



Une Canadienne à la présidence de la Fédération mondiale

En mars 2008, le D^r Angela Enright, de Victoria (Colombie-Britannique), a été élue à la présidence de la Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes. C'est la deuxième fois seulement qu'un Canadien décroche cet honneur. Le premier Canadien à occuper ce poste a été le président fondateur de la Fédération, le D^r Harold Griffith, de McGill, en 1955. Joignez-vous à nous pour féliciter le D^r Enright !



Halifax : une ville hospitalière riche d'histoire et de culture

Les préparatifs vont bon train pour le Congrès annuel de 2008 et le sous-comité organisateur local travaille d'arrache-pied afin de mettre en valeur la ville d'Halifax et la Nouvelle-Écosse auprès du reste du pays.

Familiarisez-vous avec la ville en prenant part à la réception d'accueil, le vendredi soir, au World Trade and Convention Centre, situé au centre-ville d'Halifax. Soyez des nôtres au Quai 21, le Musée national de l'immigration du Canada, le samedi soir, pour la culmination d'une « course fantastique » dans Halifax, alors que des équipes s'affronteront pour remporter la Coupe de la Glotte d'or ! Vos représentants provinciaux ne manqueront pas de demander des volontaires : c'est l'occasion idéale de participer à une version de la célèbre série télévisée « The Amazing Race ». Le marathon de la FCRA aura lieu le dimanche, sur notre parcours habituel du parc de Point Pleasant. Venez

admirer le parc alors qu'il commence à se régénérer après la dévastation causée par l'ouragan Juan. Vous serez impressionné par les nouveaux panoramas que cette tempête a créés.

La soirée d'appariement des vins et des mets a remporté un tel succès l'an dernier que nous avons décidé de l'offrir à nouveau, en plus grand. Et sur demande, nous ajouterons aussi l'appariement des bières et des mets. Ces

deux événements auront lieu le dimanche soir, au Site national historique de la Citadelle d'Halifax; la dégustation de vins aura lieu dans la salle de la Poudrière Nord et la dégustation de bières, à la Bibliothèque du soldat. Nous mettrons en vedette les vins et bières de la Nouvelle-Écosse, accompagnés de mets sensationnels. Le nombre de places est limité, alors assurez-vous de vous inscrire tôt.

Cette année, le dîner du président aura lieu le lundi soir et sera un repas traditionnel de homard et de fruits de mer. Mais ne vous inquiétez pas si vous n'êtes pas amateur de poisson : il y aura d'autres excellents choix au menu. Ce repas aura lieu au Centre Cunard, centre d'embarcation des croisières situé directement dans le port d'Halifax. Nous avons prévu un minimum de divertissement afin de permettre aux délégués de bavarder avec de vieux amis et de faire de nouvelles connaissances. La dernière fois que la SCA s'est réunie à Halifax, nous avons eu deux repas de homard et les places ont toutes été réservées bien avant la date; assurez-vous donc de réserver votre place très tôt !

Les délégués recevront à l'inscription une liste des entreprises qui offrent des excursions ainsi que des renseignements au sujet de quelques courtes visites intéressantes, telles que la promenade à bord du célèbre Halifax Harbour Hopper, véhicule amphibie qui navigue aussi bien dans la ville que dans les eaux du port ! Nous fournirons également une liste des restaurants et de leurs meilleurs plats, recommandés par nos collègues d'Halifax.

Enfin, nous recommandons fortement aux délégués de réserver leur chambre d'hôtel tôt.

Nous avons hâte de vous accueillir à Halifax en juin.

Le président du sous-comité organisateur local,
John G Muir, MB ChB, FRCPC



Dans le présent numéro

Une Canadienne à la présidence de la Fédération mondiale	1
Halifax : une ville hospitalière riche d'histoire et de culture	1
Message du président	2
Nouvelles du Conseil d'administration	3
In memoriam : Ian William Craig White (1950–2008)	3
Bourses de recherche	4
Le coin de la FCRA	5
Mise à jour de la FEI de la SCA	7
Servir les autres ou ses propres intérêts ?	8
Rapport des résidents sur l'assemblée annuelle 2007 de l'ASA, à San Francisco	9

2007~2008 Conseil d'administration

Membres

Président	Shane Sheppard, Saskatoon
Président sortant	Renwick Mann, Peterborough
Vice-président	Pierre Fiset, Montréal
Secrétaire	David McKnight, Toronto
Trésorière	Susan O'Leary, Outer Cove

Représentants des divisions

Colombie-Britannique	Matthew Klas, Vancouver
Alberta	Marion Dobberthien, Calgary
Saskatchewan	Annabelle Mang, Regina
Manitoba	Stephen Kowalski, Winnipeg
Ontario	Geraint Lewis, Ottawa
Québec	Daniel Chartrand, Montréal
Nouveau-Brunswick	Richard Chisholm, Fredericton
Nouvelle-Écosse	Daniel Lazaric, Port Williams
Île-du-Prince-Édouard	Jean-Yves Dubois, Charlottetown
Terre-Neuve-et-Labrador	Michael Bautista, St John's
Représentante des résidents	Julie Lajoie, Hamilton

Membre d'office

Président de l'ACUDA	Homer Yang, Ottawa
----------------------	--------------------

Directeur général

Stanley Mandarich (director@cas.ca)

Délégués invités

Rédacteur en chef du JCA	Donald Miller, Ottawa
Présidente de la FCRA	Doreen Yee, Toronto
Présidente du FEI de la SCA	Angela Enright, Victoria
Représentant du CRMCC	David Parsons, Vancouver

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

Rédacteur en chef

D^r David McKnight

Contributeurs

D^r Richard Bergstrom, D^r Angela Enright,
D^r Mark Knezevich, D^r John G. Muir,
D^r Shane Sheppard, D^r Doreen Yee



Message du président

Sédation : tout le monde veut le faire

La sédation des patients est effectuée à l'échelle du pays par une variété de soignants en plus des anesthésiologistes. Traditionnellement, nous avons toujours administré la sédation pour les interventions effectuées en salle d'opération, mais notre rôle était limité dans le reste de l'hôpital. Or, il se peut que la situation change de façon radicale.

Des forces extérieures à notre spécialité exigent que la SCA réévalue son rôle face à l'administration et à la supervision de la sédation pour divers patients au Canada. Devrions-nous intervenir dans la sédation dans les cas d'endoscopie ou de chirurgie topique de la cataracte ? Et qu'en est-il de l'urgence, des patients externes ou des cliniques privées ?

L'Association canadienne de gastroentérologie nous a demandé notre opinion au sujet de la sécurité de l'administration de propofol par des gastroentérologues lors d'une endoscopie. De toute évidence, ils voient cela comme une amélioration de l'efficacité et de la satisfaction des patients. La pratique actuelle au Canada en matière de sédation pour l'endoscopie varie énormément. La SCA doit formuler une position au sujet de la sédation et de la supervision de la sédation effectuées par d'autres.

La Société canadienne d'ophtalmologie prépare un exposé de principe, *Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Cataract Surgery in the Adult Eye* (lignes directrices factuelles pour la chirurgie de la cataracte chez l'adulte) qui contient une section sur le recours à l'anesthésiologie en fonction de la sélection des patients et de l'administration d'un questionnaire de présélection. Le document

fait référence à notre « pénurie bien documentée de main-d'œuvre » et affirme que notre participation n'est requise que dans 4 % des cas environ. Au Canada, la tendance consiste à faire appel aux assistants en anesthésie pour évaluer et surveiller ces cas de routine.

Certains patients reçoivent une sédation profonde ailleurs qu'en salle d'opération pour diverses interventions diagnostiques et thérapeutiques. Les niveaux de formation des personnes qui administrent la sédation varient grandement et le contrôle est irrégulier.

L'appariement entre le nombre d'anesthésiologistes et la demande au

Des forces extérieures à notre spécialité exigent que la SCA réévalue son rôle face à l'administration et à la supervision de la sédation pour divers patients au Canada.

Canada est un objectif insaisissable. Les répercussions de notre participation à ces secteurs de la sédation est beaucoup plus importante que l'impact imminent de la conjoncture démographique. Nous savons par expérience qu'aux États-Unis et en Australie, la sédation représente jusqu'à 25 % de toutes les factures d'anesthésie. La définition de notre rôle au sein de ce marché aura un effet énorme sur la demande pour nos services.

Dites-nous ce que vous en pensez ! Adressez-vous à vos représentants provinciaux ou envoyez un courriel aux membres de l'Exécutif. Le Conseil d'administration de la SCA continuera de représenter les souhaits de tous les membres, alors que nous poursuivons notre chemin dans un climat de changement constant.

Le président,
Shane Sheppard, MD FRCPC



Nouvelles du Conseil d'administration

Faits saillants de la réunion du 19 et 20 janvier 2008, à Toronto

Groupe de travail sur la planification stratégique

Ce groupe de travail sera dirigé par le Dr Pierre Fiset, vice-président de la SCA. Il aura pour mandat de classer les mesures d'intervention par ordre de priorité (élevée, moyenne et faible), et présentera des recommandations au Conseil à partir des commentaires pertinents reçus, par exemple, des comités. Les cinq ou six priorités jugées les plus importantes seront budgétisées et présentées au Conseil au mois de juin.

La SCA demeure membre du CAGA

La SCA, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada parrainent conjointement un groupe consultatif, le Collaborative Advisory Group for General and Family Practice Anesthesia (CAGA). Chaque année, on demande à la SCA de financer un tiers des coûts du CAGA. Le Dr Robert Seal représente la SCA au CAGA depuis sa création. Le Dr Seal a soumis un rapport énonçant dans ses recommandations que les médecins de famille sont mieux équipés que le personnel infirmier pour administrer l'anesthésie. Le CAGA doit se réunir à Halifax dans le cadre du Congrès annuel de la SCA. On juge important que la SCA continue à participer à ce groupe, car cela nous permet d'intervenir dans des enjeux pertinents pour notre spécialité.

Congrès annuel 2008 à Halifax

La préparation des programmes scientifique et social est presque terminée. La FÉI SCA donnera cette année un cours en extension internationale parallèlement au congrès, soit du vendredi 13 juin au dimanche 15 juin. Le Comité organisateur local s'occupe des derniers détails de la Réception d'accueil, du Défi de la Coupe de la Glotte d'or, du marathon de la FCRA, des activités d'appariement des vins, des bières et des mets, et du Dîner du président.

Congrès annuel 2011 à Toronto

À l'origine, le Congrès annuel de la SCA en 2011 devait avoir lieu à Ottawa, mais le Centre des congrès d'Ottawa est en reconstruction et comme il se peut qu'il ne soit pas prêt à temps, nous avons décidé de tenir le Congrès 2011 à Toronto.

Assistants en anesthésie

Les membres constituants du Comité des professions paramédicales ont examiné les programmes de formation de quatre établissements (l'Institut Michener et le Collège Fanshawe, en Ontario, l'Université Thompson Rivers, en Colombie-Britannique, et l'Université du Manitoba) qui offrent actuellement un programme de formation des assistants en anesthésie. Le Comité collaborera avec la Société canadienne des thérapeutes respiratoires afin d'uniformiser la formation à l'échelle du Canada. Le Conseil a demandé au Comité des normes de formuler un énoncé de principe sur la façon de superviser les assistants en anesthésie qui traitent des patients sous sédation.

Formation continue

Le Comité de la formation continue et du perfectionnement professionnel (CFCPP), conseillé par le Comité de déontologie, a mis à jour les Lignes directrices sur l'industrie et les formulaires de divulgation de la SCA et les a présentés au Conseil pour étude. La SCA répond aux exigences du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et conserve son statut d'organisme habilité à agréer des activités de formation continue. Les renseignements sur l'évaluation des besoins du CFCPP recueillis par le Dr François Donati et le JCA serviront à orienter le contenu du Congrès annuel et des articles de FMC préparés par le JCA. Un processus continu d'évaluation périodique des besoins des membres sera mis en place afin d'orienter les futures activités du CFCPP. Il s'agit d'un effort combiné avec l'ACUDA. La SCA a

embauché un conseiller en éducation médicale afin d'appuyer le Congrès annuel et le CFCPP.

Groupe des enjeux communs

Le Dr Shane Sheppard et M. Stan Mandarin se sont rendus à Sydney, en Australie, afin de prendre part à une réunion du groupe des enjeux communs avec des représentants des sociétés des anesthésiologistes des États-Unis, de la Grande Bretagne et de l'Irlande et de l'Australie (American Society of Anesthesiologists, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, Australian Society of Anaesthetists Ltd.). La réunion a porté principalement sur les ressources humaines du secteur de la santé et sur l'envergure du champ d'exercice. Le Canada accueillera la prochaine réunion de ce groupe à Vancouver, en juin 2009.

Mise à jour au sujet du secrétariat de la SCA

Une directrice ou un directeur des communications sera ajouté au personnel de la SCA. M^{me} Anne Aleixo, auparavant coordonnatrice des adhésions, est maintenant coordonnatrice des événements, avec des responsabilités reliées aux conférenciers, aux prix et distinctions et aux résumés, et autres tâches variées reliées au Congrès annuel. M^{me} Pamela Santa Ana, adjointe à l'administration, assume la responsabilité de la base de données des membres, y compris les renouvellements et les nouvelles inscriptions. Toutes deux, ainsi que M^{me} Yolanda Vitale, coordonnatrice du Journal (responsable de la base de données des abonnements), relèvent de M^{me} Susan Witts, directrice des Finances et de l'Administration.

La FÉI de la SCA

Le Conseil est heureux d'annoncer que la demande de changement de nom de la FÉI SCA a été approuvée. FÉI SCA désigne maintenant la *Fondation* d'éducation internationale (plutôt que le *Fonds*).



In Memoriam : Ian William Craig White (1950~2008)

Le Dr Ian White est décédé à Brampton (Ontario), le 13 mars 2008, à la suite d'une longue maladie. Diplômé de l'Hôpital St. Thomas de London, Ian a accepté un poste à l'Hôpital de St. Boniface, à Winnipeg, en 1982. Ian excellait dans toutes les dimensions de l'anesthésie, mais il s'intéressait avant tout à la neuroanesthésie et c'est dans ce domaine qu'il a très clairement démontré ses compétences. Il a dirigé la section de neuroanesthésie à St. Boniface pendant plusieurs années. Dans tous les secteurs de l'anesthésie, Ian aimait adopter de nouvelles techniques de prestation des soins aux patients. En 2004, Ian est déménagé à Brampton pour devenir directeur général de l'anesthésie du Centre de santé William-Osler.

Surnommé « Big White » par sa famille et ses amis, Ian a contribué à du travail novateur dans plusieurs domaines, au Manitoba et au Canada. Il s'est intéressé dès le début à la question des effectifs médicaux en anesthésie, ce qui l'a amené à s'impliquer à la fois aux niveaux provincial et national. À la SCA, il a présidé le Comité des effectifs médicaux pendant plusieurs années. Au cours de cette période, il a sonné l'alarme par le biais de présentations et de publications au sujet de la pénurie imminente d'anesthésiologistes. Ian est également intervenu dans la création par l'Association médicale du

Manitoba d'une distinction pour services cliniques de longue durée dans cette province.

Au cours de son mandat à la présidence de la SCA (1996-1997) et par la suite, Ian a présidé les séances de planification stratégique de l'organisation, ce qui a entraîné des changements importants à la structure et à la direction de la SCA. Enfin, Ian White a reconnu très tôt qu'il s'imposait d'organiser les interventions en matière de sécurité des patients et de leur donner une structure officielle. Par son travail inlassable dans ce domaine à titre de président du Comité de la sécurité des patients de la SCA, il a apporté sa troisième grande contribution au domaine de l'anesthésie au Canada.

Pour ceux d'entre nous qui connaissaient Ian, c'était toujours une joie de voir la fierté et le plaisir sur son visage lorsqu'il parlait d'Erica et de ses trois enfants. Il encourageait ses enfants à explorer le monde et les a appuyés dans tous leurs projets et entreprises. La période des Fêtes avec sa famille était particulièrement importante pour Ian.

À Erica, Philippa, Catherine et Ziggy, nous tenons à offrir nos plus sincères condoléances. Ian a reçu un témoignage à sa mesure lorsqu'une véritable foule s'est présentée à la célébration de sa vie qui a eu lieu à Winnipeg puis à Brampton en fin mars.

Diane Biehl et Neil Donen

Bourses de recherche

Bourse de recherche D^r R-A-Gordon en sécurité des patients

Pamela Angle

Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Étude contrôlée randomisée de l'effet de l'utilisation de petites aiguilles de péridurale par rapport aux grosses aiguilles sur l'incidence et la gravité des céphalées post-ponction durale

Le D^r Angle est anesthésiologiste en obstétrique et spécialiste en méthodologie de recherche sur la santé au Centre des sciences de la santé Centre des sciences de la santé Sunnybrook et Hôpital Women's College de l'Université de Toronto. Cette étude clinique randomisée d'envergure internationale examinera l'effet de l'utilisation d'aiguilles de péridurale de petit calibre (19G) par rapport à des aiguilles de péridurale traditionnelles de grand calibre sur l'incidence des céphalées post-ponction durale. Plus de 3000 parturientes en travail seront recrutées dans 8 centres au Canada, aux États-Unis et en Israël.

En plus d'examiner l'effet des aiguilles de péridurale de petit calibre sur l'apparition de céphalées post-ponction durale au cours des 14 premiers jours suivant le placement péridural (principal résultat), cette étude examinera aussi des résultats secondaires importants :

- la qualité de vie des femmes souffrant de céphalées post-ponction durale;
- l'apparition de céphalées chroniques chez les femmes atteintes ou non de céphalées post-ponction durale, dans le cadre d'un suivi longitudinal;
- l'efficacité du blood-patch épidural;
- la faisabilité de l'utilisation de cathéters de péridurale plus petits pour l'analgésie péridurale contrôlée par les patientes en travail.

Ce travail fait suite à des études pilote antérieures effectuées par les auteurs afin d'examiner le rendement des pompes d'analgésie péridurale contrôlée par les patientes avec des cathéters de péridurale de 23G et l'analgésie en travail chez un petit groupe de femmes recevant l'aiguille et le cathéter de péridurale de 19G.

Cette étude repousse les limites technologiques. Son objectif global consiste à réduire la morbidité liée aux céphalées post-ponction durale, en plus d'améliorer notre compréhension de son incidence sur les femmes.



Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation

Richard Brull

Hôpital Toronto Western, Toronto (Ontario)

La détection par échographie de l'injection intraneurale peut-elle prédire les lésions nerveuses ?

Le D^r Richard Brull a terminé sa formation de résidence en anesthésie à l'Université de Toronto en 2004 et a suivi une formation de sous-spécialité en anesthésie régionale au Hospital for Special Surgery de l'Université Cornell en 2005. Le D^r Brull est actuellement anesthésiologiste membre du personnel de l'Hôpital Toronto Western et directeur du programme de formation en anesthésie régionale du University Health Network. Il est professeur agrégé d'anesthésie à l'Université de Toronto. En recherche, le D^r Brull s'intéresse au guidage échographique en anesthésie régionale et aux complications neurologiques de l'anesthésie régionale.

Sous la direction du D^r Vincent Chan, le Programme de recherche en anesthésie régionale de l'Hôpital Toronto Western a récemment démontré que l'échographie peut être une méthode fiable de détection de l'injection intraneurale au cours du bloc des nerfs périphériques. L'échographie pourrait ainsi se révéler

utile pour améliorer la sécurité de l'anesthésie régionale en évitant les lésions nerveuses. La présente étude a pour objectif d'évaluer sur un modèle de porc l'association entre l'injection intraneurale détectée par échographie et le déficit neurologique. Plus précisément, la corrélation entre le degré et la forme de l'expansion nerveuse visualisés par échographie au cours d'une injection intraneurale de divers volumes d'anesthésique local et les lésions nerveuses cliniques et histologiques conséquentes seront examinées afin de déterminer s'il existe une image échographique caractéristique de l'injection intraneurale capable de prédire les lésions nerveuses. Si une injection intraneurale détectée par échographie se traduit en déficit neurologique clinique, l'échographie pourrait alors être utile pour réduire le risque de lésions nerveuses associées à l'injection intraneurale au cours du bloc des nerfs périphériques.

Bourse de recherche en anesthésie Laboratoires Abbott Ltée-SCA

Meredith Ford

Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Association entre la demi-vie des bêtabloquants et les résultats cliniques et rythmes cardiaques après une chirurgie non cardiaque

Le D^r Ford est boursière et chargée de cours en anesthésie au University Health Network. Son projet de recherche a pour but de déterminer :

- 1) si les bêtabloquants à action prolongée sont associés à une diminution du taux d'infarctus du myocarde et/ou de mortalité, par rapport aux bêtabloquants à action brève;
- 2) si le contrôle du rythme cardiaque est associé à de meilleurs résultats périopératoires.

Les résultats de ce projet pourraient contribuer à l'orientation future de la conception et de l'interprétation d'études cliniques du bêtablocage périopératoire.

Subvention de recherche en neuroanesthésie Bristol-Myers Squibb Canada-SCA

W. Alan C. Mutch

Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Comparaison des moniteurs EEGo et BIS afin d'évaluer l'émergence de la neuroanesthésie

Le D^r Mutch est anesthésiologiste membre du personnel du Centre des sciences de la santé et professeur et vice-président Recherche et Affaires universitaires du Département d'anesthésiologie de l'Université du Manitoba.

Il effectue des recherches actives dans plusieurs domaines, et s'intéresse tout spécialement à l'application en médecine de la dynamique non linéaire :

1. Test bêta du moniteur EEGo conçu par Walling et Hicks de l'Université Baylor. Ce moniteur utilise des schémas de prolongement qui permettent de représenter le tracé EEG en graphiques tridimensionnels facilement reconnaissables et en corrélation avec la profondeur de l'anesthésie. L'utilisation de ce moniteur sera évalué dans un environnement clinique.
2. Mise au point d'appareils non linéaires de maintien des fonctions vitales utilisant des contrôleurs informatiques afin d'ajouter de la variabilité physiologique à l'alimentation des appareils de maintien des fonctions vitales – y compris des ventilateurs mécaniques et des pompes de perfusion.
3. Modelage mathématique tenant compte des avantages observés des appareils non linéaires de maintien des fonctions vitales.

Le laboratoire a pour objectif général de tenter d'améliorer les appareils de maintien des fonctions vitales afin d'optimiser la prise en charge des patients dans un environnement de soins actifs.

LE D^R STEPHAN SCHWARZ, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, VANCOUVER (C.-B.)

RÉCIPIENDAIRE 2006 DE LA BOURSE DE CARRIÈRE DE RECHERCHE EN ANESTHÉSIE SCA-LABORATOIRES ABBOTT LTÉE

Nous poursuivons nos efforts pour éduquer et informer nos lecteurs au sujet de la recherche en anesthésie et de sa pertinence pour la pratique quotidienne. Dans cet esprit, j'ai récemment interviewé le D^r Schwarz au sujet de l'important projet de recherche qu'il dirige sur les effets de la lidocaïne sur la signalisation et la conductance calciques dans les neurones thalamocorticaux.

Décrivez brièvement le projet de recherche sur lequel vous travaillez actuellement.

Ces études ont pour objectif global d'identifier les mécanismes qui permettent à la lidocaïne systémique de produire ses différents effets thérapeutiques et toxiques dans le cerveau. Nous connaissons tous la toxicité sur le système nerveux central des concentrations élevées d'anesthésique local systémique, mais on a recommencé à s'intéresser récemment aux propriétés analgésiques de la lidocaïne intraveineuse, à la fois pour la douleur postopératoire aiguë et pour la douleur neuropathique chronique. Depuis le début de ce projet, comme il arrive souvent en recherche, certaines observations avec un dérivé quaternaire de la lidocaïne, le QX-314, nous ont entraînés vers une « digression »; par conséquent, outre le travail avec la lidocaïne, nous étudions maintenant aussi les propriétés de ce composé.

Le QX-314 a toujours été considéré comme dépourvu de propriétés anesthésiques locales utiles aux fins cliniques à cause de sa charge positive permanente. Cependant, nous avons découvert dans des modèles animaux que le QX-314, administré en périphérie, produit selon la concentration une anesthésie locale de longue durée à initiation lente et réversible. Ceci soulève la possibilité que les composés d'ammonium quaternaires puissent être cliniquement pratiques comme agents à effet prolongé chez les humains. À part les techniques avec cathéter, nous n'avons pas actuellement de médicament produisant un blocage sensoriel et nociceptif à effet prolongé après une seule administration. Nous avons publié ces résultats dans le journal *Anesthesiology* au mois d'août 2007, et nous avons ensuite été ravis d'apprendre que notre article a été choisi parmi les douze meilleurs de l'année ! Les bourses de carrière en recherche de la SCA ont été essentielles pour nous permettre



d'effectuer ce travail. Nous préparons actuellement des manuscrits pour présenter les résultats du projet actuel sur la lidocaïne et nous effectuons également du travail de suivi sur le QX-314.

La lidocaïne est un médicament reconnu et couramment utilisé en pratique médicale et en anesthésie. Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à ce « vieux médicament » ?

Eh bien, je dirais que la lidocaïne, synthétisée en 1943, est l'un des médicaments les plus « jeunes » que nous utilisons... Si l'on y pense, par exemple en ce qui a trait aux volatils, les données indiquent que l'oxyde de diéthyle a été découvert dès 1275 par Raymundus Lullus; Paracelse en a décrit les propriétés analgésiques autour de 1540. Les opioïdes sont utilisés au

moins depuis environ 800 avant J.-C. On connaît les propriétés thérapeutiques de l'écorce de saule (c.-à-d. les AINS) depuis des centaines d'années. Et l'anesthésie locale existe également depuis un certain temps – les chirurgiens incas mâchaient des feuilles de coca pour ensuite cracher dans les plaies de leurs patients.

J'ai toujours été fasciné par l'idée d'apprendre de nouvelles techniques et de nouvelles données sur des médicaments que nous croyions très bien connaître. Prenons l'aspirine, à titre d'exemple de « vieux médicament » : depuis son introduction en 1899, elle a été utilisée pendant près de trois quarts de siècle avant que certains de ses mécanismes soient découverts, et c'est seulement récemment que l'histoire du COX-1/2 remontant aux années 1990 s'est compliquée avec la découverte de COX-3 et COX-2b. Mon intérêt à l'égard de la lidocaïne a pris sa

LE COIN DE LA FCRA *continué*

source et a été grandement appuyé par mes mentors de l'UCB, Ernie Puil et Bernard MacLeod.

D'après vous, de quelle façon les résultats de ce travail pourraient-ils éventuellement être appliqués à la pratique clinique de l'anesthésie ? Est-ce pertinent pour quelqu'un comme moi qui soigne des patients en salle d'opération tous les jours ?

N'oubliez pas que je suis moi-même un anesthésiologiste et que ma motivation en matière de recherche en anesthésie émane des soins à apporter aux patients. À court terme, surtout vu le déclin actuel de l'utilisation des péridurales thoraciques pour les interventions abdominales en raison des progrès accomplis en chirurgicale à effraction minimale, je crois que nous en apprendrons beaucoup au sujet des indications spécifiques, des avantages et des risques reliés aux infusions périopératoires de lidocaïne comme modalité analgésique et élément d'une anesthésie équilibrée. Deuxièmement, nous espérons que ce travail permettra de mieux comprendre les mécanismes cellulaires et moléculaires de la toxicité sur le système nerveux central des anesthésiques locaux, et mènera éventuellement au développement de traitements spécifiques. Troisièmement, un autre vaste secteur clinique est celui de la douleur chronique, et nous espérons que

nos résultats nous permettront d'acquérir des connaissances additionnelles au sujet des mécanismes supraspinaux des interventions thérapeutiques efficaces d'une part, et de la prévention de la douleur chronique d'autre part.

Comment cela améliore-t-il les soins anesthésiques dispensés aux patients ?

Nous en avons parlé un peu tout à l'heure : de récentes études cliniques randomisées indiquent que les infusions périopératoires de lidocaïne peuvent réduire en postopératoire la douleur et la consommation d'analgésiques. On pourrait dire qu'il s'agit de résultats « indirects », mais il existe également des preuves démontrant que la récupération postopératoire est améliorée, par exemple, par un retour plus rapide des fonctions intestinales. La possibilité existe de réduire les effets indésirables de l'analgésie opioïde, dont on sait qu'ils ralentissent le rétablissement. Nos études ont pour but d'élucider les mécanismes fondamentaux qui sous-tendent ces effets observés de la lidocaïne.

Ces connaissances peuvent-elles être appliquées à d'autres secteurs des soins aux patients (c.-à-d. ailleurs qu'en anesthésie) ?

Tout à fait ! Les travaux effectués au cours des dernières décennies nous ont permis d'acquérir de vastes connaissances sur la

façon dont le cerveau génère la conscience. Le thalamus, principale « station de relais » supraspinale, somatosensorielle et nociceptive et point de mire de certaines de nos expériences avec la lidocaïne, joue un rôle essentiel comme élément « régulateur » du cerveau dans la génération des oscillations cérébrales correspondant aux divers états de conscience et aussi à certaines formes d'épilepsie. La lidocaïne intraveineuse produit des changements caractéristiques de ces oscillations chez presque tous les mammifères étudiés. Incidemment, et quelque peu ironiquement, un manuel complet sur les propriétés anticonvulsives de la lidocaïne a été publié en 1965. Donc, pour répondre à votre question, nous croyons que ces connaissances seront pertinentes pour toute une gamme de problèmes cliniques reliés à la « dysrythmie » thalamocorticale, y compris les troubles épileptiques. En 1959, Huneke et Kern ont publié un ouvrage sur la procaine à titre d'agent rameunissant, mais malheureusement nos études ne nous permettent pas de confirmer de tels effets pour la lidocaïne.



Doreen Yee, MD
FRCPC MBA
(Anesthésiologiste clinique)
Présidente de la Fondation
canadienne de recherche en
anesthésie
www.anesthesia.org/carf



L'adhésion à ses responsabilités

Vous ne faites PAS de contribution à la FCRA ?

L'avenir de l'anesthésie est entre VOS mains !

Prenez un moment pour nous donner les renseignements de votre carte de crédit et vous aurez la satisfaction de savoir que vous contribuez à bâtir une fondation solide.

www.anesthesia.org/carf

CARF

La Fondation canadienne de recherche en anesthésie

Mise à Jour de la FÉI SCA

Julie vient de passer un mois à Kigali. Le Dr Joel Parlow, de l'Université Queen's, vient tout juste d'arriver. Il est accompagné d'une résidente finissante, le Dr Kara Gibson. Le jour de leur arrivée a été marqué par un tremblement de terre important le long de la vallée du Rift. Heureusement, ils n'ont ressenti que quelques secousses à Kigali.

Le programme en place au Rwanda a beaucoup progressé mais continue de poser bien des défis. Le plus important actuellement consiste à déplacer les salles d'opération du Centre hospitalier universitaire de Kigali (CHUK) vers des quartiers temporaires afin de permettre des rénovations majeures, ce qui est impératif mais cause bien des perturbations. Le personnel et les bénévoles font cependant tous preuve d'une grande résilience et sont magnifiquement à la hauteur de la situation.

Bonne nouvelle : plusieurs anesthésiologistes rwandais se sont ajoutés au personnel des deux sites, à Kigali et à Butare. Certains d'entre eux ont été formés à l'étranger et sont revenus au Rwanda pour leurs examens finals. D'autres ont suivi des éléments de formation à l'étranger et ont passé la dernière ou les deux dernières années du programme au Rwanda. À nos débuts, nous comptons un anesthésiologiste rwandais (le Dr Jeanne); nous en comptons maintenant trois autres à Kigali et deux autres à Butare, ce qui a fait une énorme différence. Autre bonne nouvelle : nous intégrons maintenant l'Hôpital King Faisal de Kigali dans le programme de formation, et les bénévoles y enseigneront chaque semaine. Cet hôpital possède les meilleures installations et on y effectue des chirurgies plus complexes.

Nous désirons remercier vivement tous les départements d'anesthésie, les divisions provinciales et les groupes d'anesthésiologistes qui ont répondu à notre demande d'envoyer de jeunes anesthésiologistes du monde en développement (surtout du Rwanda) au Congrès mondial au Cap. Le Canada a appuyé 14 boursiers, de loin le groupe le plus important. Je soumettrai un rapport au sujet du congrès et de nos boursiers

dans le prochain numéro du bulletin.

Pour terminer, j'aimerais attirer votre attention sur une merveilleuse nouvelle entreprise pour laquelle la FÉI SCA travaille en partenariat avec le Département d'anesthésie de Dalhousie. Ce projet est mené par le Dr Tom Coonan. Parallèlement au Congrès de la SCA, nous donnerons sous forme d'atelier un cours d'extension internationale de trois jours, avec des conférenciers provenant de partout à travers le monde, et qui possèdent une vaste expérience du travail dans des conditions difficiles.

Il y aura des séances pratiques où vous pourrez apprendre comment utiliser l'anesthésie inspirée, vous familiariser avec de l'équipement inhabituel et apprendre à fonctionner en tout sécurité dans un environnement rigoureux.

Votre trousse d'inscription inclura des détails au sujet de cet atelier, du panel de la FÉI SCA et du dîner de la FÉI SCA. Le nombre de participants à l'atelier sera limité à cause de la nature du cours. L'atelier débutera le vendredi matin, ce qui veut dire que vous devrez arriver à Halifax une journée plus tôt qu'à l'habitude. Si vous désirez travailler à l'étranger, cet atelier s'adresse à vous.

Dr Angela Enright, DCH, DAB, FFARCS, FRCPC



Notre bénévole de janvier au Rwanda, le Dr Julie Williams de IWK à Halifax, avec le Dr Jeanne Uwambazimana, chef du Département d'anesthésie de l'Université nationale du Rwanda.



Le Dr Angela Enright, entourée des boursiers commandités par la SCA pour participer à la réunion de la FMSA, au Cap.

Devant : Christine et le Dr Panjat (du Rwanda).

Au centre : le Dr Ruslan (de Moldavie, commandité par Baxter), le Dr Bona (du Rwanda), le Dr Babu (du Népal), le Dr Shyam (du Népal), le Dr Daniel (du Mexique), le Dr Theo (du Rwanda), le Dr Damascene (du Rwanda, commandité par les É.-U.).

Rangée du fond : le Dr Devitt (SCA), le Dr Jeanne (du Rwanda), le Dr Willi (du Rwanda), le Dr Enright (SCA), le Dr Sheppard (SCA), le Dr Carli (SCA) et M. Mandarich (SCA).

Info anesthésie

Prière d'adresser les articles à :

Info anesthésie

Société canadienne des
anesthésiologistes

1 Eglinton Avenue East, Suite 208
Toronto (Ontario) M4P 3A1

Ou par courriel :

communications@cas.ca

Info Anesthésie sert à informer les membres de la SCA des activités courantes de la Société et des sujets d'intérêt général pour les anesthésiologistes canadiens.

Personnel de la SCA

Directeur général

Stanley Mandarich (director@cas.ca)

Adjointe administrative

Pamela Santa Ana (anesthesia@cas.ca)

Adjointe à la rédaction (Ottawa)

Carolyn Gillis (cja_office@cas.ca)

Adjointe de direction

Joy Brickell (adminservices@cas.ca)

Coordonnatrice du Journal

Yolanda Vitale (cja@cas.ca)

Compositeur du Journal

Andrew Finnigan (cja_typesetter@cas.ca)

Gestionnaire des finances et de l'administration

Susan (Sue) Witts (accountant@cas.ca)

Coordonnatrice des services aux membres

Anne Aleixo (membership@cas.ca)

Consultant en commercialisation

Neil Hutton (marketing@cas.ca)

Servir les autres ou ses propres intérêts ?

J'ai besoin de votre aide. À titre de président du Comité des services aux membres, je veux faire du bon travail, préciser mon rôle et servir les membres. Comment puis-je faire une différence pour vous ? Quelles sont vos attentes à l'égard de la SCA ? Comment pouvons-nous améliorer notre travail ?

Je ne parle pas ici de concepts vagues mais d'un enjeu concret, celui de l'existence et des efforts de la SCA lorsqu'elle travaille pour les anesthésiologistes canadiens et s'exprime en leur nom. La SCA doit être considérée comme un porte-parole puissant. Pour ma part, je suis reconnaissant d'avoir un organisme national qui nous permet de nous exprimer d'une seule voix. Je suis également reconnaissant du temps et des efforts consacrés par les nombreux présidents des autres comités, à titre bénévole, pour accomplir des tâches parfois ingrates.

Cependant, plusieurs autres voix se font entendre. Lorsque je me promène dans le cadre de l'assemblée annuelle, j'entends souvent des commentaires négatifs (en tant que médecins, nous avons été formés à rechercher « ce qui pourrait aller mieux »). J'encourage les gens à envoyer leurs commentaires à la SCA, mais je vous demanderais d'axer votre réponse sur l'aspect « professionnel ». Je vous demanderais de me signaler les éléments suivants :

- 1) Le problème que vous constatez est-il axé au niveau national ou régional ? La SCA s'engage beaucoup plus volontiers à l'égard de questions nationales.
- 2) Avez-vous une solution acceptable à proposer aux anesthésiologistes au niveau national ? À titre de président du Comité des services aux membres, je me dois de répondre aux besoins des membres à l'échelle du pays.
- 3) Cela implique-t-il des coûts importants ? La SCA dépend de ses bénévoles. Les contraintes budgétaires sont tout aussi réelles que les problèmes que vous observez.

Je désire que la SCA soit considérée comme un organisme dont le but est de servir ses membres, non pas ses propres intérêts. Prenez quelques instants afin de réfléchir à la façon dont nous pouvons nous améliorer, et envoyez-moi vos suggestions. Comment puis-je mieux accomplir mon travail ? Dans quelle direction désirez-vous que la SCA se dirige ? J'envisage notre organisme comme une ressource importante avec une influence importante au sein de la communauté médicale, et auprès des gouvernements provinciaux et fédéral.

Le président du Comité des services aux membres,
Richard Bergstrom, MD FRCPC



©2008 Société canadienne des
anesthésiologistes
Tous droits réservés

Rapport des résidents

sur l'assemblée annuelle 2007 de l'ASA, à San Francisco



L'anesthésie se trouve à la croisée des chemins. Une pénurie d'anesthésiologistes, une population vieillissante et des patients atteints de problèmes médicaux de plus en plus complexes et exigeant un niveau plus élevé de soins, tout cela pose de nombreux défis pour les futurs anesthésiologistes-conseil. Dans certaines villes canadiennes, on aura peut-être recours à des prestataires d'anesthésie autres que médecins, comme les infirmières praticiennes et les assistants en anesthésie, pour faire face à la pénurie d'anesthésiologistes qualifiés et compétents.

J'étais très curieux de savoir ce que les résidents au sein du système de formation américain auraient à dire au sujet de leur collaboration avec des prestataires d'anesthésie autres que médecins au cours de leur formation.

L'automne dernier, j'ai eu la chance de représenter la SCA à titre de membre résident à l'assemblée annuelle 2007 de l'ASA, à San Francisco. Plusieurs résidents américains travaillent avec des prestataires d'anesthésie non médecins au cours de leur formation. J'étais très curieux de savoir ce que les résidents au sein du système de formation américain auraient à dire au sujet de cette collaboration.

Je me suis entretenu longuement avec trois résidents (deux femmes et un homme) de trois programmes différents (New York, Washington, Texas) au sujet de leurs expériences. Ils estiment tous que le personnel infirmier spécialement formé (les *certified registered nurse anesthetists* ou CRNA) ont une excellente description de

tâches. Au sein de chaque établissement, les CRNA fonctionnent de façon indépendante, n'ont pas à travailler sur appel, font des heures de travail régulières et peuvent faire appel à des remplaçants. La majorité des cas traités par les CRNA sont des patients de catégorie I et II de l'ASA.

Les cas d'anesthésie plus complexes et qui présentent des avantages éducatifs sont souvent réservés aux résidents. Cependant, les résidents à qui j'ai parlé ont tous signalé s'être retrouvés dans une situation où on leur a retiré une possibilité de formation pour qu'un CRNA puisse pratiquer ou perfectionner ses aptitudes.

Une résidente a déclaré que dans le cadre de son programme, les membres du personnel sont motivés financièrement à travailler avec des CRNA plutôt qu'avec des résidents. Lorsqu'ils supervisent des résidents en milieu hospitalier, les membres du personnel ne peuvent pas facturer pour deux chambres en même temps, alors qu'ils peuvent le faire s'ils supervisent des CRNA. Cette situation était très préoccupante pour cette résidente, qui estime que certains des meilleurs éducateurs et mentors de son département sacrifient l'enseignement à des impératifs financiers.

Les résidents avec qui je me suis entretenu estiment tous que leur capacité à obtenir un emploi n'est pas menacé par les

CRNA, mais ils ont précisé que les CRNA sont très bien organisés et bénéficient de comités d'action politique aux niveaux de l'État et du gouvernement fédéral afin de faire pression en faveur de leurs intérêts. Ils ont tous déclaré que la majorité des CRNA avec qui ils avaient travaillé étaient raisonnables et avertis, mais que s'ils avaient le choix, ils préféreraient effectuer leur formation et travailler dans des établissements sans CRNA.

L'entrée en scène de prestataires d'anesthésie non médecins est une question très controversée et délicate pour de nombreux anesthésiologistes canadiens. Certains déclarent que cela mine notre spécialité et que nous pourrions nous retrouver dans la même situation que certains de nos voisins du Sud, où les prestataires d'anesthésie non médecins ont plus de poids que les médecins lorsqu'il s'agit de procurer des soins en anesthésie. D'autres estiment que c'est la seule façon de résoudre la pénurie actuelle de prestataires d'anesthésie, et qu'aussi longtemps que les médecins établiront des lignes directrices sur la formation et la supervision des prestataires d'anesthésie non médecins, nous n'avons pas à nous faire du souci.

À titre de résident, ce qui me préoccupe surtout, c'est qu'aucun élément de ma formation et de celle de mes futurs collègues ne soit sacrifié. On continuera de débattre de cette question, mais en bout de ligne, peu importe ce qui arrivera, la sécurité de nos patients doit demeurer notre principal objectif.

Par le Dr Mark Knezevich, PGY 4 Anesthésie, Université de l'Alberta