



Alliance sur les temps d'attente – Traitement de la douleur chronique

Le bulletin annuel de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) inclut maintenant des données provenant des anesthésiologistes qui soignent des patients souffrant de douleur chronique — le temps d'attente moyen des patients souffrant de douleur chronique à partir de la référence de l'omnipraticien jusqu'au traitement, procédure ou diagnostic est de 106 jours.

Pour son bulletin de cette année, l'ATA voulait faire état du temps d'attente total pour une liste élargie d'interventions spécialisées. Par conséquent, l'ATA a demandé à la firme Ipsos-Reid de réaliser une étude quantitative des temps d'attente pour avoir accès à un médecin spécialiste pour chacune des spécialités de l'ATA participant à l'étude.

L'objectif était de recueillir des données sur les patients auprès des médecins, et qui permettraient d'obtenir un portrait du temps total pendant lequel les Canadiens attendent avant de voir un médecin spécialiste, et ensuite pour obtenir un traitement, un diagnostic ou subir une intervention. Ces données devaient aussi servir de base de référence pour de possibles évaluations subséquentes.

Dans le cas de la douleur chronique, la consultation avec le médecin spécialiste correspond également à la date de la décision de traiter et à la première date de traitement. Les objectifs de la recherche pour les anesthésiologistes qui soignent des patients souffrant de douleur chronique incluaient :

- (i) Recueillir des données sur le temps écoulé entre la référence au spécialiste et la date de la première consultation avec le spécialiste;
- (ii) Recueillir de l'information sur le résultat de la consultation.

Parmi les résultats possibles à partir de la référence de l'omnipraticien, l'étude a relevé les temps d'attente moyens de :

- 85 jours jusqu'au moment où la décision de traiter le patient se prend;
- 201 jours jusqu'au moment où le patient est renvoyé à son médecin de famille;
- 224 jours jusqu'au moment où le patient est référé à un différent spécialiste;
- 329 jours jusqu'au moment où l'on demande des investigations supplémentaires; et
- 268 jours pour les autres résultats.

44 % des patients souffrant de douleur chronique ont attendu plus de 18 semaines, soit le temps d'attente maximum permis établi par le Service national de santé de l'Angleterre pour le temps écoulé entre la référence de l'omnipraticien jusqu'au jour du traitement.

L'Étude nationale sur le journal des médecins constitue la première étude du genre au Canada à interroger 11 sociétés nationales de spécialité (SNS), dont les membres de la Société canadienne des anesthésiologistes, à propos des temps d'attente réels et de ce qu'ils entrevoient pour l'avenir.

En somme, dans une fenêtre de sondage de trois semaines en février 2009 :

- On a interrogé 1 189 médecins spécialistes sur leur opinion concernant les temps d'attente au Canada – avec un taux de réponse de 14,6 %;
- Des 255 anesthésiologistes qui ont répondu au sondage, 41 (16 %) ont déclaré qu'ils soignaient des patients atteints de douleur chronique et 214 (84 %) ont déclaré qu'ils ne soignaient pas de patients atteints de douleur chronique.
- On a demandé à ceux ayant déclaré qu'ils soignaient des patients atteints de douleur chronique de répondre à une autre série de questions et d'inscrire le temps d'attente de leurs patients.
 - Au cours des cinq dernières années, 54 % considèrent que les temps d'attente en douleur chronique ont augmenté, 10 % considèrent qu'ils ont diminué et 37 % considèrent qu'ils sont demeurés inchangés.
 - Au cours des cinq prochaines années, 66 % considèrent que les temps d'attente dans leur lieu d'exercice augmenteront, 5 % considèrent qu'ils diminueront et 20 % considèrent qu'ils demeureront inchangés.
 - 25 % affirment qu'ils refusent souvent ou très souvent des références pour demeurer en contrôle de leur liste d'attente.

Dans le présent numéro

Alliance sur les temps d'attente	1
Appel de candidatures pour le poste de vice-président de la SCA	2
Appel de candidatures pour les prix de distinction	3
Récipiendaires des prix 2009	4
Appel de candidatures pour les bourses de recherche 2010	5
Présentation de résumés	5
Nouvelles du Conseil d'administration	6
Gagnant 2009 du Prix de l'étudiant(e) en médecine	7
Des nouvelles de la FÉI SCA	9
Annonce d'un cours	10
FMSA — Un an plus tard	11
Forum 2009 des jeunes chercheurs	12
CPD Online	13
Donateurs de la FÉI SCA	14

2009-2010 Conseil d'administration

Membres

Président	Pierre Fiset, Montreal
Président sortant	Shane Sheppard, Saskatoon
Vice-président	Richard Chisholm, Fredericton
Secrétaire	Patricia Houston, Toronto
Trésorière	Susan O'Leary, St John's

Représentants des divisions

Alberta	Douglas DuVal, Edmonton
Colombie-Britannique	James Kim, Vancouver
Île-du-Prince-Édouard	Jean-Yves Dubois, Charlottetown
Manitoba	Jenifer Ballen, Winnipeg
Nouveau-Brunswick	Andrew Nice, Quispamsis
Nouvelle-Écosse	Daniel Lazaric, Port Williams
Ontario	Christopher Bodley, North Bay
Québec	Claude Trépanier, Québec
Saskatchewan	Mark James, Saskatoon
Terre-Neuve-et-Labrador	David Edward Lacey, St John's
Représentante des résidents	Asim Alam, Toronto

Membre d'office

Président de l'ACUDA	David Charles Campbell, Saskatoon
----------------------	-----------------------------------

Directeur général

Stanley Mandarich

Délégués invités

Rédacteur en chef du JCA	Donald Miller, Ottawa
Présidente de la FCRA	Doreen Yee, Toronto
Présidente du FÉI de la SCA	Francesco Carli, Montreal
Représentant du CRMCC	Josée Lavoie, Montreal

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

Rédactrice en chef

D^r Patricia Houston

Concept et production

Ms Josée Ouellet

Contributeurs

D^r Franco Carli; D^r Angela Enright

Appel de candidatures pour le poste de vice-président de la SCA

D'ici au 31 décembre 2009, le Comité des candidatures, présidé par le président sortant, le D^r Shane Sheppard, doit présenter au Conseil d'administration un candidat aspirant à devenir le nouveau vice-président de la SCA, dont le mandat entrera en vigueur le 1er septembre 2010. En règle générale, le vice-président devient président après deux ans.

En vertu du règlement de la SCA, le candidat doit avoir fait partie du Conseil d'administration de la SCA ou avoir été président d'un comité au cours des trois dernières années. Vous pouvez consulter la liste des membres admissibles sur demande; veuillez communiquer avec Joy Brickell à l'adresse adminservices@cas.ca.

Nous invitons les membres de la SCA à soumettre des candidatures en communiquant par courriel avec le directeur général, Stan Mandarich, à l'adresse director@cas.ca.

Date limite : 31 octobre 2009

Le besoin n'a jamais été aussi grand pour assurer
que notre profession ait une fondation solide.
Pouvons-nous compter sur

VOUS?



www.anesthesia.org/CARF

CARF
Canadian Anesthesia Research Foundation

Appel de candidatures pour les prix de distinction

Les candidatures doivent être reçues au plus tard le 31 octobre 2009. Ces prix seront remis au Congrès annuel de 2010, qui se tiendra à Montréal.

Visitez le site <http://www.cas.ca/public/awards/> pour de plus amples renseignements sur la mise en candidature et la sélection, ainsi que pour connaître les directives de mise en candidature.

Médaille d'or

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

Admissibilité

La médaille peut être attribuée à toute personne de mérite, le plus souvent un citoyen canadien :

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

Prix d'excellence en enseignement clinique

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

Admissibilité

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

Prix d'excellence en pratique clinique

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

Admissibilité

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

Prix de jeune éducateur John Bradley

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

Admissibilité

Le prix sera décerné à un membre actif de la SCA, au cours de ses 10 premières années de pratique, qui a contribué de façon significative à l'éducation d'étudiants et de résidents en anesthésie au Canada. Le récipiendaire ne doit pas faire partie du Conseil d'administration de la Société.

Membre émérite

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

Admissibilité

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

Prix de mérite en recherche

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

Le prix est composé d'un certificat encadré qui sera présenté lors du Congrès annuel de la Société canadienne des anesthésiologistes.

Autre prix : Prix de l'étudiant(e) en médecine

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

Admissibilité

Ouvert aux étudiant(e)s de toute faculté de médecine au Canada.

*Remarque : La date limite pour la présentation pour le prix de l'étudiant(e) en médecine est février 2010

Récipiendaires des prix 2009

Programme de bourses de recherche, bourse de carrière en recherche et bourses pour résidents

Prix de recherche de la Société canadienne des anesthésiologistes

30 000 \$

Dr Donald Griesdale

Hôpital Vancouver General, Vancouver (C.-B.)

Randomized Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of Video Laryngoscopy vs. Direct Laryngoscopy for Endotracheal Intubation in Critically Ill Patients

Gagnant de la Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation

20 000 \$

Dr Simon Whyte

British Columbia Children's Hospital, Vancouver (C.-B.)

Evaluation of the Intubating Laryngeal Airway in Children

Bourse canadienne de recherche David-S-Sheridan

10 000 \$

Dr Ronit Lavi

Centre des sciences de la santé de London (Ont.)
Sevoflurane Sedation During Primary Percutaneous Coronary Intervention – A Randomized Pilot Trial

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

40 000 \$

Dr Davinia D Withington

Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (QC)
An International Randomized Controlled Trial Comparing Neurodevelopmental Outcome and Apnea after Regional Compared to General Anesthesia in Infants

Bourse de recherche Dr Earl-Wynands en anesthésie cardiovasculaire ou conservation péri-opératoire du sang

30 000 \$

Dr André Denault

Institut de cardiologie de Montréal, Montréal (QC)
Inhaled Milrinone in Cardiac Surgery

Bourse de recherche SCA/GE Healthcare Canada en imagerie péri-opératoire

30 000 \$

Dr Dolores McKeen

Centre de soins de santé IWK de Halifax (N.-É.)
Maximizing Cesarean Postoperative Analgesia
Ultrasound guided 0,25% ropivacaine transversus abdominis plane block in addition to intrathecal morphine and multimodal analgesia for the management of postoperative pain among women undergoing cesarean delivery

Bourse de recherche de la SCA en neuroanesthésie

10 000 \$

Dr Gilles Plourde

Institut neurologique de Montréal, Montréal (QC)
Electrophysiological Study of the Mechanisms of Action of General Anesthetic Drugs

Bourse canadienne de recherche Smiths Medical Canada en recherche sur la douleur ou sur l'anesthésie régionale

10 000 \$

Dr Peter Choi

Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)
The PeriOperative Epidural Trial (POET) II

Concours de la Bourse de recherche SCA/Vitaid pour résidents

5 000 \$

Dr Ferrante Gragasin

Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.)
The Effects of Propofol on Resistance Arteries in an Aging Animal Model

Appel de candidatures pour les bourses de recherche 2010

Bourse de carrière en recherche

- Bourse de carrière en recherche SCA-Laboratoires Abbott Ltée dans le domaine de l'anesthésie

Bourses des nouveaux chercheurs

- Prix de recherche de la Société canadienne des anesthésiologistes
- Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation
 - Bourse canadienne de recherche David-S-Sheridan

Bourses de recherche en sous-spécialité

- NOUVEAU NOM! Bourse de recherche D^r Earl-Wynands/Fresenius Kabi
 - Bourse de recherche D^r R-A Gordon en sécurité des patients
- Bourse de recherche SCA/GE Healthcare Canada en imagerie péri-opératoire
- Bourse de recherche de la SCA en neuroanesthésie *à la mémoire d'Adrienne Cheng*
- NOUVEAU NOM! Bourse canadienne de recherche pour la recherche sur la douleur et (ou) l'anesthésie régionale

Bourse de recherche pour résidents

- Concours de la Bourse de recherche SCA/Vitaid pour résidents

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Programme de bourses de recherche, bourse de carrière en recherche et bourses pour résidents

Société canadienne des anesthésiologistes

1 Eglinton Avenue East, bureau 208

Toronto (Ontario) M4P 3A1

Tél. : 416-480-0602, poste 11

Télééc. : 416-480-0320

Courriel : meetings@cas.ca

Internet : www.cas.ca/research/grants_awards

Date limite pour présenter une demande

Le 8 janvier 2010

Présentation de résumés

Nous vous invitons à présenter votre résumé ou étude de cas et série de cas au Congrès annuel 2010 de la Société canadienne des anesthésiologistes.

Échéance pour soumettre un résumé :

Le vendredi 15 janvier 2010 à 16 h HNE.

Vous trouverez les formulaires et exigences de présentation, ainsi que des détails sur les concours et prix sur le site web de la SCA (http://www.cas.ca/annual_meeting/abstracts/).

Il sera de nouveau possible de soumettre un résumé en ligne

Nouvelles du Conseil d'administration

Nouveau membre du Conseil

Le Dr Mark James (Saskatchewan) a participé à sa première rencontre du Conseil d'administration.

Assistants en anesthésie

Le groupe de travail de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) sur les assistants en anesthésie prépare un document qui définit les compétences essentielles et ayant été approuvé en principe par l'Alliance nationale des organismes de réglementation de thérapie respiratoire.

Les autres organisations : Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC); Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA); Association nationale des infirmières et infirmiers en soins péri-anesthésiques du Canada ; l'Alliance Nationale des organismes de réglementation de thérapie respiratoire; La Société Canadienne des Thérapeutes Respiratoires (SCTR); Canadian Anesthesia Advisory Association of Canada (CAAAC) étudient le document et l'on s'attend à ce que toutes les organisations faisant partie du groupe de travail, y compris la SCA, adoptent le document à l'automne.

Congrès annuel

L'organisation du Congrès annuel 2010 de la SCA se fera en collaboration avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Il y aura une « journée de la francophonie » le dimanche, avec des volets éducatifs en français.

Groupe des enjeux communs

Les dirigeants des sociétés américaine, australienne, britannique/irlandaise et canadienne d'anesthésiologistes se sont rencontrés à Vancouver. Un résultat de cette rencontre (à confirmer) consistera en un rabais mutuel offert aux membres de chaque société sur les frais d'inscription aux congrès annuels.

Sondage sur les temps d'attente

Le Bulletin du mois de juin faisait état des résultats du sondage Ipsos Reid sur les effectifs médicaux des anesthésiologistes du Canada. Deux provinces, soit le Québec et la Colombie-Britannique, jugeaient qu'elles ne disposaient pas de suffisam-

ment d'anesthésiologistes. Le sondage a également recueilli de l'information sur les anesthésiologistes qui soignent des patients atteints de douleur chronique. (Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet plus loin dans le bulletin.)

Sédation administrée par des non-anesthésiologistes

On a demandé aux présidents des comités des services aux membres, des normes de pratique et sur la sécurité des patients de proposer des recommandations sur la sédation administrée par des non-anesthésiologistes.

Renouvellement de l'agrément par le Collège royal

Le Collège royal a renouvelé l'agrément de la SCA à titre de fournisseur de FCPP pour les cinq prochaines années. Nous devons apporter des modifications à certains aspects pour satisfaire aux normes. Le Comité de FCPP et le conseiller en éducation s'acquitteront de cette tâche au cours de l'année qui vient.

Modules de FCPP

Avec le passage du JCA en format électronique de chez HighWire Press à SpringerLink, l'Université de Montréal a mis au point un outil d'authentification des utilisateurs pour permettre aux membres d'accéder aux modules de FCPP en ligne.

Forum des jeunes chercheurs

La SCA a offert une bourse au Dr Kong (Eric) You-Ten afin qu'il puisse participer au Forum 2009 des jeunes chercheurs.

Guide d'exercice de l'anesthésie

Le conseil d'administration a approuvé la version 2009 du Guide d'exercice de l'anesthésie, qui sera distribué avec le numéro de janvier 2010 du JCA. Les membres en recevront un exemplaire relié.

Nouvelles du personnel

Mme Josée Ouellet, directrice des communications par intérim, remplace Mme Temi Adewumi pendant son congé de maternité. Mme Pamela Santa Ana devrait revenir d'un congé de maternité au cours de l'été.

Gagnant 2009 du Prix de l'étudiant(e) en médecine

Un bref aperçu du regain de conscience durant une anesthésie générale

Austin Lamb

(Université de Saskatchewan, Collège de médecine, promotion de 2010)

Résumé

Le regain de conscience durant une anesthésie générale constitue une préoccupation très commune chez les patients devant subir une intervention chirurgicale, et son existence remonte à aussi loin que la spécialité d'anesthésie elle-même. Bien que les cas de conscience avec souvenir durant une anesthésie générale demeurent un fait rarissime, du moins d'un point de vue statistique, il peut s'agir d'une expérience terrifiante pouvant entraîner des séquelles psychologiques négatives pour le patient et des conséquences médico-légales pour l'anesthésiste. Il existe cependant certains facteurs en rapport aux patients et à l'anesthésie dont on doit tenir compte pour aider à identifier les patients à risque. De plus, on peut avoir recours aux moniteurs des signes cliniques et de la profondeur de l'anesthésie pour surveiller un possible regain de conscience du patient et empêcher qu'il ne se produise.

Article complet

Le fait d'être conscient durant une anesthésie ne date pas d'hier. Dans les années 1840, avec l'arrivée des premiers agents anesthésiants tels que l'oxyde de diéthyle et l'oxyde de diazote, les médecins et les patients se réjouissaient tellement de pouvoir procéder à une intervention chirurgicale sans douleur qu'ils accordaient peu d'importance au fait que le patient pourrait avoir un regain de conscience pendant l'intervention. Cependant, avec l'arrivée des premiers agents bloquants neuromusculaires dans les années 1940, le risque possible que des patients aient un regain de conscience pendant une chirurgie sans que l'anesthésiste ne s'en rende compte a aussi fait surface, puisque l'anesthésiste ne pouvait observer le signe clinique le plus commun d'une anesthésie trop légère et du possible regain de conscience du patient : le mouvement. Pour un patient, le regain de conscience au cours d'une anesthésie se classe deuxième après la mort parmi les complications les plus craintes d'une anesthésie générale, et le risque de conséquences psychologiques indésirables découlant de ce regain de conscience rend cette éventualité très importante aux yeux de l'anesthésiste. En Amérique du Nord, plus de 40 millions de patients subissent une anesthésie générale chaque année, et comme l'incidence du regain de conscience touche environ 1 à 2 patients sur 1000, entre 40 000 et 80 000 patients vivront ce phénomène chaque année. Par conséquent, d'innombrables études ont été réalisées afin d'en apprendre davantage sur les diverses séquelles associées au fait d'être conscient au cours d'une anesthésie, sur les causes et les facteurs de risque qui contribuent à ce phénomène et, enfin, sur les moyens de détecter cet état et de le prévenir.

Le fait d'être conscient au cours d'une anesthésie peut se manifester de façon postopératoire sous forme de mémoire explicite avec souvenir ou de mémoire implicite sans souvenir. À moins de mention contraire, cependant, l'expression « regain de conscience sous anesthésie générale » sera réservée à la conscience peropératoire non intentionnelle

avec souvenir postopératoire. Les symptômes classiques que rapportent les patients ayant un regain de conscience sont de vagues perceptions auditives, une sensation de paralysie, d'anxiété ou de panique, un sentiment de détresse. L'autre symptôme le plus commun est la douleur, qui peut être grave et que les patients rapportent dans une incidence avoisinant les 40 %. Malheureusement, une proportion de l'ordre de 48,9 % à 70 % des patients ayant un regain de conscience souffriront de conséquences désagréables y compris de troubles du sommeil, de cauchemars et de rêves, ainsi que de retours en arrière et d'anxiété durant le jour. Certains de ces patients vont jusqu'à souffrir de troubles de stress post-traumatique (TSPT), et une étude mentionne que l'incidence de ce trouble est de l'ordre de 14,3 %. Le regain de conscience peut également avoir des conséquences médico-légales, puisqu'environ 2 % des réclamations contre des anesthésistes sont attribuables à des cas de regain de conscience.

Une série de facteurs peuvent mener à un regain de conscience au cours d'une anesthésie. Tout d'abord, certaines procédures telles que les césariennes (0,4 % d'incidence), les chirurgies cardiaques (1,5 % d'incidence) et traumatologiques (11 à 43 % d'incidence) sont plus sujettes à ce phénomène. Ces cas, cependant, découlent souvent d'anesthésies légères intentionnelles en raison de facteurs concernant le patient, par exemple une réserve cardiaque limitée, une hypotension artérielle ou une hypovolémie, et, dans le cas d'une césarienne et d'interventions obstétricales, par crainte de diminuer le tonus utérin et d'augmenter la perte sanguine. Dans d'autres cas, la dose requise pour un patient peut se révéler beaucoup plus forte que prévue en raison d'une altération de l'expression ou du fonctionnement des récepteurs ciblés. L'usage chronique par le patient de certaines substances comme les benzodiazépines, d'inhibiteurs de la monoamine oxydase, d'amphétamines, de cocaïne, d'alcool et d'opiacés semble aussi augmenter le besoin en agent anesthésiant et l'incidence des cas de regain de conscience. D'autres facteurs en lien avec le patient incluent un score ASA élevé, des antécédents de regain de conscience et l'âge du patient.

En ce qui a trait aux techniques spécifiques d'anesthésie, une anesthésie à l'aide d'oxyde de diéthyle et d'opiacés seulement peut ne pas suffire à empêcher un regain de conscience et doit être accompagnée d'autres agents d'inhalation et intraveineux. Les opiacés peuvent réduire les cas de regain de conscience, mais ils n'ont aucun effet sur l'apprentissage et la mémoire, tandis que l'oxyde de diéthyle n'est pas aussi efficace que d'autres agents d'inhalation pour empêcher un regain de conscience. Tel que mentionné précédemment, l'utilisation ou la non-utilisation d'un agent bloquant neuromusculaire a aussi un impact sur l'incidence des regains de conscience. Dans une étude suédoise sou-

0,10 % chez les patients à qui on n'avait pas administré d'agent bloquant neuromusculaire et de 0,18 % chez ceux à qui on en avait administré un. Parce que, pour provoquer une akynésie, il faut employer de plus grandes concentrations d'agents anesthésiants que pour provoquer une amnésie, un patient non paralysé à qui l'on administre une anesthésie inadéquate bougera probablement avant de constituer un souvenir dont il pourra se rappeler de façon postopératoire. Ainsi, les relaxants musculaires ne devaient être employés qu'en cas d'extrême nécessité. D'autres facteurs très importants pouvant mener à une anesthésie trop légère et précipiter un regain de conscience du patient comprennent une intubation difficile, l'interruption prématurée de l'anesthésie, ainsi qu'un mauvais fonctionnement ou mauvais usage de l'équipement (dont les permutations de seringues). Chez un patient présentant un risque de regain de conscience, on peut envisager l'administration d'un médicament amnésique de façon préopératoire ou lorsque l'on croit l'anesthésie trop légère de façon peropératoire.

Au fil des ans, plusieurs ont tenté de déterminer la profondeur d'anesthésie adéquate pour empêcher un regain de conscience. Habituellement, la profondeur de l'anesthésie s'évalue en utilisant une concentration de gaz volatile en fin d'expiration et des signes cliniques indirects de réponse autonome comme la tachycardie, une augmentation de la tension artérielle, la dilatation des pupilles, le larmolement et la diaphorèse. Même si ces paramètres se révèlent utiles, ils peuvent aussi faire en sorte qu'un patient reçoit plus d'anesthésiant que nécessaire, et de nombreuses études ont mis leur fiabilité en doute. Les opioïdes et les anticholinergiques peuvent atténuer ou éliminer les réponses autonomes, et les mesures hemodynamiques peuvent plus particulièrement être touchées par un large éventail de facteurs dont les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques, l'état du volume et la fonction ventriculaire préopératoire. La fiabilité des valeurs de CAM en fin d'expiration a aussi été mise en doute. L'hypotension artérielle, les bronchodilatateurs et l'emphysème peuvent tous causer des concentrations en fin d'expiration pouvant fausser la véritable pression partielle des agents volatiles dans le cerveau. Néanmoins, la documentation suggère d'administrer une CAM de 0,8 à 1,0 si on n'utilise que des agents volatiles, et de compléter une anesthésie à l'aide d'oxyde diéthylique et d'opioïdes avec une CAM dont la valeur est au moins $\geq 0,6$.

Parce que de nombreux rapports signalent un regain de conscience du patient avec des niveaux adéquats de MAC en fin d'expiration et aucun changement des indicateurs autonomes, divers types de moniteurs ont fait leur apparition afin de mieux évaluer si un patient a un regain de conscience. Ces moniteurs ne mesurent pas l'apprentissage et la possibilité d'un souvenir ultérieur, mais bien le fait d'être conscient. La plupart de ces moniteurs se servent d'une lecture EEG traitée dans une certaine mesure (p. ex. : indice bispectral, indice de l'état du patient, indice Narcotrend, entropie et potentiels évoqués auditifs). Même si ces moniteurs ont leurs adeptes, aucun d'entre eux ne s'est révélé assez efficace pour être adopté de façon universelle. En ce qui a trait à l'indice bispectral (BIS) (Aspect Medical Systems, Norwood, MA), le moniteur de profondeur de l'anesthésie ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études et le seul

approuvé par la FDA, les données probantes jusqu'à maintenant sont contradictoires. Certaines études appuient son utilisation, tandis que d'autres indiquent que les incidences de regain de conscience ne diffèrent pas d'un point de vue statistique de lorsqu'on se sert d'un indice bispectral. De plus, la recherche indique que le seuil de conscience des divers types de moniteurs de la profondeur de l'anesthésie pourrait non seulement dépendre des différentes combinaisons d'agents anesthésiants utilisés, mais également des différents types de patients. Étant donné qu'on ne peut utiliser une seule combinaison d'anesthésiants pour tous les patients, cet aspect constitue un obstacle à l'emploi de ces moniteurs. Une autre question se pose quant à la rentabilité de ces moniteurs. Ces moniteurs semblent contribuer à faire diminuer la quantité d'agents anesthésiants utilisés, cependant, et la période de récupération semble plus rapide. Fait intéressant, bien que l'allégation voulant que ces moniteurs causent des anesthésies trop légères et augmentent en fait l'incidence des regains de conscience semble à tout le moins plausible, des données probantes viennent contredire cette notion.⁹ En ce moment, l'ASA recommande que l'utilisation des moniteurs des fonctions cérébrales se fasse au cas par cas et ne recommande pas leur utilisation dans la pratique de tous les jours.

Une autre méthode, la technique de l'avant-bras isolé, se sert du mouvement en réponse à une commande chez les patients paralysés afin d'évaluer la profondeur de l'anesthésie, en se basant sur la théorie que si le mouvement ne peut être sollicité dans un bras isolé et non paralysé, le patient est suffisamment anesthésié pour empêcher un regain de conscience. Même si certains perçoivent cette technique comme étant la plus fiable pour détecter un état de conscience amnésique peropératoire, il s'agit d'une technique encombrante et ne pouvant être utilisée que pendant de courtes périodes. Néanmoins, cette technique demeure utile si l'on considère l'efficacité d'autres méthodes.

Bien que l'anesthésie ait fait des progrès remarquables au fil des années, la question de la conscience peropératoire non intentionnelle avec souvenir chez un patient existe toujours et existera probablement encore pour quelque temps. Même si l'occurrence du regain de conscience demeure rarissime d'un point de vue statistique, les anesthésistes doivent demeurer vigilants dans l'identification des patients à risque en raison du volume de patients et des conséquences psychologiques indésirables possibles pour le patient. Malheureusement, il n'existe aucune façon à l'heure actuelle d'empêcher le regain de conscience, puisque les moniteurs des signes cliniques et de la profondeur de l'anesthésie se fient à des paramètres en corrélation indirecte seulement avec l'éventualité d'un regain de conscience chez un patient. Par conséquent, l'expérience du patient et son témoignage ultérieur demeurent les seuls indicateurs fiables du regain de conscience. À ce titre, malgré les multiples mesures de prévention pouvant et devant être prises, le fait d'être conscient au cours d'une anesthésie peut se produire même sous les soins des anesthésistes les mieux formés et les plus expérimentés.

Les références disponibles sur demande.

Des nouvelles de la FÉI SCA

Dr Franco Carli, MD FRCP
Président de la FÉI SCA

Je suis heureux de vous faire part de nos nombreuses activités ayant eu lieu au cours des six premiers mois de 2009 :

Le Département d'anesthésie de l'Université Dalhousie et la FÉI SCA ont offert le cours canadien « Anesthesia for Challenging Environments » pour la deuxième fois à Halifax, du 23 au 26 mai 2009. Ce cours, auquel peuvent s'inscrire 25 à 30 personnes à la fois seulement, cible principalement les personnes qui désirent prendre part à des missions médicales. La majorité des participants étaient des anesthésiologistes du Canada et quelques-uns des États-Unis. Le Dr Michael Dobson d'Oxford, en Angleterre, nous a encore une fois rendu visite pour partager ses vastes connaissances avec les participants. Puisqu'encore une fois les commentaires entourant ce cours se veulent très positifs, nous répéterons l'expérience l'an prochain. Le cours de 2010 se tiendra de nouveau en mai à Halifax, et nous profitons de l'occasion pour inviter tous ceux qui participent activement à des missions médicales humanitaires à s'inscrire. Veuillez communiquer avec le Dr Tom Coonan si vous désirez vous inscrire au cours de 2010. Le nombre de places est limité. Consultez aussi le site web de la FÉI SCA pour voir l'annonce du cours.

Cette année, le conférencier au dîner de la FÉI SCA à Vancouver était le Dr Tarek Razek, président du Réseau canadien pour la chirurgie internationale (CNIS) et chef du service de traumatologie au Centre universitaire de santé McGill. Le Dr Razek et ses collègues du CNIS s'occupent de nombreuses missions dans diverses régions de l'Afrique. Dans sa conférence, intitulée « Our ongoing global responsibility for safer surgery », il a traité du besoin urgent de mettre au point des façons de minimiser la mortalité et la morbidité péri-opératoires dans les pays à faibles revenus. Il a également réitéré le besoin d'une plus grande collaboration entre les groupes participant aux soins péri-opératoires. Puisque de nombreux groupes travaillent dans diverses missions humanitaires, la FÉI SCA pourrait envisager une collaboration accrue avec d'autres groupes infirmiers et chirurgicaux importants axés sur les initiatives durables en éducation et le renforcement des capacités.

Notre mission au Rwanda se solidifie de plus en

plus. Nous avons des volontaires pour tous les mois de 2009, et d'ici décembre 2009, un total de 26 anesthésiologistes et 12 résidents, 1 infirmière travaillant en salle de réveil, 2 infirmières spécialisées en contrôle de la douleur et un technicien biomédical auront participé à la mission au Rwanda depuis janvier 2006. Nous constatons également avec plaisir que le recrutement pour l'année 2010 va bon train. Il reste encore quelques mois de disponibles (mai, juillet et août 2010).

Toute personne intéressée à se rendre au Rwanda en 2010 et en 2111 peut communiquer directement avec moi (franco.carli@mcgill.ca). Et pour de plus amples renseignements sur le programme au Rwanda, consultez le site web à l'adresse www.cas.ca/casief

Grâce à la générosité de nos donateurs, nous avons pu inviter le directeur du programme d'anesthésie rwandais, le Dr Theogene Twarimugabe, au Canada pendant 3 mois, au cours desquels il a eu l'occasion d'assister à diverses activités éducatives et d'entrer en contact avec de nombreux directeurs, enseignants et résidents de programmes d'anesthésie. Nous espérons que cette expérience aidera le Dr Theo à coordonner le travail didactique de nos bénévoles et à améliorer les activités d'enseignement. Nous avons été très heureux que le Dr Theo s'adresse aux résidents lors du Congrès annuel de la SCA à Vancouver, qu'il présente le partenariat Canada-Rwanda en anesthésie au cours de l'atelier sur la santé mondiale internationale à Montréal, et qu'il participe au cours « Anesthesia for Challenging Environments » à Halifax.

Je suis également heureux d'annoncer que le bureau de santé internationale en anesthésie (Anesthesia International Health) à Dalhousie, sous la direction du président professeur Mike Murphy et du Dr Patricia Livingston, travaille en étroite collaboration avec la FÉI SCA pour inviter deux résidents rwandais de 4e année, les Drs Paulin et Bona, à Halifax, où ils passeront 6 mois de leur programme de résidence. Cette initiative permettra aux résidents rwandais d'être en contact avec une grande variété de pratiques de l'anesthésie et de la chirurgie.

La FÉI SCA a été fondée il y a près de 35 ans avec pour mission d'offrir une éducation en anesthésie

dans les pays défavorisés. Bon nombre d'anesthésiologistes canadiens ont consacré de leur temps et se sont rendu dans divers endroits dans le monde pour enseigner une pratique sécuritaire de l'anesthésie. Bon nombre d'anesthésiologistes ont donné généreusement à la FÉI SCA et cette générosité nous permet de défrayer une partie des coûts de déplacement des bénévoles. En ayant cette générosité à l'esprit, le Conseil d'administration de la FÉI SCA a proposé, lors de sa rencontre annuelle à Vancouver, d'organiser une rencontre de la FÉI SCA en 2010 à Montréal, où se tiendra le prochain Congrès annuel de la SCA. Ce sera l'occasion de célébrer les réalisations de la FÉI SCA au cours des années et de remercier tous ceux qui nous ont fait profiter de leur générosité. Nous espérons que de nombreux amis et collègues participeront à cet événement et au symposium. Vous trouverez de plus amples détails dans le prochain bulletin et sur le site web.

Je désire remercier tous les donateurs pour leur appui. S'il vous plaît, continuez d'être généreux et de faire des dons à la FÉI SCA. Il s'agit de notre unique source de financement, qui nous permet d'aider à défrayer les coûts de déplacement de nos bénévoles. Nous sommes très heureux de vous informer que les dons à la FÉI SCA ont augmenté de façon constante au cours des cinq dernières années, et nous en sommes très reconnaissants.

La FÉI SCA et le Programme de formation out-remier de l'Americian Society of Anesthesiologists

(ASA OTP) sont reconnaissants envers tous leurs bénévoles qui, de janvier 2006 à décembre 2009, auront passé du temps au Rwanda avec notre mission d'enseignement. Certains y sont allés plus d'une fois. Je n'ai nullement besoin de vous dire qu'ils ont pu passer du temps loin de la maison grâce au soutien de leur famille et de leurs collègues de travail.

FÉI SCA:

Fiona Turpe, Franco Carli, Catherine Paquet (résidente), Angela Enright, Brendan Finucane, Judy Nevett (infirmière travaillant en salle de réveil), Henri Wiebe, David Archer, Desiree Teoh (résidente), John Cockburn, Krista Brecht (infirmière spécialisée en contrôle de la douleur), Ann Moore, Masaru Yukava (résident), Julie Williams, Joel Parlow, Kara Gibson (résidente), Sue Ferreira, Annik Otis (infirmière spécialisée en contrôle de la douleur), Doug Maguire, Tim Dickson (résident), Avinash Sinha, Janius Tsang (résident), Patricia Livingston, Genevieve McKinnon (résidente), Tom Coonan, Dale Morrison (technicien en inhalothérapie), Sam Oakinbolue, Gordon Wood, Jennifer Szerb, Kwesi Kwofie (résident), Peter Slinger, (résident), Jan Francisco Asenjo, Eding Mvilongo (résident), Janice Chisholm, Anita Cave (résidente)

ASA OTP:

Arthur Ackerman, Shigemasa Ikeda, Hafez Sami, John Stanec, Janey McGee (résident), Mounir Hanna, Terry Loughnan

Annnonce d'un cours

Le troisième cours annuel Global Outreach organisé par la FÉI SCA et l'Université Dalhousie Du 29 mai au 1er juin 2010

Corps professoral : Haydn Perndt (Hobart), Adeyemi Olufolabi (Durham, C.N.); Holly Muir (Durham C.N.); Peter Daley (Lahore); Robert Neighbor (Gloucester); Richard Tully (Gloucester); Brendon Finucane (Edmonton); Doug Maguire (Winnipeg); Alison Froese (Kingston, Ontario); Krista Brecht (Montréal); Franco Carli (Montréal); Julie Williams, Ron George, Adam Law, Patty Livingstone, Shawna O'Hearne, Lynette Reid, Dale Morrison. Dan Cashen, Steve Williams, Tom Coonan (Halifax)

Le cours aidera les bénévoles à se préparer à travailler dans des conditions qu'ils n'ont probablement jamais connues au cours de leur formation ou dans leur pratique normale, et à se préparer d'un point de vue intellectuel, technique, psychologique, éthique et d'attitude en prévision de ce qui les attend dans les nombreux endroits du globe où les soins de santé et médicaux présentent de grands défis.

FMSSA — Un an plus tard

Un peu plus d'une année s'est écoulée depuis la fin du plus récent congrès mondial, qui s'est tenu au Cap, et l'heure est maintenant à l'étude de ce qui a été accompli durant cette période.

Communication :

Nous avons entrepris un important effort pour améliorer la communication avec les membres des sociétés. Nous avons maintenant un nouveau site web grandement amélioré (www.anaesthesiologists.org) grâce à notre webmestre, le Dr Peter Kempthorne de Nouvelle-Zélande. Grâce à l'aide de collègues de partout dans le monde, la plupart des rubriques ont une traduction française, espagnole et chinoise. Nous procédons à une mise à jour fréquente des rapports et des sujets d'intérêt. Nous avons conservé les liens importants vers d'autres groupes. Plus particulièrement, vous aurez facilement accès à nos publications éducatives. Si vous avez des idées ou des suggestions pour le site web, n'hésitez pas à nous en faire part.

Plutôt que de produire son propre bulletin, la FMSSA envoie maintenant des nouvelles comme celles-ci de façon régulière et qui sont publiées dans les bulletins des sociétés partout dans le monde. Cette façon de procéder se révèle très efficace. Au besoin, les membres des sociétés s'occupent de la traduction. Certaines sociétés font paraître leur bulletin sur leur site web.

Nous avons également amélioré la communication avec le Comité directeur grâce à un compte rendu régulier du groupe de gestion et un bulletin interne appelé « Exco News and Views ».

Éducation :

Le Dr Jannicke Mellin-Olsen de Norvège, présidente du Comité de l'éducation, rédigera un article pour le bulletin au cours des prochains mois pour faire une mise à jour sur les activités du Comité. Elle poursuit son travail concernant les centres de formation. Deux nouveaux centres doivent ouvrir plus tard cette année. La seconde École internationale de formation pour enseignants en anesthésie (International School for Instructors in Anesthesiology (ISIA)) commencera en octobre. Le « dérivé » de la première école a été incroyable, et chaque groupe de diplômés a préparé des cours et des ateliers dans son propre pays.

Publications :

Le Dr Iain Wilson, président du Comité des publica-

tions, rédigera également un article pour le bulletin plus tard cette année. Les activités du Comité continuent de prendre de l'ampleur et la publication *Update in Anaesthesia* se renforce de plus en plus. Le tutoriel de la semaine, hebdomadaire et évalué par des pairs, jouit d'une grande popularité et est facilement accessible sur notre site web. Nous prévoyons produire un manuel d'anesthésie pouvant servir dans des milieux moins bien équipés d'un point de vue des ressources.

Sécurité et qualité :

Le dernier bulletin décrivait les activités de ce comité, dirigé par le professeur Alan Merry. Les activités du Comité se concentrent toujours sur l'utilisation d'un sphygmo-oxymètre là où on procède à des anesthésies. En collaboration avec nos partenaires de l'Organisation mondiale de la santé, nous procéderons au lancement de projets pilotes en octobre.

Comité scientifique :

Le lancement de ce comité a gardé le professeur Philippe Scherpereel passablement occupé. Son premier projet était d'agir à titre de mentor pour les membres d'un groupe à Saint-Petersbourg, en Russie, afin qu'ils mettent sur pied leur propre laboratoire d'hyperthermie maligne. Il a aussi lancé un programme de symposiums de la FMSSA dans le cadre d'importants congrès régionaux.

Bien-être professionnel :

Le Dr Gastao Duval Neto du Brésil dirige un groupe de travail qui se penche sur les enjeux entourant le bien-être professionnel. Ces enjeux revêtent une importance encore plus grande qu'auparavant en raison des milieux stressants dans lesquels nous évoluons. Ce groupe présentera des suggestions à mesure que son travail progresse.

Varia :

Cette rubrique peut traiter d'un large éventail d'activités.

Nous avons réalisé un sondage auprès de tous ceux qui ont fait une présentation lors du Congrès mondial au Cap. C'est la première fois que l'on consulte les conférenciers. Par conséquent, nous procéderons à quelques modifications dans le cadre du prochain congrès mondial, qui se déroulera à Buenos Aires en 2012.

Grâce au soutien financier de Baxter, nous avons mis sur pied un programme de bourses permettant à de jeunes fournisseurs de services d'anesthésie

d'Afrique de participer au 4e congrès d'anesthésie panafricain à Nairobi, au Kenya.

La FMSA et la Société européenne d'anesthésie (SEA) se rencontrent régulièrement au Congrès de la SEA. Notre collaboration et notre coordination continuent de croître dans toutes nos activités. Nous comptons maintenant de nombreux projets communs.

Nous avons contacté beaucoup d'autres organisations mondiales, par exemple notre société mondiale sœur en obstétrique et en gynécologie, la FIGO, dans le but de découvrir ce que nous pouvons faire pour travailler ensemble afin d'améliorer la santé maternelle. Le président de notre Comité d'obstétrique, le Dr Paul Howell, prononcera une conférence dans le cadre de leur congrès mondial plus tard cette année. Nous espérons que cette conférence débouchera sur une importante collaboration entre les deux sociétés.

Nous continuons de travailler avec l'OMS sur différents enjeux ainsi que sur la sphymoxymétrie, y compris les soins essentiels à l'hôpital de district, les

exigences en matière de département d'anesthésie et les publications.

La FMSA a présenté un rapport sur ses activités au Groupe de travail sur le fardeau mondial des maladies chirurgicales, qui a bien accueilli le rapport. Nous nous sommes engagés dans plusieurs activités de collaboration avec ce groupe, qui inclut aussi des représentants de l'OMS, des chirurgiens et des experts en santé publique.

En somme, ce fut une année productive et bien remplie. Comme toujours, nous sommes reconnaissants envers Mme Ruth Hooper de notre bureau de London, qui fait en sorte que tout fonctionne rondement. Nous adorons recevoir des commentaires de nos membres, alors n'hésitez pas à communiquer avec Mme Hooper pour lui faire part de vos suggestions, commentaires ou nouvelles idées.

Angela Enright
Présidente, FMSA

Événement de l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire (ISCR) : Forum 2009 des jeunes chercheurs

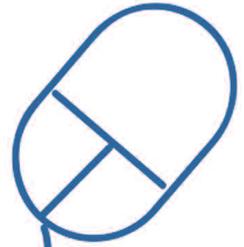
La SCA a cofinancé la participation du Dr Kong (Eric) You-Ten au Forum des jeunes chercheurs de l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire (ISCR), qui se déroulait en mai dernier à Ottawa, grâce à une bourse de déplacement.

Le Dr You-Ten travaille au Département d'anesthésie de l'Université de Toronto.

Pour de plus amples renseignements sur cet événement, consultez le bulletin de l'IRSC à l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39961.html#5>

Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie*

CPD online



Difficultés de prise en charge des voies aériennes : une approche systématique

Maintenant offerts :

- **Difficultés de prise en charge des voies aériennes : une approche systématique**
- **Optimiser la préoxygénation chez l'adulte**
- **Ultrasound guidance for regional blockade – basic concepts**
- **Challenges in Obstetric Anesthesia and Analgesia**

C'est aussi simple que de dire 1-2-3!

1. Ouvrez l'article sur SpringerLink et cliquez sur « Go to CPD ».
2. Choisissez le module, ouvrez une session et terminez le programme d'auto-évaluation.
3. Obtenez des crédits de Section 3 de Maintien du certificat.

Après avoir complété avec succès le programme d'auto-évaluation, les lecteurs pourront déclarer 10 heures de perfectionnement professionnel continu (PPC) en vertu de la Section 3 des options de PPC, pour un total de 20 crédits de maintien de l'agrément. Les heures de la Section 3 ne sont pas limitées à un nombre maximal de crédits par période de cinq ans.

Le programme d'auto-évaluation est rendu possible grâce à des bourses éducationnelles sans restrictions provenant de partenaires de l'industrie :





Du 1^{er} mai 2008 au 30 avril 2009

**Protecteurs
(1 000 \$ et plus)**

Braemed*
Anthony Boulton
Bristol-Myers Squibb
Canada*
CAS Obstetric Section+
Francesco Carli
Thomas Coonan
Angela Enright
Christine Goossen
Hospira
Carolyne Montgomery
New Brunswick Division*
Philips Healthcare
Provincial Health BC
Childrens' Hospital+

Robert Blake Richardson
Sanofi-aventis
Canada Inc.
John Scovil
SonoSite Canada Inc.
Verathon Medical
Zonare Medical Systems
Canada

**Leaders
(500 \$ à 999 \$)**

David Ansley
Jonathan Hooper
Brent Kennedy
Kristine Klubien
Indrani Lakheeram
Phillip Lalonde
Eman Salem

Robert Seal
Martin Van Der Vyver
Sharon Wiens

**Supporteurs
(250 \$ à 499 \$)**

Laura Baker
Pravin Batohi
Chi-Keung Chan
Richard Chisholm
Albert Christ
Chris Christodoulou
Jan Davies
Kathryn DeKoven
Joseph Fairbrother
Susan Ferreira Inc
Ivor Fleming
Alison Froese

Lynn Hansen
David Hughes
Leigh & Kim Illing
Halina Kieraszewicz
Teddy Lim
Patricia Livingston
Robert MacNeil
Doug Maguire
Julien Marti
Andrew Maykut
Robert Mazurka
Donald Miller
Beverly Morningstar
Maureen Murray
Andrew Nice
Martha Ann O'Driscoll
Susan O'Leary

Thomas O'Leary
Dennis Ong
Katherine Parlee
Barbara Pask
Sebastian Pinto
Martine Pirlet
Bruce Ramsey
David Riddell
Trevor Rudge
Shane Sheppard
Geeta Shetty
Martin Shine
Peter Solomon
Julie Williams
Davinia Withington
Gordon Wood

**Amis
(jusqu'à 249 \$)**

Gregory Allen
John Allison
Colin Bands
Keith Banton
Sukhjeevan K (Cindy)
Basran
James Beckstead
Archie Benoit
Rakesh Bhandari
Jean Bissonnette
Jan Piotr Blachut
Babak Bob
Sylvie Bois
Scott Bonneville
David Boyle
Alison Brennan
Russell J Brown
Stephen Brown
Jessica Burjorjee
Michael Buss
Robert Byrick
Fiona Campbell
Jan Carstoniu
Malone Chaya
John Chisholm
John Clark
Richard Cooper
Robin Cox
Ronald Crago
Christian E Creteur
Michael Curran

Alezandre Dauphin
Marc Derouin
Claire Dionne
George Doig
Paul Doiron
François Donati
M Joanne Douglas
John Dove
Scott Drysdale
Peter Duncan
Peter Farran
Janet Farrell
Mark Farrell
Alayne Farries
Nigel Findlay-Shirras
Allen Finley
Pierre Fiset
William Flexer
Koto Furue
Sylvain Gagne
Sugantha Ganapathy
Louise Gauthier
Eric Giffard
Ronald Gregg
Daniel Groulx
Linda Hadley
John A A Hakes
Loretta Hansen
Tokuya Harioka
Silva Hogg
Chris Huber
Henri Joncas
Ismail Kaloul
Allaudin Kamani

Chris Kehler
Ian Keith
Robert J Kelly
James Kerr
Pradeep R Kulkarni
Josee Lavoie
Edward Lazar
Marc Leblanc
Kenneth LeDez
Andrée Lemieux
Elizabeth Ling
Vance Logan
Frank Loy
Simon Lucy
Charles MacAdams
Peter MacEwen
Renwick Mann
Pirjo Manninen
John Mansfield
Peter McGinn
David McKnight
Robert McLean
Richard Merchant
Gillian Moll
David Morrison
Donald Morrison
Philipp Mossdorf
Brian Muirhead
Howard Nathan
Valerie Noel
Robert Nunn
Elizabeth Oliver Malone
Gail Oneschuk
Noel O'Regan

Michael Page
Steve Patterson
Desiree A Persaud
Edward Petrie
Thomas Pimblett
Harry & J Anne W Pollett
William Pope
Bruce Prasloski
John Price
Jeremy Pridham
Yasmin Rajan
Roodal Ramchandrar
Erin Ray
Desigen Reddy
Dennis Reid
Rick Retallick
Peter Rich
John Riendl
Edwin Roberts
David Rosen
Jean-Marc Sauve
Peter Scoates
Guylaine Seguin
Gordon Sellery
Subash Sethi
Lorne Shaw
Steven Shelley
Frank Shiffman
Alexander J Shysh
Tahira Siddiqui
Christopher Sims
Lesley Anne Sinclair

Peter Slinger
M Heather Smith
Catherine Smyth
Salvatore Spadafora
Altaf Stationwala
Sarah Stevens
David Storey
Tom Suhadolc
Michael Sullivan
Beata Szkup
Jean Taillefer
Alexander Tang
Amy Thiele-Kuntz
Sean (John) Thomas
Roger H Tiede
Kristine Urmson
Mike Van Der Wal
F L Van Eenennaam
Janet Van Vlymen
C Brian Warriner
Benigna Wawrzyszyn
Paul Westacott
Robert Whyte
Henry Wiebe
Anne Katling Wong
Rajalaxmi Wong
Linda Wynne
H Clifford Yanover
Harold Yazer
Doreen Yee
Raymond Yip
Jorge Zamora
Ian Zunder

+ Comprend le parrainage de Fellows du WCA
* Comprend le parrainage de Global Outreach