

lication. The material represents a consensus from the anaesthetic community of this country – in the absence of published data there is no absolute "proof" of its validity. Practising according to the guidelines does not guarantee any designated patient outcome. A legal opinion has been obtained before publication, but the influence of the document on medical litigation will only become clear with time. The Society recognizes that the rapid pace of developments in our specialty dictates the need for an on-going process of revision to prevent early out-dating. Finally, it is probable that situations will occur rarely that prohibit application of the published guidelines – careful documentation in the patient's chart as to why an alternative standard was practiced would be prudent to limit future liability.

The Society commends the publication to all physicians practicing anaesthesia in Canada, and encourages compliance with its principles. Constructive comments about the contents are welcome as we move to future editions. If we are successful by its publication in focusing our individual and collective thoughts on the quality of our provided care we will do much to enrich our members' mission: to "*watch carefully over those who sleep.*"

Revision des directives relatives à l'exercice de l'anesthésie

La Société Canadienne des Anesthésistes a publié la seconde édition des Lignes directrices de la pratique de l'anesthésie au Canada. La première édition, écrite en 1976 et publiée en 1981,¹ représentait alors un événement marquant dans l'histoire de la Société par l'appui publique d'une norme de base pour les soins du patient. La révision, actuellement distribuée à tous les membres de la Société met à jour le document précédent et reflète les progrès de la spécialité dans l'amélioration de la qualité des services anesthésiques.

Les éléments revus concernent les méthodes d'opération du département hospitalier et la description des normes de partage de responsabilité des services anesthésiques et techniques entre médecins, personnel infirmier et administrateurs. Les moniteurs de base pour tous les patients recevant de l'anesthésie sont détaillés et la présence constante de l'anesthésiste en salle d'opération est requise. La surveillance électromécanique appropriée in-

clue entre autres, l'affichage continu de l'électrocardiogramme, la mesure de l'oxygène inspirée et la pression de ventilation afin de documenter le pouls, la tension artérielle, la circulation périphérique, et une respiration adéquate. Des progrès technologiques plus récents tels que la capnographie et l'oxymétrie de surface sont recommandés mais non encore considérés comme mandatoires. Même si la conduite professionnelle selon ces directives est celle qui apparaît raisonnable, pratique et facilement disponible, on admet que celle-ci représente un minimum pouvant être dépassé librement si la situation l'exige.

Pourquoi donc publier un tel document? Il est certain que tous les médecins se sentent d'emblée excessivement gérés avec une liberté de pratique déjà progressivement érodée. La raison la plus plausible de cette publication demeure celle de décrire des normes d'anesthésie dans ce pays contre lesquelles des comparaisons peuvent être faites. Comme individus et comme départements on ne peut être certains qu'on pratique une médecine de qualité qu'en sachant ce qui se fait ailleurs.

Le document publié représente ce qui est couramment pratiqué à travers le pays. Il en détiendrait à chacun d'entre nous de répondre ou d'excéder ce niveau de soins. La satisfaction du patient et sa sécurité doivent être améliorées afin que le pari économique qu'on détiendrait par l'assurance responsabilité soit gagné. Il n'y a aucune intention cachée de standardiser la spécialité. Ce privilège n'est pas donné à la Société, et il n'est définitivement pas recherché. On exprime cependant un espoir qu'une action positive soit faite afin d'adhérer aux directives pour renforcer le respect accordé à notre spécialité.

La publication des directives pour les soins médicaux n'est pas sans précédent. Les pédiatres ont adhéré depuis des années à des directives par un programme d'immunisation, les obstétriciens au principe d'allaitement, alors que les chirurgiens adhèrent rigoureusement aux normes de prévention de l'infection. Suite à des désastres, l'opinion publique a dramatisé la nécessité afin que les anesthésistes incluent certaines mesures de sécurité dans leur pratique. Ceci fut souvent renforcé par des décrets du Coroner ou des Collèges provinciaux des Médecins et Chirurgiens.

Aux Etats-Unis au moins une compagnie d'assurance² (Mutual Insurance Company of Arizona) a imposé un déductible \$25,000 ainsi que le refus de renouvellement de la police d'assurance si l'anesthésiste est jugé négligent en s'abstenant d'utiliser un ECG, un stéthoscope précordial et une surveillance de la tension artérielle. Le groupe Harvard des hôpitaux universitaires a récemment publié³ ce qu'il considère le minimum concernant la surveillance lors de l'anesthésie. Sans aucun doute ceci sera considéré comme la référence concernant les normes de pratique dans ce pays et ce malgré certaines

réserves concernant leur applicabilité universelle.⁴ Le Comité des délégués de l'ASA appuiera aussi l'application de normes minimums de monitoring aux Etats-Unis par une publication prochaine.

Au Canada plusieurs autres groupes peuvent être capables de formuler des attentes concernant notre spécialité. Ceux-là cependant n'auront pas la connaissance complète de notre discipline. Il est bon qu'on soit capable de déterminer pour nous-mêmes ce qui est raisonnable et approprié à notre pratique.

On admet que tout n'est pas parfait dans cette édition. Le matériel représente un consensus entre les anesthésistes de ce pays. En l'absence de données publiées, on n'a aucune preuve de la validité de ce matériel. Pratiquer selon ces directives ne garantit aucune évolution favorable déterminé pour le patient. Une opinion légale a été obtenue avant la publication mais l'influence de ce document sur les points de litige ne sera évidente qu'avec le temps. La Société reconnaît que les développements rapides dans notre spécialité dictent la nécessité d'une révision continue afin de prévenir la désuétude. Finalement il est probable que des situations pourront survenir occasionnellement empêchant l'application des directives publiées. Une documentation soignée du dossier du patient concernant la raison du choix d'une autre alternative que celle des normes décrites sera nécessaire alors afin de limiter la responsabilité future.

La Société recommande cette publication à tous ses membres pratiquant l'anesthésie dans ce pays et encourage le respect de ces principes. Les commentaires constructifs sur le contenu sont les bienvenus en vue de futures éditions. Si on réussit par cette publication à mettre en valeur nos idées individuelles et collectives concernant la qualité de nos soins fournis, on enrichira énormément la mission de nos membres qui est de: *"veiller avec précieusement sur ceux qui dorment."*

References

- 1 The Canadian Anaesthetist's Society Incorporated [La société canadienne des anesthésistes incorporée], Toronto, Ontario: Guidelines for the Basic Standards of Practice of Anaesthesia [Directives relatives aux normes de base à l'exercice de l'anesthésie], 1981.
- 2 Newsletter of the Mutual Insurance Company of Arizona Special Issue, No. 2: March 1, 1985.
- 3 Eickhorn JH, Cooper JB, Cullen DJ, Maier WR, Philip JH, Suman RG. Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School. JAMA 1986; 256: 1017-20.
- 4 Hornbein TF. The Setting of Standards of Care (Editorial). JAMA 1986; 256: 1040-1.