



TABLE DES MATIÈRES

- 1 Message de la présidente
- 2 Rapport annuel et états financiers vérifiés de la SCA en ligne
- 3 Le Congrès annuel 2015 met en valeur l'éducation et le réseautage
- 3 FÉLICITATIONS... au gagnant du tirage pour les évaluations
- 4 Accueil favorable aux améliorations apportées au Congrès annuel de la SCA
- 5 La création LEGO de Lucie suscite beaucoup d'intérêt
- 5 Le tirage organisé par la FCRA a permis d'accumuler plus de 4 000 \$*
- 6 À la recherche de l'excellence
- 7 Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie* – DPC en ligne.

NOUVELLES

- 8 Résolution historique de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée à l'unanimité
- 8 Compte rendu sur la campagne Choisir avec soin
- 9 Donateurs de la FÉI SCA
- 10 Nouvelles de la FÉI SCA
- 11 Le Burkina Faso a besoin de votre aide
- 12 Article du gagnant 2015 du Prix de l'étudiant(e) en médecine
- 14 Nouvelles du Conseil d'administration
- 15 Histoire de l'anesthésie universitaire au Canada - Sommaire
- 16 American Society of Anesthesiologists
- 17 La Personnelle
- 18 FCRA

VOLUME 30
NUMÉRO 3
SEPTEMBRE
2015

www.cas.ca

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

INFOANESTHÉSIE

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE



Les membres de la SCA doivent maintenant être au courant de nos efforts proactifs dans la campagne Choisir avec soin. J'ai le plaisir de vous informer que cette campagne continue de prendre de l'essor, et nous avons

reçu la confirmation que le lancement officiel des « cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger » de la SCA se fera en septembre. Il s'agit d'un important bond en avant.

Lancée par Choisir avec soin, la liste destinée aux anesthésiologistes canadiens a mobilisé des opinions de partout au Canada et a reçu l'approbation de la SCA (pour consulter la liste complète, allez à la section Compte rendu sur la campagne Choisir avec soin à la page 8). Les prochaines étapes importantes de la campagne incluent un dialogue élargi et plus en profondeur avec les anesthésiologistes de partout au Canada. Je crois qu'en principe nous sommes tous « au même diapason », et les discussions et efforts de notre profession soutiendront le dialogue continu.

Plus précisément, jetons un œil sur l'un des éléments de notre liste :

2 : Ne demandez pas d'électrocardiogramme de base pour des patients asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque.

À titre d'exemple, à l'hôpital où j'exerce, il existe une longue liste d'indications pour un ECG préopératoire. Selon ces indications, tous les patients de plus de 40 ans doivent passer un ECG dans les 90 jours précédant une chirurgie, même s'ils sont en parfaite santé. J'ai fait partie de ces patients il y a quelques années, lorsque j'ai été opérée à l'épaule. Je suis en santé et je ne crois pas que cet examen était nécessaire, tout comme l'anesthésiologiste qui s'occupait de moi.

Du point de vue d'un anesthésiologiste, cette liste détaillée d'indications pour un ECG signifie que les patients qui n'ont pas besoin d'un ECG doivent en fait en subir un en raison de cette politique – et non en raison d'une indication médicale valide. Les ECG nous fournissent des renseignements utiles et nous aident à prodiguer des soins de qualité à de nombreux patients – lorsque nous choisissons avec soin.

À l'hôpital où j'exerce, j'ai l'intention d'avoir une discussion sur le fait de choisir les examens préopératoires avec soin. Je vous invite à faire de même avec vos collègues d'hôpital. Ne manquez pas de consulter le site Web de la SCA pour obtenir des renseignements et des ressources conçues pour vous aider à défendre le fait de « Choisir avec soin ».

D^{re} Susan O'Leary, FRCPC

Rapport annuel et états financiers vérifiés de la SCA en ligne

Rendez-vous à Portail des membres :
Documents de référence / Rapports
annuels et états financiers

<http://www.cas.ca/Membres/Documents>



LOI CANADIENNE ANTI-POURRIEL : nous avons besoin de votre autorisation



N'oubliez pas de nous donner votre consentement lorsque nous demandons votre autorisation.

LES MÉDIAS SOCIAUX AU BOUT DE VOS DOIGTS

Demeurez à jour, informés et sur la bonne voie concernant les dernières discussions... Inscrivez-vous et profitez :

-  D^{re} O'Leary sur Twitter : @Susanolearynl
-  SCA sur Twitter : @CASupdate
-  Rejoignez la conversation avec #CAS_SCA2015
-  SCA sur Facebook : facebook.com/CanadianAnesthesiologistsSociety

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2015 – 2016

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 David McKnight Toronto

Trésorier

D^r François Gobeil, Boucherville

REPRÉSENTANTS DES DIVISIONS

Colombie-Britannique

D^r Sukhpal Brar, New Westminster

Alberta

D^r Michael Cassidy, Calgary

Manitoba

D^r Eric Sutherland, Winnipeg

Ontario

D^r Paul Tenenbein, Toronto

Québec

D^r Jean-François Courval, Dorval

Nouveau-Brunswick

D^r Ashley O'Brien, Rothesay

Nouvelle-Écosse

D^r George Kanellakos, Halifax

Île-du-Prince-Édouard

D^r Haythem Yousif, Charlottetown

Saskatchewan

D^r Ian Lund, Saskatoon

Terre-Neuve-et-Labrador

D^r Jeff Cole, Grand Falls Windsor

Représentante des résidents

D^{re} Kaitlin Duncan, Ottawa

Président de l'ACUDA

D^r Michael Murphy, Edmonton

DÉLÉGUÉS INVITÉS

Directeur général

Randa Fares, directrice
générale intérimaire

Présidente de la FRCA

D^{re} Doreen Yee, Toronto

Président de la FÉI SCA

D^r Brendan 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



LE CONGRÈS ANNUEL 2015 MET EN VALEUR L'ÉDUCATION ET LE RÉSEAUTAGE

La SCA exprime sa reconnaissance envers les nombreuses personnes qui ont contribué au succès du Congrès annuel à Ottawa. Membres du Comité du Congrès annuel et du Comité local d'organisation, présentateurs, modérateurs, exposants, commanditaires et bénévoles, nous vous remercions tous sincèrement.

VOYEZ LES PHOTOS DU CONGRÈS ANNUEL DE LA SCA EN LIGNE...

Vous trouverez les photos du Congrès annuel 2015 de la SCA sur notre page Facebook à l'adresse : <https://www.facebook.com/CanadianAnesthesiologistsSociety>

Si vous désirez obtenir un fichier en haute résolution ou un jeu de photos, veuillez noter le numéro de la ou des photos que vous désirez, et faites parvenir votre demande par courriel à l'adresse webservices@cas.ca



FÉLICITATIONS... AU GAGNANT DU TIRAGE POUR LES ÉVALUATIONS



Le gagnant de l'iPad est le Dr Konya Sriram de Prince Albert (Saskatchewan). C'est la première fois qu'il gagne, et il est particulièrement ravi de pouvoir enfin dire adieu à son vieil ordinateur de huit ans.

« Je me sers uniquement de mon ordinateur pour effectuer des recherches liées au travail à l'hôpital, par exemple pour lire des articles pour mon éducation continue. Ce fut un réel plaisir d'assister au Congrès annuel de la SCA, qui constitue une excellente occasion d'apprendre et de participer aux discussions avec d'autres collègues. »



VANCOUVER
CAS ANNUAL MEETING 2016

JUNE 24 – 27

Congrès annuel 2016 de la SCA : Vancouver (Colombie-Britannique)

Avec pour toile de fond de majestueuses montagnes et l'océan, Vancouver a tant à offrir à ses visiteurs – panoramas et attrait spectaculaires, de remarquables spectacles et événements sportifs, des magasins de classe mondiale et plus encore...

Inscrivez ces dates à votre calendrier et joignez-vous à nous à l'occasion du **Congrès annuel 2016** du **24 au 27 juin**.

ACCUEIL FAVORABLE AUX AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU CONGRÈS ANNUEL DE LA SCA COMMENTAIRES POSITIFS DES PARTICIPANTS

PAR JANE TIPPING, MAEd, CONSEILLÈRE EN FORMATION

En 2015, le Groupe de travail du Congrès annuel (GTCA) a continué de chercher des occasions d'améliorer l'expérience d'apprentissage des participants. Sur la base des commentaires positifs formulés par les participants au Congrès annuel 2014 à St John's, le GTCA continue d'être engagé et actif.

Voici un résumé des améliorations offertes aux participants des Congrès annuels 2014 et 2015.

Améliorations apportées au Congrès annuel en 2014

- Utilisation de lumières d'intervalle de temps pour aider les présentateurs à respecter la limite de temps;
- Création de formulaires de commentaires pour les ateliers, permettant ainsi aux participants de demander des crédits de Section 3 du Collège royal pour leur participation aux ateliers;
- Offre d'un réseau sans fil (WiFi) dans tous les locaux du Congrès;

- Offre d'accompagnement individuel pour les conférenciers.

Améliorations apportées au Congrès annuel en 2015

- Recours aux pairs observateurs qui formulent des commentaires détaillés non évaluatifs aux conférenciers sur des compétences précises liées à la présentation;
- Conception d'un module destiné aux modérateurs portant sur des trucs pour accroître la participation du public, garder les conférenciers dans le sujet, et gérer des situations difficiles. Il est possible d'obtenir des crédits de Section 3 du Collège royal si l'on suit le module;
- Utilisation de l'outil Poll Everywhere dans plusieurs séances – une forme simplifiée de système interactif de réponse qui permet une plus grande participation du public et qui peut également emmagasiner des données pour l'élaboration ultérieure de sujets d'intérêt pour le public;
- Utilisation d'évaluations électroniques;
- Utilisation de l'outil GoToWebinar, qui a permis d'augmenter la participation à distance des membres dans l'impossibilité d'assister au congrès en personne.

Restez à l'affût!

LA CRÉATION LEGO DE LUCIE SUSCITE BEAUCOUP D'INTÉRÊT



D^{re} Lucie Filteau



Maquette en blocs LEGO de la façade de l'Hôpital d'Ottawa créée par la D^{re} Filteau

Le modèle d'appareil d'anesthésie exposé au stand de la FCRA a suscité énormément d'intérêt et de discussions – et en le regardant de près, on pouvait constater qu'il était fait de blocs LEGO. Fabriqué par la D^{re} Lucie Filteau, membre de la SCA, le modèle comptait « au moins » 800 blocs LEGO (Lucie a perdu le compte!) et a nécessité 55 à 60 heures de travail sur quatre mois.

Dans sa vie professionnelle, Lucie est anesthésiologiste au département d'anesthésie de l'Hôpital d'Ottawa. Chez elle, elle élève deux garçons actifs, Alex et William, avec son mari, Michael Gale.

Il y a environ 18 mois, Lucie s'est rendu compte que les garçons passaient de plus en plus de leurs temps libres avec son mari dans la salle LEGO de la famille. Elle cherchait une occasion de passer du temps de qualité en famille, un moment où tous pourraient être réunis.

« Je n'avais rien fait de créatif depuis de nombreuses années et je voulais passer du temps avec les garçons », se rappelle Lucie. « Les blocs LEGO sont amusants et excitants. On peut créer quelque chose d'unique et de flexible, puis le démonter et bâtir quelque chose d'autre. »

Pour son premier « gros » projet, Lucie a dessiné la façade de l'Hôpital d'Ottawa pour s'inspirer. Elle a créé la structure en blocs LEGO et les gens de l'hôpital ont tant aimé sa création qu'ils l'ont exposée bien en vue à l'hôpital à l'occasion du 90^e anniversaire de l'établissement. D'autres projets ont suivi, à mesure que la dextérité et l'habileté de Lucie avec les blocs LEGO ont continué de croître. La famille assiste régulièrement à des conventions de LEGO partout dans le monde, et avec le nombre de visualisations de Michael sur les médias sociaux (plus de 2,5 millions), ils sont bien branchés.

Quels sont les plans à l'horizon pour Lucie et les blocs LEGO?

« Je fais partie d'un club de création LEGO appelé ParLUGment (« LUG » = LEGO User Groups). Nous prévoyons bâtir 150 créations LEGO qui représentent des éléments canadiens que nous exposerons durant les célébrations entourant la Confédération en 2017. Les blocs LEGO ne sont vraiment pas que pour les enfants! »

L'appareil d'anesthésie en blocs LEGO a suscité beaucoup d'intérêt lors du tirage organisé par la FCRA



Vous pouvez voir les créations en blocs LEGO de Lucie à l'adresse : <https://www.flickr.com/photos/luciefilteau/albums>

LE TIRAGE ORGANISÉ PAR LA FCRA A PERMIS D'AMASSER PLUS DE 4 000 \$

Créé et offert par la D^{re} Lucie Filteau, membre de la SCA, l'impressionnant appareil d'anesthésie en blocs LEGO ayant fait l'objet d'un tirage au stand de la FCRA dans le hall des exposants au Congrès annuel de la SCA a suscité beaucoup d'intérêt et fait vendre de nombreux billets.

Félicitations au D^r Gregory Hare (Hôpital St Michael's, Toronto), l'heureux gagnant, et merci à tous ceux qui ont fait un don et ont aidé la FCRA à amasser plus de 4 000 \$.





Canadian Anesthesiologists' Society
Société canadienne des anesthésiologistes

IN SEARCH OF/À LA RECHERCHE DE L' EXCELLENCE



Gold Medal Médaille d'or

Dr Davy Cheng
London, ON



Research Recognition Mérite en recherche

Dr Ban Tsui
Edmonton, AB



Clinical Teacher Enseignement clinique

Dr Eric Jacobsohn
Winnipeg, MB



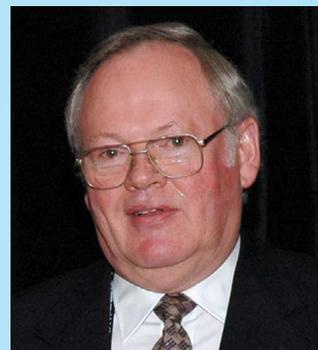
Clinical Practitioner Pratique clinique

Dr Frederick Baxter
Hamilton, ON



John Bradley Young Educator Jeune éducateur John-Bradley

Dr Barton Thiessen
St Johns, NL



Emeritus Member Membre émérite

Dr John Cowan
Ottawa, ON

The **2016 Call for Nominations** is posted on the CAS website under **"Awards and Grants"**.

L'appel **de candidatures 2016** a été précédemment annoncé aux membres et est publié sur le site de la SCA dans la section « **Subventions et bourses** ».

Deadline / Date limite

October 23 / Le 23 octobre 2015

visit / visitez

www.cas.ca

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

MODULE DE DPC : La prise en charge des voies aériennes difficiles chez l'enfant
septembre 2015

ÉGALEMENT DISPONIBLES :

- La neutralisation de l'anticoagulation induite par la warfarine lors d'interventions chirurgicales urgentes
juin 2015
- La prise en charge clinique de la ventilation unipulmonaire sur un poumon, étape par étape
décembre 2014
- Approches cliniques et échographiques au chevet du patient pour la gestion de l'instabilité hémodynamique : 2^e partie : l'échographie au chevet en cas de choc hémodynamique
novembre 2014
- Approches cliniques et échographiques au chevet du patient pour la gestion de l'instabilité hémodynamique — 1^{re} partie : L'approche clinique
septembre 2014
- 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

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

RÉSOLUTION HISTORIQUE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

La résolution 68/31 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulée « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle » a été adoptée à l'unanimité lors de la 68^e Assemblée mondiale de la santé.

Cette résolution historique permettra de favoriser le renforcement national des capacités, le renforcement des systèmes de santé et, de façon générale, un meilleur établissement des priorités en soins chirurgicaux essentiels et en anesthésie pour ceux qui en ont besoin, souvent à l'échelle communautaire et des hôpitaux de district.

De nombreux États membres ont appuyé la résolution. De nombreuses organisations, y compris la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes, ont joui d'un statut consultatif auprès de l'OMS et ont fait des déclarations officielles durant la séance en appui à la résolution sur les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie.

Pour lire la résolution, rendez-vous à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_CONF1-fr.pdf



COMPTE RENDU SUR LA CAMPAGNE CHOISIR AVEC SOIN LES CINQ PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA SCA

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 examens, traitements et interventions inutiles, et qui soutient les efforts pour faire des choix intelligents et efficaces pour assurer des soins de très grande qualité. La SCA a répondu activement à la demande de Choisir avec soin faite à toutes les associations canadiennes de médecins spécialistes pour aider à préparer une liste des « cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger ».

« Nous appuyons entièrement la notion de meilleurs soins en anesthésie pour les patients tout en assurant du même coup une utilisation efficace de nos ressources en soins de santé », déclare la D^{re} Susan O'Leary, présidente de la SCA. « La participation de la SCA à cette campagne est dans l'intérêt supérieur de nos membres et de nos patients, et nous sommes très heureux d'avoir établi notre liste des « cinq principaux examens et traitements ».

La liste des « cinq principaux examens et traitements » a suscité des discussions chez les anesthésiologistes quant à la définition de ce qui constitue des examens, interventions et traitements appropriés et nécessaires. Cinq examens préopératoires sont principalement ressortis à la suite du premier sondage de la SCA pour la

campagne Choisir avec soin. Les anesthésiologistes et les professionnels de la santé périopératoire au Canada s'aideront de cette liste, qui est coordonnée par la SCA conformément aux principes qui suivent et formulés par Choisir avec soin :

- Le processus d'élaboration est rigoureusement documenté et public.
- Chaque recommandation se situe dans le champ d'exercice de la spécialité.
- Les examens, traitements et interventions incluent ceux qui sont (a) fréquemment utilisés et qui (b) n'exposent pas les patients à un préjudice ou au stress.
- Chaque recommandation est appuyée par des données probantes.

Le forum Choisir avec soin au Congrès annuel de la SCA à Ottawa a présenté des données probantes appuyant les recommandations et a suscité des discussions utiles. Depuis, l'équipe Choisir avec soin de la SCA peaufine les recommandations concernant les « cinq principaux examens et traitements » et rédige une ébauche de stratégies pour soutenir leur mise en œuvre. En temps voulu, on sollicitera l'avis des divisions de la SCA et d'autres intervenants – dans l'objectif de respecter la publication officielle de la liste de Choisir avec soin en septembre.

Restez à l'affût!

Cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1. Ne demandez pas d'analyses de laboratoire de base (formule sanguine complète, analyse de la coagulation ou biochimie sanguine) pour des patients asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque.
2. Ne demandez pas d'électrocardiogramme de base pour des patients asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque.
3. Ne demandez pas de radiographie des poumons de base pour des patients asymptomatiques, sauf dans le cadre d'une évaluation chirurgicale ou oncologique.
4. N'effectuez pas d'échocardiographie au repos dans le cadre d'une évaluation préopératoire pour des patients asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque ou à risque intermédiaire.
5. N'effectuez pas d'épreuve d'effort cardiaque pour les patients asymptomatiques qui subissent une chirurgie non cardiaque à faible risque ou à risque intermédiaire.

DONATEURS DE LA FÉI SCA

De mai 2014 à avril 2015



Société canadienne des anesthésiologistes
Fondation d'éducation internationale

Protecteurs

(1 000 \$ et +)

Anthony Boulton
Francesco Carli
Angela Enright
Brendan T Finucane
Brent Kennedy
Patricia Livingston
Louise and Alan
Edwards Foundation
New Brunswick
Section of
Anesthesia
Saifudin Rashid
Paul Slavchenko

Leaders

(500 \$ à 999 \$)

David Ansley
Richard Chisholm
Joel Hamstra
Lynn Hansen
Mark Kataoka
Patrick J Kelly
Brian Knight
Phillip Lalande
Teddy Lim
Roger Maltby
Beverly Morningstar
Susan O'Leary
Martine Pirlet
Robert Seal
Greg Silverman
Ottawa Anesthesia
Primer Project
Patrick Sullivan
Ban Tsui
C. Brian Warriner

Supporteurs

(250 \$ à 499 \$)

Gregory Allen
John Asch
Laura Baker
Colin Bands
Jean Bissonnette
Gregory Bosey

David Boyle
David Bracco
Alan Chu
Thomas Coonan
Jan Davies
Kathryn DeKoven
Claire Dionne
Douglas DuVal
Gordon Edwards
Henry Ekwueme
Pierre Fiset
Jocelyn Foran
Elaine Forestell
Ron George
Leslie Hall

David Hughes
Alayne Kealey
Halina Kieraszwicz
James Kim
Pradeep R Kulkarni
Winifred Lloyd-Smith
Robert MacNeil
Renwick Mann
Robert Martinek
Andrew Maykut
William McKay
Robert McLean
Donald Miller
Gillian Moll
Thomas Mutter
Eding Mvilongo
May Ngan
Thomas O'Leary
Catherine Paquet
Joel Parlow
Barbara Pask
Anahi Perlas-Fontana
Everard M Phala
Mateen Raazi
Bruce Ramsey
Sreevisara
Ravinuthala
Andrea Rigamonti
Asoka Samarasena
John Scovil

Martin Shine
Lesley Anne Sinclair
M Heather Smith
Aviva Stewart
William A Tweed
Kristine Urmson
Martin Van Der Vyver
Paul Westacott
Sharon Wiens
Julie Williams
Anne Katling Wong
Carine Wood
Gordon Wood
H Clifford Yanover

Amis

(jusqu'à 249 \$)

Juan-Francisco
Asenjo
Eric Jagdeo
Balkissoon
Sukhjeewan K
(Cindy) Basran
Michael Bautista
Frederick John
Baxter
Philippe Bechard
James Beckstead
Susan Belo
Randy Benko
Claire Bernard
Harald Bettger
Darcy Bishop
Jan Piotr Blachut
Jean Blier
Sylvie Bois
Sukhpal Brar
Joy Brickell
Jessica Burjorjee
Michael Buss
Natalie Buu
Robert Byrick
Fiona Campbell
David Cannell
Jan Carstoniu
Mark Cheesman

John Chisholm
John Clark
Richard Cooper
Robin Cox
Larry Dallen
Alezandre Dauphin
Hélène Deslippe
Wojciech Dobkowski
Paul Doiron
François Donati
Andrea Dower
Jean-Yves Dupuis
Charles Eckfeldt
Mark Farrell
Alayne Farries
Martina Feierabend
Nigel Findlay-Shirras
William Flexer
Susan French
Koto Furue
Sylvain Gagné
Magdi Gaid
Micheal Gallagher
Julie Germain
Rosaire Giroux
David Goldstein
Ronald Gregg
Daniel Groulx
Mahesh
Guntamukkala
Philip Hamilton
Donald Hickey
Chris Hinkewich
Matthew Ho
John Holmes
David Hook
Patricia Houston
Thomas Johnson
Henri Joncas
Henri Kieto Suka Vita
Marelise Kruger
Jennifer Landry
Denis Larochelle
Susan Leacock
Kenneth LeDez

Serge Lenis
Elizabeth Ling
Charles MacAdams
Alison Macarthur
Peter MacEwen
Pirjo Manninen
David Mark
Carmel Martin
Daniel Martin
Robert McBurney
David McKnight
Richard Merchant
Bethann Meunier
Stephen Middleton
Rebecca Moga
David Morison
Clare Morrison
Donald Morrison
Brian Muirhead
John Murdoch
Janice Mustard
David Neilipovitz
Kevin Nolan
Elizabeth Oliver
Malone
Adebusola Onayemi
Roland Orfaly
Andrew Owen
Michael Page
Marie-Claude
Paradis
Katherine Parlee
Lindsey Patterson
Myriam Paul
John Petrasek
Annie Pharand
Marie Plamondon
Stephanie Power
MacDonald
Brian Price
Jeremy Pridham
Samir Rafla
Ian Randall
Nikhil Rastogi
Desigen Reddy
Dennis Reid

Rick Retallick
John Riendl
David Rosen
Douglas Seal
Guyline Seguin
Gavin Semelhago
Shervin Shahabi-
Gharib
Lorne Shaw
Shane Sheppard
Frank Shiffman
Romesh Shukla
Alexander J Shysh
Christopher Sims
Peter Slinger
Kari Smedstad
Bernard Sowa
William Splinter
Shean Stacey
Sophie St-Onge
David Storey
Tom Suhadolc
Ibrahim Sulaiman
Summer Syed
Paul Syslak
Jean Taillefer
Alexander Tang
Jamie Taylor
William Taylor
Roger H Tiede
Gary Townsend
Kim Turner
Hamed Umedaly
Janet Van Vlymen
Marcin Wasowicz
Davinia Withington
Clinton Wong
Karen Wong
Doreen Yee
Jian Yu
Masaru Yukawa
Jorge Zamora
Naeem Zubair

Le conseil d'administration de la FÉI SCA a tenu une séance de planification stratégique à l'occasion du Congrès annuel de la SCA à Ottawa, en juin dernier. Les membres du conseil ont été nombreux à y participer, et un rapport final est en cours de préparation.

Nous comptons maintenant 12 membres du conseil, avec des représentants de partout au pays, y compris pour les résidents. Il s'agit d'une augmentation importante du nombre de membres du conseil, qui est passé de 6 à 12.

Le Symposium annuel de la FÉI SCA à Ottawa a connu un grand succès cette année, et nous avons eu droit à trois excellentes présentations des D^{rs} Dylan Bould, Alexandre Dauphin et Nazinigouba Ouedraogo. Le D^r Ouedraogo, un professeur en visite du Burkina Faso, a fait sa présentation en français, avec traduction simultanée en anglais. Les trois présentations ont reçu un accueil très favorable, et la période des questions a été très enthousiaste. Le dîner annuel de la FÉI SCA a aussi connu un vif succès, et le D^r Jeffrey Turnbull, le conférencier de cette année, a fait une excellente présentation intitulée « Caring for Vulnerable Populations in Canada ».

Le Rwanda continue d'être notre programme phare, et nous sommes heureux de vous faire part d'une autre année très réussie là-bas. Nous offrons maintenant ce programme en collaboration avec le programme Global Humanitarian Outreach de l'American Society of Anesthesiologists (ASAGHO), et nous prévoyons envoyer un total de huit enseignants bénévoles au Rwanda au cours de la prochaine année : quatre fournis par la FÉI SCA et quatre du programme ASAGHO. Ce programme au Rwanda a débuté en 2006 et est devenu un excellent programme de résidence. L'année 2016 marquera le 10^e anniversaire de ce programme, et nous prévoyons transférer l'entière responsabilité du programme à l'Université du Rwanda dans cinq ans.

La FÉI SCA a participé à une visite sur le terrain à Haïti en mars dernier. Des représentants de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes, de l'American Society of Anesthesiologists et de la FÉI SCA participaient à cette visite, et ils ont été reçus avec enthousiasme par le milieu de l'anesthésie d'Haïti. L'équipe a promis d'aider à améliorer les normes de soins et l'exercice de l'anesthésie en Haïti.

La FÉI SCA prévoit offrir un programme d'anesthésie sécuritaire au Burkina Faso en novembre prochain.

La FÉI SCA étudie actuellement la possibilité de participer à un programme émergent de formation en anesthésie en Guyana. L'Université McMaster travaille en collaboration avec le ministère de la Santé de Guyana pour renforcer la capacité de ce programme, et nous vous tiendrons informés de toute évolution liée à ce programme touchant la FÉI SCA.

Au nom de la FÉI SCA, je désire profiter de cette occasion pour remercier nos nombreux donateurs de partout au Canada pour leur soutien envers nos missions en Afrique et dans d'autres pays. De plus, je souhaite remercier particulièrement les enseignants bénévoles du Canada et de partout dans le monde pour l'énorme sacrifice qu'ils font afin de partager leurs connaissances avec ceux qui en ont le plus besoin.

D^r Brendan Finucane, FRCPC
Président de la FÉI SCA



LE BURKINA FASO A BESOIN DE VOTRE AIDE!

PAR LA D^{re} ANGELA ENRIGHT, FRCPC



Les instructions pour faire un don se trouvent sur le site Web de la SCA à l'adresse <http://www.cas.ca/Burkina-Faso-oximeters>



Comme bon nombre d'entre vous se souviendront, la FÉI SCA a organisé une énorme campagne de financement il y a quelques années afin de fournir des sphymo-oxymètres Lifebox au Rwanda. Les membres de la SCA ont été si généreux que nous avons été en mesure d'offrir des oxymètres au Rwanda, au Népal et au Burkina Faso.

Pour vous rafraîchir la mémoire, le Burkina Faso est un pays francophone situé en Afrique de l'Ouest. Il s'agit du 3^e pays le plus pauvre au monde, qui compte un peu plus de 17 millions d'habitants. L'espérance de vie moyenne y est de 56 ans, et la mortalité maternelle est d'environ 400/100 000 naissances vivantes. Dans l'évaluation de leurs besoins en sphymo-oxymètres, ils ont déclaré qu'ils comptaient 146 salles d'opération, dont 117 ne possédaient pas d'oxymètres. En octobre 2013, je me suis rendue au Burkina Faso pour offrir les oxymètres et l'enseignement connexe.

Dans le cadre de cette visite, nous avons organisé un cours *Enseigner à l'enseignant* et, récemment, j'ai eu le plaisir de travailler avec deux enseignants burkinabés alors que nous donnions le cours Lifebox au Niger. La FÉI SCA a également reçu le professeur Nazinigouba Ouedraogo à titre de conférencier invité à l'occasion du Congrès annuel de la SCA à Ottawa. Nous créons ainsi une relation continue avec eux et leur programme de résidence en anesthésie, qui existe depuis trois ans.

En décembre 2015, une équipe se rendra au Burkina Faso pour offrir le cours d'anesthésie obstétricale sécuritaire SAFE-OB, parrainé par la FÉI SCA et la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes (FMSA). SAFE-OB (anesthésie plus sécuritaire découlant de l'éducation) est un cours préparé à l'avance sur la gestion de problèmes courants en anesthésie obstétricale. Il a connu beaucoup de succès dans d'autres pays. Consultez le *Journal canadien d'anesthésie* (novembre 2014) pour y lire une description de notre travail à ce sujet au Rwanda.

Dans le cadre d'une étude de suivi sur l'utilisation de l'oxymétrie au Burkina Faso, on a constaté l'adoption de l'oxymétrie dans presque toutes les salles d'opération. Toutefois, il existe un manque criant d'oxymètres pour les salles de réveil et autres endroits critiques des hôpitaux, par exemple les unités d'obstétrique, les unités de soins intensifs et les salles d'urgence. Les anesthésiologistes du Burkina Faso nous ont demandé s'il nous était possible de leur fournir d'autres oxymètres, en particulier pour utiliser dans leurs USPA.

Ainsi, nous lançons un appel spécial aux membres de la SCA pour voir si nous pouvons répondre à leurs besoins. Les oxymètres Lifebox coûtent encore 250 \$ américains. Il en coûterait à chacun d'entre nous moins d'un dollar canadien par jour pendant un an. Tous les dons peuvent être faits à la FÉI SCA, et un reçu aux fins d'impôt vous sera remis. Nous lançons un appel spécial aux divisions de la SCA pour soutenir cette cause. Tous les dons, petits ou grands, sont les bienvenus.

Je crois que tous ensemble nous pouvons y arriver. Merci!



LORSQUE LES NORMES DE SOINS NE SUFFISENT PAS : LA TRAGIQUE HISTOIRE DE LA DOULEUR NÉONATALE

PAR HAI CHUAN (CARLOS) YU

« Jeffrey avait des orifices des deux côtés de son cou, un autre du côté droit de la poitrine, une incision allant du sternum jusqu'à la colonne vertébrale, ses côtes étaient séparées, et une autre artère était attachée près de son cœur. Tout ceci en plus d'un autre orifice du côté gauche pour permettre d'insérer un drain thoracique. L'opération a duré 12 heures. Jeffrey a été éveillé durant toute l'opération. L'anesthésiologiste l'a paralysé avec du Pavulon, un curare médical l'empêchant de bouger, mais il était pleinement conscient. »¹

L'histoire bouleversante de Jeffrey Lawson s'est déroulée en 1985, il y a près de trente ans. À cette époque, l'analgésie périopératoire pour adultes était largement offerte grâce à l'utilisation répandue de la morphine, du fentanyl et d'autres médicaments. De plus, la reconnaissance de la nécessité de contrôler la douleur durant une chirurgie remonte au milieu du XIXe siècle, avec l'arrivée du chloroforme et d'autres analgésiques périopératoires.²⁻³ Alors, plus d'un siècle plus tard, pourquoi n'a-t-on pas administré de médicaments contre la douleur à Jeffrey durant sa chirurgie? De toute évidence, notre compréhension de la douleur chez les enfants, en particulier chez les nouveau-nés, était déficiente. Pour comprendre pourquoi, il faut remonter l'histoire de la douleur pédiatrique.

Des expériences étudiant la douleur chez les nouveau-nés avaient déjà lieu en 1917. Mary Blanton, de l'Université Johns Hopkins, a observé les réactions des nouveau-nés lorsqu'on leur prélevait du sang, qu'ils souffraient d'infections ou lorsqu'on les piquait.⁴ Dans le cadre de cette étude, les stimuli douloureux faisaient en sorte que les nourrissons se retiraient, pleuraient ou se réveillaient, ce qui fit dire à Blanton que « les mécanismes de réflexe et d'instinct chez l'enfant à la naissance sont plus complexes et avancés que ce que l'on croyait. »⁴ Même si cette première étude représentait un pas dans la bonne direction, d'autres études ultérieures ont mis les médecins sur une fausse piste pendant des décennies.

Une série d'études réalisées par Sherman *et al* ont exposé les nouveau-nés à des piqûres d'aiguille sur leurs joues, cuisses et mollets.⁵⁻⁷ Les auteurs ont constaté que même si tous les nourrissons avaient réagi aux stimuli durant la première heure suivant leur naissance, les nouveau-nés manifestaient une

réaction plus grande à des stimuli plus petits de la 1^{re} à la 12^e journée suivant la naissance. Leurs conclusions suggéraient que les nouveau-nés ne sont pas très sensibles à la naissance et deviennent plus sensibles en vieillissant. Toutefois, ces études ne tenaient pas compte des médicaments anesthésiques administrés durant l'accouchement, ce qui expliquerait la dépression néonatale observée après la naissance et l'amélioration subséquente tout au long de l'expérience.⁸

Une autre étude marquante ayant établi l'idée que les nouveau-nés ne pouvaient ressentir la douleur fut celle de 1941 réalisée par Myrtle McGraw, au cours de laquelle on a testé les nouveau-nés à l'aide d'une stimulation par piqûre de la naissance jusqu'à l'âge de quatre ans.⁹ Dans son étude, M^{me} McGraw observait « des mouvements corporels diffus accompagnés de pleurs, possiblement un réflexe local », des signes que nous associons maintenant à la douleur et à l'inconfort chez tout patient. Malgré ses observations, M^{me} McGraw en avait conclu que les 7 à 10 premiers jours de vie représentaient une période d'hypoesthésie, et que « même lorsqu'une sensibilité existe, il est raisonnable de présumer que la médiation neurale ne s'étend pas au-delà du niveau du thalamus. »⁹ Malheureusement, les travaux pionniers de McGraw, Sherman et d'autres ont fait obstacle à la compréhension de la réalité de la sensation de douleur chez les nouveau-nés, et ont mené à des décennies de contrôle sous-optimal ou inexistant de la douleur chez les nourrissons.

En plus des travaux pionniers de McGraw, Sherman et de leurs collègues, certaines croyances concernant la physiologie des nouveau-nés ont aussi contribué au manque de contrôle adéquat de la douleur. Pendant des décennies, on a cru que les nourrissons possédaient un système nerveux central

suite à la page 13

immature exempt de myélinisation, et qui par conséquent ne pouvait percevoir la douleur.¹⁰ De plus, on évitait souvent d'administrer des analgésiques en raison d'inquiétudes liées à leurs effets puissants sur le nouveau-né, en particulier concernant la possibilité d'une dépression respiratoire.¹⁰⁻¹¹ Toutefois, des preuves contraires à ces croyances existaient depuis longtemps dans les ouvrages médicaux. La perception de la douleur chez l'adulte se base sur les fibres C amyéliniques et les fibres A δ finement myéliniques.¹² Ainsi, même si le système nerveux central des nouveau-nés était amyélinique, la perception de la douleur demeurerait hautement possible. Qui plus est, dès 1983 on savait que les voies de transmission de la douleur jusqu'au tronc cérébral et au thalamus sont complètement myéliniques à 30 semaines de gestation, et que les fibres de la douleur thalamocorticales dans la capsule interne et la couronne rayonnante sont myéliniques à 37 semaines.¹³ Il va donc de soi que les nouveau-nés, même prématurés, sont capables de percevoir certains, sinon tous les stimuli douloureux en fonction du degré de myélinisation de leur système nerveux central. En outre, des études sur la circoncision réalisées dans les années 1970 ont démontré des changements comportementaux durables provoqués par la circoncision, qui ont été éliminés par l'utilisation d'une anesthésie locale.¹⁴⁻¹⁵ Ceci a mené les chercheurs à suggérer qu'une douleur non traitée pourrait affecter le développement neurologique et psychosocial des nouveau-nés, et des recherches plus récentes suggèrent que la douleur chez les nourrissons prématurés pourrait contribuer à des retards dans le développement du cerveau.¹⁶ En 1984, Hickey et al ont décrit l'utilisation sécuritaire et efficace du fentanyl et du sufentanil chez des nourrissons devant subir une chirurgie cardiaque, et de vastes études ont par la suite fait ressortir un soutien envers l'utilisation d'une analgésie opioïde chez les nourrissons.^{10,17-18}

L'une des principales percées dans notre reconnaissance de la douleur chez les nouveau-nés a été réalisée en 1985, lorsque Anand et al ont démontré que les nouveau-nés, tant à terme que prématurés, présentaient d'importants symptômes de stress en réaction à une chirurgie sous anesthésie minimale.¹⁹ L'étude et ses auteurs ont reçu beaucoup d'attention de la part du public après qu'un article paru dans le *Daily Mail* ait accusé les chercheurs d'avoir empêché l'utilisation d'une anesthésie chez les sujets de l'étude, alors qu'en réalité la dose d'anesthésique utilisée dans le cadre de leur étude constituait la norme à l'époque.²⁰ Bien que les accusations aient plus tard été abandonnées, l'incident a permis au public d'apprendre que de nombreux bébés ne recevaient pas d'analgésie durant une chirurgie, et qu'il existait des façons sécuritaires d'anesthésier les nouveau-nés pour contrôler leur douleur.²⁰ En 1987, Anand et Hickey ont publié une étude

exhaustive de la douleur chez les nouveau-nés, discutant des aspects physiologiques, hormonaux et neuraxiaux de la douleur chez les nouveau-nés, tout en démontrant clairement que les nouveau-nés réagissent aux stimuli douloureux et peuvent forger des souvenirs de ces stimuli.²¹ Dans leur étude, les auteurs concluaient par un appel au changement dans la façon de contrôler la douleur chez les nouveau-nés, déclarant que « des considérations humanitaires doivent s'appliquer de façon aussi rigoureuse aux soins des nouveau-nés et des jeunes enfants incapables de parler qu'aux soins des enfants et des adultes dans des situations de douleur et de stress semblables. »

L'histoire poignante de Jeffrey Lawson a également joué un rôle clé dans la promotion de la reconnaissance publique de ce qui était autrement un problème inconnu. Après la chirurgie et le décès de Jeffrey peu de temps après, Jill Lawson, la mère de Jeffrey, a écrit des lettres publiées ultérieurement dans *Birth*, *Perinatal Press* et le *New England Journal of Medicine* pour décrire les expériences vécues par Jeffrey. L'histoire de Jill et de Jeffrey a retenu l'attention du public après sa parution dans le *Washington Post*, et elle a changé pour toujours la perception du public. L'injustice vécue par les nouveau-nés subissant une chirurgie sans anesthésie fut rapidement abordée par une déclaration commune de l'American Society of Anesthesiologists et l'American Academy of Pediatrics, qui reconnaissaient la nécessité d'une anesthésie et d'une analgésie ainsi que leur caractère sécuritaire, et le fait que l'âge ou la maturité de l'enfant ne devraient pas empêcher de telles interventions.²² Cet événement a marqué le début d'un important changement de paradigme dans notre compréhension de la douleur chez les nourrissons, et a finalement jeté les bases du contrôle de la douleur pédiatrique d'aujourd'hui.

L'histoire poignante de Jeffrey Lawson est un rappel sobre que ce que nous, dans le milieu médical, considérons être la référence absolue en matière de traitement n'est pas toujours approprié, et peut causer un préjudice aux patients que nous essayons d'aider avec tant d'ardeur. Trop souvent, les médecins administrent des traitements à leurs patients avec une confiance indéfectible envers le fait que les milieux scientifiques et médicaux possèdent toutes les réponses nécessaires pour offrir un contrôle correct et définitif à nos patients. Toutefois, notre compréhension de la physiologie humaine et de la pharmacologie est souvent incomplète et inexacte, et nous ignorons parfois les effets indésirables des traitements que nous administrons. Un autre point important soulevé par le cas Lawson est la puissance de la culture et du statu quo en tant qu'obstacle au changement. Avant le cas de Jeffrey Lawson en 1985, de nombreuses études avaient

démontré la base physiologique de la perception de la douleur chez les nourrissons et établi que les réactions des nourrissons, y compris les mouvements, les expressions faciales et les pleurs étaient en fait des indicateurs de la douleur. Même devant la preuve du contraire, la norme de pratique est restée la même. Ce n'est que lorsque les travaux d'Anand et Lawson ont provoqué un tollé général que les médecins ont été forcés de réfléchir à leurs actions, de réévaluer le nombre croissant de données probantes, et qu'ils ont éventuellement apporté les changements nécessaires à leur façon d'exercer. Même si les histoires effrayantes de

mauvais traitement de nourrissons en douleur se sont produites il n'y a pas si longtemps, nous ne devons pas les laisser devenir des souvenirs lointains. Nous devons plutôt retenir les leçons apprises des erreurs de nos prédécesseurs et nous rappeler que notre compréhension de la médecine est loin d'être complète. De plus, nous ne devons pas tomber dans le piège du statu quo et devons demeurer ouverts et réceptifs à l'ensemble de nos connaissances constamment en évolution, et intégrer les nouvelles données probantes si cela est justifié afin d'améliorer constamment les soins que nous prodiguons à nos patients.

1. Lawson J. Letter. *Birth*. 1986;13:124-125; 2. Artusio JF, Jr. Ether analgesia during major surgery. *J Am Med Assoc*. Jan 1 1955;157(1):33-36; 3. Ramsay MA. John Snow, MD: anaesthetist to the Queen of England and pioneer epidemiologist. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. Jan 2006;19(1):24-28; 4. Blanton MG. The behavior of the human infant during the first thirty days of life. *Psychol Rev*. Nov 1917;24(6):456-483.; 5. Sherman M, Sherman I. Sensori-motor Responses in Infants. *Journal of Comparative Psychology*. 1925;5:53-68; 6. Sherman M. The Differentiation of Emotional Responses in Infants. I. Judgments of Emotional Responses from Motion Picture Views and From Actual Observations. *Journal of Comparative Psychology*. 1927;7(4):265-284; 7. Sherman M, Sherman I, Flory C. Infant Behavior. *Comparative Psychology Monographs*. 1936;12(4):1-107; 8. Maurer D, Maurer C. *The World of the Newborn*. New York: Basic Books; 1988; 9. McGraw M. Neural Maturation as exemplified in the Changing Reactions of the Infant to Pin Prick. *Child Development*. 1941;35(1941):31-42; 10. Hatch DJ. Analgesia in the neonate. *Br Med J (Clin Res Ed)*. Apr 11 1987;294(6577):920; 11. Rees GJ. Anaesthesia in the Newborn. *Br Med J*. Dec 23 1950;2(4694):1419-1422; 12. Schulte F. Neurophysiological aspects of brain development. *Mead Johnson Symp Perinat Dev Med*. 1975;6:38-47; 13. Gilles

F, Leviatan A, Dooling E. *The developing human brain: growth and epidemiologic neuropathology*. Boston: John Wright; 1983; 14. Richards MP, Bernal JF, Brackbill Y. Early behavioral differences: gender or circumcision? *Dev Psychobiol*. Jan 1976;9(1):89-95; 15. Dixon S, Snyder J, Holve R, Bromberger P. Behavioral effects of circumcision with and without anesthesia. *J Dev Behav Pediatr*. Oct 1984;5(5):246-250; 16. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*. Mar 2012;71(3):385-396; 17. Hickey PR, Hansen DD. Fentanyl- and sufentanil-oxygen-pancuronium anesthesia for cardiac surgery in infants. *Anesth Analg*. Feb 1984;63(2):117-124; 18. Marsh DF, Hatch DJ, Fitzgerald M. Opioid systems and the newborn. *Br J Anaesth*. Dec 1997;79(6):787-795; 19. Anand KJ, Brown MJ, Bloom SR, Aynsley-Green A. Studies on the hormonal regulation of fuel metabolism in the human newborn infant undergoing anaesthesia and surgery. *Horm Res*. 1985;22(1-2):115-128; 20. McGrath PJ. Science is not enough: the modern history of pediatric pain. *Pain*. Nov 2011;152(11):2457-2459; 21. Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med*. Nov 19 1987;317(21):1321-1329; 22. Anand K, Stevens BJ, McGrath PJ. *Pain in Neonates and Infants*: Elsevier Health Sciences; 2007.

NOUVELLES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ACCUEIL DE NOUVEAUX MEMBRES DU CONSEIL

Le D^r Ian Lund a été élu à titre de représentant de la Saskatchewan, et la D^{re} Kaitlin Duncan a été élu à titre de représentante des résidents.

NOMINATION D'UN NOUVEAU SECRÉTAIRE

À la suite du départ du D^r Sal Spadafora à titre de secrétaire le 31 août 2015, le D^r David McKnight est le nouveau secrétaire, et son mandat entrera en vigueur le 1^{er} septembre 2015 pour se terminer le 31 août 2016. Le Conseil d'administration a souligné le dévouement et le travail admirable accompli par le D^r Spadafora.

CHOISIR AVEC SOIN

Le Conseil d'administration a ratifié les « cinq principaux choix » pour la campagne Choisir avec soin et a indiqué que l'on sollicitera l'avis et la participation des divisions et d'autres groupes.

INSCRIPTION À CANAIRS

On réalisera un projet pilote de 12 mois pour le système de déclaration des incidents en anesthésie connu sous le nom de CanAIRS. Ce système se base sur le système WebAIRS dirigé par l'Australian and New Zealand Tripartite Anaesthetic Data Committee (ANZTADC) au nom du Conseil d'administration de la SCA.

DISSOLUTION DU COMITÉ DES SERVICES AUX MEMBRES

À la suite d'une recommandation voulant qu'une grande partie du travail du Comité des services aux membres soit accompli par le Comité exécutif et le bureau de la SCA, le Conseil d'administration a approuvé la dissolution du Comité des services aux membres et le transfert de ses responsabilités à la direction de la SCA.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (ICSP)

Le Conseil d'administration a autorisé le renouvellement de l'entente de partenariat entre l'ICSP et la SCA pour l'élaboration de programmes pour le Symposium D^r John Wade - ICSP sur la sécurité des patients.

LE COMITÉ DES NORMES CRÉE UN DOCUMENT FAQ

Le Comité des normes a créé un document FAQ qui constitue une compilation des questions reçues des praticiens concernant les interventions en anesthésie.

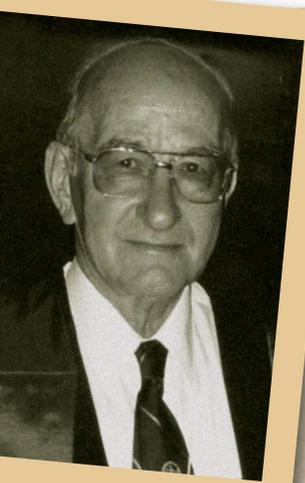
Le document se trouve sur le site Web de la SCA à l'adresse: <http://www.cas.ca/Francais/Guide-d-exercice>



HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE UNIVERSITAIRE AU CANADA

SOMMAIRE

PAR LE D^r DAVID J STEWARD, FRCPC



À la suite de la démonstration faite par Morton de l'anesthésie sous oxyde de diéthyle (éther) à l'Hôpital général du Massachusetts le 26 octobre 1846, la nouvelle s'est répandue rapidement au Québec et au Haut-Canada. Au début de 1847, l'oxyde de diéthyle était utilisé dans le cadre d'interventions chirurgicales chez l'adulte et l'enfant. La méthode d'administration était simple : une goutte sur une éponge ou une serviette, administrée par des médecins de famille ou des chirurgiens. En 1848, le chloroforme est devenu accessible. Une amygdalectomie réalisée très tôt sous anesthésie au chloroforme est bien documentée dans les ouvrages médicaux. Dans ce cas, l'ablation de l'amygdale droite fut réalisée avec succès, mais comme on avait épuisé la réserve de chloroforme, le patient a dû revenir la semaine suivante pour l'ablation de l'autre amygdale!

Les méthodes d'administration de l'anesthésie ont peu changé au cours des 80 années suivantes, tout comme le personnel responsable de l'administrer. L'anesthésie chez les enfants constituait une intervention quelque peu risquée dans les années 1920 et 1930; on rapporte de nombreux cas de décès soudains et inattendus. Le 1^{er} août 1929, le *Toronto Globe* rapportait qu'un cinquième décès au cours des dernières semaines d'un enfant sous anesthésie pour une amygdalectomie s'était produit à l'Hôpital pour enfants malades. L'affection « état thymolymphatique » était fréquemment citée comme en étant la cause, puisque les seules conclusions découlant de l'autopsie étaient une hypertrophie du thymus et une lymphadénopathie généralisée. De façon générale, les enquêtes du coroner à la suite d'un décès sous anesthésie ne blâmaient pas le médecin, même dans un cas évident d'aspiration pulmonaire chez un enfant qui avait mangé peu de temps avant! Sans surprise, le public a commencé à exiger des anesthésistes mieux formés.

L'un des premiers anesthésistes pédiatriques au Canada fut le D^r Charles Robson, qui a dirigé le département à l'Hôpital pour enfants malades. Il s'est joint au personnel de l'hôpital en 1919 et est demeuré en poste jusqu'en 1951. Il a été le premier à utiliser l'intubation endotrachéale, dirigeant une sonde d'aspiration trachéale à travers la glotte avec ses doigts. En 1938, le D^r Digby Leigh s'est joint au personnel du Children's Memorial Hospital de Montréal, et 10 ans plus tard, à Vancouver, a rédigé avec Kathleen Belton le premier ouvrage canadien sur l'anesthésie pédiatrique. Le travail de ces anesthésistes pédiatriques dévoués a été enrichi par les services de médecins de famille dans leurs départements pendant de nombreuses années par la suite à l'Hôpital pour enfants malades, jusque dans les années 1950.

La chirurgie abdominale chez les nouveau-nés tire ses origines de la chirurgie de la sténose du pylore, mais ce n'est que dans les années 1940 que l'on a réussi à traiter des légions

congénitales plus complexes. La première réparation d'une fistule trachéo-œsophagienne fut réalisée à l'Hôpital pour enfants malades en 1944. Dans ces premières années, le taux de mortalité était élevé (78 %), en particulier chez les nourrissons prématurés, mais 15 ans plus tard, ce taux était passé à moins de 20 % chez les nourrissons nés à terme.

Des chirurgies cardiaques pédiatriques furent réalisées pour la première fois à Toronto par Gordon Murray à l'Hôpital général de Toronto et par William Mustard à l'Hôpital pour enfants malades. Chacun disposait d'un anesthésiste dédié l'ayant aidé à développer ce nouveau domaine. Fait intéressant, Ronald Stephen à Montréal et Code Smith à Toronto se servaient de l'oxymétrie durant les interventions cardiaques dans les années 1950. L'équipement qu'ils utilisaient (l'oxymètre auriculaire Millikan) avait été mis au point durant la Deuxième Guerre mondiale pour réaliser des études en aviation. Il aura fallu attendre encore 30 ans avant que l'on utilise de façon universelle l'oxymétrie chez les enfants sous anesthésie.

Dans les années 1950 et 1960, l'épidémie de poliomyélite et la complexité croissante de la chirurgie pédiatrique ont obligé les départements d'anesthésie à jouer un rôle d'avant-garde dans la conception d'unités de soins intensifs. Des ventilateurs mécaniques ont fait leur apparition et ont constitué un moyen de traiter des maladies autrefois mortelles et de gérer les patients à la suite d'interventions chirurgicales beaucoup plus agressives. Dans les années 1960, des postes de boursiers en anesthésie pédiatrique ont commencé à être créés afin de procurer de la main-d'œuvre pour notre surspécialité florissante. Le nombre de postes de boursiers au Canada est passé de 2 en 1968 à 22 en 2012. À l'heure actuelle, le Canada ne dispose pas d'un processus distinct de qualification des spécialistes en anesthésiologie pédiatrique, et il pourrait s'agir de la prochaine étape du processus de mûrissement de la surspécialité.



Plan to attend

ANESTHESIOLOGY[®] 2015

San Diego OCTOBER 24-28

Don't miss the largest educational event in anesthesiology.

15,000 attendees
from more than 90 countries

500 

inspiring sessions: RCLs, PBLDs, Panels, Point Counterpoints, Clinical Forums and Abstract presentations

Abstract presentations
Latest in science and technology
Hands-on workshops
Self-study stations
Simulation seminars
Ultrasound workshops

Learn more
goanesthesiology.org

This activity has been approved for AMA PRA Category 1 Credit™. Directly sponsored by the American Society of Anesthesiologists®.

Mark your calendar for
our future meetings

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



OCTOBER 3-7, 2020
WASHINGTON, D.C.



OCTOBER 9-13, 2021
SAN DIEGO, CA





Vous pourriez économiser davantage sur vos assurances auto et habitation

Des membres de la Société canadienne des anesthésiologistes comme vous pourraient économiser davantage sur leurs assurances auto et habitation grâce aux tarifs de groupe exclusifs.

Découvrez pourquoi la Société canadienne des anesthésiologistes a choisi **La Personnelle** comme assureur de groupe.

Obtenez vos tarifs de groupe exclusifs!

1 888 476-8737
lapersonnelle.com/sca



laPersonnelle

Assureur de groupe auto et habitation

La bonne combinaison.

Certaines conditions, exclusions et limitations s'appliquent.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et La Personnelle, compagnie d'assurances dans les autres provinces et territoires.

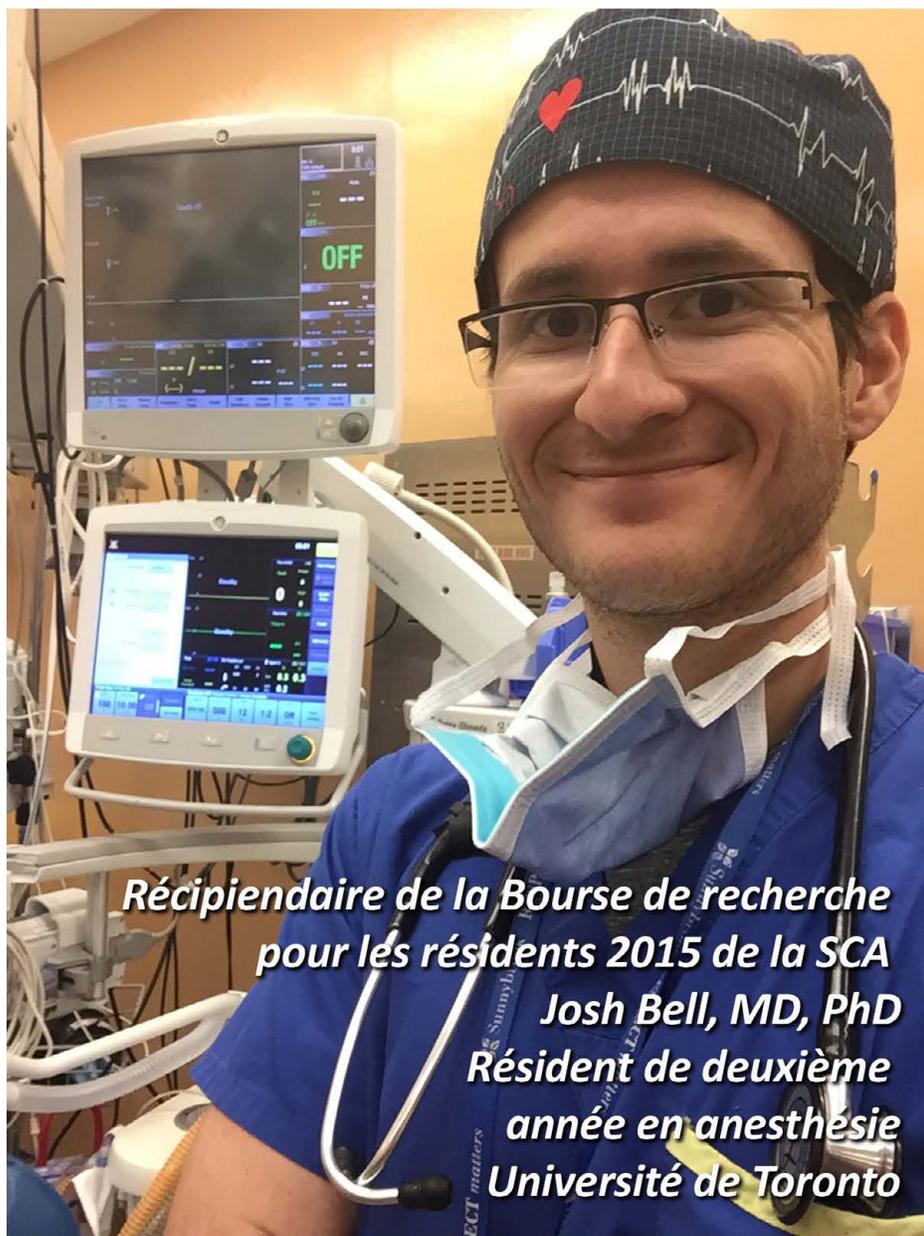
Merci



Ontario's
Anesthesiologists

La FCRA tient à remercier les
anesthésiologistes de l'Ontario
de leur généreux don permettant
de financer la Bourse de recherche
pour les résidents de la SCA

“Je désire sincèrement remercier les anesthésiologistes de l'Ontario et la FCRA de leur généreux soutien envers mes recherches en neuroprotection. En tant que spécialiste des sciences fondamentales, je cherche à comprendre la façon dont les neurones se détériorent à la suite d'un AVC et d'un traumatisme, et ce projet actuel transforme mes travaux en laboratoire en pratique clinique concrète. Les fonds nous aideront à trouver une façon de protéger le cerveau à la suite d'une hémorragie sous-arachnoïdienne et d'améliorer la qualité de vie de ces patients.”



**Récipiendaire de la Bourse de recherche
pour les résidents 2015 de la SCA**

**Josh Bell, MD, PhD
Résident de deuxième
année en anesthésie
Université de Toronto**

Notre profession
mérite une solide
fondation



Canadian Anesthesia Research Foundation
La Fondation canadienne de recherche en anesthésie

www.anesthesia.org/carf



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