary (Alberta)
« *Assessing Human Error in Anesthesia: Is Physician Mental Health Affecting Patient Outcomes?* »

CONCOURS ET PRIX DU CONGRÈS ANNUEL

CONCOURS ORAUX



CONCOURS ORAL DE RECHERCHE RICHARD-KNILL

D^r Daniel McIsaac
Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

« *Weekend Elective Surgery: A Population Study of 30-day Mortality* »

CONCOURS DES RÉSIDENTS



1^E POSITION

D^r Florin Costescu
Université McGill, Montréal (Québec)

« *Effect of Dexamethasone on Cortisol and Inflammation Post Laparotomy* »



2^E POSITION

D^{re} Elizabeth Miller
Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

« *Impact of a Hysterectomy Enhanced Recovery Pathway on Discharge Time* »



3^E POSITION

D^r David MacDonald
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

« *A Comparative Study of the Glidescope and McGrath MAC Video Laryngoscopes for Intubation in Cadavers with Simulated Oropharyngeal Bleeding* »

suite à la page 5

suite de la page 4

PRIX DU MEILLEUR ARTICLE



PRIX RAYMOND MARTINEAU – CVT

D^r Debashis Roy

Université de Toronto, Toronto (Ontario)

« Individualized Blood Management in Cardiac Surgery Using a Point-of-Care Based Transfusion Algorithm »



PÉRIOPÉRATOIRE

D^r Daniel McIsaac

Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

« Obstructive Sleep Apnea and 30-day Postoperative Mortality »



ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

D^r Ramesh Vedagiri Sai

Université de Western Ontario
Centre des sciences de la santé de London –
Hôpital Victoria, London (Ontario)

« Systematic Review of Tranexamic Acid for Bleeding in Cesarean Section »



NEUROANESTHÉSIE

D^r Lakshmi Kumar Venkat Raghavan

Université de Toronto

Toronto Western Hospital, Toronto (Ontario)

« Effect of General Anesthesia on Microelectrode Recordings »



ANESTHÉSIE RÉGIONALE ET DOULEUR AIGÜE

D^{re} Ariane Boivin

Université Laval, Québec (Québec)

« Ultrasound-guided Single Injection Infraclavicular Block vs. Ultrasound-guided Double Injection Axillary Block: A Non-inferiority Randomized Trial »



DOULEUR CHRONIQUE

D^{re} Jennifer Nelli

Université d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

« Understanding Chronic Pain in the Emergency Department »



FORMATION EN ANESTHÉSIE ET EN SIMULATION

D^r Gianni Lorello

Université de Toronto, Toronto (Ontario)

« Diagnosing Murmurs and Designing Learning »



PRIX IAN-WHITE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS

Andrew Syrett

Université McMaster, Hamilton (Ontario)

« Does the Trendelenburg Position Actually Increase Airway Pressures? »



ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE

D^r Victor Neira

Université d'Ottawa
Centre hospitalier pour enfants de l'est de
l'Ontario, Ottawa (Ontario)

« Impact of Trendelenburg Position on Respiratory Mechanics in Pediatric Laparoscopic Surgery »

À LA RECHERCHE DE L'

EXCELLENCE

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 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 des contributions importantes à la recherche en anesthésie au Canada.

Mise en candidature et sélection

- Les candidatures, sous forme de lettres provenant d'au moins trois répondants, ainsi qu'un exemplaire du curriculum vitae à jour du candidat, doivent être présentées avant la date limite à l'attention du *président du Comité consultatif de la recherche de la SCA*.
- Les candidatures sont soumises pour étude au Comité consultatif de la recherche.

À l'attention de :

Président du Comité consultatif de la recherche de la SCA

**Les candidatures doivent être reçues au plus tard :
le 24 octobre 2014**

Société canadienne des anesthésiologistes

1 Eglinton Ave East, Suite 208

Toronto, Ontario M4P 3A1

Télé : (416) 480-0320 | Courriel : membership@cas.ca

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.



À LA RECHERCHE DE L' EXCELLENCE

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.

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.

Lire Informations concernant la mise en candidature et la sélection à la page précédente

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.

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 sera un membre actuel de la SCA qui est membre de la Société depuis au moins 25 ans.

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

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, sauf pdf, sont acceptés.

Processus de sélection

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

Pour d'autres informations

Pour connaître les échéances et obtenir les détails particuliers à votre site pour la présentation d'une demande, veuillez communiquer avec le département d'anesthésie de votre université.

Le Comité d'examen national rendra sa décision définitive en **avril 2015**.

LA MÉDECINE ET LA VRAIE VIE



DOUGLAS CHEUNG

Université de l'Alberta
Candidat MD/MBA

La notion d'affaires en médecine n'est pas étrangère (mais elle pourrait aussi bien l'être). Si l'on étudie les plus récentes manchettes, il est évident que l'état préoccupant des finances de nos soins de santé n'est pas viable. Plus on y regarde de plus près et plus on prend conscience que les soins de santé dépendent intrinsèquement des réalités financières, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, de l'innovation et de la mobilisation des ressources. Toutefois, en dépit d'un lien clair entre ces éléments, pourquoi la notion d'affaires semble-t-elle toujours occuper le second plan derrière les aspects théoriques de la médecine?

En réalité, nous sommes devenus désensibilisés à la notion même de responsabilité financière dans les soins de santé. Pour la plupart des gens, l'économie des soins de santé ne va pas beaucoup plus loin que leur prochain chèque de paie. Malheureusement, cette mentalité n'est pas viable – une perspective du système exige que les médecins tiennent compte du portrait global concernant la façon dont notre société dépense l'argent consacré aux soins de santé pour offrir des résultats en soins de santé. La réalité des soins de santé en tant que système hermétique où les entrants (financement, ressources) se déplacent de façon linéaire tandis que les extrants (demandes sur le système) s'accroissent de façon exponentielle est franchement alarmante. Éventuellement, cette situation créera une attente visant à étirer encore plus chaque dollar ou risque d'atteindre un déséquilibre critique.

Si on remonte jusqu'aux admissions en médecine, il suffit de jeter un oeil aux préalables des cours pour se rendre compte qu'à la base, il ne s'agit pas d'une science favorable aux affaires. Malheureusement, les critères d'admission des écoles de médecine omettent ces compétences précieuses dès le départ. Bien que les facultés de médecine fassent un excellent travail pour sélectionner des penseurs logiques et des étudiants très performants, elles excellent beaucoup moins à repérer les grands esprits orientés affaires. Les

compétences qui forgent les excellents gens d'affaires (notamment la créativité, la sociabilité et, grands dieux, l'appétit du risque) sont exactement celles que l'on dissuade en médecine.

Vu sous un autre angle, le lien entre une poussée d'électrons en chimie organique ou les subtilités de la sublimation et la physiologie humaine de tous les jours est au mieux ténu. Si les critères des écoles de médecine sont représentatifs des marqueurs de grands médecins, nous devons évaluer non seulement les critères qui formeront d'excellents médecins à court terme, mais qui formeront également d'excellents gestionnaires de nos ressources en santé et de notre système de santé à plus long terme. De façon similaire, les étudiants vifs et astucieux d'un point de vue médical peuvent être ignorants en matière de gestion de pratique efficace dans la vraie vie. Même les meilleurs médecins seront limités par les ressources qu'ils sont en mesure de mobiliser pour le bien-être de leurs patients.

Qui plus est, à la suite de l'admission à l'école de médecine, ces qualités ne sont pas cultivées dans la pratique et la préparation. La raison en est simple : c'est parce que notre système médical ne fait pas appel à ces connaissances et notre formation est représentative de cette mentalité : parce qu'elle se fie principalement aux sciences dures, la médecine laisse peu de place ou de temps à l'économie des soins de santé.

De la même manière que la technique et la maîtrise médicales exigent la répétition, il en va de même pour le sens des affaires.

En fait, il semble que le contraire se produise : l'absence surprenante de formation en soins de santé accentue le fait que la notion des affaires est négligée dans la pratique médicale. Nous préférons protéger nos étudiants, en consacrant peu ou pas d'heures ou d'objectifs de cours à l'étude de la gestion des affaires, malgré qu'il s'agisse de la pierre angulaire de la médecine familiale partout au pays et qu'elle soit essentielle à la survie de notre système de soins de santé.

Il en résulte une génération entière de médecin pour qui les notions de micro et de macroéconomie demeurent des concepts étrangers. Cela ne signifie pas que tous les étudiants sont de mauvais gestionnaires financiers, mais sans une formation officielle, cela s'apparente à un mécanicien sans son coffre à outils ou à un médecin à qui on n'a jamais appris à réaliser un examen. Bon nombre d'entre eux trébucheront, possiblement en se causant du tort à eux-mêmes et à autrui, et certains réussiront parfois, mais sans la théorie sous-jacente, il s'agira d'une situation aléatoire pour la plupart des médecins.

Ce manque flagrant à notre éducation ne passe pas inaperçu : chaque étudiant en médecine au pays ressentira sans

suite à la page 9

LA MÉDECINE ET LA VRAIE VIE

suite de la page 8

aucun doute les effets de la notion des affaires. Au plan personnel, les médecins qui font le saut en résidence puis dans des postes subalternes voient leur salaire d'étudiant augmenter rapidement lorsqu'ils gravissent les échelons jusqu'à la classe moyenne supérieure, un bond exponentiel pour les possibilités de revenus. Pourtant, grandement endettés, de nombreux étudiants gèrent mal leurs finances (de façon tristement célèbre) de telle sorte qu'ils ne sont pas en mesure de profiter pleinement de leur nouvelle situation financière. Les histoires d'achat de nouvelle voiture et de vacances extravagantes sous promesse de revenus à venir sont encore relativement courantes. À maintes reprises, la transition ne se fait pas sans heurt et démontre un manque de clairvoyance financière.

Observés sous l'angle du système, ces aspects ne sont pas plus roses. L'écart énorme qui existe entre le montant du financement disponible et le taux de consommation des ressources en soins de santé pointe vers la mauvaise gestion de ces ressources. Encore une fois, il existe de nombreux médecins piliers de la responsabilité financière, mais ils représentent l'exception et, pour cette raison, nous n'atteindrons jamais l'équilibre financier. Bien entendu, un nombre infini d'administrateurs et de politiciens joueront également un rôle essentiel, mais comme nous avons pu le constater dans le cadre de récentes batailles provinciales, la situation a dégénéré en un jeu dangereux de recherche de boucs émissaires. La haute direction et les politiciens blâment les médecins pour la flambée des

salaires et des avantages supérieurs à la croissance de la population, tandis que les médecins accusent la haute direction de grossière négligence et de mauvaise allocation des ressources. Il est vrai que cet enjeu est multifactoriel, et un récent rapport technique de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquait que la technologie, les données démographiques et les dépenses des médecins sont toutes des facteurs importants des coûts en soins de santé¹; mais au bout du compte, l'enjeu du débat ne devrait pas être de trouver un coupable. Si nous acceptons que la situation actuelle et que les résultats finaux ne sont pas viables, les médecins peuvent commencer à faciliter la communication et les mesures en intégrant des idées et pratiques d'affaires responsables à leur travail de tous les jours de la même manière qu'ils recherchent une formation médicale continue.

Pièce par pièce, les médecins et les stagiaires peuvent prendre le contrôle de leur formation médicale. Une simple compréhension des coûts, qu'il s'agisse d'un test de laboratoire, d'un médicament administré ou d'un bloc opératoire, nous entoure lorsque nous nous arrêtons pour y penser. Une fois ces fondements bien ancrés, ils peuvent servir de base à une formation plus poussée en structure de gestion simplifiée et en jugement financier. De façon passionnante, le ministère de la Santé de la Saskatchewan est un chef de file dans ce type de pensée avant-gardiste. Au cours d'une récente conférence de presse, on a annoncé que les médecins recevront une formation sur la méthode kaizen de gestion, une forme de structure opérationnelle

allégée, dans le cadre d'une initiative administrative à l'échelle de la province.² En se basant sur leur exemple, en tant que futurs chirurgiens, anesthésistes, spécialistes de médecine interne et médecins de famille, il est également irréaliste pour les étudiants en médecine de balayer ces concepts du revers de la main. Le domaine des soins de santé est l'une des entreprises les plus importantes du pays, avec des dépenses devant atteindre 211 milliards de dollars cette année (5 988 \$ par personne).³ À titre de responsabilité envers nos patients d'aujourd'hui et la santé de notre système médical de demain, il s'agit d'un enjeu essentiel que nous ne pouvons plus nous permettre d'ignorer.

Au bout du compte, si nous voulons disposer de tous nos dossiers médicaux électroniques et autres équipements sophistiqués, le statu quo est inacceptable : les critères des écoles de médecine et les prochains programmes d'études doivent évoluer pour correspondre aux exigences changeantes du paysage médical. Il ne suffit plus d'être un professionnel médical compétent au 21^e siècle, ponctué par la frustration croissante du public envers les coûts faramineux des soins de santé. Il faut employer un argument convaincant afin de redéfinir le rôle des médecins et le faire passer d'un synonyme de superflu théorique à une incarnation renaissante de l'empathie, du leadership, de l'expertise en soins de santé et, de plus en plus, du sens des affaires. Malheureusement, dans l'état actuel des choses, la notion d'affaires est devenue la maîtresse de la médecine : intimement liée, mais souvent ignorée.

¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses liées* Disponible à l'adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1672>

² *Journal Saskatoon StarPhoenix*. Family Doctors to be Trained as Lean Leaders. <http://www2.canada.com/saskatoonstarphoenix/news/local/story.html?id=4772b1a8-ba35-4679-a035-4cdf7b7f2f64>

³ Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses et main-d'œuvre de la santé*. Disponible à l'adresse : <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/SubTheme/spending+and+health+workforce/spending/cihi015954>

L'INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS LANCE LA NOUVELLE ÉDITION DE LA TROUSSE DE DÉPART POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

L'équipe d'intervention pour la prévention des infections du site opératoire, dirigée par le Dr Claude LaFlamme, directeur de l'anesthésie cardiaque au Centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto, met la touche finale à une version révisée de la Trousse de départ pour la prévention des infections du site opératoire. L'intervention vise à prévenir l'infection du site opératoire et les décès en mettant en œuvre de façon fiable des soins périopératoires idéaux pour tous les patients qui subissent une chirurgie.

La documentation mise à jour sur la prévention des infections du site opératoire insiste sur de nouvelles lignes directrices pour la décontamination de la peau, sur une prophylaxie chirurgicale appropriée et sur la température à cœur. On a effectué un survol complet de la littérature et les chercheurs comme les groupes de travail appuient ce travail de révision des lignes directrices. On y ajoutera des éléments clés sur les

interventions percutanées et sur les antibiotiques pédiatriques, de même qu'une section sur les aspects économiques de la sécurité des patients, pour faire en sorte que les choix effectués dans l'intérêt supérieur du patient assurent aussi la durabilité du système de santé.

La nouvelle version de la Trousse de départ fera également entendre la voix des patients « Dans votre équipe, les patients comblent l'écart entre la théorie et la pratique, estime le Dr LaFlamme. Le point de vue du patient rend tout très concret et ramène tout ce que vous essayez de faire valoir au niveau humain. »

Le Dr LaFlamme et l'équipe de prévention des infections du site opératoire organisent un webinaire national le 18 septembre 2014 à 12 h HE pour procéder au lancement officiel de la trousse révisée. Le webinaire et la trousse sont gratuits. Le webinaire sera enregistré et sera par la suite disponible en ligne.

Pour en apprendre davantage sur la trousse ou pour vous joindre au webinaire national le 18 septembre, visitez le site www.saferhealthcarenow.ca.

des soins de santé plus sécuritaires
Maintenant!



PRÉVENIR LES INFECTIONS
DU SITE OPÉRATOIRE



LE DR^R STEVEN DAIN REÇOIT LE PRIX DU MÉRITE

Félicitations au Dr Steven Dain, qui a reçu le Prix du mérite 2014 de l'Association canadienne de normalisation (CSA) à l'occasion d'une cérémonie spéciale tenue lors du congrès annuel du Groupe CSA à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard). Ce prix a été créé en 1979 pour souligner le leadership dans l'élaboration volontaire de normes.

Le Dr Dain a reçu le Prix du mérite pour son leadership exemplaire, son dévouement sans pareil et son apport passionné dans le domaine de la sécurité des soins de santé et des normes en lien avec l'anesthésie et les soins intensifs. Le Dr Dain est professeur agrégé en anesthésie et en médecine périopératoire à l'École de médecine et de dentisterie Schulich, à l'Université Western en Ontario, et exerce l'anesthésie en clinique à l'hôpital Woodstock à Woodstock (Ontario).

THE ANESTHESIOLOGY™ ANNUAL MEETING

experience



OCTOBER 11-15, 2014
NEW ORLEANS, LA



OCTOBER 24-28, 2015
SAN DIEGO, CA



OCTOBER 22-26, 2016
CHICAGO, IL



OCTOBER 21-25, 2017
BOSTON, MA



OCTOBER 13-17, 2018
SAN FRANCISCO, CA



OCTOBER 19-23, 2019
ORLANDO, FL

Register now for the ANESTHESIOLOGY™ 2014 annual meeting, the premier educational event in anesthesiology:

- More than 15,000 attendees from 90 countries
- Presenters from around the world as well as dedicated international sessions
- Participation from national and international societies representing every anesthesiology specialty
- Networking opportunities at the International Connection Center
- Largest exhibit hall featuring the latest products and services in the industry



A special discount is available to CAS active members who attend the 2014 CAS Annual Meeting in St. John's, Newfoundland and Labrador. Please contact CAS before registering to obtain the discount code.

Join us
goanesthesiology.org

À LA RECHERCHE DE RÉTROACTION POUR LE SONDAGE INTERNATIONAL SUR L'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE

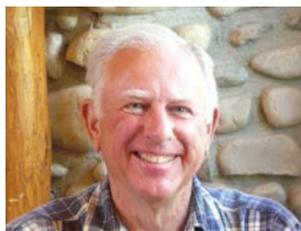
PROFESSEURE BRITTA REGLI-VON UNGERN-STERNBERG

Présidente - Anesthésie pédiatrique
École de médecine et de pharmacologie
University of Western Australia

Nous réalisons un important sondage international sur des sujets faisant fréquemment l'objet de débats en anesthésie pédiatrique et avons déjà recueilli au-delà de 900 réponses du milieu pédiatrique international. Nous sommes toutefois également intéressés à connaître l'opinion des anesthésiologistes pédiatriques et aimerions

recevoir vos commentaires. Ces commentaires nous aideront à mieux comprendre les pratiques partout dans le monde et à nous rapprocher d'un consensus sur ce qui devrait être une « pratique exemplaire » dans une situation donnée. Veuillez cliquer sur le lien qui suit ou le copier dans votre navigateur : <https://www.surveymonkey.com/s/PaedsAnaesthesiaControversies>

Nous désirons vous exprimer notre sincère gratitude pour le temps que vous consacrez à répondre à ce sondage. Vous pouvez adresser toute question ou commentaire à l'adresse : britta.regli-vonungern@health.wa.gov.au ou à l'adresse yusmereza@yahoo.com



DR J ROGER MALTBY, FRCPC

Professeur émérite d'anesthésiologie
Université de Calgary

L'article qui suit est généreusement partagé par le Dr Roger Maltby, qui a prononcé une allocution dans le cadre du symposium « Remembering the Past – History of Anesthesia and the Role Played by Canadians » au Congrès annuel de la SCA de cette année à St John's (Terre-Neuve-et-Labrador). Cet article est basé sur l'allocution du Dr Maltby. Les directives de jeûne avant une chirurgie étaient tout à fait irréalistes et n'avaient pas évolué depuis plus de 100 ans, jusqu'à la remarquable recherche du Dr Maltby sur le sujet dans les années 1980.

DIRECTIVES DE JEÛNE PRÉOPÉRATOIRES : BON SENS, DOGME AMBIGU ET DONNÉES PROBANTES MODERNES

Durant ma résidence en anesthésie en Angleterre à la fin des années 1960, la plupart des patients devant subir une chirurgie non urgente étaient admis le jour précédant la chirurgie. Ceux devant subir leur chirurgie à 12 h ou plus tard avaient droit à un simulacre de petit déjeuner composé de thé et de rôties à 7 h. Lorsque je me suis joint à l'équipe du Centre médical Foothills de Calgary en 1970, l'ordre de service « Ne rien administrer par voie orale après minuit » s'appliquait aux liquides clairs ainsi qu'aux aliments solides, peu importe l'heure prévue de la chirurgie. Cet ordre était justifié parce que « facile à rédiger pour nous, facile à comprendre par les patients et facile à faire appliquer par les infirmières. »

suite à la page 13

DIRECTIVES DE JEÛNE

En 1858, les directives de jeûne de John Snow voulaient que, pour éviter les vomissements, le meilleur moment de procéder à une intervention chirurgicale était avant le petit déjeuner, ou au moment où le patient serait prêt pour un autre repas. En 1883, le chirurgien Joseph Lister a établi une distinction entre les aliments solides et les liquides clairs; aucune matière solide dans l'estomac, mais une tasse de thé ou de bouillon de bœuf deux heures avant l'intervention était bénéfique. Les manuels des 80 à 100 ans qui ont suivi recommandaient un jeûne de 4 à 6 heures pour les repas et de 2 à 4 heures pour les liquides clairs. Durant les années 1960 et 1970, la plupart des manuels appliquaient la règle de « Ne rien administrer par voie orale après minuit » aux liquides clairs tout comme aux aliments solides.

ÉTUDES DE LA PHYSIOLOGIE DE L'ESTOMAC

En 1832, William Beaumont a observé la digestion et la vidange gastrique au moyen d'une gastrostomie causée par une blessure de mousquet chez un trappeur canadien. Les aliments facilement digérés s'éliminaient en l'espace de 3 à 3,5 heures, tandis que « l'eau, les spiritueux et la plupart des autres liquides ne sont pas affectés par les sucs gastriques, mais s'éliminent de l'estomac peu de temps après y être arrivés. » Dans les années 1980, la technique du double isotope a démontré que les liquides clairs s'éliminaient de façon exponentielle, 90 pour cent en une heure et pratiquement en entier dans un délai de deux heures, tandis que les aliments solides digérés s'éliminaient en 3 à 5 heures. Les liquides clairs passent facilement à travers le pylore, tandis que les aliments solides digestibles (pain, viande maigre, pommes de terre bouillies) doivent être brisés en particules de moins de 2 mm avant de pouvoir être éliminés.

ASPIRATION PULMONAIRE

Snow n'a pas signalé de décès causé par l'aspiration de contenu gastrique chez plus de 4 000 de ses propres anesthésies par chloroforme, pas plus que dans ses vastes lectures des journaux médicaux. Curtis Mendelson, un obstétricien de New York, a examiné les dossiers de 66 des 44 016 mères qui, entre 1932 et 1945, avaient aspiré du contenu gastrique. Cinq mères ont inhalé des aliments vomis et deux d'entre elles sont mortes. Quarante d'entre elles ont inhalé du liquide, ont développé un syndrome semblable à l'asthme, mais aucune n'est morte. Les facteurs de risque d'une aspiration mortelle dans tous les types de chirurgie dans les années 1960 incluaient une pathologie œsophagienne et gastrique, une chirurgie d'urgence, l'obésité et des problèmes neurologiques.

Les statistiques pour les aspirations non mortelles et mortelles dans tous les types de chirurgie ont été rapportées par le Dr Gunnar Olsson dans une étude informatisée de 185 358 anesthésiques entre 1967 et 1986 au Karolinska Institute de Stockholm (Suède). Une aspiration non mortelle confirmée par radiographie s'est produite chez 1 patient sur 4 521, et une aspiration mortelle chez 1 patient sur 46 340. Les facteurs ayant contribué à cette situation étaient une chirurgie d'urgence, en particulier dans les cas de traumatisme, une chirurgie obstétricale et abdominale, en particulier si l'intubation trachéale avait aussi été difficile.

DIRECTIVES DE JEÛNE MODERNES

En 1985, nous avons entrepris une série d'essais cliniques randomisés au Centre médical Foothills de Calgary afin de déterminer si les liquides clairs consommés avant une intervention s'éliminent en 2 à 3 heures avant une chirurgie non urgente, comme c'est le cas chez les volontaires d'études de physiologie. Les patients qui avaient bu 150 ml d'eau 2 à 3 heures avant l'opération avaient un volume de liquide gastrique résiduel plus bas à l'induction de l'anesthésie que ceux qui avaient jeûné plus de 8 heures. D'autres études ont confirmé que le thé, le café, le jus de pomme et le jus d'orange sans pulpe s'éliminaient également 2 à 3 heures avant la chirurgie non urgente. Des résultats semblables ont suivi dans des centres en Grande-Bretagne, en Inde, aux États-Unis, en France, à Hong Kong et en Norvège, confirmant ces résultats. En 1996, la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a modifié ces directives de jeûne pour indiquer "qu'aucun aliment solide ne doit être consommé le jour de la chirurgie, mais que des liquides clairs peuvent être ingérés par voie orale jusqu'à 3 heures avant la chirurgie." Le groupe de travail sur les directives de jeûne de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) a examiné 232 articles traitant des liens entre le jeûne périopératoire, la prophylaxie pharmacologique et l'aspiration pulmonaire. En 1999, il a recommandé 2 heures pour les liquides clairs, 4 heures pour le lait maternel et 6 heures pour les préparations pour nourrissons, le lait non humain et un repas léger. La SCA a adopté des directives semblables en 2000.

Autre suggestion de lecture :

Maltby JR. « Fasting from midnight – the history behind the dogma. » *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology* 2006; 20:363-378. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689606000188>

« MEILLEURES NOTES » DU COLLÈGE ROYAL

La SCA reçoit les meilleures notes du Collège royal en tant que prestataire d'activités de développement professionnel continu (DPC).

En tant que prestataire agréé d'activités de DPC, la SCA doit s'acquitter de différentes fonctions éducatives, notamment évaluer régulièrement les besoins d'apprentissage perçus et non perçus des anesthésiologistes canadiens, mettre à jour continuellement les normes et procédures pour le maintien de pratiques exemplaires en matière de DPEC, et décerner des crédits de Section 1 et 3 du Collège royal.

Les crédits de Section 1 sont décernés pour une participation à des activités en personne, notamment des tables rondes, des conférences, des clubs de lecture ou des cours en ligne. Les crédits de Section 3 sont décernés pour la participation à des programmes qui offrent une évaluation des connaissances ou du rendement ainsi qu'une rétroaction à chaque apprenant, et qui valent trois fois le nombre de crédits de Section 1. Des exemples incluent les programmes d'autoévaluation, le programme de DPC en ligne offert par le Journal canadien d'anesthésie et des ateliers fondés sur les compétences comme ceux offerts au récent Congrès annuel de la SCA 2014 à St John's. La SCA approuve également des demandes d'autres groupes en anesthésiologie pour des crédits de Section 1 et de Section 3 du programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal.

Il existe trois raisons pour lesquelles il est important pour la SCA d'être un prestataire agréé :

1. La crédibilité de la spécialité de l'anesthésiologie est grandement rehaussée du fait que sa société nationale soit agréée.
2. Il s'agit d'un message clair garantissant que la SCA maintient des normes élevées ou des pratiques exemplaires en éducation.

3. Cela signifie que la SCA peut offrir un service utile d'agrément de programme aux anesthésiologistes partout au Canada.

Afin d'être approuvé à titre de prestataire agréé d'activités de DPC, un organisme doit prouver qu'il respecte 20 critères. Ces critères incluent des éléments comme un énoncé de mission de DPC adéquat, des structures administratives et des politiques établies en soutien aux activités de DPC, ainsi que le maintien de normes élevées en matière d'éducation dans des domaines comme l'évaluation des besoins d'apprentissage, l'établissement d'objectifs d'apprentissage, l'apprentissage interactif et l'inclusion des rôles Can Meds au-delà de l'expert médical et des procédures d'évaluation.

La dernière demande de maintien de l'agrément a été approuvée en 2009. À ce moment, la SCA avait obtenu un excellent résultat. En 2014, nos résultats ont été encore meilleurs – comme le montre le diagramme suivant :

Résultats liés aux 20 critères :

2009	2014
1 non respecté	0 non respecté
5 respectés en partie	1 respecté en partie
11 respectés	13 respectés
3 exemplaires	6 exemplaires

EN QUOI EXCELLONS-NOUS?

Dans son examen, le Collège royal a observé que la SCA excelle dans les domaines suivants :

- Offre d'une expertise en éducation aux adultes
- Instauration de systèmes permettant de déterminer les besoins d'apprentissage perçus et non perçus

- Élaboration d'objectifs d'apprentissage valides et de formats d'apprentissage conformes aux besoins et objectifs définis
- Offre de possibilités d'apprentissage en ligne grâce au programme de DPC en ligne du Journal canadien d'anesthésie.

POINTS À AMÉLIORER...

Le Collège royal a recommandé que la SCA perfectionne davantage sa politique actuelle envers les conférenciers et planificateurs concernant la détection et la gestion des conflits d'intérêts.

PROCHAINES ÉTAPES

Même si nous avons pris un moment pour nous reposer un peu, il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Certains membres ont peut-être remarqué les initiatives introduites au Congrès annuel de cette année, y compris l'offre de crédits de Section 3 pour la participation aux ateliers et la plus grande utilisation des dispositifs i-clickers. Les conférenciers et présentateurs de la SCA ont également eu droit à une observation par les pairs et à des services d'encadrement pour les aider à continuellement perfectionner leurs compétences. Tout cela grâce au travail assidu du Comité de DPEC de la SCA en collaboration avec le Groupe de travail du Congrès annuel. La SCA et le Comité de DPEC ont à cœur d'adopter une vision d'amélioration continue concernant le programme d'éducation en anesthésiologie.

LE PROGRAMME D'AUTO-ÉVALUATION DU **JOURNAL CANADIEN** **D'ANESTHÉSIE** – DPC EN LIGNE

MODULE DE DPC : Approches cliniques et échographiques au chevet du patient pour la gestion de l'instabilité hémodynamique — 1^{re} partie : L'approche clinique
septembre 2014

ÉGALEMENT DISPONIBLES :

- La césarienne sous anesthésie générale
mai 2014
- Impact de l'anesthésie sur la chirurgie oncologique
décembre 2013
- Les interventions neurochirurgicales chez la patiente enceinte : considérations périopératoires
novembre 2013
- La prise en charge des voies aériennes et l'oxygénation du patient obèse
septembre 2013
- La curarisation résiduelle : un problème réel ou une maladie inventée?
juillet 2013
- Anesthésie locorégionale échoguidée pour la chirurgie du membre supérieur
mars 2013
- Transfusions massives chez le patient traumatisé
décembre 2012

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 :

www.cas.ca/membres/modules-de-dpc

Après avoir effectué avec succès chaque module du programme d'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 ces modules de développement professionnel continu est rendue possible grâce à des bourses éducatives sans restriction de nos partenaires de l'industrie :



COVIDIEN

COLLECTE DE FONDS DE LA FONDATION CANADIENNE DE RECHERCHE EN ANESTHÉSIE AVEC THÉMATIQUE TERRE- NEUVIENNE

La D^{re} Roanne Preston (Université de Colombie-Britannique) et la D^{re} Dolores McKeen (Université Dalhousie) lancent un défi pour savoir qui peut amasser le plus de fonds. Elles se sont chacune engagées à faire un don de 100 \$ et veulent que leurs collègues donnent le même montant ou un montant plus élevé.

Faites un don* d'ici le 31 décembre 2014, procurez-vous un bonnet... et faites parvenir votre égoportrait vous montrant avec votre bonnet de chirurgie à Bruce Craig à l'adresse carf@rogers.com. Votre nom sera déposé dans un baril pour le tirage d'un billet vous permettant d'assister au Dîner du président du Congrès annuel de la SCA 2015 à Ottawa.

Pour faire un don, veuillez faire parvenir un chèque à l'ordre de la Fondation canadienne de recherche en anesthésie – avec la mention FCRA ou BONNET en référence – à l'adresse : FCRA, a/s Société canadienne des anesthésiologistes, 1, avenue Eglinton est, bureau 208, Toronto (Ontario) M4P 3A1

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec Bruce Craig à l'adresse carf@rogers.com

*En vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada*, les dons faits dans le cadre du défi ne sont pas admissibles à un reçu d'impôt.



Canadian Anesthesia Research Foundation
La Fondation canadienne de recherche en anesthésie



D^{re} Dolores McKeen, FRCPC

Suis-je une anesthésiologiste « Newfie »? En effet! Et vous pouvez en devenir un vous aussi!! Voici votre chance... en vous procurant votre propre BONNET DE CHIRURGIE de Terre-Neuve. Vous contribuerez également à un grand organisme caritatif, la FCRA, et vous appuierez la recherche canadienne en anesthésie!!! Vous êtes triplement gagnant!



D^{re} Roanne Preston, FRCPC

Investissez dans votre avenir – faites un don à la FCRA et rehaussez votre garde-robe du bloc opératoire avec un bonnet de chirurgie stylisé! Nous avons commencé le défi d'un océan à l'autre. Joignez-vous à Dolores et à moi en appui à nos collègues qui cherchent des réponses à nos questions!

ÉTANCHÉIFIEZ VOTRE RÉSIDENCE CONTRE LES RISQUES DE **DÉGÂTS D'EAU.**



Découvrez les protections
**supplémentaires contre les
dégâts** d'eau que vous pouvez
ajouter à notre protection de base.

**Demandez une soumission
d'assurance habitation.**

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/sca



laPersonnelle

Assureur de groupe auto et habitation

La bonne combinaison.

COURS ANESTHESIA FOR GLOBAL OUTREACH : PARTICIPANTS ENTHOUSIASTES ET FORMATEURS INTERNATIONAUX

D^R RON GEORGE, FRCPC

La 7^e édition du cours annuel Anesthesia for Global Outreach s'est déroulée du 29 mai au 1er juin 2014 à Halifax (Nouvelle-Écosse) à l'Université Dalhousie. Nous avons eu la chance de compter sur un groupe extrêmement enthousiaste de participants et sur des formateurs internationaux. Notre faible ratio participants-formateur – un aspect intentionnel du cours – en fait une expérience de réseautage à la fois attirante et utile.

Le cours s'est principalement déroulé dans un magnifique édifice moderne du campus de l'Université Dalhousie. Les participants se sont familiarisés avec de l'équipement et des techniques utilisés pour offrir une anesthésie sécuritaire dans des conditions difficiles. On leur a également parlé de l'importance d'être conscients et respectueux des différences culturelles. Tant les séances didactiques que pratiques ont mobilisé tout le groupe et favorisé des conversations stimulantes et une expérience concrète.

Les formateurs et les participants ont eu amplement le temps, durant les pauses et les différentes activités sociales, de faire du réseautage et de partager leurs expériences, ce qui a constitué une excellente plateforme pour l'éducation continue. Parmi ces activités, notons une visite instructive et exclusive de la Citadelle, notre lieu historique national au cœur d'Halifax. Comme l'a fait remarquer un participant : La présence de formateurs internationaux, la capacité d'échanger avec les formateurs à de nombreuses reprises durant la conférence, le ratio formateur-participants, l'excellente combinaison de séances didactiques et pratiques : tous les ingrédients étaient réunis pour en faire un cours fantastique. »

Les différents sujets présentés dans le cadre du cours – gestion des voies aériennes, structure et mode de fonctionnement des vaporisateurs, préparation du voyage, mesures de

sécurité, éthique et adaptation – en font un incontournable pour quiconque est intéressés à exercer des activités en santé internationale. Nous désirons saisir cette occasion pour remercier nos incroyables formateurs dévoués qui s'efforcent continuellement d'améliorer ce cours d'année en année. Et bien sûr, nous remercions nos merveilleux participants qui ont fait du cours de cette année un événement tout à fait mémorable. Comme le disait un participant : « Ce cours était absolument excellent. Les efforts que vous avez consacrés à l'organisation du cours, à l'adapter à la fine pointe de la technologie et à recourir aux services de formateurs exceptionnels en ont fait l'un des meilleurs cours que j'ai suivis. »

L'édition 2015 du cours Anesthesia for Global Outreach se déroulera du 28 au 31 mai. Pour de plus amples renseignements, visitez le www.anesthesiaglobaloutreach.com, communiquez avec nous à l'adresse info@anesthesiaglobaloutreach.com et suivez-nous sur Twitter : @Anesth_GO.

Le D^r Ron George est professeur agrégé au Département d'anesthésie, de prise en charge de la douleur et de médecine périopératoire à l'Université Dalhousie.



Le professeur invité D^r Wayne Morriss de Christchurch (Nouvelle-Zélande) partage son expertise en anesthésie inspirée (au moyen d'un évaporateur), une forme courante d'administration d'un agent anesthésique volatil dans des conditions difficiles.



Notre guide chevronné et divertissant de la Citadelle, vêtu d'un uniforme, explique à nos invités les faits saillants de cet incroyable lieu historique national.



Notre groupe diversifié de participants était composé de médecins et de résidents (... qui n'étaient pas tous anesthésiologistes) de partout en Amérique du Nord.

D^R YUQI GU

Grâce à la Fondation d'éducation internationale de la Société canadienne des anesthésiologistes (FÉI SCA), j'ai récemment eu la chance de me rendre au Rwanda dans le cadre d'une formation facultative d'un mois à l'étranger. Cette formation facultative m'avait été fortement recommandée par de nombreux résidents qui avaient visité le Rwanda auparavant. Tous ces résidents m'avaient dit la même chose : que la formation facultative était une expérience inoubliable qui avait changé leur façon d'exercer l'anesthésie, leur approche envers la formation médicale et, de nombreuses façons, leur vision de la vie. Depuis que j'ai terminé cette formation, je ne pourrais être plus d'accord avec tous les commentaires que j'ai entendus.

Une grande partie de cette formation facultative comprend l'enseignement, qui se déroulait dans différents lieux (classe, centre de simulation et salle d'opération), et avec différents auditoires (résidents en anesthésie et techniciens en anesthésie rwandais).

Nous avons enseigné aux résidents en anesthésie rwandais dans des cadres cliniques et non cliniques. En classe, nous avons organisé des séances d'enseignement interactives et mobilisantes chaque semaine. Le programme de formation en résidence a été élaboré de façon collaborative par la FÉI SCA et des experts locaux. En dépit du fait que j'étais un résident sénior durant cette formation, j'étais considéré comme étant l'« expert ». Je ressentais donc un grand sentiment de responsabilité pour faire en sorte que l'information soit présentée correctement et dans le contexte clinique approprié. Nous avons de plus créé et réalisé des scénarios de simulation à leur nouveau centre de simulation et compétences (créé par la D^{re} Patty Livingston et des collègues et financé par Grand Défis Canada), une activité à laquelle participent rarement les résidents canadiens. Nous avons constaté que tous les résidents en anesthésie rwandais étaient très connaisseurs et avides d'apprendre, et il était très agréable de leur enseigner.

Même si la préparation des séances d'enseignement exigeait beaucoup de travail et d'efforts, le perfectionnement des compétences et des connaissances

qu'ont démontré les résidents durant notre court mois au Rwanda en valait largement la peine. Dans le contexte clinique, j'ai été surpris de constater que les résidents rwandais étaient souvent laissés à eux-mêmes avec une supervision minimale dès le tout début de leur formation. Ils étaient chargés de produire une liste d'interventions de façon efficace et sécuritaire, tout en essayant d'apprendre l'anesthésie de façon simultanée, un tour de force que tout résident trouverait ardu. Ainsi, de nombreux résidents possédaient déjà une base fondamentale en matière de compétences cliniques, et notre rôle consistait à combler les écarts. En fait, j'ai souvent eu l'impression que j'apprenais plus que les résidents rwandais, parce que je devais constamment parfaire mes connaissances sur la pharmacologie d'agents anesthésiques que je ne connaissais pas, essayer de réparer de l'équipement peu fiable, gérer des ressources limitées et traiter des pathologies non courantes au Canada.

Notre enseignement ne se limitait pas aux résidents en anesthésie rwandais. Durant notre mois passé au pays, en collaboration avec les anesthésiologistes rwandais de la région, nous avons également donné le cours Safer Anesthesia For Education (SAFE), conçu pour enseigner des pratiques d'anesthésie obstétricale sécuritaires. Ce cours de trois jours offrait un programme novateur enseigné encore une fois au centre de simulation et de compétences, et était axé sur des compétences

techniques et non techniques. Au Rwanda, le taux de mortalité maternelle est encore inacceptable, et est estimé à 540 par 100 000 naissances vivantes¹ (7 par 100 000 naissances vivantes au Canada). Étant donné que la majorité des fournisseurs de services d'anesthésie au Rwanda travaillent dans des régions isolées avec un soutien minimal, le cours SAFE est un important programme éducatif conçu pour réduire le taux de morbidité et de mortalité maternelles.

Depuis 2010 et au moyen de l'une des nombreuses initiatives de la FÉI SCA, sept résidents en anesthésie rwandais ont suivi une formation facultative en anesthésie de six mois à l'Université Dalhousie et à l'Université Queen's. J'ai fait la connaissance d'Isaac, un résident sénior en anesthésie du Rwanda, pour la première fois à Halifax durant sa formation facultative en 2012. Nous avons eu la chance de rencontrer Isaac de nouveau durant notre visite d'un hôpital à Butare, au Rwanda. Il en était à sa dernière année de résidence et nous a démontré qu'il serait sans l'ombre d'un doute un excellent anesthésiologiste, un médecin attentionné, un défenseur des patients, un éducateur et un chef de file parmi ses pairs. Je me sens très honoré de faire partie d'une institution et d'un programme d'éducation ayant contribué à sa réussite. Son cas n'est pas unique, car de nombreux autres anciens résidents en anesthésie rwandais sont aussi devenus des anesthésiologistes exceptionnels. La philosophie de la

suite à la page 20

suite de la page 19

FÉI SCA voulant que l'on forme le formateur – en aidant les fournisseurs de services d'anesthésie des pays en voie de développement à créer leurs propres programmes autonomes adaptés aux besoins particuliers de leur pays – se porte bien au Rwanda.

Cette formation peut parfois se révéler difficile au plan émotif. Je me sentais parfois impuissant et frustré face au niveau de soins que les patients recevaient. On réalise toutefois rapidement que les conseillers en anesthésie font tout simplement de leur mieux avec des ressources limitées et un système de soins de santé en développement. Afin d'offrir d'excellents soins au Rwanda, il faut établir un lien plus étroit entre l'anesthésiologiste et le patient, comme celui que j'ai vécu au Canada. Par exemple, en l'absence d'outils de diagnostic perfectionnés, les compétences en recherche des antécédents et en examen physique sont essentielles pour obtenir une évaluation fonctionnelle du patient; ou encore, un doigt sur une extrémité chaude pour sentir le pouls du patient peut remplacer tout un spectre de moniteurs. Ce fut très encourageant de constater, toutefois, que grâce aux initiatives mises de l'avant par la FÉI SCA, la formation médicale, les soins périopératoires et la défense des patients s'améliorent constamment.

En plus des travaux cliniques, nous avons la chance d'explorer la riche culture, l'histoire troublante et la campagne luxuriante du Rwanda. Quelques points saillants de notre séjour incluent une visite au centre commémoratif du génocide à Kigali, un aperçu déchirant de ce qu'a déjà été le Rwanda, et les progrès énormes réalisés par le pays depuis 1994. Une expérience inoubliable fut de s'asseoir à côté d'une famille de gorilles des montagnes sauvages au coeur de la dense jungle rwandaise. Mais l'expérience la plus mémorable fut de prendre place dans un pub local en compagnie des D^{rs} Ron

George, Fiona Turpie et des Rwandais de la région en soirée pour manger des brochettes de poisson et regarder le match de championnat de la ligue de soccer.

Cette formation fut une chance unique à ne pas manquer. Même si je n'ai passé qu'un mois au Rwanda, j'ai acquis énormément de compétences en formation médicale – à créer et à diriger des séances d'enseignement interactives, à exécuter des scénarios de simulation et à faire de l'enseignement clinique en salle d'opération – qu'on peut difficilement acquérir durant une résidence au Canada. J'ai eu la chance de travailler avec des agents anesthésiques et de l'équipement rarement utilisés au Canada. J'ai voyagé dans un magnifique pays d'une grande richesse culturelle, où j'ai fait la connaissance de gens merveilleux qui sont maintenant devenus des amis proches. Mais plus important encore, il est clair que notre travail et nos efforts continus par l'entremise de la FÉI SCA continueront d'améliorer la formation médicale, la sensibilisation aux soins de santé et, au bout du compte, les soins aux patients au Rwanda.

Je suis revenu au Canada avec une plus grande reconnaissance et un sentiment d'humilité envers la formation médicale et le système de santé. Je crois que cette chance d'une vie a fait de moi un meilleur résident et, éventuellement, un meilleur anesthésiologiste. Comme tous les anciens résidents en anesthésie canadiens qui ont eu le privilège de visiter le Rwanda, je n'hésiterais pas à recommander cette formation marquante à tout résident en anesthésie.

Références :

1. Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale (2010). Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990 – 2008.

Le D^r Yuqi Gu est résident au Département d'anesthésie, de prise en charge de la douleur et de médecine périopératoire de l'Université Dalhousie.



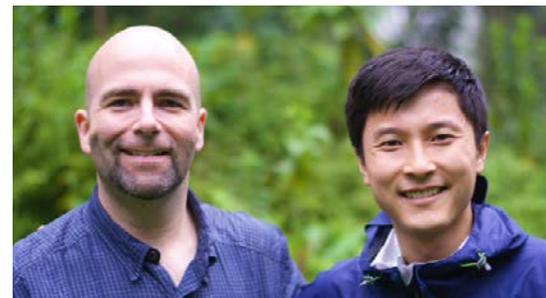
Le D^r Yuqi Gu anime une discussion d'anesthésie neurochirurgicale pour des résidents rwandais.



« Bwenge », un gorille de montagne à dos argenté à la tête de la famille Bwenge au Parc national des volcans au Rwanda.



L'équipe de la SCA de l'Université Dalhousie : D^{rs} Fiona Turpie (premier rang à gauche) et Ron George, Yuqi Gu (derrière) Résidents rwandais : D^{rs} Françoise Nize, Christine Niyibogora, Egide Buregeya et Edouard Uwamahoro.



Les D^{rs} Ron George (gauche) et Yuqi Gu après une longue et difficile randonnée au Parc national des volcans pour visiter la famille de gorilles Bwenge.



DR ERIC JACOBSON, FRCPC
Professeur d'anesthésiologie
Département d'anesthésiologie
Université du Manitoba



ALEX VILLAFRANCA
Associé en recherche
Département d'anesthésiologie
Université du Manitoba

DR ERIC JACOBSON, FRCPC ET ALEX VILLAFRANCA

Le travail d'équipe est essentiel pour assurer la sécurité du patient en salle d'opération. En effet, il a été démontré que le travail d'équipe et une bonne communication constituent des indicateurs importants des résultats d'une chirurgie. Ils sont aussi reconnus comme des compétences essentielles dans la promotion d'une culture de la sécurité en salle d'opération. Selon une analyse des causes fondamentales d'événements sentinelles réalisée par la Joint Commission for Accreditation of Hospital Organizations (JCAHO), plus des deux tiers de ces événements impliquaient des problèmes de communication. De façon similaire, des études observationnelles prospectives ont démontré qu'à mesure que diminue la qualité du travail d'équipe peropératoire et de la communication, on note une augmentation connexe de la morbidité et de la mortalité peropératoires. En outre, les recherches ont conclu que les fournisseurs de soins de santé perçoivent un lien entre les comportements interpersonnels qui nuisent au travail d'équipe et à la communication (comportements négatifs) et des événements peropératoires défavorables.

Toutefois, une grande partie des études antérieures sur les comportements négatifs utilisaient des méthodologies limitées. Ces études ont utilisé des instruments aux propriétés psychométriques n'ayant pas fait l'objet d'études poussées. Le fait de cibler un nombre limité de professions peropératoires (c.-à-d. presque exclusivement la profession d'infirmière) s'est traduit par une couverture biaisée du problème. Qui plus est, on a souvent présumé que les auteurs de comportements négatifs sont les médecins et les membres de la haute direction, et on a présumé que les victimes étaient les infirmières. Enfin, l'échantillonnage des sondages a été relativement restreint et non multicentrique. En raison des limites définies des études précédentes, nous avons créé un groupe collaboratif de chercheurs internationaux intéressés à élucider l'enjeu des comportements négatifs en période peropératoire. Ce groupe de collaboration se compose de chercheurs d'universités canadiennes et américaines, avec la collaboration et l'appui d'organismes de spécialité peropératoire.

Fait à noter, la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA), l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA), l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AII SOC), l'Association canadienne des médecins résidents (ACMR), entre autres, ont aidé le groupe de recherche à préparer et à distribuer le questionnaire. Le premier questionnaire a été distribué au personnel des salles d'opération au Canada, et nous avons reçu plus de 2 000 réponses. Le sondage a subi plusieurs améliorations et a été raccourci, et il est maintenant distribué dans plusieurs centres aux États-Unis. Le Common Issues Group, un organisme formé de chefs de file en anesthésie de pays anglophones partout dans le monde, a aussi donné son appui préliminaire pouvant permettre la diffusion du sondage encore plus loin.

Les principaux objectifs du sondage consistaient à : 1) étudier l'incidence des comportements négatifs au Canada, 2) examiner les indicateurs indépendants de comportements négatifs et 3) déterminer les réactions comportementales courantes des personnes exposées aux comportements négatifs. Malheureusement, les données préliminaires suggèrent que le problème est omniprésent. Environ 66 % des membres du personnel qui travaillent en milieu peropératoire ont déclaré avoir vécu au moins un comportement négatif au cours de la dernière année, et 25 % ont déclaré vivre au moins un événement par mois. Comme on pourrait s'y attendre, lorsqu'on demande aux membres du personnel s'ils ont été témoins de comportements négatifs, l'incidence est encore plus élevée; environ 90 % des membres du personnel en milieu peropératoire ont déclaré avoir été témoin d'au moins un comportement négatif au cours de la dernière année, tandis que 25 % ont déclaré en être témoin chaque jour. Même si l'analyse pour définir qui sont les auteurs de ces gestes est encore préliminaire, il semble que toutes les professions peropératoires présentent ces comportements; nous ne savons pas encore s'il existe des différences importantes entre les professions.

Le groupe de recherche a trouvé les réactions comportementales des personnes exposées aux comportements négatifs très éclairantes. Nous avons classé les réactions comportementales en quatre catégories, en partie sur la base du processus de validation du sondage. Ces catégories sont : 1) coopérative, 2) passive, 3) malveillante et 4) manipulatrice. Même si de nombreux membres du personnel ont eu des réactions coopératives face à ces comportements, l'incidence de réactions malveillantes, manipulatrices et passives fut significative. Essentiellement,

suite à la page 22

suite de la page 21

les réactions passives ont été les plus courantes de toutes les réactions comportementales. Ce type de réaction comprend généralement le fait d'accepter le comportement ou d'éviter un conflit, y compris de diminuer la communication avec les membres de l'équipe; ces réactions ont toutes le potentiel de nuire à une culture de sécurité.

Peu de temps après le début du sondage canadien, il est apparu évident que les étudiants en médecine constituaient un groupe unique, puisque leur objectif principal en salle d'opération consiste à apprendre. Par conséquent, nous avons retravaillé et validé le modèle de réaction comportementale en fonction d'une cohorte de finissants canadiens en médecine. On a insisté sur la façon dont les comportements négatifs pouvaient affecter : 1) l'intérêt pour les professions peropératoires et 2) les comportements d'apprentissage des étudiants. Ce sondage a ensuite été envoyé aux classes de finissants de toutes les écoles de médecine canadiennes avec l'aide de la Fédération d'étudiants en médecine du Canada (FEMC). Les données préliminaires indiquent que l'intérêt des étudiants pour les spécialités chirurgicales pourrait être influencé négativement par l'exposition à des comportements

négatifs. Fait intéressant, l'intérêt des étudiants pour l'anesthésiologie n'a pas été affecté par l'exposition.

Les chercheurs sont particulièrement reconnaissants envers l'appui donné par la SCA à cet effort continu. En effet, la SCA a aidé à répartir et à évaluer les propriétés psychométriques du questionnaire. Nous acceptons actuellement des réponses supplémentaires des membres du personnel en salles d'opération canadiennes, et nous élargirons le sondage à quelques autres pays au cours des prochains mois. L'équipe de recherche souhaite particulièrement étudier si les systèmes de financement des soins de santé et les méthodes de rémunération des médecins (publique, privée, sociale, etc.) ont un impact sur les comportements négatifs. Une fois le problème et ses indicateurs décrits de façon adéquate, nous préparerons une intervention spéciale et la mettrons à l'essai dans quelques salles d'opération sélectionnées partout dans le monde.

Nous invitons tout membre du personnel d'une salle d'opération qui n'a pas encore rempli le sondage, mais aimerait le faire, à suivre le lien suivant : www.fluidsurveys.com/s/ibs

NOUVELLES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

D^R FRANÇOIS GOBEIL, TRÉSORIER ÉLU DE LA SCA

À la suite de l'élection du D^r Douglas DuVal au poste de vice-président, le D^r François Gobeil a été nommé pour le remplacer au poste de trésorier de la SCA à l'occasion de la réunion du Conseil d'administration qui a eu lieu en juin à St John's. Le D^r Gobeil continuera d'occuper ses fonctions en tant que représentant du Québec jusqu'à la fin de ce mandat. Il occupera les fonctions de trésorier pendant les deux années qui restent au mandat pour lequel le D^r Douglas DuVal avait été élu en 2013.

Diplômé de l'Université de Montréal et anesthésiologiste à l'Hôpital Pierre-Boucher de Montréal, le D^r Gobeil est un conférencier reconnu dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Il est l'actuel président de l'Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ) et un ancien vice-président de l'Association médicale du Québec.

LA SCA CHOISIT UNE NOUVELLE ENTREPRISE POUR LA GESTION DU CONGRÈS

Après un examen rigoureux des propositions reçues de plusieurs entreprises qualifiées en gestion de congrès pour la gestion des congrès annuels de la SCA de 2015 à 2017, le Comité exécutif a recommandé que l'on retienne les services d'Intertask. Le Conseil d'administration a approuvé la recommandation à l'occasion de sa réunion du 17 juin à St John's.

La SCA exprime sa gratitude envers MCI Canada pour les services qu'elle a rendus à la SCA. Le Conseil a particulièrement pris note de la façon dont MCI a géré la situation après l'annulation du Congrès annuel de 2013 à Calgary.

CHOISIR AVEC SOIN

Choisir avec soin est le pendant francophone de Choosing Wisely Canada, une campagne qui encourage un dialogue entre le médecin et son patient concernant les tests, traitements et interventions inutiles, et qui soutient les efforts des médecins pour aider les patients à faire des choix intelligents et efficaces pour assurer des soins de

très grande qualité. La campagne vise à encourager et à habiliter les médecins à assimiler, évaluer et mettre en œuvre la quantité toujours croissante de données probantes sur les pratiques exemplaires courantes. La campagne soutient également le rôle tout aussi important joué par la sensibilisation du patient et la nécessité de dissiper la fausse notion qu'un « plus grand nombre de soins équivaut à de meilleurs soins ».

Choisir avec soin s'inspire de la campagne Choosing Wisely®, qui a connu un immense succès aux États-Unis. Jusqu'à présent, 60 sociétés médicales en font partie afin d'élaborer les listes des cinq tests et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger – des éléments pour lesquels il existe de fortes preuves de surutilisation, de gaspillage ou même de préjudice aux patients. Sous la direction de la D^{re} Wendy Levinson et de l'Association médicale canadienne (AMC), en partenariat avec différentes sociétés nationales de spécialités médicales, Choisir avec soin a lancé sa

suite à la page 23

suite de la page 22

première vague de recommandations le 2 avril 2014. La SCA prévoit se joindre à la seconde vague de sociétés de spécialités pour formuler des recommandations dans le cadre de cette importante initiative nationale et internationale.

ENVOYEZ-NOUS VOTRE TOP 5!

Ne manquez pas le sondage sur Choisir avec soin qui vous sera envoyé par courriel en octobre. Nous avons besoin de votre aide pour nous aider à choisir la liste des 5 tests et traitements que nous devrions continuer à offrir.



PROJET PILOTE CANAIRES POUR LA DÉCLARATION D'INCIDENTS

La SCA, en collaboration avec les sociétés nationales de spécialités d'Australie et de Nouvelle-Zélande

ainsi que leur organisme conjoint de réglementation, élabore un système en ligne de déclaration des incidents en anesthésie.

Le Dr Scott Beattie, du Département d'anesthésie et de prise en charge de la douleur à l'Hôpital général de Toronto, a pris la direction du projet en ce qui concerne l'emplacement pilote au Canada. Une base de données sur le Web permettra aux anesthésiologistes de déclarer des incidents critiques et les cas de quasi-accident en période périopératoire.

CHANGEMENT DE NOM DU COMITÉ DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

À la suite d'une recommandation du Comité des professions paramédicales visant à renommer le comité afin de lui donner un nom plus représentatif du rôle en évolution des professionnels de la santé, le Conseil d'administration a approuvé un changement de nom suggéré par le comité. Le comité s'appellera dorénavant le Comité sur les équipes de soin en anesthésie.

APPROBATION DU RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Le rapport final qu'a remis le Dr Douglas DuVal au Conseil d'administration à titre de trésorier décrit la position financière générale de la Société « meilleure que prévue » en fin d'exercice en raison de l'annulation du Congrès annuel de 2013 à Calgary. Sur un budget de 3,69 millions de dollars, la perte réelle enregistrée fut de 180 000 \$ comparativement à une perte budgétée de 105 000 \$, avec une diminution correspondante des actifs nets qui sont passés de 1,85 million de dollars au début de l'exercice à 1,67 million de dollars en fin d'exercice.

En approuvant le rapport du vérificateur pour 2013, le Conseil d'administration a aussi approuvé que l'on mette de côté 700 000 \$ d'actifs nets dans un fonds affecté à l'interne comme façon de se prémunir contre toutes pertes futures.

Pour consulter le rapport du vérificateur, ouvrez une session sur le portail des membres, puis saisissez l'URL qui suit dans la barre d'adresse : https://www.cas.ca/Members/Page/Files/129_Web-CAS-Fin-Stmts-2013-final-En.pdf

UNE BRÈVE HISTOIRE DU JOURNAL CANADIEN D'ANESTHÉSIE

DR DONALD R MILLER, FRCPC

Former Editor-in-Chief
Canadian Journal of Anesthesia

Le 14 juin dernier, la séance plénière d'ouverture du Congrès annuel de la SCA (à St John's, Terre-Neuve) a célébré le jubilé de diamant du *Journal* canadien d'anesthésie (le *Journal*), qui marquait sa 60e année de publication (1954 à 2014). La séance avait pour but d'informer les délégués, du chercheur au lecteur clinicien, de la raison pour laquelle le *Journal* est constamment présenté comme étant un avantage clé de l'adhésion à la Société, de les aider à comprendre pourquoi le *Journal* est bien respecté à l'échelle internationale, et d'informer l'auditoire sur les orientations futures du *Journal* pour faire progresser la base de connaissance en anesthésie, médecine de la douleur, médecine périopératoire et de soins intensifs, et son rôle unique dans la poursuite du développement professionnel.



Le sceau de la Société canadienne des anesthésiologistes : « Nous veillons attentivement sur ceux qui dorment »

suite à la page 24

En tenant compte du contexte historique du *Journal* en tant que publication d'une société, un jalon important fut la création de la Société canadienne des anesthésistes en 1920. Huit ans plus tard, en 1928, la Société est devenue la « section d'anesthésie officielle de l'AMC », l'Association médicale canadienne. Éventuellement, cette section a laissé sa place à une société indépendante, et la Société canadienne des anesthésistes a été établie en 1943. Les membres fondateurs ont été les D^{rs} Wesley Bourne, Harold Griffith, Digby Leigh, Roméo Rochette et Georges Cousineau. Dès le départ, un des objectifs clés des fondateurs de la Société était de faire paraître un journal spécialisé.

Le premier numéro du *Journal* de la Société canadienne des anesthésistes (JSCA) est paru en 1954. Le rédacteur fondateur était le regretté D^r Roderick Gordon, qui en fut le rédacteur en chef pendant une période remarquablement longue s'échelonnant sur près de trois décennies (1954 à 1982) tout en siégeant sur l'équipe de direction à titre de secrétaire de la Société! De petits comités de rédaction composés d'à peine trois ou quatre membres ont collaboré avec le D^r Gordon durant les années 1954 à 1968. Les premiers volumes étaient des résumés d'articles présentés aux congrès annuels et aux rencontres régionales de la Société. Durant la période 1954 à 1970, le JSCA (comme on l'appelait à l'époque) était publié sous forme de publication bilingue trimestrielle en version imprimée uniquement. L'éditeur était les Presses de l'Université de Toronto, et la plupart des activités du *Journal* étaient gérées à l'interne dans les bureaux de la Société à Toronto. Au cours des années 1954 à 1970, les révisions et les articles des réunions régionales et nationales ont graduellement laissé leur place à des articles sur de nouveaux médicaments et des comptes rendus d'études originales. Au début, le contenu était principalement canadien; au début des années 1970, jusqu'à 25 % du contenu rédactionnel provenait d'universités américaines.

Le D^r Douglas Craig a été le deuxième rédacteur en chef du *Journal*, de 1983 à

1987. Avec l'augmentation du nombre d'articles présentés, l'occasion était belle d'élargir le Comité de rédaction. Le D^r Craig a consacré des efforts considérables à veiller à la représentation de chacun des 16 (maintenant 17) départements d'anesthésie des universités canadiennes (ACUDA) – un objectif qui, pour des raisons logistiques, n'a jamais vraiment été atteint. Durant le mandat du D^r Craig, le processus rédactionnel de révision par les pairs a été mis à jour pour garantir une plus grande rigueur dans la sélection et la présentation des articles publiés. En 1985, la fréquence de publication était passée à six numéros par année (bimensuel). En 1987, le titre du *Journal* est passé de *Journal de la Société canadienne des anesthésistes (JSCA)* à *Journal canadien d'anesthésie (JCA)*, dans un effort visant à mieux représenter son internationalisation grandissante quant aux présentations de manuscrits et aux lecteurs. (N. B. : En 1999, dans la version anglaise, la diphtongue « ae » a été éliminée du titre du *Journal*, ainsi que dans le texte de tous les articles publiés.) Un autre changement important durant le mandat du D^r Craig fut le déménagement des locaux commerciaux du *Journal* au siège social de la Société (Toronto), alors que le bureau rédactionnel est demeuré à Winnipeg. Au plan historique, le bureau rédactionnel a déménagé de Toronto à Winnipeg, à Montréal, à Vancouver, à Montréal (une seconde fois!), à Ottawa, et est de retour à Winnipeg pour desservir le sixième rédacteur en chef, le D^r Hilary Grocott.

En 1990, le D^r David Bevan a assumé la direction du *Journal* en tant que troisième rédacteur en chef (1990 à 2003). Le D^r Bevan s'est concentré sur l'internationalisation du contenu rédactionnel du *Journal* et a joué un rôle clé dans la négociation pour la création d'un nouveau partenariat afin de réaliser des CD et des DVD ROM en collaboration avec *Anesthesiology*, *British Journal of Anaesthesia*, *Anesthesia & Analgesia* et le *Journal canadien d'anesthésie*, sous la forme de la Bibliothèque électronique en anesthésie (Electronic Anaesthesia Library (TEAL)). Cette série de CD et par la suite de DVD (avec l'élargissement du contenu) est devenue une ressource clé

au sein des départements d'anesthésie avant les nombreuses percées des journaux en ligne maintenant omniprésents. Le principal avantage de TEAL (à l'époque) par rapport à une bibliothèque accessible sur Internet ou des établissements de recherche, était la capacité d'avoir accès à des articles complets des quatre journaux, plutôt qu'au format Medline plus omniprésent, composé d'un titre et d'un résumé. Même si TEAL a été modérément rentable pour chacune des quatre sociétés hôtes pendant près de dix ans, les progrès des journaux en ligne ont causé la fin inévitable de TEAL en 2007. Dès 1993, la fréquence de publication du *Journal* était devenue mensuelle, et le nombre d'abonnements était en hausse pour dépasser les 3 500. Une autre initiative importante durant le mandat du D^r Bevan fut la décision de lancer la publication d'un journal en ligne. Alors que l'on poursuivait l'impression et la distribution aux Presses de l'Université de Toronto, le premier éditeur en ligne du *Journal* fut HighWire Press, basé à l'Université Stanford (2000).

En 2000, le D^r Jean-François Hardy de l'Université de Montréal est devenu le quatrième rédacteur en chef du *Journal*. Le D^r Hardy s'est concentré à développer des liens et à recruter des membres du Comité de rédaction à l'étranger. En 2002, un changement important dans la politique rédactionnelle fut d'exiger le consentement écrit du patient pour la publication d'études de cas et de rapports sur des études de cas. JCA fut l'un des premiers journaux de la spécialité à avoir une telle exigence, et la plupart des journaux du domaine ont par la suite adopté une politique semblable. Un autre héritage important du D^r Hardy fut l'élaboration et le lancement des modules de développement professionnel continu (DPC) du *Journal* dès 2004. Ces modules ont accru la fréquence de publication, le contenu et l'accessibilité au cours des années subséquentes sous le leadership averti du D^r François Donati, qui fut rédacteur en chef adjoint de 2008 à 2013.

En 2005, le D^r Donald Miller a pris la relève au poste de rédacteur en chef pour une période de neuf ans (2005

suite à la page 25

à 2013). Ce fut une période critique de transition et de changements pour différents aspects du Journal. Après que l'on ait constaté que l'archivage en ligne était seulement complet à partir de 2000, les copies papier de tous les manuscrits de 1954 à 1999 ont été numérisées afin que tous les articles d'avant les années plus récentes soient maintenant offerts librement en ligne, un an après leur publication. De 2006 à 2008, un changement graduel s'est effectué dans le contenu rédactionnel pour s'assurer que tous les articles s'harmonisent à la vision actualisée du *Journal* : « L'excellence en recherche et en traduction des connaissances en lien avec la pratique clinique de l'anesthésie, le contrôle de la douleur, la médecine périopératoire et les soins intensifs »

Dès 2008, il est devenu de plus en plus évident que le modèle traditionnel de publication à l'interne du Journal ne convenait plus pour faire face à tous les changements du monde très dynamique de la publication biomédicale. Cette année-là, le Comité de rédaction et le Conseil d'administration de la SCA ont convenu mutuellement de s'associer à un éditeur externe pour les activités du *Journal*. La recherche d'un nouvel éditeur a conduit à des présentations innovantes de la part des plus importantes et prospères firmes internationales du monde de l'édition savante. En 2008, Springer Science & Business Media, LLM, a été choisi pour devenir l'éditeur de la Société. Peu de temps après, certains changements ont été apportés. Le *Journal* est passé d'une publication fondée sur un numéro à une publication fondée sur les articles. Un identificateur d'objet numérique (DOI) est maintenant appliqué à chaque article, et chaque article est d'abord publié en ligne, avant la version imprimée, pour accélérer le temps de publication. Pour la toute première fois, le Journal offre aussi maintenant la possibilité aux auteurs de publier en libre accès grâce au programme Open Choice® de Springer. À la fin de 2008, les archives du *Journal* en ligne ont été transférées de HighWire Press à SpringerLink (<http://www.springerlink.com.12630>), l'impression et la distribution ont été transférées aux bureaux de Springer à New York, et la

présentation de manuscrits et le système de révision par les pairs ont été déplacés sur le site de direction de la rédaction (<http://cja.edmgr.com>).

Il s'agissait d'importants bonds en avant, et la vitesse des activités rédactionnelles s'est accélérée. Dès 2009, un poste de rédacteur en chef adjoint, deux nouveaux postes de corédacteurs et un poste de rédacteur statistique ont été créés. Ainsi, on a constitué une équipe de rédaction chevronnée pour le Journal, composée de quatre rédacteurs, ainsi qu'un processus plus étendu pour la prise de décision conjointe en matière de rédaction, une révision par les pairs plus rapide et une évaluation biostatistique détaillée pour la majorité des rapports publiés d'études originales. Dans le cadre de la mission de communication du *Journal* on a procédé à la nomination d'autres membres internationaux au Comité de rédaction.

Depuis 2009, ce qui coïncide avec la transition vers un éditeur externe, le *Journal* a grossi de façon considérable. Le nombre de présentations de nouveaux articles dépasse actuellement 750 chaque année. Ces présentations proviennent de plus de 40 pays. On compte actuellement plus de 500 000 demandes d'articles complets par année, dont 58 % proviennent de l'extérieur de l'Amérique du Nord, ce qui démontre la portée et la présence du *Journal* à l'échelle internationale. Le facteur d'impact du journal a augmenté (FI = 2,495 en 2013), et la circulation a pratiquement triplé depuis 2000, pour passer à plus de 8 500 abonnés (particuliers et établissements). On a introduit des avis de citation pour les auteurs, ainsi que des avis de table des matières électronique pour les abonnés. La plateforme en ligne du Journal est mise à jour régulièrement par Springer. En 2013, la plateforme pour les modules agréés de développement professionnel continu (offerts de façon trimestrielle) a été transférée à Knowledge Direct pour améliorer l'expérience utilisateur, et on a offert pour la première fois une application iPad à l'avantage des abonnés.

Dès 2011, des numéros thématiques annuels pertinents d'un point de vue clinique ont été lancés et le *Journal* a commencé à publier chaque

année la version actualisée du Guide d'exercice de l'anesthésie de la SCA. Les politiques rédactionnelles sont maintenant mises à jour régulièrement pour assurer la cohérence avec les pratiques exemplaires actuelles dans le monde de l'édition scientifique et médicale. L'intégrité des publications est rigoureusement surveillée. Un total de 38 articles ont été retirés de 2011 à 2013 pour des motifs éthiques ou d'inconduite scientifique.

Fait tout aussi important, la stabilité d'un cadre d'édition efficace a permis à l'équipe de rédaction de se concentrer, au cours des dernières années, à faire évoluer la politique rédactionnelle, à planifier un contenu rédactionnel plus novateur et à élaborer des numéros thématiques spéciaux sur des sujets pertinents à la pratique clinique, notamment : mécanismes d'anesthésie (février 2011), progrès dans la formation médicale en anesthésie (février 2012), sécurité des patients (février 2013) et médecine de la douleur périopératoire (février 2014). Depuis 2008, le Journal est membre du Committee on Publication Ethics (COPE), et adhère aux politiques rédactionnelles et d'édition du Council of Science Editors (CSE) et de la World Association of Medical Editors (WAME), ainsi que de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Le rédacteur en chef discute aussi régulièrement d'enjeux communs comme les directives aux auteurs et l'inconduite avec les rédacteurs en chef des principaux journaux d'anesthésie à l'échelle internationale. Des efforts considérables ont été apportés pour améliorer l'exactitude et la clarté des articles scientifiques, et permettre un plus grand respect des exigences en matière de rapport provenant des lignes directrices validées en matière de rapport. Le Journal respecte pleinement une nouvelle politique de libre accès du Research Councils UK et de Wellcome Trust en vigueur depuis le 1^{er} avril 2013. Les articles dans le Journal en libre accès sont publiés en vertu de la licence Creative Commons Attribution.

En conclusion, le *Journal* possède une riche et importante histoire. Depuis ses débuts modestes, le *Journal* a mûri et

suite à la page 26

suite de la page 25

pris de l'expansion pour devenir l'un des journaux les plus respectés de son domaine. Une grande partie du succès du *Journal* est attribuable à l'expertise et au dévouement de plusieurs générations de membres remarquables du Comité de rédaction et d'innombrables réviseurs invités. Nous souhaitons la meilleure des chances au Comité de rédaction actuel et au D^r Hilary Grocott, sixième rédacteur en chef du *Journal* et sa pertinence pour nos lecteurs et nos auteurs.

JOURNAL CANADIEN D'ANESTHÉSIE : RÉDACTEURS EN CHEF, ANCIENS ET ACTUEL :

D^r Roderick Gordon (1954 à 1982)

D^r Douglas Craig (1983 à 1988)

D^r David Bevan (1989 à 2000)

D^r Jean-François Hardy (2001 à 2004)

D^r Donald Miller (2005 à 2013)

D^r Hilary Grocott (2014 –)

ARTICLES IMPORTANTS DU JOURNAL CANADIEN D'ANESTHÉSIE (1954 À 2013) :

Articles importants sélectionnés du *Journal canadien d'anesthésie* ayant eu un impact sur la pratique clinique :

Virtue RW, Lund LO, Phelps McK et al. Diffloruro-methyl 1,1,2-trofluoro-2-chloroethyl ether as an anaesthetic agent: results with dogs and a preliminary note on observations with man. *Can Anaesth Soc J* 1966; 13:233 – 41. (Cet article constitue la première description de l'utilisation de l'enflurane chez les humains.)

Oyama T, Shibata S, Matusmoto F et al. Effects of halothane anaesthesia and surgery on adrenocortical function in man. *Can Anaesth Soc J*. 1968; 15 : 258 – 65. (Première de plusieurs études réalisées par ce groupe pour examiner les réactions hormonales face à l'anesthésie et à la chirurgie)

Britt BA, Locher WG, Kalow W. Hereditary aspects of malignant hyperthermia. *Can Anaesth Soc J*. 1969; 16:89 – 97 (L'un des articles

originaux qui montrent qu'au moins dans certains cas, l'hyperthermie maligne est héréditaire.)

Craig DB, Wahba WM, Don HF. Airway closure and lung volumes in surgical positions. *Can Anaesth Soc J* 1971; 18:92 – 8. (L'un d'une série d'articles importants étudiant les conséquences cliniques d'une fermeture générale des voies aériennes dans un contexte périopératoire).

Gelb AW, Knill RL. Subanesthetic halothane: its effect on regulation of ventilation and relevance to the recovery room. *Can Anaesth Soc J*. 1978; 25 : 488 – 94. (Ouvrage précurseur démontrant que de faibles doses d'halothane (0,05 et 0,1 MAC) réduisaient de façon significative les réponses ventilatoires à la désaturation)

Noble WH, Kay JC, Fisher JA. The effect of PCO₂ on hypoxic pulmonary vasoconstriction. *Can Anaesth Soc J*. 1981; 422 – 30. (En permettant de mieux comprendre le SDR, cet article décrit l'utilisation d'un modèle perfectionné pour isoler des

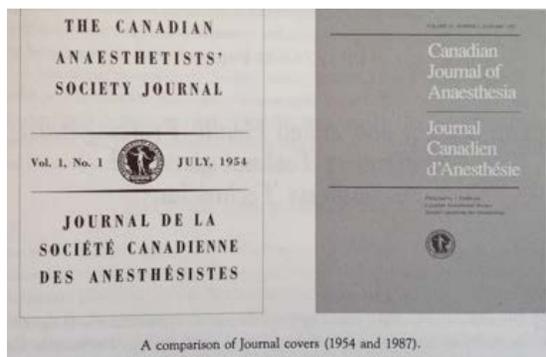
facteurs influençant la vasoconstriction pulmonaire hypoxique (VPH))

Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J*. 1985; 32 : 429 – 34. (Cet article démontrait que la capacité préopératoire de visualiser l'anatomie des voies aériennes supérieures constitue un moyen valide de prédire l'exposition laryngée durant une intubation trachéale)

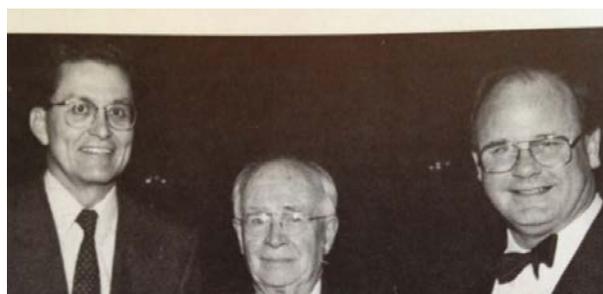
RÉFÉRENCES

Gordon RA, Craig DB, Bevan DR. *The Society's Journal*. Chapter 10 of : "Watching Closely Those Who Sleep: A History of the Canadian Anaesthesiologists' Society 1943 – 93," Supplément du *Journal canadien d'anesthésie*; Volume 40, numéro 6, juin 1993.

Miller DR. A fond adieu and reflections on nine years at the helm of the *Journal* : 2005 – 2013. *Can J Anesth* 2013. DOI 10,1007/s12630-013-0046-0



Évolution des pages couverture de *Journal* de 1954 à aujourd'hui



Les trois premiers rédacteurs en chef, Toronto, 1992 : D^r Rod Gordon (rédacteur, 1954 à 1982) avec à sa gauche le D^r Doug Craig (1983 à 1988) et à sa droite le D^r David Bevan (1989 à 2000). Reproduit avec permission.



Canadian Anesthesiologists' Society
International Education Foundation
Fondation d'éducation internationale
Société canadienne des anesthésiologistes

COMPTE RENDU DE LA FÉI SCA

Voici un bref compte rendu des activités importantes de la FÉI SCA en 2014.

Le D^r Brendan Finucane a succédé au D^r Franco Carli à titre de président du Conseil d'administration (Conseil) de la FÉI SCA le 1er juillet 2014. Le Conseil remercie le D^r Carli de ses nombreuses années de service remarquable, à la fois en tant que membre du Conseil et président, et est très heureux de savoir qu'il continuera de siéger à titre de membre du Conseil. Le Conseil remercie également le D^r Alexandre Dauphin pour sa précieuse contribution en tant que vice-président de la FÉI SCA et a accueilli la nouvelle vice-présidente, la D^{re} Patty Livingston. Le Conseil souhaite également la bienvenue à deux nouveaux membres : Mme Kerri Hornby, qui représente l'industrie, et le D^r Andre Bernard de l'Université Dalhousie.

BURKINA FASO

La D^{re} Angela Enright a visité le Burkina Faso au cours de la dernière année et y voit une chance incroyable pour la FÉI SCA de s'impliquer sérieusement. Le programme de résidence en anesthésie a été créé il y a seulement trois ans. Le pays dispose d'excellentes installations et d'un bon leadership, mais a besoin d'enseignants en anesthésie, en particulier d'enseignants qui parlent français. En plus de la distribution d'oxymètres au Burkina Faso, nous prévoyons y offrir le cours d'anesthésie obstétricale SAFE, et nous espérons être en mesure d'offrir le cours « Former le formateur » d'ici la fin de l'année. La D^{re} Enright a pris la tête de cette initiative et, à l'avenir, nous espérons instaurer un rôle pédagogique plus officiel dans ce pays. La mortalité maternelle constitue un problème important au Burkina Faso. Nous prévoyons avoir besoin de fonds supplémentaires pour démarrer ce nouveau programme et faisons appel à nos membres afin qu'ils gardent cette information à l'esprit, puisque nous lancerons bientôt notre campagne de financement à la fin de cette année.

RWANDA

Nous sommes heureux d'annoncer que le programme au Rwanda progresse très bien grâce aux contributions remarquables des D^{rs} Enright, Carli et Livingston, et grâce à un grand nombre de bénévoles de partout dans le monde, mais principalement du Canada. Au tout début du programme, en 2006, le Rwanda comptait un anesthésiologiste. En huit ans, ce nombre est passé à 10 conseillers. Nous sommes maintenant en train de créer une Société de la médecin de la douleur au Rwanda. Le Rwanda est membre de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes depuis 2012.

GUYANA

L'Université McMaster a créé des liens avec les membres du département d'anesthésie au Guyana et les a aidés à créer un programme d'études officiel. Le programme compte actuellement trois stagiaires et, à mesure que ce programme prend de l'expansion, ils auront besoin d'enseignants en anesthésie. L'anglais est la langue officielle au Guyana. À l'avenir, nous envisagerons une entente officielle entre l'Université McMaster et la FÉI SCA afin d'offrir de la formation en anesthésie au Guyana.

MERCI!

Nous profitons de l'occasion pour souligner le soutien exemplaire que nous recevons des membres de la SCA depuis de nombreuses années. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de votre générosité.

DONATEURS

De mai 2013 à avril 2014



Société canadienne des anesthésiologistes
Fondation d'éducation internationale

Protecteurs (1 000 \$+)

Anthony Boulton
Francesco Carli
Thomas Coonan
Angela Enright
Christine Goossen
Brent Kennedy
Patricia Livingston
OMA Section on
Anesthesiology
Saifudin Rashiq
Robert Blake
Richardson
Paul Slavchenko
Sharon Wiens

Leaders (500 \$ – 999 \$)

Ian Beauprie
Gordon Finlayson
Brendan T Finucane
Foothills Medical
Centre, Department
of Anesthesia
Lynn Hansen
Alayne Kealey
Patrick J Kelly
Phillip Lalande
Teddy Lim
Carolyne Montgomery
Beverly Morningstar
Barbara Pask
Martine Pirlet
John Scovil
Robert Seal
C Brian Warriner
H Clifford Yanover

Supporteurs (250 \$ – 499 \$)

Gregory Allen
John Aschah
Laura Baker
Colin Bands
David Boyle
David Bracco
Eric Brown
D Norman Buckley

Michael Cassidy
Richard Chisholm
Jan Davies
Kathryn DeKoven
Gordon Edwards
Henry Ekwueme
Faye Evans
David Fermor
Allen Finley
Pierre Fiset
Jocelyn Foran
Alison Froese
David Hook
Patricia Houston
David Hughes
Thomas Johnson
Halina Kierasiewicz
Brian Knight
Pradeep R Kulkarni
Indrani Lakheeram
Robert MacNeil
Doug Maguire
Roger Maltby
Renwick Mann
Robert Martinek
Thomas McBride
Robert McBurney
William McKay
Robert McLean
Donald Miller
Gillian Moll
Maureen Murray
Thomas Mutter
Eding Mvilongo
May Ngan
Susan O'Leary
Catherine Paquet
Steve Patterson
Anahi Perlas-Fontana
Desiree A Persaud
Sreevisara Ravinuthala
Mark Rosati
Zdzislaw Sadowski
Geeta Shetty
Martin Shine
Greg Silverman
M Heather Smith

Aviva Stewart
Jennifer Szerb
Jamie Taylor
William A Tweed
Paul Westacott
Julie Williams
Anne Katling Wong
Gordon Wood

Amis (jusqu'à 249 \$)

William Abbott
Neethia Mark
Arsiradam
E John Ashworth
Hans Babst
Eric Jagdeo
Balkissoon
Sukhjeevan K
(Cindy) Basran
Michael Bautista
John Beaver
Philippe Bechard
James Beckstead
Claire Bernard
Jeffrey George
Betcher
Harald Bettger
Sally Bird
Jean Bissonnette
Jan Piotr Blachut
Sylvie Bois
Gregory Bosey
Joseph Bremang
Russell Brown
Jessica Burjorjee
Robert Byrick
Fiona Campbell
David Cannell
Douglas Carrie
Jan Carstoniu
Chi-Keung Chan
Mark Cheesman
John Chisholm
John Clark
David Cohen
Marcus Coneys
Richard Cooper
Sylvain Cote

Robin Cox
Douglas Craig
Brigitte Crepeau
Michele Danelice
Dalhousie University,
Department of
Anesthesia
Ama Degraft-Johnson
Hélène Deslippe
Claire Dionne
Ian Dobson
François Donati
Scott Drysdale
Jean-Yves Dubois
Douglas DuVal
Janet Farrell
Mark Farrell
Alayne Farries
Nigel Findlay-Shirras
Barry Finegan
Elaine Forestell
Joanne Fortier
Jennifer Froelich
Francois Fugere
Koto Furue
Sylvain Gagné
Micheal Gallagher
Sugantha Ganapathy
Nosakhare Gbinigie
Adrian Gelb
Marianne Graham
Ronald Gregg
Mahesh
Guntamukkala
Hang Chu Ha
Linda Hadley
Margaret Haig
John Anthony
Allan Hakes
David Halpenny
Christopher Harle
Raymond Hasel
Trevor Herrmann
Donald Hickey
Patricia Johnson
Ismail Kaloul
Ramona Kearney
Ian Keith

Andrew Klahren
Charles Knapp
Mark Kostash
Marelise Kruger
Murugesan
Kulandaivelu
Edward Lazar
Kenneth LeDez
Trevor Lee
Serge Lenis
Martin Lessard
Mark Levine
Elizabeth Ling
Brenda Lougheed
Simon Lucy
Charles MacAdams
Alison Macarthur
Peter MacEwen
Pirjo Manninen
Christine Manning
John Mansfield
Daniel Martin
Andrew Maykut
David McCaughry-
Cardigos
David McKnight
Elizabeth McLeod
Richard Merchant
Lise Morin
David Morison
Donald Morrison
Jorge Antonio
Rocha Mota
John Murdoch
Patti Murphy
Yvonne Murray
Janice Mustard
Vinod Nair
David Neilipovitz
Kevin Nolan
Robert Nunn
Thomas O'Leary
Elizabeth Oliver
Malone
Ian Ozard
Michael Page
James Paterson
Lindsey Patterson

Thomas Pimblett
Marie Plamondon
Jeremy Pridham
Mateen Raazi
Samir Rafla
Bruce Ramsey
Nikhil Rastogi
Desigen Reddy
Dennis Reid
John Riendl
Edwin Roberts
David Rosen
Guylaine Seguin
Gordon Sellery
Shervin Shahabi-
Gharib
Shane Sheppard
Romesh Shukla
Alexander J Shysh
Christopher Sims
Peter Slinger
Kari Smedstad
Peter Solomon
Sarah Stevens
Jean Taillefer
Alexander Tang
William Taylor
Sean (John) Thomas
Roger H Tiede
Hamed Umedaly
Kristine Urmson
Christina
Van Der Merwe
F L Van Eenennaam
Janet Van Vlymen
Estela Violago
Marcin Wasowicz
John Wetherby
Rajalaxmi Wong
Carine Wood
Isabel Woodhouse
Desmond Writer
Doreen Yee
Masaru Yukawa
Jorge Zamora
Naeem Zubair



Société canadienne des anesthésiologistes

Info Anesthésie est publié par la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA).

La SCA accueille favorablement les commentaires et les suggestions des lecteurs.

Les documents publiés dans Info Anesthésie peuvent être reproduits sans autorisation, si le crédit est accordé.

Éditeur :

Société canadienne des anesthésiologistes
1 Eglinton avenue est, bureau 208
Toronto, ON, Canada M4P 3A1

courriel : anesthesia@cas.ca

télécopie : 416-480-0320

téléphone : 416-480-0602

WWW.CAS.CA