

L'anesthésiologiste et le contexte réglementaire en 2009

Jean-François Hardy, M.D.

Chef, département d'anesthésiologie

CHUM

4 (5) niveaux de réglementation

- Légal
 - Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux
 - Lois 90 + 113
 - Loi médicale et règlements
- Code de déontologie (CMQ)
- Associations professionnelles : guides de pratique
 - Normes de monitoring
- Journaux scientifiques : sujets de controverse
- + RAMQ = entente négociée

L.S.S.S.S.

- Processus de nomination
- Statuts et privilèges
- Plaintes et leur traitement
- Rôles, pouvoir et obligations
 - Chef de département
 - CMDP
 - DSP

La loi 90 permet une nouvelle approche dans l'organisation des soins

- Modifie le code des professions (nouvelles définitions)
- Nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé
- Cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins à exercer certaines activités médicales

Loi 113 (décembre 2002)

- Modifie la LSSSS
- Les professionnels de la santé sont obligés de divulguer tout incident/accident survenu lors de la prestation de services
- Obligation pour tous les établissements de mettre en place un comité de gestion des risques

Loi médicale et règlements

Définissent

- Exercice de la médecine (essentiellement le diagnostic et la prescription du traitement)
- Ordonnances collectives (remplacent actes délégués)
 - Établies par le comité inter-professionnel
 - À quelles personnes
 - Dans quelles conditions

Modifications au code de déontologie

- Nouvelle version en vigueur depuis le 7 novembre 2002
- “Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier de tout incident, accident ou complication susceptible d’entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.”

Nomination

- Comité des titres du CMDP
- Exécutif du CMDP → CA
 - Compétence, réputation, etc.
 - Ressources disponibles
 - Plan d'organisation
 - Plan des effectifs médicaux vs. "Exigences propres" de l'établissement
- "L'Agence" (ancienne Régie Régionale)
- Université (le cas échéant)

Inconduite professionnelle

- Relevant du CMDP (via le chef du département)
 - Acte médical
 - Attitude envers les patients/pairs/personnel
 - Inobservance des règlements du CMDP
- Relevant du chef de département ou du DSP
 - Mauvaise utilisation des ressources

Sanctions disciplinaires

Inconduite relevant du CMDP

- Peuvent toucher aux privilèges
- De la réprimande à la révocation
- Plainte → MD examinateur → ÉCMDP → Comité de discipline → ÉCMDP → CA → sanction
 - Droit d'être accompagné de son avocat
 - Copie au Collège des Médecins (si sanction)
 - Conclusions MD examinateur: tjrs au dossier

Sanctions administratives

Mauvaise utilisation des ressources selon règles définies par le département (e.g. retards répétés)

- Ne doivent pas toucher aux privilèges
- Prévues d'avance par règlements du département
- Amende, privation d'une ressource

Principaux documents

- Guide de l'exercice de l'anesthésie
 - Mise à jour de mars 1992 !!!
 - CPMQ
- Guide d'exercice de l'anesthésie
 - Édition révisée annuellement
 - Société canadienne des anesthésiologistes

Guides de pratique

- Règles de l'art, établies par le milieu médical, que respecte le médecin compétent, prudent et diligent
- Représentent un standard minimum
- Basés sur les données probantes lorsque disponibles (peu souvent)
- N'ont pas force de loi, mais tous les avocats en ont une copie!



Société canadienne des anesthésiologistes

Membres

- Bulletin
- Guide d'exercice de l'anesthésie
- Calendrier
- Compte rendu de la réunion du Conseil d'administration

Connectez-vous

- Education
- Groupe de Discussion
- Liens
- Possibilités de carrière

Recherche

- FCRA
- Demande de résumés de communications
- Subventions et bourses
- Fellows de recherche postdoctorale (ACUDA)

Congrès Annuel

- Information de congrès
- Formulaire d'inscription en direct
- Résumés
- Programme scientifique

Public

- Renseignements
- Les grands noms de l'anesthésie
- Possibilités de carrière
- Calendrier

Recherche rapide

[Plan du site](#)[Contactez-nous](#)[Accueil](#)[English](#)

[Sign In](#) | [Bourses](#) | [Bulletin](#) | [Calendrier](#) | [Comités](#) | [Compte rendu](#) | [Conseil d'administration](#)
[Demande de l'adhésion](#) | [Éducation](#) | [Exposé de principes](#) | [Guide](#) | [JCA](#) | [Liens](#) | [Carrières](#)
[Rapports](#) | [Rapport Annuel](#) | [Renouvellement](#) | [Ressources cliniques](#) | [Sections](#) | [Siège Social](#) |

Guides

Guide d'exercice de l'anesthésie

Édition révisée en 2008

Lignes directrices recommandées par la Société canadienne des anesthésiologistes

Le présent guide a été rédigé par la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) qui se réserve le droit de décider de sa publication et de sa diffusion. Comme ces recommandations font l'objet d'une révision périodique, la dernière édition du guide sera publiée annuellement. Des tirés à part du guide sont disponibles auprès du secrétariat de la Société.

La SCA incite les anesthésiologistes du Canada à se conformer à son guide d'exercice pour assurer une grande qualité des soins dispensés aux patients, mais elle ne peut garantir les résultats d'une intervention. Chaque anesthésiologiste doit exercer son jugement professionnel pour déterminer la méthode d'intervention la mieux adaptée à l'état du patient. La SCA n'accepte aucune responsabilité de quelque nature que ce soit découlant d'erreurs ou d'omissions ou de l'utilisation des renseignements contenus dans son *Guide d'exercice de l'anesthésie*.

Guide d'exercice de l'anesthésie - 2008

Monitoring du patient

Le seul moniteur indispensable est la présence, à tous les instants, d'un médecin ou d'un assistant en anesthésie placé sous la supervision immédiate d'un anesthésiologiste et détenant la formation et l'expérience appropriées. Les moniteurs mécaniques et électroniques ne sont, au mieux, que des aides à la vigilance. Ces appareils aident l'anesthésiologiste à s'assurer de l'intégrité des organes vitaux et notamment de la perfusion et de l'oxygénation satisfaisantes des tissus.

On peut classer l'équipement de monitoring comme suit :

- **Requis** : ces moniteurs doivent être utilisés sans interruption pendant toute la durée de l'administration de toute anesthésie.
- **Accessible en exclusivité pour chaque patient** : ces moniteurs doivent être accessibles à chaque poste de travail d'anesthésie, de sorte qu'on puisse y avoir recours sans délai.
- **Immédiatement disponible** : ces moniteurs doivent être accessibles de sorte qu'on puisse y avoir recours sans délai indu.

Les équipements requis sont :

- un saturomètre;
- un appareil permettant de mesurer la tension artérielle, directement ou sans effraction;
- un électrocardiographe;
- un capnographe, lorsqu'un tube endotrachéal ou un masque laryngé est inséré.
- un moniteur de gaz anesthésiques capable d'identifier et de mesurer chaque agent, lorsque des gaz anesthésiques sont utilisés.

Les équipements suivants doivent être accessibles en exclusivité :

- un appareil pour mesurer la température;
- un stimulateur des nerfs périphériques, lorsqu'on a recours à des bloqueurs neuromusculaires;
- un stéthoscope précordial, œsophagien ou paratrachéal;
- un éclairage suffisant pour bien voir une partie exposée du patient.

Les équipements suivants devront être immédiatement disponibles :

- un spiromètre pour mesurer le volume respiratoire.

Il est inévitable que le monitoring continu soit parfois brièvement interrompu. De plus, la possibilité existe qu'un moniteur fasse défaut, ce qui rend essentielle la vigilance soutenue de l'anesthésiologiste.

Les alarmes audibles et visuelles du saturomètre et du capnographe ne devraient pas être désactivées indéfiniment durant le déroulement d'une anesthésie, sauf en cas de circonstances inhabituelles. Le son à tonalité variable des pulsations cardiaques et l'alarme de seuil inférieur du saturomètre et du capnographe doivent émettre un signal audible.

Guides de pratique

- Directives de base faisant l'objet d'un consensus national ou provincial
- Révisés périodiquement
- Équilibre science/pragmatisme
- Assez souples pour être applicables
- Outil d'avancement de la spécialité (e.g. monitoring)

Mais il existe des incongruités...



L'administration simultanée d'une anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou autre anesthésie loco-régionale majeure par un anesthésiologiste pour des interventions diagnostiques ou thérapeutiques pratiquées sur plus d'un patient à la fois est inacceptable. Il sera par contre admis, dans un service d'obstétrique, de surveiller simultanément plus d'une patiente à laquelle est administrée une analgésie loco-régionale pendant le travail. Chaque parturiente devra cependant être surveillée adéquatement par une personne compétente, suivant un protocole établi. Lorsque l'anesthésiologiste dispense des soins anesthésiques en vue d'un accouchement, une deuxième personne dûment formée doit se tenir prête à intervenir pour pratiquer au besoin la réanimation néonatale.



RÈGLE 11.

ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % (MOD=34) du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

11.2 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention, dans les cas suivants :

- i. pour l'anesthésie régionale autre que rachidienne effectuée lors d'une intervention, lorsqu'il entreprend cette anesthésie pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité;
- ii. pour les blocs plexique, neuraxial et intrapleurale effectués dans un but d'analgésie per ou post-opératoire, lorsqu'ils sont entrepris par l'anesthésiologiste pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité;
- iii. pour l'anesthésie et les blocs visés ci-dessus, lorsqu'ils sont effectués dans une salle autre que celle où l'intervention a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération.

Lignes directrices

[Lignes directrices sur l'anticoagulothérapie en milieu ambulatoire](#)
— Document complet (février 2005)

[Extraits des lignes directrices d'anticoagulothérapie en milieu ambulatoire](#) — Protocole d'anticoagulothérapie (février 2005)

[Les anticoagulants](#) — Un document d'information pour le patient
Adaptation de la brochure de l'Institut de cardiologie de Montréal
(août 2004)

[L'interruption volontaire de grossesse](#) (septembre 2004)

[Utilisation de la tomodensitométrie et de la résonance magnétique dans l'investigation du système nerveux et du rachis](#)
— Guide selon les situations cliniques et algorithmes décisionnels (septembre 2001)

[Trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'utilisation de stimulants du système neveux central \(Le\)](#) (septembre 2001)

[Démarche en cas de difficultés imprévues à l'intubation](#) (novembre 2000)

[Évaluation préopératoire](#) (octobre 2000)

[Chirurgie au laser](#) (septembre 2000)

[Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés](#) (octobre 1999)

[English](#)

[Mise à jour](#) (novembre 2004)

[English](#)

[Politique sur l'utilisation de la méthadone en comprimés](#)
(novembre 2004)

La loi nous protège en partie...

- Toute personne a droit de recevoir des services de santé... adéquats... **compte tenu de l'organisation et des ressources** des établissements qui dispensent ces services
- Loi sur la Santé et les Services Sociaux

mais pas complètement...

- Le médecin doit tenir compte, dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et de ses connaissances, de leur limites, **ainsi que des moyens à sa disposition** : il doit, le cas échéant, **consulter ou orienter ailleurs** son patient.
- Cas urgents: peser les risques à agir vs les risques de transférer
- Code de déontologie des médecins 2.03.16

Articles scientifiques

- Pour les questions non encore résolues
- Sujets de controverse
- e.g. épidurales en chirurgie cardiaque, chirurgie carotidienne sous ALR, etc.

Conclusions

- Le contexte réglementaire est complexe et changeant
- Règles de département doivent être claires
- L'anesthésiologiste "compétent, prudent et diligent" s'y retrouve assez facilement
- Consulter en cas de doute