



Le premier anesthésiologiste élu et intronisé en tant que Membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé

Davy C H Cheng, MD MSc FRCPC FCAHS

Le Dr Davy Cheng (professeur et président/chef, Département d'anesthésie et de médecine péri-opératoire, London Health Sciences Centre et St Joseph's Health Care London, et l'Université de Western Ontario) est le premier anesthésiologiste élu et intronisé en tant que Membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé (MACSS), en septembre. La mission de l'Académie consiste à fournir des conseils sur des sujets-clés reliés à la santé des Canadiens (www.cahs-acss.ca). L'ACSS travaille en collaboration avec la Société royale du Canada et l'Académie canadienne du génie afin de former les académies membres du Conseil des académies canadiennes. Les membres élus à l'Académie sont

reconnus par leurs pairs aux niveaux national et international pour leur contribution à la promotion des sciences de la santé. Et ils auront démontré des qualités de chef, de la créativité, des compétences distinctives et de l'engagement à l'égard des sciences académiques de la santé.

Le Dr Davy Cheng a également été élu membre canadien du Conseil d'administration de la International Anesthesia Research Society (IARS) lors de l'assemblée annuelle de mars 2007. IARS est la société d'anesthésie la plus ancienne, fondée depuis 1925. Son influence sur la ligne de front comme en matière d'élaboration des politiques a été reconnue sous forme de prix nationaux et internationaux.

Commencez vos préparatifs en vue du Congrès annuel 2008 de la SCA

Du 13 au 17 juin

Le Comité du Congrès annuel attend avec intérêt cette assemblée qui promet d'être une réunion scientifique instructive, mobilisante et stimulante. Le thème du congrès de 2008 est **le rôle des anesthésiologistes dans la prestation future de soins d'anesthésie**.

Les délégués auront l'occasion de participer à des cours d'actualisation, ainsi qu'à des colloques, symposiums, ateliers, discussions de cas, séances d'apprentissage par solution de problèmes et symposiums satellites, sans compter des activités sociales reflétant l'histoire d'Halifax et l'hospitalité des provinces Maritimes.

L'assemblée aura lieu aux World Trade and Convention Centre, Delta Halifax, et Delta Barrington Hotel au centre-ville d'Halifax, à distance de marche de jardins, de sites his-

toriques et du port.

Des blocs de chambres d'hôtel ont été réservés dans trois hôtels choisis pour leur confort et leur commodité, et nous avons obtenu d'excellents tarifs. **Nous vous encourageons à réserver votre chambre aussitôt que possible.**

Si vous envisagez de présenter un résumé, **veuillez noter que l'échéance est fixée à 23h HNE, le vendredi 1 février 2008**. Vous trouverez des détails au sujet des prix, des concours de résumés et des directives pour la soumission sur le site Internet de la SCA.

Au plaisir de vous voir à Halifax!

Hugh Devitt, MD MSc FRCPC

Président du Comité du Congrès annuel

Le dernier de son genre!!

Ceci est le dernier numéro du bulletin imprimé sur papier. De futurs numéros seront publiés sous forme électronique seulement. Si vous ne recevez pas présentement le bulletin électronique et si vous désirez le recevoir, veuillez envoyer votre nom et votre adresse électronique à membership@cas.ca.

Dans ce numéro

Le premier anesthésiologiste élu et intronisé en tant que Membre de l'ACSS	1
Commencez vos préparatifs en vue du Congrès annuel 2008 de la SCA	1
Message du président	2
Nouvelles du Conseil	3
Mise à jour du Collège royal : améliorations pour MAINPORT	3
Nouvelles en anesthésie régionale et douleur aiguë	4
Nouvelles de l'ACUDA	4
Entrevue avec D ^r Colin McCartney	5
Concours de bourse de recherche SCA/Vitaïd-LMA pour résidents	6
Report de la division de Terre-neuve et Labrador	6
CAS Membership Survey	7
Points de référence en matière de périodes d'attente pour les patients atteints de douleur chronique	8

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, Lions Bay
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, Saint John's
Représentant des résidents	Julie Lajoie, Hamilton

Membre d'office

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

Directeur général

	Stanley Mandarich
--	-------------------

Invités

Rédacteur en chef du JCA	Donald Miller, Ottawa
Président de la FCRA	Doreen Yee, Toronto
Présidente du FÉI 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

Rédactrice en chef adjointe, Conception et Production

M^{me} Ruthe Swern

Contributeurs

D^r Michael Bautista, D^r Davy Cheng, D^r Hugh Devitt, D^r Bryan J Houde, D^r Brian Knight, D^r Colin McCartney, D^r Jennifer Szerb, D^r Homer Yang, D^r Doreen Yee



Message du président

Suite à notre récent examen stratégique, certaines améliorations seront apportées à la SCA. Notre enquête effectuée en ligne auprès de nos membres a servi de point de départ afin de reformuler notre énoncé de mission et d'établir de nouveaux objectifs et priorités. Avec l'aide de Leader Quest, le conseil a évalué les résultats et établi 5 domaines prioritaires : défense des intérêts, recherche, éducation, normes et services aux membres. Des objectifs ont été établis pour chacune de ces priorités. Certains d'entre eux sont facilement réalisables avec les ressources déjà en place, tandis que d'autres exigeront des années et de nouvelles ressources.

Plusieurs des points discutés comportent des implications financières. Je maintiens le fait que les organismes à effectif bénévole doivent fournir des services équivalents ou supérieurs au coût de l'adhésion. La SCA fournit plusieurs services avec avantage financier direct tels que des taux réduits lors de l'assemblée annuelle. D'autres activités telles que les normes et la défense des intérêts comportent des avantages indirects et il est plus difficile d'y attacher une valeur. Des missions universitaires, incluant la recherche et FMC offrent des avantages

exceptionnels pour tous les cliniciens.

La mise à jour de notre site Internet est un élément essentiel pour plusieurs des priorités discutées. L'information sera disponible plus rapidement et de façon plus détaillée. La FMC sur le Web est une priorité-clé pour nos membres et nous y apporterons des améliorations. Nous prévoyons d'étendre les domaines d'accès public et d'inclure plus de matériel éducatif et possiblement une nouvelle section FAQ.

Afin de demeurer mieux informée au courant des besoins des membres, la SCA effectuera une enquête de temps à autre afin d'adapter ses activités selon les souhaits de ses membres. Des données peuvent également être recueillies sur RHS et sur des questions économiques afin d'aider la SCA à effectuer du lobbying auprès des décideurs aux niveaux fédéral et provincial.

Le changement est inévitable. Voici notre nouvel énoncé de mission :

La Société canadienne des anesthésiologistes permet aux anesthésiologistes d'exceller dans les soins aux patients, par le biais de la recherche, de l'éducation et de la défense des intérêts.

Shane Sheppard, MD FRCP
Président

The 14th World Congress of ANAESTHESIOLOGISTS

L'inscription maintenant disponible !

Vous êtes officiellement invité à assister au 14^e congrès mondial des anesthésiologistes, du 2 au 7 mars 2008, au Cap, et à prendre part à des activités d'éducation, de réseautage et de tourisme.

www.wca2008.com



Nouvelles du Conseil

Les 27 et 28 octobre 2007

Plusieurs nouveaux membres se sont joints au conseil d'administration de la SCA en 2007 : D^{re} Susan O'Leary, trésorière; D^{re} Annabelle Mang, représentante de la Saskatchewan; D^r Jean-Yves Dubois, représentant de l'Île-du-Prince-Édouard; D^r Michael Bautista, représentant de Terre-Neuve et Labrador; D^r Richard Chisholm, représentant du Nouveau-Brunswick; D^r Stephen Kowalski, représentant du Manitoba; et D^r Homer Yang, président de l'ACUDA.

Le conseil d'administration s'est réuni à Toronto pour une courte réunion, principalement afin d'approuver le budget d'exploitation de 2008, suivi d'une séance de planification stratégique.

Mise à jour au sujet du Congrès annuel

Nous avons reçu 405 formulaires d'évaluation (environ 44%) de l'assemblée de Calgary. La majorité des évaluations se situent dans l'échelle « bon » à « très bon ». Les conférenciers recevront leurs évaluations d'ici la fin de novembre. Congress Canada, que nous avons embauché plus tôt cette année afin d'organiser l'assemblée de Calgary, nous aidera une fois de plus à organiser l'assemblée d'Halifax en 2008. Un nouveau programme d'examen de résumés sera lancé au milieu de décembre. D^r William Splinter, président des affaires scientifiques, est présentement en train de sélectionner les examinateurs.

Assistants en anesthésie

La SCA a recueilli de l'information au sujet des programmes pour Assistants en anesthésie à l'échelle du pays. La SCA se chargera de définir les exigences de formation pour que les inhalothérapeutes soient en mesure de travailler de façon péropératoire à titre d'anesthésistes auxiliaires, en collaboration avec la Société canadienne des thérapeutes respiratoires.

Comité des candidatures

Un appel de candidatures pour le prochain vice-président a été publié dans le dernier numéro du bulletin. Le comité des candidatures est en voie d'être mis sur pied et inclura le D^r Daniel Lazaric à titre de membre du conseil.

Étude d'efficacité du *Journal*

Le comité a examiné une étude effectuée par un expert de l'édition, M. Glenn Tinley, qui a conclu que bien que la qualité scientifique du *JCA* demeure élevée, il existe des possibilités d'améliorer les capacités en ligne et de simplifier le déroulement du travail. De nouvelles initiatives sont planifiées au cours des prochains mois afin de mettre en oeuvre ces recommandations.

Mise à jour du Collège royal : améliorations pour MAINPORT

Plusieurs améliorations ont été apportées à MAINPORT, qui comporte maintenant plusieurs nouvelles caractéristiques telles que PROJETS EN ATTENTE où les Associés peuvent inscrire leurs réflexions et questions à titre de future référence. RESSOURCES WEB fournit des liens et des sites Internet pratiques. (Un tutoriel est également disponible et offre de l'aide étape par étape.) Le nouveau format a été conçu afin d'aider les Associés à inscrire les détails de leur apprentissage au fur et à mesure, et à rehausser les avantages de leur apprentissage et de leur pratique.

Une fois qu'un(e) Associé(e) accède à la nouvelle page d'accueil de MAINPORT (www.mainport.org), il ou elle a le choix entre deux points d'entrée :

- « REPORT CPD ACTIVITIES » — l'option de base afin d'inscrire les aspects-clés de votre apprentissage, avec la possibilité de faire valoir leur utilité; ou
- « PRO-FILE » (auparavant « WEBDIARY ») — une option plus élaborée, offrant de nombreuses possibilités de faire valoir des aspects-clés de l'apprentissage et leur utilité.

Visitez le site Internet MAINPORT aujourd'hui et envoyez-nous vos commentaires à opinions@rcpsc.edu.



Dr Colin McCartney



Dr^e Jennifer Szerb

Nouvelles en anesthésie régionale et douleur aiguë

Chers collègues, C'est avec grand plaisir que je vous annonce que j'ai récemment accepté le rôle de président de la Section d'anesthésie régionale et de douleur aiguë de la Société canadienne des anesthésiologistes. Suite à l'excellent travail accompli par les récents présidents Ban Tsui et Scott Lang, ce sera un rôle difficile à remplir.

Cependant, je me ferai un plaisir de vous servir à titre de président de section au cours des trois prochaines années et de rencontrer plusieurs d'entre vous lors de notre Congrès annuel. Mon premier geste à titre de président de section a été d'instituer un nouveau poste de vice-président(e) de section, qui est maintenant occupé par la Dr^e Jennifer Szerb d'Halifax. Jennifer est une anesthésiologiste régionale et professeure compétente, et je me ferai un plaisir de travailler avec elle au cours des quelques années qui viennent afin d'améliorer les solides assises de la Section d'anesthésie régionale et de douleur aiguë.

De récentes enquêtes menées auprès des

membres de la SCA indiquent que les sujets en matière d'anesthésie régionale et de douleur aiguë demeurent très importants dans le cadre du programme général du Congrès annuel, avec les techniques sous échographie représentant la suggestion la plus populaire. D'autres suggestions populaires sont les meilleurs articles récents et l'anesthésie régionale pour les patients traités à l'anticoagulant.

Ma première collaboration avec Jennifer consistera à planifier le meilleur programme pour Halifax l'an prochain, dans le but de maintenir et d'améliorer la qualité de l'éducation en matière d'anesthésie régionale et de douleur aiguë tout au long du Congrès annuel. La forme habituelle des assemblées de la SCA sera maintenue, en répétant les populaires ateliers cadavériques de l'an dernier. De plus, plusieurs ateliers à ultrason seront offerts aux résidents et aux membres du personnel. Nous désirons améliorer la qualité générale en réduisant la proportion de délégués par faculté dans chaque atelier, de sorte que les ateliers soient véritablement « pratiques ».

Nous aimerions recevoir vos suggestions

d'améliorations pour la section qui pourraient être avantageuses pour l'éducation en matière d'anesthésie régionale et de douleur aiguë pour les anesthésiologistes canadiens.

Quoique nous apprécions les avantages que représentent l'anesthésie régionale et le soulagement de la douleur pour nos patients, nous comprenons également que l'anesthésie régionale pratiquée dans certains de nos établissements puisse présenter plusieurs défis qui vont bien au-delà de simplement apprendre où appliquer l'aiguille.

À ceux d'entre vous qui pratiquez l'anesthésie régionale de façon régulière, continuez le bon travail. À ceux d'entre vous qui devez relever de nombreux défis dans ce domaine, dites-nous comment nous pouvons vous aider.

Nous avons hâte de vous rencontrer à Halifax.

Colin McCartney, MBChB

Président, Section d'anesthésie régionale et de douleur aiguë

Jennifer Szerb, MD

Vice-présidente, Section d'anesthésie régionale et de douleur aiguë

Nouvelles de l'ACUDA

En tant que nouveau président l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA), je m'efforcerai de tenir tout le monde au courant de ses activités. Dans le cadre d'un environnement qui change rapidement, la seule « constante » est le changement. Ceci s'applique certainement à l'anesthésie en milieu universitaire.

Il existe une longue tradition de collaboration entre la SCA et l'ACUDA

dans le but de faire progresser l'anesthésie au Canada. C'est dans cet esprit que j'ai participé à la retraite stratégique de la SCA les 27 et 28 octobre dernier. D'excellentes discussions y ont eu lieu et les orientations stratégiques qui en ont découlé rendront un grand service au domaine de l'anesthésie au Canada. La collaboration entre la SCA et l'ACUDA continuera de jouer un rôle important dans le cadre de

l'avancement de l'anesthésie au Canada. La question d'une équipe de soins d'anesthésie et de sa formation progresse rapidement à l'échelle du pays. En vertu des fonctions d'enseignement des centres universitaires, plusieurs de ces centres sont déjà impliqués dans l'établissement d'un programme et dans la formation des assistants en anesthésie.

Suite à la page 5.



Entrevue avec Dr Colin McCartney

Bourse canadienne de recherche en anesthésie
Organon Canada Ltd

Une étude contrôlée sur échantillon aléatoire comparant la neurostimulation double à point final avec bloc sous-claviculaire guidé par échographie pour chirurgie sur la main

Une entrevue avec Dr Colin McCartney, Sunnybrook Holland Orthopedic and Arthritic Centre, Université de Toronto.

Ceci est le deuxième d'une série d'entrevues que j'ai menées avec des gagnants précédents du prix FCRA afin de nous aider, nous les cliniciens, à comprendre le travail de nos chercheurs en anesthésie et la raison pour laquelle ils estiment leur projet pertinent.

1. Décrivez-moi le projet de recherche sur lequel vous travaillez présentement. Pourquoi avez-vous choisi ce bloc spécifique afin de comparer ces deux techniques de neurolocalisation?

Le bloc sous-claviculaire est l'une des méthodes les plus efficaces d'anesthésie du plexus brachial. Mais la meilleure technique utilisée présentement afin de localiser le plexus, à l'aide de la neurostimulation périphérique, entraîne encore une incidence de 20% d'échec du bloc et peut être difficile à apprendre. Je voulais examiner une technique plus récente d'exécuter ce bloc à l'aide d'échographie et de placer un anesthésique local autour de l'artère axillaire sous-clavicu-

laire, et comparer directement cette méthode avec la meilleure technique existante afin de déterminer s'il est possible d'améliorer l'efficacité et la durée de rendement.

2. Il semble que les méthodes sous-claviculaire et supraclaviculaire soient deux des façons les plus « efficaces » d'anesthésier le plexus brachial, mais je n'ai pas d'expérience en anesthésie régionale et je m'inquiète toujours d'infliger un pneumothorax au patient! Estimez-vous qu'une technique guidée par échographie aurait pour effet de diminuer ce risque?

L'échographie offre la possibilité de réduire plusieurs des complications reliées aux techniques d'anesthésie par blocage nerveux périphérique, incluant l'injection intravasculaire, la lésion nerveuse et le pneumothorax.

Il est toutefois très important que le praticien soit en mesure de visualiser la pointe de l'aiguille durant l'insertion et l'injection, et qu'il ait une expérience adéquate avant la pratique indépendante.

3. Quels points finals mesurez-vous dans l'étude lors de la comparaison de ces deux techniques de localisation?

Le principal point final est le degré de bloc moteur et de bloc sensoriel au niveau des nerfs médian, cubital, radial et musculocutané 20 minutes après l'achèvement du bloc. Les points finals secondaires incluent la durée d'exécution du bloc, la douleur au

cours de l'intervention et le besoin d'un bloc de secours à des fins de chirurgie. La durée d'évaluation de 20 minutes suit assez près l'achèvement du bloc, cependant je voulais comparer de près ces deux techniques selon des critères très rigoureux.

4. Estimez-vous que l'imagerie par échographie rend l'anesthésie régionale plus sécuritaire? Croyez-vous que les techniques à l'aveugle pour les interventions effractives deviendront périmées au cours du 21^e siècle?

J'ai appris les techniques d'anesthésie par blocage nerveux périphérique en faisant appel à la paresthésie et à la stimulation nerveuse, et j'ai exécuté avec succès plusieurs de ces techniques jusqu'en 2003, date à laquelle j'ai commencé à utiliser l'échographie. Cependant, maintenant que j'ai effectué un nombre équivalent de blocs par échographie, je n'ai aucun doute que le fait de visualiser l'anatomie et l'aiguille durant l'insertion, et de surveiller la diffusion de l'anesthésique local a rendu ma pratique plus sécuritaire. Cependant, les techniques d'imagerie ne sont que la plus récente innovation permettant d'exécuter des interventions effractives. Nous devons continuer de faire appel à tout ce que nous avons déjà appris afin de maintenir la qualité et la sécurité de notre pratique, aujourd'hui et demain.

Doreen Yee MD FRCPC MBA
Président, FCRA

Nouvelles de l'ACUDA, suite de la page 4.

La SCA établira la norme pour le programme en matière d'assistance en anesthésie peropératoire. La phase actuelle est axée sur la cueillette et le collationnement des différents programmes existants.

Les activités de recherche en anesthésie au Canada demeurent un élément important à l'avancement de notre spécialité et de notre profession. La SCA, la FCRA et l'ACUDA reconnaissent toutes cette importance. La création d'un

ensemble de nouvelles connaissances et son transfert ultérieur au sein de la communauté de l'anesthésie joueront un rôle afin de maintenir l'anesthésie canadienne en tête du domaine de l'anesthésie et des soins périopératoires. On s'attend à ce que ces trois organisations amorcent des discussions et des plans stratégiques pour un avancement futur dans ce domaine.

L'anesthésie au Canada est certainement sur le point de connaître de grands changements, et il est plus important que jamais que les membres de la communauté de l'anesthésie collaborent afin de

faire avancer la cause de cette spécialité. Il est emballant de constater un rapprochement des orientations stratégiques et un but commun entre la SCA et l'ACUDA. Après tout, il existe des rapports symbiotiques entre l'anesthésie en milieu universitaire et la communauté de l'anesthésie en général. De grandes possibilités s'offrent à l'anesthésie au Canada au cours des prochaines années.

Homer Yang
Président, ACUDA



Concours de bourse de recherche SCA/Vitaid-LMA pour résidents

Bryan J Houde

Université de Montréal, Montréal (Québec)

Intubation oro-trachéale avec Trachlight® et bronchoscope à fibres optiques; comparaison du mouvement de la colonne cervicale à l'aide de cinéfluoroscopie

D^r Houde est en voie de compléter sa troisième année de résidence au sein du Département d'anesthésie de l'Université de Montréal. Il effectue des recherches au Centre hospitalier de l'Université de Montréal sous la supervision du D^r Stephan Williams, anesthésiologiste membre du personnel.

Projet de recherche

L'intubation trachéale des patients dont la colonne cervicale est instable (colonne C) représente un défi pour un anesthésiologiste. Le patient doit être intubé de sorte à minimiser le risque de détérioration additionnelle de sa situation déjà critique. Certains anesthésiologistes envisagent de faire appel à une technique utilisant un bronchoscope à fibres optiques chez le patient éveillé à titre

de norme de diligence. Cependant, dans plusieurs cas, l'intubation avec bronchoscope à fibres optiques chez les patients éveillés peut être difficile, impossible ou n'est tout simplement pas la meilleure option. Dans certains cas, l'anesthésie générale demeure nécessaire avant de pratiquer l'intubation trachéale. Il s'agit de déterminer quelle technique d'intubation minimise le mouvement de la colonne C chez les patients anesthésiés.

Nous avons donc examiné la documentation portant sur le mouvement de la colonne durant l'intubation. Deux méthodes ont été retenues à des fins de comparaison : le tube d'intubation Trachlight® (TL) et le bronchoscope à fibres optiques. Deux méthodes ont été reconnues comme produisant un mouvement minimal de la colonne C durant l'intu-

bation. Cependant aucune expérience jusqu'à maintenant n'a comparé le mouvement de la colonne C produite par le TL à celui engendré par le bronchoscope à fibres optiques chez le patient anesthésié. Nous avons conçu une étude par permutation sur échantillon aléatoire afin de comparer le mouvement de la colonne C généré par chacune des deux méthodes d'intubation chez 20 patients. Les événements cible secondaires incluaient le taux de réussite et le temps requis afin d'intuber avec chaque technique. Nous espérons que les résultats de cette étude aideront les anesthésiologistes à choisir une méthode afin d'assurer la sécurité des voies aériennes chez les patients dont la colonne C est instable.

Report de la division de Terre-neuve et Labrador



D^r Shane Sheppard, D^r Steve Crummey, D^r Renwick Mann et D^r Todd Cheddore.

Le principal projet pour la division de Terre-Neuve et Labrador était l'assemblée régionale de l'Atlantique qui a eu lieu du 21 au 23 septembre 2007 à St John's. Le programme était concentré sur deux domaines : l'usage de la technologie par ultrasons en anesthésie et le traitement de la douleur chronique. Le premier sujet incluait des séances didactiques ainsi que des ateliers pratiques avec des modèles vivants. Le deuxième sujet était destiné aux spécialistes et aux médecins de famille. La séance sur la douleur

chronique représentait une expérience pédagogique, sanctionnée par le collège provincial des médecins et chirurgiens, et importante pour tous les médecins impliqués dans le traitement de la douleur chronique.

De façon typiquement terre-neuvienne, l'assemblée a débuté par un « Screech-In » pour ceux qui venaient de l'extérieur, incluant notre président national, le D^r Shane Sheppard. Le point saillant de la réunion fut une dégustation de vins qui a eu lieu à notre nouvelle galerie d'art provinciale « The Rooms », reconnue pour l'un des panoramas les plus spectaculaires en ville. D^r Paul Gardiner, l'un de nos chirurgiens thoraciques locaux et un sommelier qualifié, a fourni une description extrêmement divertissante et instructive des six vins en vedette. Ce fut une excellente introduction au banquet et à la suite de réception. Après le souper, D^{re} Colleen O'Connor, une physiatre de Fredricton, effectua une présentation au sujet de « Team Canada

Helping Hands », un groupe bénévole qui aide en médecine de réhabilitation à Haïti.

La division est en voie de créer un nouveau site Internet « casnl.org », un outil de communication pour les membres de la SCA qui habitent une province faisant face à des défis géographiques importants. La division représente également les intérêts de tous les anesthésiologistes devant l'Association médicale de Terre-Neuve et Labrador, et effectue présentement une enquête auprès des anesthésiologistes de la province au sujet de notre prochaine microallocation de fonds. Ce processus inclut la prise en considération de quelques nouveaux éléments, tels que le code d'obésité morbide.

Michael Bautista, MD FRCPC

Président,

Division de Terre-Neuve et Labrador

Enquête auprès des membres de la SCA

Plus tôt cette année, la SCA a entrepris une nouvelle initiative de planification stratégique. Leader Quest, une société d'experts-conseils externe, a été embauchée afin de collaborer avec la SCA. Cet été, Leader Quest a effectué des entrevues au téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de membres de la SCA. Les résultats de ces entrevues ont servi à dresser un questionnaire qui a été présenté à tous les membres, cet automne. Les résultats suivants représentent les premières données recueillies en quatre ans au sujet de la satisfaction des membres de la SCA.

Satisfaction générale des membres

6-	7,4 %	Hautement satisfaits
		5 ou 6
5-	40,1 %	
4-	34,4 %	Satisfaits
		3 ou 4
3-	9,1 %	
2-	4,2 %	Insatisfaits
		1 ou 2
1-	9,0 %	

Qu'est-ce qui est important?

Les activités les plus populaires classées par ordre d'importance sont les publications et l'éducation :

- Guide d'exercice de l'anesthésie
- Journal canadien d'anesthésie
- Formation médicale continue
- Intervention nationale
- Congrès annuel

Rôle futur – Priorisé

- Les normes sont le principal futur objectif de la SCA.
- L'éducation est le deuxième élément le plus important pour les membres.
- L'intervention compte parmi les trois premières priorités.

Voyez. Clairement. Maintenant.



Voici le GlideScope® Cobalt Laryngoscope vidéo à lame jetable, à usage unique.

Optimisé pour les intubations difficiles réglées ou en urgence, le GlideScope® Cobalt assure une exposition claire de la glotte pour une mise en place rapide de la sonde d'intubation.



L'assemblage d'une lame Cobalt jetable et du bâton vidéo GlideScope® supprime l'attente de la désinfection, assurant une disponibilité immédiate du système.

Le GlideScope® Cobalt offre une vision en temps réel des voies aériennes et de l'introduction de la sonde.

- Le bâton vidéo GlideScope® intègre une caméra haute définition avec protection anti-buée brevetée.
- lame jetable, à usage unique disponible en deux tailles.
- lame à angulation brevetée à 60°.
- Moniteur couleur anti-reflets.



Pour plus de détails, téléphoner au +1-800-331-2313 ou visiter le site www.verathon.com

GLIDESCOPE®
Video Laryngoscopes

Designed for 1st Pass Success

VERATHON
MEDICAL

GlideScope®, GVL®, Verathon® et Verathon Medical® sont des marques commerciales déposées par Verathon Inc. aux États-Unis et/ou dans d'autres pays.
Copyright© 2007 par Verathon Inc. Tous droits réservés.

0900-1435-00-86



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 :

production@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 de direction

Joy Brickell (admins@cas.ca)

Adjointe à la rédaction (Montréal)

Carolyn Gillis (cja_office@cas.ca)

Compositeur du *Journal*

Andrew Finnigan (cja_typesetter@cas.ca)

Consultant de commercialisation

Neil Hutton (marketing@cas.ca)

Coordonnatrice du *journal*

Yolanda Vitale (cja@cas.ca)

Coordonnatrice de production

Ruthe Swern (production@cas.ca)

Coordonnatrice, services aux membres

Anne Aleixo (membership@cas.ca)

Gestionnaire des finances et de l'administration

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



©2007 Société canadienne des anesthésiologistes
Imprimé au Canada
Tous droits réservés

Points de référence en matière de périodes d'attente pour les patients atteints de douleur chronique : la position de la Société canadienne des anesthésiologistes

1. Plusieurs patients souffrant de douleur chronique peuvent être traités efficacement par leur médecin de famille à l'aide de médicaments disponibles dans la communauté. Malheureusement, de nombreux médecins de famille hésitent à prescrire des médicaments dont l'efficacité à soulager la douleur chronique a été prouvée (p. ex., ils s'inquiètent parfois du risque d'accoutumance relié à l'usage d'opioïdes). Si les médecins de famille recevaient une formation appropriée en traitement de la douleur chronique, et s'ils étaient rémunérés de façon adéquate pour le temps supplémentaire souvent requis afin de soigner les patients souffrant de douleur chronique, le fardeau des cliniques du traitement de la douleur serait réduit et plusieurs patients auraient une meilleure qualité de vie.
2. La Société canadienne pour le traitement de la douleur a examiné la preuve concernant les périodes d'attente acceptables pour le traitement de la douleur chronique dans les centres du traitement de la douleur multidisciplinaires.¹ La Société canadienne des anesthésiologistes a examiné leurs résultats

et a tenu des consultations informelles avec des anesthésiologistes qui sont directeurs de cliniques de traitement de la douleur. Il semble y avoir une baisse marquée des fonctions chez les patients qui souffrent de douleur chronique depuis plus de six mois. La Société recommande que les patients n'attendent pas plus de six mois à compter du moment où ils sont référés par leur médecin traitant jusqu'à leur première évaluation par un sous-spécialiste en traitement de la douleur chronique, sous réserve que des périodes d'attente plus courtes doivent être ciblées pour certains états pour lesquels une intervention précoce pourrait être particulièrement bénéfique (voir le tableau). À cause du manque de ressources, plusieurs sous-spécialistes en traitement de la douleur chronique ont présentement de longues listes d'attente et ne sont pas toujours en mesure de fournir des services dans les intervalles recommandés.

Brian Knight, MD FRCPC

Points de référence recommandés

État	Période d'attente pour une première évaluation par un sous-spécialiste du traitement de la douleur après référence du médecin traitant ^a
Douleur neuropathique aiguë d'une durée de moins de 6 mois	30 jours
Protrusion discale lombaire aiguë	3 mois
Douleur causée par le cancer ^b	14 jours
Douleur chronique subaiguë chez un adulte d'âge actif où une intervention pourrait améliorer les fonctions	3 mois
Autres types de douleur chronique	6 mois

a Ces périodes d'attente n'incluent pas des attentes subséquentes pour des programmes de réhabilitation, des programmes fondés sur la psychologie, ou des procédures interventionnelles qui peuvent être appropriées après la consultation initiale avec un sous-spécialiste du traitement de la douleur.

b Un service dans un délai de 14 jours est recommandé pour les patients qui n'ont pas accès à des services palliatifs, ou dans les cas où une équipe de soins palliatifs a demandé une procédure spécifique.

Référence

1. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Goldstein D, Dunbar M, Peng P, et al; un groupe d'étude de la Société canadienne pour le traitement de la douleur. *Toward establishing evidence based benchmarks for acceptable waiting times for treatment of pain*. Whitby (ON): Société canadienne pour le traitement de la douleur; 2006. Disponible : www.canadianpainsociety.ca/Wait-Times_ForPainTreatment.pdf (accessed 2007 Sept 19).