

**ÉNONCÉ DE PRINCIPE CONJOINT  
SUR LA FORMATION EN ANESTHÉSIOLOGIE  
POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE DU MILIEU  
RURAL**

Ce document de travail a été préparé par un Groupe de travail de la Société de la médecine rurale du Canada en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne des anesthésiologistes.

## **TABLE DES MATIÈRES**

- 1. Résumé**
- 2. Recommandations**
- 3. Introduction**
- 4. Démographie**
- 5. Avantages de l'anesthésiologie en pratique familiale**
- 6. Programmes canadiens de formation en anesthésiologie pour les MF**
- 7. Problématique**
- 8. Rencontres sur invitation de l'AMC tenues en 1988**
- 9. Durée de la formation**
- 10. Formation médicale continue**
- 11. Normes des soins**
- 12. Programme de formation**
- 13. Principes de l'anesthésiologie en pratique familiale rurale**
- 14. Engagement et soutien des organismes**

**Annexe I - Objectifs éducatifs : rencontres de l'AMC tenues en 1988**

# 1. Résumé

Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des soins anesthésiques en temps opportun. Les médecins de famille anesthésiologistes (MFA) ont contribué à soutenir les soins de santé dispensés dans les milieux ruraux du Canada. Grâce à leur rôle central dans la prestation de services d'urgence, chirurgicaux et obstétricaux, ainsi qu'à leurs compétences spéciales dans la réanimation et le maintien de la perméabilité des voies respiratoires, les médecins de famille anesthésiologistes ont constitué une ressource essentielle pour les communautés rurales.

On compte environ 500 à 700 MF anesthésiologistes au Canada; la plupart exercent en Ontario, dans l'Ouest et dans les régions nordiques, au sein de communautés où l'accès aux soins spécialisés est restreint. Un nombre relativement faible de MFA sont formés dans les facultés de médecine canadiennes, dans un programme de 12 mois offert aux résidents de médecine familiale et aux praticiens désireux de recevoir cette formation. Les programmes canadiens ont formé environ 66 % des MFA praticiens. L'autre tiers des MFA ont reçu leur formation en anesthésiologie en dehors du Canada. L'absence de programmes officiels permettant d'évaluer la formation et les compétences des MFA afin de déterminer leur admissibilité à l'octroi de privilèges dans le domaine de l'anesthésiologie est problématique.

Au Canada, le milieu rural est mal desservi par son système actuel de programmes isolés et indépendants pour la formation des MFA. Dans le but de répondre aux besoins du Canada rural, il est recommandé d'accorder un soutien aux départements universitaires de médecine familiale et d'anesthésiologie pour qu'ils puissent offrir un nombre suffisant de postes de formation en anesthésiologie pour la pratique familiale. Les programmes de formation en anesthésiologie pour les MF devraient faire l'objet d'un agrément national et devraient fournir à ceux qui les complètent avec succès une vérification de leurs compétences sur la base de normes nationales et une transférabilité partout au Canada.

La participation à la FMC est un moyen important de réduire l'isolement professionnel et de soutenir l'intérêt et la confiance. Il est essentiel de répondre au besoin de programmes officiels volontaires de FMC pour les MFA des quatre coins du Canada. Sans une intervention active pour réduire l'isolement professionnel et pour soutenir leur intérêt par des activités d'apprentissage continu, la courte demi-vie des praticiens et l'épuisement professionnel précoce des MFA se poursuivront.

Il semble clair que les effectifs de MF anesthésiologistes sont en déclin. Cette situation s'explique, en partie, par les problèmes propres à la médecine rurale, notamment l'insuffisance des effectifs et des ressources, les longues heures de travail, les lourdes responsabilités imposées par la garde et les autres engagements qui sont incompatibles avec une vie professionnelle et personnelle saine. La situation déjà complexe est aggravée par le fait que les MFA se sont retrouvés isolés sur le plan professionnel. Dans un contexte où les activités formelles de formation continue et de soutien professionnel sont limitées, les MFA ont eu de rares occasions d'interaction, de partage d'expériences et de soutien mutuel avec leurs collègues du domaine de l'anesthésiologie. Il en est résulté un épuisement professionnel, avec une durée de vie moyenne de cinq ans en pratique pour les MFA.

In 1988, les rencontres sur invitation de l'AMC ont permis de discuter de plusieurs aspects de cette problématique (rapport Webber) <1>. Les recommandations élaborées suite à ces rencontres sont aussi pertinentes aujourd'hui qu'elles l'étaient en 1988. Malheureusement, la plupart de ces recommandations n'ont jamais été mises en application. Ceci reflète en partie les défis auxquels sont confrontés les organismes professionnels existants dont le mandat est de représenter et de soutenir efficacement les MFA du milieu rural.

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) ont pris l'engagement de collaborer à la mise en application de solutions aux problèmes auxquels sont présentement confrontés les MFA au Canada. Chacun des organismes se dit prêt à encourager la participation et à assurer la représentation des médecins de famille anesthésiologistes à l'intérieur de son propre cadre. De plus, les trois organismes se sont engagés à élaborer une structure et un processus de collaboration pour traiter des questions touchant l'anesthésiologie en pratique familiale.

## **2. Recommandations**

1. Les Canadiens du milieu rural devraient avoir accès aux services d'anesthésiologie à l'intérieur ou, à tout le moins, à proximité de leur communauté d'appartenance.
2. Il ne devrait exister qu'une seule norme de soins pour la prestation des services d'anesthésiologie, indépendamment du milieu urbain ou rural.
3. On devrait élaborer une stratégie bien documentée de gestion des risques pour chacun des services d'anesthésiologie en pratique familiale rurale, comprenant des processus pour identifier, évaluer et gérer les risques. Elle devrait également appliquer les stratégies appropriées d'amélioration continue de la qualité pour évaluer son efficacité.
4. Les patients du milieu rural en attente de chirurgie doivent être informés des avantages, des limites et des risques associés aux services fournis localement pour les aider à faire un choix éclairé s'ils décident de demeurer dans leur communauté pour recevoir les services.
5. La SCA, le CMFC et la SMRC, en collaboration avec les facultés de médecine canadiennes, devraient intervenir pour obtenir un nombre adéquat de postes de formation pour l'anesthésiologie en pratique familiale afin de mieux répondre aux besoins du Canada rural. Les autorités provinciales responsables du financement devraient accorder un niveau approprié de soutien financier aux candidats, aux précepteurs, ainsi qu'aux départements de médecine familiale et d'anesthésiologie.
6. Les programmes de formation en anesthésiologie pour la pratique familiale devraient faire l'objet d'un agrément et devraient être en mesure de fournir une vérification des compétences des candidats. Ces compétences devraient être basées sur des normes nationales établies et devraient être transférables partout au Canada.
7. Au minimum, les départements d'anesthésiologie et de médecine familiale devraient élaborer un programme de formation pour l'anesthésiologie en pratique familiale en s'inspirant des objectifs éducatifs proposés lors des rencontres sur invitation de l'AMC en 1988.
8. Les programmes de formation pour l'anesthésiologie en pratique familiale devraient comporter suffisamment de flexibilité pour intégrer la participation des hôpitaux communautaires et de professeurs du milieu rural dans des expériences éducatives appropriées, tel que proposé lors des rencontres sur invitation de l'AMC.

9. Les candidats qui demandent leur admission dans les programmes de formation en anesthésiologie pour la pratique familiale d'une durée de 12 mois peuvent être des résidents de médecine familiale désireux d'entreprendre une troisième année de formation ou des médecins de famille praticiens désireux de réintégrer le système éducatif pour acquérir une formation supplémentaire. Tout médecin détenteur d'un permis pour exercer la médecine au Canada devrait être considéré admissible à ces postes.
10. Pour les médecins de famille praticiens qui ont reçu leur formation structurée en anesthésiologie dans des programmes autres que canadiens, il devrait y avoir un mécanisme réaliste et formel pour évaluer et vérifier leurs compétences à la lumière des normes nationales de formation au Canada. Ceci s'applique particulièrement aux candidats dont l'expérience clinique est vaste, mais dont la formation structurée a duré moins de 12 mois. Les autorités provinciales devraient accorder un niveau approprié de soutien financier autant aux candidats qu'aux programmes responsables de cette évaluation.
11. Des programmes de FMC, structurés et volontaires, devraient être facilement disponibles pour soutenir le développement professionnel continu des médecins de famille anesthésiologistes. Ces programmes devraient être entièrement financés par les ministères provinciaux de la santé avec l'attribution de ressources complémentaires à celles des programmes de FMC existants pour les médecins de famille du milieu rural.
12. La SCA, le CMFC et la SMRC devraient encourager la participation et la représentation des MFA au sein de chacun des organismes – (p. ex. par la création d'une Section d'anesthésiologie en pratique familiale au sein de la SCA). De plus, la SCA, le CMFC et la SMRC devraient élaborer une structure et un processus de collaboration pour discuter des sujets qui touchent l'anesthésiologie en pratique familiale.
13. Les lignes directrices de la SCA concernant la pratique de l'anesthésiologie, édition révisée, <2> devraient être endossées pour l'anesthésiologie en pratique rurale.
14. Les principes de gestion des risques, de régionalisation, de divulgation des renseignements, de consentement éclairé et de choix du patient dans l'énoncé de position conjoint sur les soins de maternité en milieu rural <3> devraient s'appliquer sans restriction aux services d'anesthésiologie en pratique familiale.

### 3. Introduction

“ Le besoin de médecins de famille possédant une formation en anesthésiologie a toujours été et continuera d’exister afin de dispenser des services d’anesthésiologie dans les communautés non urbaines, et particulièrement dans les régions isolées “ <1>.

Tous les Canadiens sont en droit de recevoir des soins anesthésiques en temps opportun. Cette responsabilité est partagée par tous les dispensateurs de services anesthésiques au Canada. Dans le Canada urbain, c’est habituellement un fait acquis. Par contre, pour environ le tiers des Canadiens qui vivent en milieu rural, ceci représente un défi important.

Il existe diverses définitions du mot « rural ». Dans le présent document, nous utilisons la définition suivante :

“ Dans son application pratique à la situation canadienne actuelle, on définit « rurales éloignées » les communautés situées entre 80 et 400 km d’un hôpital régional important; les « rurales isolées » sont des communautés situées à plus de 400 km ou à environ 4 heures de route lorsque les conditions climatiques sont favorables. Dans certaines des régions agricoles du Canada, la population est dispersée sur une grande superficie et desservie par des hôpitaux qui sont ruraux par nature mais situés à moins de 80 km de petits centres urbains. On peut définir les communautés qui correspondent à ces caractéristiques comme étant « rurales proches”. <3>

Pour des raisons opérationnelles, on peut définir le Canada rural comme étant des régions où les médecins de famille dispensent la majorité ou l’ensemble des services médicaux. Comme conséquence directe de l’absence relative de spécialistes dans ces communautés, les médecins de famille ruraux doivent dispenser une gamme plus vaste de services comparativement à leurs confrères du milieu urbain.

On peut sans aucun doute affirmer que ce sont les médecins de famille anesthésiologistes, dont la majorité ont été formés au Canada, qui ont assumé les soins de santé en milieu rural au cours des dernières décennies. Par leur rôle central dans la prestation des services d’urgence, de chirurgie et d’obstétrique, ils ont facilité la prestation de ces services dans les hôpitaux communautaires ruraux. Par leurs compétences spéciales dans le maintien de la perméabilité des voies respiratoires et la réanimation, ils sont devenus une importante ressource pour leurs collègues en pratique rurale. Il est inconcevable que les services de santé ruraux, tels que nous les connaissons aujourd’hui, puissent survivre en l’absence d’effectifs adéquats de médecins de famille anesthésiologistes.

Ces effectifs sont-ils menacés? À notre avis, oui. Nous sommes confrontés aux mêmes problèmes de formation, d’agrément, de maintien de la compétence et d’assurance de la qualité qui ont incité l’AMC à tenir ses rencontres sur invitation. Les programmes de formation n’ont pas changé ou subissent même des réductions. Autre élément inquiétant, le nombre de candidats diminue. Les anesthésiologistes qui exercent en milieu rural continuent de se sentir isolés et non soutenus par les universités, les collèges et les sociétés professionnelles. Les restrictions récentes imposées aux diplômés formés à l’étranger ont intensifié le besoin de former un nombre suffisant de médecins de famille anesthésiologistes au sein des programmes canadiens.

Dans le présent document, nous analysons cette problématique et nous passons en revue les rencontres tenues en 1988. Nous proposons un certain nombre de recommandations, parfois en s'inspirant des recommandations de 1988 et parfois en les modifiant.

## **4. Démographie**

### **i) La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA)**

En 1996, la SCA a identifié tous les médecins qui, au 31 décembre 1995, dispensaient des services anesthésiques au Canada. Ces médecins ont reçu un questionnaire comportant quatre pages et 17 questions sur les données démographiques, les modalités de la pratique clinique, les sources de financement et la charge de travail <4>.

On a dénombré 487 médecins de famille qui dispensaient des services d'anesthésiologie. Près de 85 % exerçaient en Ontario, dans les Prairies ou en Colombie-Britannique. Un peu plus de la moitié (52 %) étaient âgés de moins de 45 ans. La plupart (78,5 %) consacraient moins de 16 heures par semaine à l'anesthésiologie. Un peu plus du quart (28,7 %) consacraient moins de 8 heures par semaine à l'anesthésiologie. La majorité, y compris ceux qui consacraient moins de 8 heures par semaine à l'anesthésiologie, offraient également des services d'analgésie obstétricale.

En 1986, une étude semblable menée par la SCA avait identifié 523 médecins de famille impliqués en anesthésiologie. Cette étude excluait toutefois les médecins qui consacraient moins de 8 heures par semaine à l'anesthésiologie ou qui pratiquaient moins de 200 anesthésies par année. Une extrapolation à partir de l'enquête 1996 permet d'exclure au moins 212 MF anesthésiologistes. Globalement, les données de la SCA documentent une diminution des effectifs au niveau de ce type de praticiens – de 723 en 1986 à 487 en 1996 (32,6 %) <4>.

### **ii) La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)**

Dans une étude commandée par la SMRC, Iglesias et ses collègues ont analysé les données de facturation des médecins enregistrées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) couvrant les années 1995-96 <5>. La base de données nationale sur les médecins contient des renseignements non seulement sur les services dispensés et la facturation, mais également sur les caractéristiques démographiques de ces médecins. Les auteurs ont utilisé une définition fonctionnelle du mot « rural » en identifiant les communautés où, en l'absence de spécialistes, la plupart ou l'ensemble des services médicaux étaient dispensés par les médecins de famille.

En 1995-96, les services d'anesthésiologie rendus dans le Canada rural furent dispensés par 498 MF anesthésiologistes et par 123 spécialistes en anesthésiologie. Ensemble, ils ont fourni 249 364 services, ce qui représente 6,3 % de tous les services anesthésiques dispensés au Canada. De ces 249 364 services, 151 168 (60,2 %) furent dispensés par des MF anesthésiologistes, surtout en Ontario, dans les provinces de l'Ouest et en Colombie-Britannique. De ces 498 MF anesthésiologistes, 315 (63,3 %) avaient été formés au Canada. Le nombre moyen de cas d'anesthésie effectués par les MF anesthésiologistes fut de 323 par année (vs 797 pour les spécialistes en anesthésiologie).

### **iii) Le Collège des médecins de famille du Canada**

À partir des données d'enquête recueillies pour la base de données nationale du Collège des médecins de famille du Canada sur les effectifs en médecine familiale, on a identifié 751 MF anesthésiologistes.

De ce total, 604 exerçaient en milieu rural ou dans de petites villes du Canada; les autres (183) exerçaient en milieu urbain <6>.

En résumé, on compte environ 500 à 700 MF anesthésiologistes au Canada, la plupart exerçant dans des communautés rurales où l'accès aux spécialistes est restreint. De plus, les données de la SCA documentent une réduction importante (32,6 %) du nombre des MF anesthésiologistes entre 1986 et 1996.

Les données disponibles ne permettent pas de discerner les raisons expliquant la baisse de l'implication des médecins de famille en anesthésiologie. On peut toutefois dégager certaines hypothèses. Premièrement, avec l'urbanisation de la population canadienne, les interventions médicales suivront nécessairement. Deuxièmement, les interventions nouvelles et complexes, développées entre autres dans les domaines de la cardiologie, de la neurologie et de la chirurgie de transplantation, auront toujours, et avec raison, un biais urbain. Troisièmement, et avec moins de justification cette fois, la nouvelle technologie chirurgicale moins invasive pour des interventions urgentes et électives dans les cas de grossesse ectopique, d'appendicectomie et de cholécystectomie n'a pas été facilement mise à la disposition du Canada rural. Comme il a déjà été mentionné ailleurs, le milieu rural canadien a les mêmes droits que la population urbaine d'avoir accès à la nouvelle technologie, malgré ses coûts élevés <7>. Quatrièmement, les difficultés plus insidieuses entourant le recrutement et la rétention des médecins en milieu rural (économiques, sociales, éducatives et professionnelles) affectent les médecins de famille ruraux considérant s'impliquer dans la pratique familiale de l'anesthésiologie. Cinquièmement, l'année supplémentaire de formation requise pour exercer l'anesthésiologie impose aux résidents d'importantes contraintes de temps, sauf s'ils utilisent ces compétences régulièrement et qu'ils sont rémunérés équitablement pour ces services lorsqu'ils seront installés en pratique. Et, finalement, les nombreux problèmes identifiés lors des rencontres de 1988 touchant la formation et le manque de soutien professionnel pour l'anesthésiologie en pratique familiale continuent de décourager les demandes d'admission et d'inciter les médecins ruraux à cesser de pratiquer l'anesthésiologie.

## **5. Avantages de l'anesthésiologie en pratique familiale**

“ Au Canada, la planification des effectifs continuera d'être sérieusement compromise, à moins que les médecins canadiens ne répondent adéquatement aux besoins de la population canadienne grâce à des mesures incitatives sociales, économiques, organisationnelles et éducatives visant à préparer et à retenir les médecins dans nos communautés non urbaines. Ce rapport traite d'une problématique éducative cruciale puisque la disponibilité des services d'anesthésiologie est au centre de la prestation des autres types de services médicaux, particulièrement dans les domaines de la chirurgie, de l'obstétrique et des services d'urgence.” <1>

Dans le Canada rural, la prestation des services obstétricaux, chirurgicaux et d'urgence dépend de l'accessibilité locale aux services d'anesthésiologie. Les deux énoncés de position conjoints <3,8>, élaborés par les médecins ruraux et les spécialistes en obstétrique, documentent bien les résultats défavorables associés à la perte des programmes locaux de soins de maternité et proposent les programmes de formation requis pour soutenir l'obstétrique en milieu rural avec des médecins de famille formés pour les interventions obstétricales. Il est clair que ce type de soins nécessite le soutien de médecins de famille ruraux formés comme anesthésiologistes.

De la même façon, l'optimisation des soins chirurgicaux et d'urgence dans les régions rurales du Canada, où les liens de communication avec les hôpitaux de référence sont éloignés et vulnérables, nécessite que des services essentiels, p. ex. l'appendicectomie, soient disponibles dans ces hôpitaux. Les anesthésiologistes ruraux sont également essentiels pour soutenir ces services.

Nous reconnaissons aussi que les médecins de famille compétents en anesthésiologie profitent de bien d'autres façons à leurs collègues et à leur communauté. Leurs compétences pour assurer la perméabilité des voies respiratoires, l'administration des liquides et de l'analgésie, et pour intervenir lors d'intubations et de réanimations en font une ressource importante pour leurs collègues.

Les hôpitaux ruraux, qui sont en mesure d'offrir les services chirurgicaux et anesthésiques essentiels, jouent un rôle crucial dans le maintien des soins médicaux autant dans leur propre communauté que dans les communautés avoisinantes qui n'ont pas réussi à maintenir ces services. Essentiellement, l'équipe de soins de santé, y compris les médecins, le personnel infirmier et le personnel de soutien, est devenue familière avec la prise en charge des patients malades. Leurs compétences, leur assurance et leur confiance mutuelle sont maintenues à un haut niveau. À l'inverse, dans l'impossibilité de procéder à une césarienne ou à une appendicectomie, et sans personnel formé en anesthésiologie pour aider à maintenir la perméabilité des voies respiratoires, à stabiliser un polytraumatisé ou un patient dont la vie est en danger, ces établissements, y compris leur personnel médical et infirmier, perdent leur confiance et leur empressement à prendre charge des patients malades. On observe alors dans ces établissements une baisse importante de l'implication dans les soins aigus. Il devient alors facile de traiter seulement les patients qui sont relativement bien portants.

## **6. Programmes canadiens de formation en anesthésiologie pour les MF**

En 1999, on dénombrait 14 médecins <9> inscrits dans un programme de 12 mois (1998=11; 1997=18; 1996=20; 1995=14; 1994=10). Ces postes sont financés soit par un programme de troisième année de résidence en médecine familiale, soit par les programmes de services aux régions insuffisamment desservies. Certains font un effort concerté pour centrer le programme sur la ruralité.

Dans la plupart de ces programmes, l'offre dépasse la demande. Chaque année, plusieurs postes ne sont pas comblés. Bon nombre de facteurs peuvent expliquer cette situation. Le malaise général entourant la médecine rurale, son mode de vie et sa rémunération, ainsi que la baisse du moral observée chez les médecins de famille anesthésiologistes fournissent une explication partielle.

En l'absence de médecins canadiens ayant une formation appropriée, le Canada rural dépend des diplômés étrangers pour environ le tiers des effectifs en MF anesthésiologistes <5>.

## **7. Problématique**

### **i) Pénurie de médecins de famille anesthésiologistes**

Une enquête <10> auprès de 35 petits hôpitaux de l'Ontario, menée en 1988 et répétée en 1995, a bien documenté une diminution importante et significative du nombre de médecins de famille anesthésiologistes – de 88 à 67. On constatait également des baisses significatives de la disponibilité de l'anesthésiologie générale, de la chirurgie générale, des césariennes et des services de soins de maternité intrapartum.

“ En 1995, il y avait moins de MF anesthésiologistes qu’en 1988, les hôpitaux se retrouvant avec 1 ou 2 MF anesthésiologistes comparativement à 2 ou 3. Cette réduction crée une différence significative en termes de temps disponible que l’on peut partager pour s’impliquer dans un système de garde comme MF anesthésiologiste... Les impacts se font également sentir sur la disponibilité des services d’anesthésiologie pour d’autres urgences aiguës comme les traumatismes.”

D’autres provinces ont documenté des problèmes semblables en termes d’effectifs <11,12>.

Une étude de suivi menée auprès des diplômés d’un programme d’anesthésiologie pour les MF révèle que la durée moyenne d’implication dans la pratique de l’anesthésiologie est d’environ cinq ans <13>. L’un des auteurs (ND) a prolongé le suivi de ce groupe jusqu’en 1996 et a constaté que 68 (57,6 %) des candidats originaux ne pratiquaient plus aucune forme d’anesthésiologie. Quant aux autres, 37 (31,4 %) étaient encore MF anesthésiologistes et 13 (11 %) étaient devenus spécialistes en anesthésiologie.

## **ii) Programmes canadiens de formation**

Un peu plus du tiers (37 %) des MF anesthésiologistes ont reçu leur formation en dehors du Canada <14>. Avec les nouvelles restrictions imposées par les Ordres des médecins qui ont une influence sur les contingents de ces médecins, les facultés de médecine canadiennes doivent augmenter le nombre de postes de formation postdoctorale disponibles pour l’anesthésiologie en pratique familiale. La réalité veut toutefois que ces programmes et les postes disponibles demeurent dans un état statique. Nous sommes confrontés à une crise au niveau des effectifs de médecins de famille impliqués en anesthésiologie.

## **iii) Diplômés à l’étranger**

Lorsqu’une communauté rurale et éloignée réussit à recruter en dehors du pays un médecin de famille ayant une formation en anesthésiologie, il est très difficile pour ce médecin de franchir les étapes d’évaluation et de certification de ses compétences. Le travail de pionnier réalisé en Saskatchewan concernant les compétences avancées en soins de maternité est un exemple des moyens mis en place par une province, de façon concomitante avec ses programmes de formation en compétences avancées pour les médecins de famille, un mécanisme pour l’évaluation et la certification de médecins formés ailleurs.

## **iv) Soutien professionnel**

Malgré les espoirs suscités par les rencontres sur invitation de l’AMC en 1988, l’isolement professionnel des MF anesthésiologistes exerçant en milieu rural se poursuit. Les diplômés des programmes quittent sans moyens formels d’assurer leur formation continue, de vérifier leur pratique, d’être révisés par les pairs et d’assurer le maintien de la qualité. Isolés sur le plan professionnel, ces MF anesthésiologistes ont peu d’occasions d’interagir, de partager des expériences et de recevoir un soutien de la part de collègues également impliqués en anesthésiologie. L’épuisement professionnel et l’abandon subséquent de l’anesthésiologie et/ou de la pratique rurale sont fréquents. Si la pratique

familiale rurale de l'anesthésiologie doit survivre, nous devons anticiper et subvenir aux besoins des diplômés en termes de formation continue et de soutien professionnel.

#### **v) La rémunération, la garde et le mode de vie**

La médecine rurale souffre du fardeau accumulé que constituent la pénurie des effectifs et des ressources, les responsabilités de service pendant de longues heures, y compris les responsabilités d'assumer la garde et les engagements professionnels qui sont incompatibles avec une vie personnelle et familiale saine. La formation supplémentaire pour acquérir des compétences avancées, malgré ses avantages, peut également alourdir les responsabilités des médecins de famille exerçant en milieu rural. Ces médecins, après avoir acquis une formation en anesthésiologie, en chirurgie ou en intervention obstétricale, doivent ensuite assurer la couverture des salles d'opération et des salles de maternité, ce qui ne fait qu'ajouter aux responsabilités de maintenir un cabinet et de couvrir les services d'urgence. Sans reconnaissance et rémunération appropriées, et sans la mise en place de moyens permettant de refaire ses énergies, on assistera à une baisse de l'intérêt pour acquérir ce type de formation et à une augmentation des taux d'attrition chez ceux qui exercent présentement en milieu rural.

Le MF anesthésiologiste en milieu rural est confronté à des problèmes spéciaux reliés à l'échelle de rémunération. La rémunération est basée sur le modèle urbain où le spécialiste en anesthésiologie exerce dans un hôpital sans encourir aucun frais pour maintenir un bureau et le personnel de soutien. Le MF anesthésiologiste doit payer ces frais généraux. C'est une réalité de la pratique rurale que le fait de s'impliquer en anesthésiologie dans un hôpital communautaire comporte une perte de revenu comparativement à leurs collègues exerçant en cabinet.

Les membres de ce Groupe de travail accordent beaucoup de mérite à la proposition voulant que la rémunération des praticiens inscrits dans des programmes de formation en anesthésiologie pour la pratique rurale soit significativement plus élevée que celle attribuée pour un poste de R3. Ce serait une reconnaissance du lien crucial entre l'anesthésiologie en pratique familiale et la médecine rurale; il en résulterait des éléments d'incitation pour accroître l'intérêt dans les programmes canadiens de formation.

### **8. Rencontres sur invitation tenues en 1988 sur la formation des praticiens généraux/médecins de famille pour la prestation de services d'anesthésiologie**

En 1986, la Section Alberta du CMFC a soumis plusieurs résolutions au Conseil d'administration du CMFC qui ont reçu un appui massif de toutes les sections provinciales.

“Les opportunités de formation postdoctorale pour les MF anesthésiologistes étaient en baisse. Ils étaient forcés d'accepter des programmes d'une durée de 12 mois. Certains des programmes offerts étaient non pertinents. Souvent, les MF anesthésiologistes ne pouvaient pas avoir accès à une FMC de bonne qualité; ils se sentaient isolés et ne bénéficiaient pas du soutien de leurs collègues anesthésiologistes dans les grands centres.” <15>

Ces résolutions ont fait l'objet d'une vaste circulation et ont stimulé des débats vigoureux entre, d'un côté, le CMFC et, de l'autre, l'Association canadienne des départements universitaires d'anesthésiologie (ACDUA) et la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA). À cause de la

perception d'un schisme entre la communauté universitaire des anesthésiologistes et les médecins de famille qui dispensent des services d'anesthésiologie dans le Canada rural, l'AMC s'est donné le rôle d'un « intermédiaire impartial » et a mis sur pied un comité sur invitation présidé par le doyen William Webber de l'Université de Colombie-Britannique. Les organismes suivants ont nommé des représentants :

- L'association des facultés de médecine du Canada (AFMC)
- L'association canadienne des départements universitaires d'anesthésiologie (ACDUA)
- La Société canadienne des anesthésiologistes (ACA)
- L'Association canadienne des internes et des résidents (ACIR)
- Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- L'Association médicale canadienne (AMC)
- La Fédération des Ordres des médecins du Canada (FOMC)
- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

La source principale des données fut la Division des effectifs médicaux de l'AMC et la Division de l'information sur la santé de Santé et Bien-être Canada (maintenant devenue l'Institut canadien d'information sur la santé – ICIS). L'AMC, à partir de l'enquête 1986 sur les effectifs médicaux, nous a fourni un profil démographique des MF anesthésiologistes au Canada : sexe, âge, localisation de la pratique, pays d'obtention du diplôme, province de résidence, ainsi que le nombre d'heures par semaine consacrées à la pratique de l'anesthésiologie. Santé Canada nous a fourni un portrait national du volume des services d'anesthésiologie dispensés en 1977-78 et en 1985-86 par les médecins de famille et les anesthésiologistes certifiés. Ces services étaient dispensés dans des hôpitaux ruraux par des médecins de famille qui, à l'exception du Québec, déclaraient une implication de 20 heures ou moins par semaine dans la prestation de services anesthésiques. Au Québec, 55 % des MF anesthésiologistes rapportent une implication qui dépasse 20 heures par semaine.

La Saskatchewan et l'Ontario ont fourni des données sur les interventions et les patients desservis par les MF anesthésiologistes. Pour des raisons méthodologiques, ces données n'ont pas permis de dégager des conclusions autres que celle de confirmer une perception largement répandue à l'effet que les services d'urgence et les services obstétricaux représentent une large portion de l'implication des médecins de famille en anesthésiologie.

Une recension de la littérature mondiale et portant sur 1) les résultats de l'implication des médecins de famille en anesthésiologie et 2) l'existence d'un nombre minimum de cas sous lequel les praticiens ne devraient pas s'impliquer dans les services d'anesthésiologie n'a dégagé aucune information fiable pour aucune de ces questions.

Les représentants du CMFC, de l'ACDUA et de la SCA ont dégagé un consensus sur un ensemble d'objectifs éducatifs pour la formation des MF anesthésiologistes (Annexe I). Tous les organismes ont convenu que la réalisation de ces objectifs nécessiterait de huit à neuf mois de formation postdoctorale. Un retour vers des programmes de six mois s'est avéré non crédible malgré un succès apparent dans le passé. Donc, la recommandation de l'ACDUA favorisant 12 mois de formation a été acceptée.

Quel a été le sort des autres enjeux soulevés par la Section Alberta du CMFC? Au terme de ces rencontres, le CMFC se disait très optimiste.

“Les organismes représentant la médecine canadienne sont unanimes à reconnaître la nécessité d’un nombre suffisant de postes de résidence avec financement approprié pour la formation des MF anesthésiologistes. Il n’est pas essentiel que cette formation soit continue; elle devrait idéalement débiter par un stage électif pendant la deuxième année du programme de résidence en médecine familiale. La formation doit se conformer aux objectifs éducatifs des MF anesthésiologistes, et les stages devront se dérouler dans des contextes cliniques permettant de les réaliser et, si indiqué, dans des nouveaux sites de formation approuvés à cette fin dans des hôpitaux communautaires... On constate qu’il existe maintenant un engagement renouvelé pour soutenir le MF anesthésiologiste ...les professeurs d’anesthésiologie se rendent régulièrement dans les petits centres, des liaisons permanentes sont disponibles pour des consultations urgentes et des médecins dépanneurs offrent leurs services...” <15>

Il est clair que ces bonnes intentions ne se sont pas matérialisées au cours des décennies subséquentes. À notre avis, cette situation reflète en partie l’absence d’organisation professionnelle ou de département universitaire auquel les MF anesthésiologistes pourraient appartenir. De façon plus générale, tout médecin rural qui acquiert des compétences avancées se retrouve présentement « sans appartenance » d’un point de vue professionnel. Bien que la formation soit dispensée par les départements spécialisés, les diplômés n’ont d’appartenance ni dans ces départements, ni dans leurs sociétés professionnelles. Au terme de leur formation, ils deviennent des « orphelins ». Malgré leur formation comme médecins de famille, leur profil de pratique dépasse largement celui des départements de médecine familiale. Lors des discussions sur les enjeux professionnels touchant les normes de formation ou les compétences, il n’existe aucun groupe professionnel ou universitaire d’appartenance pour ces médecins possédant des compétences avancées. Autre aspect important : personne n’est responsable d’intervenir au nom des communautés rurales desservies par ces médecins. Nous formulons l’espoir qu’avec le développement de structures à l’intérieur et entre nos organismes visant à encourager la participation et la représentation des MF anesthésiologistes et avec l’adoption de programmes nationaux structurés de formation, d’agrément et de formation médicale continue, nous aurons franchi de grands pas vers la réalisation des objectifs proposés lors des rencontres de 1988.

## **9. Durée de la formation**

Présentement au Canada, on ne retrouve aucune possibilité que les MF anesthésiologistes reçoivent une formation de moins de 12 mois. La SCA est fermement convaincue qu’il s’agit là d’une durée minimale pour s’assurer que les MF anesthésiologistes du milieu rural rencontrent les normes minimales acceptables pour exercer sans danger. La SCA est fermement convaincue qu’une formation de 12 mois représente le minimum 1) pour exposer le candidat à une gamme variée de cas, 2) pour permettre une évaluation adéquate, 3) pour stimuler « l’imprégnation » de l’apprentissage (répétition au-delà du point d’acquisition de la compétence technique) qui préviendra la « rouille » dans une pratique à petit volume, et 4) pour s’assurer que les MF anesthésiologistes du milieu rural satisfont à des normes acceptables de formation et de sécurité.

À l’inverse, la SMRC et le CMFC ont préconisé, quel que soit le domaine d’acquisition de compétences avancées, que la formation soit basée sur la compétence. Ceci présuppose que la durée de la formation devrait varier avec les aptitudes préexistantes de l’étudiant, sa propre capacité

d'apprendre et le rôle anticipé que ces médecins seront appelés à jouer dans leur communauté. Selon leur point de vue, la durée de la formation devrait se situer entre six et 12 mois.

Honnêtement, mais fermement, chacun défend son point de vue respectif. Malheureusement, il n'existe aucune donnée qui pourrait contribuer à la résolution des questions touchant la durée de la formation.

## **10. Formation médicale continue (« Toute une vie d'apprentissage »)**

### **i) Nombres**

Autant dans les rencontres de l'AMC de 1988 que dans l'élaboration du programme australien, on a accordé une attention considérable à la question d'un nombre minimal de cas comme élément essentiel au maintien de la compétence. Dans ces deux instances, on a abandonné la proposition d'un nombre minimum de cas. Ceci reflète en partie l'absence de toute donnée probante dans la littérature démontrant l'existence d'un lien entre la compétence et le nombre de cas. On y voit également le reflet d'une approche différente à la compétence en se basant sur la formation continue, l'audit, l'évaluation par les pairs et l'assurance de la qualité.

D'autres domaines nous apportent un éclairage et démontrent que les médecins de famille qui sont devenus compétents dans certaines techniques, p. ex. la césarienne, peuvent maintenir leurs habiletés avec un nombre annuel de cas relativement faible – aussi peu que 5 par année <16>. Ce maintien semble relié à l'intensité de la pratique de cette habileté pendant la phase initiale d'apprentissage – c.-à-d. la répétition au-delà du point d'apprentissage – ce qui prévient l'érosion de cette habileté <17>.

L'anesthésiologie n'est pas la seule discipline à mettre l'emphasis sur des programmes de formation continue et d'assurance de la qualité. La Société des obstétriciens et gynécologues insiste sur la même approche et, de façon délibérée, n'exige pas un nombre minimum d'accouchements pour le maintien de la compétence <18>.

### **ii) Perfectionnement professionnel**

En l'absence d'intervention active pour atténuer leur isolement professionnel et soutenir leur intérêt par des opportunités d'apprentissage continu, l'épuisement professionnel et la brève demi-vie de la pratique des MF anesthésiologistes se poursuivra. La participation à des programmes de FMC est un moyen important pour diminuer l'isolement professionnel et soutenir l'intérêt et la confiance. Partout au Canada, il est maintenant devenu urgent d'accentuer le développement de programmes structurés de FMC volontaire pour les MF anesthésiologistes. Ces programmes devraient faire l'objet d'un agrément approprié. On devrait encourager les MF anesthésiologistes qui exercent en milieu rural à participer à ces programmes sur une base régulière en fonction de leurs besoins individuels.

L'un des objectifs prioritaires des programmes de FMC destinés aux MF anesthésiologistes est de soutenir leur implication et d'atténuer leur isolement professionnel. Ces programmes devraient être financés par des ressources supplémentaires à celles qui existent déjà pour les médecins de famille ruraux. Ces mêmes programmes de FMC devraient également comprendre un financement pour rémunérer les services anesthésiques fournis par des médecins dépanneurs qui prendraient la relève lorsque les médecins s'absentent afin de poursuivre leur formation.

On devrait encourager les MF anesthésiologistes à inclure ces programmes de FMC dans leurs activités continues de perfectionnement professionnel. Par ailleurs, il est également important que ces programmes de FMC demeurent volontaires pour éviter d'imposer une surcharge onéreuse sur les MF anesthésiologistes, ce qui pourrait paradoxalement devenir une désincitation à continuer de dispenser des services anesthésiques.

## 11. Normes des soins

Tous les dispensateurs de services anesthésiques se sont engagés à respecter les normes de qualité les plus élevées possible, que ces soins soient dispensés en milieu rural ou en milieu urbain. On devrait endosser les lignes directrices de la SCA touchant la pratique de l'anesthésiologie <2> et les considérer comme appropriées pour les MF anesthésiologistes exerçant en milieu rural.

On accorde du mérite à l'idée de mettre sur pied un processus par lequel les anesthésiologistes ruraux et urbains, médecins de famille et spécialistes pourraient collaborer à l'élaboration de futures lignes directrices.

## 12. Curriculum

Pour les rencontres de l'AMC tenues en 1988, des recommandations furent présentées par l'Association canadienne des départements universitaires d'anesthésiologie (ACDUA) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) concernant les objectifs éducatifs pour l'anesthésiologie en pratique familiale (Annexe I). Ces objectifs représentent un curriculum générique pour les programmes de formation en anesthésiologie à l'intention des médecins de famille.

## 13. Principes de l'anesthésiologie en pratique familiale rurale

Les principes suivants ont d'abord été élaborés dans l'énoncé de position conjoint sur les soins de maternité en milieu rural <3>. Leur application vaut également pour la prestation des services anesthésiques dans les hôpitaux communautaires ruraux.

**i) Régionalisation.** Les MF anesthésiologistes administrent l'anesthésiologie prévue à des patients à faible risque pour des interventions à faible risque. Le modèle de référence est notre système de soins périnataux où une certaine proportion de femmes enceintes identifiées à haut risque sont transférées dans des centres offrant le niveau de soins requis.

**ii) Gestion des risques.** Éviter complètement les risques est impossible. On peut identifier certains patients à risque accru et les transférer pour leurs soins. La responsabilité de la prise en charge des complications et des risques liés à la prestation des services d'anesthésiologie par les médecins de famille relève de l'hôpital local. Les professionnels et les conseils d'administration des hôpitaux locaux doivent mettre sur pied et maintenir un système qui assure une couverture globale des complications. La pratique et les interventions devraient découler de données probantes basées sur des lignes directrices. De plus, on devrait mettre en place un processus officiel de gestion des risques. La gestion des risques est un processus continu qui débute par l'identification et l'analyse du risque, qui

se poursuit par l'établissement d'un plan d'action visant à minimiser les risques, qui évalue les résultats et qui revient à l'identification et à l'analyse dans un cycle continu d'amélioration de la qualité.

iii) Divulgateion, consentement éclairé, choix du patient. Nos patients et les dispensateurs de soins devraient agir en partenariat au moment de faire des choix. Le consentement éclairé exige de donner au patient des renseignements complets sur les avantages, les limitations et les risques associés aux services chirurgicaux et anesthésiques dispensés localement.

## **14. Engagement et soutien des organismes**

La SCA, le CMFC et la SMRC devraient encourager la participation et la représentation des MF anesthésiologistes au sein de chacun des organismes. À l'instar de la SCA, le CMFC et la SMRC devraient développer une structure et un processus de collaboration pour discuter de la problématique de l'anesthésiologie en pratique familiale.

La SCA se dit prête, si le nombre de membres devenait suffisant, à soutenir la création d'une Section de MF anesthésiologistes au sein de la SCA. Le CMFC fournira les ressources permettant l'agrément des programmes de formation et l'approbation des activités de FMC et favorisera les opportunités d'une rencontre annuelle au sein du Forum en médecine familiale entre les MF anesthésiologistes et la SCA. De plus, la collaboration entre ces trois organismes fera en sorte que la perspective de la pratique familiale rurale sera une composante intégrée dans l'élaboration des lignes directrices touchant l'anesthésiologie.

## References

1. Webber W, chair. Report of the Invitational Meetings on the training of general practitioners/family physicians to provide anesthesia services. In: Reports to the General Council of the Canadian Medical Association, Appendix B. Canadian Medical Association annual meeting; 1988 Aug 22-24; Vancouver.
2. Guidelines to the Practice of Anesthesia. 1999. Supplement to the Can J Anesth Vol 46(11). November 1999.
3. Rural Obstetrics: Joint Position Paper on Rural Maternity Care. Can J Rural Med 1998, 3(2): 75-80 and Can Fam Phys, 1998, 44: 831-36 and SOGC Journal, 1998, 72: 393-98.
4. Donen, N. CAS Survey 1996. Canadian Anesthesiologists Society. Unpublished.
5. Iglesias, S. Strachan J, Ko G, Jones LC. Advanced Skills by Canada's Rural Family Physicians. Can J Rural Med. Vol 4 No 4, Fall 1999.
6. The JANUS Project. College of Family Physicians of Canada.
7. Position Paper on Training for Family Physicians in General Surgery. Society of Rural Physicians of Canada. Unpublished. 1998
8. Joint Position Paper on Training for Rural Family Practitioners in Advance Maternity Skills, Including Cesarean Section. SOGC Journal, 1999, 80:985-94 and Can Fam Phys 1999, 45: 2416-22 and Can J Rur Med 1999; 4(4): 209-216
9. Survey. Canadian Anesthesiologist Society. 2000. Unpublished
10. Rourke, J. Trends in Small Hospital Obstetric Services in Ontario. Can Fam Phy 1998; 44: 2117-24.
11. White, IWC et al. Anesthesia Manpower in Manitoba 1989. Physicians in Canada. Proceedings of the 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup>. Physicians Manpower Conferences. Vol III: 7-13. Canadian Medical Association. Ottawa. 1993.
12. Morris, GF, Yip, RW. The Influences of Health Care Reform in GP Anesthetic Services in Saskatchewan. Can J Anesth 1998; 45: A57.
13. Donen, N. Family Practice Anesthesia – A Follow Up. Can J Anesth 1995; 42: A49B.
14. Chiasson, PM, Roy PD. Role of the General Practitioner in the Delivery of Surgical and Anesthesia Services in Rural Western Canada. Can Med Assoc J 1995, 153(10): 1447-53.
15. Perkin, RL. Family Practice Anesthesia. Can Fam Phys 1988. Vol 34: 2105.
16. Deutchman, M et al. Outcomes of Cesarean Sections Performed by Family Physicians. J Am Board Fam Pract 1995, 8(2): 81-90.
17. Jackson, WD. Diamond, MR. Procedural Medicine: Is Your Number Up? Australian Family Physician 1993, 22(9): 1633-39.
18. Guideline: Number of Deliveries to Maintain Competence. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. November 1996.

# ANNEXE I\*

## Objectifs éducatifs

Préparer les médecins de famille à dispenser des services d'anesthésiologie élaborés par le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des départements universitaires d'anesthésiologie.

### Compétences en anesthésiologie : exigences générales

L'administration des produits anesthésiques exige des connaissances et des compétences pour le maintien et la maîtrise de la fonction cardiorespiratoire de patients relativement bien portants ou de patients présentant une dysfonction ou une insuffisance unique ou multisystémique. La personne qui administre la substance anesthésique doit connaître les effets des divers agents pharmacologiques sur ces patients. Ces compétences sont nécessaires pendant les interventions chirurgicales mais sont également requises dans d'autres situations cliniques.

### Évaluation pré-anesthésie :

Avant la chirurgie, il est particulièrement important pour le MF anesthésiologiste de dépister méticuleusement les patients afin de préciser leur état physique (Catégorie ASA) et leur niveau d'acceptabilité pour une chirurgie. Le praticien peut ainsi identifier les cas dont la complexité dépasse les capacités soit de l'anesthésiste, soit de l'établissement. Le MF anesthésiologiste doit être en mesure d'identifier les patients qui nécessitent une stabilisation immédiate et un transfert vers un centre de soins tertiaires. De plus, il est essentiel de bien comprendre les circonstances où il est conseillé de reporter la chirurgie.

Le MF anesthésiologiste doit comprendre la physiopathologie du processus pathologique en cours chez le patient et sa relation avec l'anesthésie et la chirurgie, et être en mesure de demander les examens et analyses de laboratoire appropriés.

### Perméabilité des voies respiratoires :

Le MF anesthésiologiste doit être habile dans la réanimation d'urgence des patients présentant une obstruction des voies respiratoires, un arrêt cardiaque, des traumatismes multiples, un choc de toute nature, des brûlures et autres urgences médicales, ainsi que dans la réanimation néonatale. Certaines de ces habiletés peuvent s'apprendre dans des programmes de formation, p. ex. le cours avancé de réanimation des polytraumatisés (ATLS) et le cours avancé de réanimation cardiorespiratoire (ACLS). Pour maintenir ces habiletés, il est essentiel que le médecin continue de les mettre en application dans des situations électives.

### Ventilation :

La prise en charge des patients nécessitant un appareil de ventilation est nécessaire pour dispenser des soins à court terme en milieu rural et pour les soins pendant le transport. Dans un contexte de soins intensifs, le MF anesthésiologiste doit être habile dans la prise en charge de la ventilation mécanique, de la surveillance invasive et non invasive, ainsi que de la pharmacothérapie appropriée aux problèmes respiratoires chroniques, aigus et urgents.

## **État cardiovasculaire :**

L'état cardiaque du patient anesthésié doit être évalué, surveillé continuellement et pris en charge avec la pharmacothérapie appropriée. Le MF anesthésiologiste doit être habile dans la réanimation aiguë du patient en arrêt cardiaque.

Les habiletés ci-dessus sont particulièrement importantes dans les régions non urbaines afin de maximiser les soins aux patients dans un contexte de personnel limité.

## **Habiletés en anesthésiologie : applications spécifiques**

### **Chirurgie**

Pour agir comme anesthésiste pendant une chirurgie, le MF anesthésiologiste doit être capable de:

- Choisir une technique anesthésique sécuritaire et efficace;
- Choisir les méthodes invasives et non invasives appropriées de surveillance et savoir utiliser l'équipement supplémentaire au besoin;
- Prendre en charge de façon sécuritaire le déroulement intra-opératoire;
- Prendre en charge efficacement les complications de l'anesthésie à l'intérieur des limites prescrites;
- Choisir et superviser la prise en charge postopératoire appropriée du patient;
- Savoir quand il devient approprié de transférer les soins du patient à quelqu'un d'autre;
- Savoir utiliser l'équipement d'anesthésiologie et démontrer une compréhension de ses principes et de son entretien de base;
- Répondre aux besoins spéciaux de groupes spécifiques de patients comme les nouveau-nés, les enfants, les femmes enceintes, les patients gériatriques et les patients ambulatoires.

Le MF anesthésiologiste doit être capable de répondre :

- i) À l'anesthésiologie au service des urgences (situations dans lesquelles le risque d'aggravation de la maladie ou de décès peut survenir pendant le transport);
- À l'anesthésiologie urgente (lorsque la sécurité du patient risque d'être compromise pendant le transport);
- À l'anesthésiologie élective (pour le maintien des habiletés de soutien chirurgical/anesthésique pour la commodité du patient et de la communauté)
- Comme anesthésiste de réserve (dans les centres régionaux incapables d'attirer et de soutenir un groupe complet d'anesthésiologistes certifiés du Collège royal).

### **Prise en charge des traumatismes**

Dans le domaine de la prise en charge des traumatismes, le MF anesthésiologiste doit être compétent dans la prise en charge de la perméabilité des voies respiratoires, la stabilisation cardiorespiratoire, l'insertion de lignes vasculaires, l'évaluation de l'état du patient, l'appréciation de l'urgence d'une chirurgie, la prise en charge de la ventilation, ainsi que dans l'identification et la prise en charge des situations d'urgence qui risquent de mettre la vie en danger.

### **Anesthésiologie obstétricale :**

Le MF anesthésiologiste doit démontrer sa compétence dans l'anesthésiologie épidurale pendant le travail, l'accouchement et la césarienne, dans le traitement des complications de la grossesse

nécessitant un agent anesthésique (avortement spontané, hémorragie antepartum, travail prématuré, souffrance fœtale, deuxième stade de travail prolongé), et être capable de prendre en charge une réanimation néonatale et une aspiration de méconium.

### **Prise en charge de situations médicales :**

Le MF anesthésiologiste doit être capable de démontrer sa prise en charge appropriée des arythmies cardiaques aiguës et chroniques, de l'infarctus du myocarde, des pneumopathies aiguës et chroniques, de la ventilation à court terme et du dépistage pré-opératoire des patients nécessitant un transfert dans un autre centre.

### **Considérations sociales et éthiques dans le contexte rural :**

La disponibilité des services anesthésiques et chirurgicaux améliore la commodité des soins de santé dans les communautés rurales. De plus, la chirurgie dans les hôpitaux communautaires contribue à maintenir une base d'expertise et de compétences dans les régions rurales tout en réduisant la charge de patients dans les centres urbains.

La formation doit servir à inculquer au médecin la responsabilité personnelle de sa formation médicale continue et du développement de ses habiletés. Tous les médecins devraient être sensibilisés aux problèmes qu'engendre la fatigue ou la dépendance chimique et à la nécessité de l'assurance de la qualité et de l'évaluation par les pairs.

### **Résumé**

En résumé, les buts et les objectifs éducatifs visent l'évaluation pré-anesthésique du patient et la détermination des niveaux de risque anesthésique afin d'offrir une anesthésie sécuritaire et compétente aux patients nécessitant une chirurgie « non radicale », d'offrir une prise en charge des situations d'urgence nécessitant des habiletés en anesthésiologie (arrêt cardiaque, traumatismes, problèmes obstétricaux, stabilisation en vue d'un transport) d'assurer au besoin la coordination des transferts et de reconnaître totalement ses propres limites et celles de l'établissement.

Pour réaliser ces objectifs éducatifs, l'anesthésiste directement responsable de la formation du MF anesthésiologiste devrait idéalement manifester un intérêt spécial ou une connaissance de l'anesthésiologie en milieu rural pour faciliter l'acquisition des habiletés les plus utiles dans une pratique non urbaine.

Les sessions d'apprentissage devraient être conçues spécifiquement pour le MF anesthésiologiste et lui permettre de passer en revue la physiologie, la pharmacologie, l'équipement, les complications et les autres domaines dont il aura besoin dans sa communauté.

Finalement, il est de la responsabilité du MF anesthésiologiste de voir, au besoin, à la mise à jour de ses habiletés professionnelles et de reconnaître ses propres limites.

\* Reprinted with permission from.....