



# Message de la Présidente



## **Inscrivez le Congrès annuel de la SCA 2013 à votre calendrier**

À la suite du succès obtenu par le Congrès annuel 2012 à Québec, le Comité du Congrès annuel (présidé par le Dr Daniel Bainbridge) travaille déjà d'arrache-pied en préparation du Congrès annuel 2013, alors que les membres de la SCA se réuniront à Calgary du 21 au 24 juin. Je vous encourage à réserver ces dates et à y participer!

Le Comité a prévu un programme scientifique et éducatif de grande qualité, d'excellentes possibilités de réseautage et, bien sûr, des activités sociales variées. Lisez le rapport du Comité du Congrès annuel préparé par le Dr Bainbridge qui se trouve dans le présent bulletin afin d'en apprendre davantage sur ce que nous réserve le Congrès annuel 2013.

Calgary nous attend avec la légendaire hospitalité de l'Ouest et sa réputation de bien accueillir ses visiteurs. Je suis impatiente de vous voir au Congrès annuel de la SCA 2013.

## **Dr Angela Enright : une inspiration et un modèle à suivre**

Au nom de tous les membres de la SCA, je désire exprimer toutes nos félicitations à la Dr<sup>e</sup> Enright, qui a été honorée par l'American Society of Anesthesiologists à l'occasion de son Congrès annuel en octobre à Washington, DC. Être récipiendaire du prix Nicholas M Greene, M.D. 2012 pour sa remarquable contribution humanitaire est quelque chose de véritablement inspirant!

## **Le Dr Miller, rédacteur en chef du JCA, prendra sa retraite en décembre 2013**

Après neuf ans (deux mandats) à titre de rédacteur en chef du *Journal canadien d'anesthésie*, et environ 4 500 manuscrits, le Dr Miller a informé la SCA que l'heure du changement avait sonné. Le Dr Miller a joué un rôle significatif pour permettre au *Journal* de faire progresser le bloc de connaissances scientifiques et d'éducation en anesthésiologie, et ses conseils et sa sagesse nous manqueront. Nous lui présentons nos meilleurs vœux.

Je désire vous souhaiter à vous et à votre famille un heureux temps des Fêtes en santé.

Dr<sup>e</sup> Patricia Houston, FRCPC  
Présidente de la SCA



# Soyez prêts pour le Congrès annuel de la SCA à Calgary

**Dr Daniel Bainbridge, FRCPC**  
**Président du Comité du Congrès annuel**

L'objectif premier du Comité du Congrès annuel de la SCA est d'aider à la planification et à la réalisation du Congrès annuel de la Société. Les membres du Comité représentent de nombreux domaines de notre profession et y consacrent un nombre incalculable d'heures. La planification englobe à la fois les programmes scientifique et technique, ainsi que les activités sociales et autres activités.

Je suis très heureux d'annoncer que la préparation est bien avancée en vue du Congrès annuel 2013 qui se tiendra à Calgary du 21 au 24 juin au Centre des congrès Telus. Des renseigne-

*suite en page 2*

**Société canadienne des anesthésiologistes • [www.cas.ca](http://www.cas.ca)**

**Leadership innovant et excellence en anesthésiologie, soins périopératoires et sécurité des patients**

## Dans ce numéro

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Message de la Présidente.....                                                                                   | 1  |
| Soyez prêts pour le Congrès annuel de la SCA à Calgary.....                                                     | 1  |
| Merci à tous les participants de la Coupe de la Glotte d'or.....                                                | 2  |
| Le programme d'auto-évaluation du <b>Journal canadien d'anesthésie</b> — DPC en ligne.....                      | 3  |
| La période pour les mises en candidature pour le programme de recherche de la SCA est maintenant commencée..... | 4  |
| Date limite pour la présentation des résumés 2013....                                                           | 4  |
| Le manuel des politiques du Conseil d'administration de la SCA est maintenant en ligne.....                     | 4  |
| Des nouvelles de la formation continue et perfectionnement professionnel.....                                   | 5  |
| Rapport préparé par la résidente D <sup>re</sup> Geneviève Lalonde.....                                         | 6  |
| Des nouvelles de travaux de recherche bénéficiant d'une bourse : rapports d'activité.....                       | 7  |
| D <sup>r</sup> Bruce Knox.....                                                                                  | 9  |
| COURS Anesthesia for Global Outreach.....                                                                       | 11 |
| Un membre de la SCA reçoit un prix du Collège royal.....                                                        | 11 |
| Rwanda : l'expérience d'une vie.....                                                                            | 12 |
| Prise de décision éthique pour la répartition des ressources limitées.....                                      | 14 |
| En reconnaissance de nos donateurs dans le cadre du projet mondial d'oxymétrie.....                             | 15 |
| Quatre Canadiennes remarquables dans le domaine de l'anesthésie.....                                            | 17 |

## Conseil d'administration 2012-2013

### Membres

|                   |                                              |
|-------------------|----------------------------------------------|
| Présidente        | D <sup>re</sup> Patricia L. Houston, Toronto |
| Président sortant | D <sup>r</sup> Richard Chisholm, Fredericton |
| Vice-présidente   | D <sup>re</sup> Susan O'Leary, Outer Cove    |
| Secrétaire        | D <sup>r</sup> Salvatore Spadafora, Toronto  |
| Treasorier        | D <sup>r</sup> Douglas DuVal, Edmonton       |

### Représentants des divisions

|                                        |                                                        |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Colombie-Britannique                   | D <sup>r</sup> James Kim, Vancouver                    |
| Alberta                                | D <sup>r</sup> Michael Cassidy, Calgary                |
| Saskatchewan                           | D <sup>r</sup> Neethra (Mark) Arsiradam, Prince Albert |
| Manitoba                               | D <sup>r</sup> Jay Ross, Winnipeg                      |
| Ontario                                | D <sup>r</sup> David Neillpovitz, Ottawa               |
| Québec                                 | D <sup>r</sup> François Gobeil, Boucherville           |
| Nouveau-Brunswick                      | D <sup>r</sup> Andrew Nice, Quispamsis                 |
| Nouvelle-Écosse                        | D <sup>r</sup> David Milne, Hammonds Plain             |
| Île-du-Prince-Édouard                  | D <sup>r</sup> Timothy Fitzpatrick, Charlottetown      |
| Terre-Neuve-et-Labrador                | D <sup>r</sup> Michael Bautista, St John's             |
| Représentante des résidents            | D <sup>re</sup> Meghan O'Connell, Calgary              |
| Président de l'ACUDA (membre d'office) | D <sup>r</sup> Davy Cheng, London                      |
| Directeur général                      | Stanley Mandarich                                      |

### Invités

|                          |                                          |
|--------------------------|------------------------------------------|
| Présidente de la FCRA    | D <sup>re</sup> Doreen Yee, Toronto      |
| Président de la FEI SCA  | D <sup>r</sup> Francesco Carli, Montréal |
| Rédacteur en chef du JCA | D <sup>r</sup> Donald Miller, Ottawa     |
| Représentant du CRMCC    | D <sup>r</sup> Michael Sullivan, Aurora  |

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

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Rédacteur en chef           | D <sup>r</sup> Salvatore Spadafora |
| Responsable de la rédaction | Andrea Szametz                     |
| Conception et production    | Marco Luciani                      |

ments détaillés vous seront communiqués au début de la nouvelle année.

Voici un aperçu de certaines des initiatives sur lesquelles nous travaillons.

**Thème :** Nouvelles évolutions en anesthésiologie

**Nouveauté pour 2013 :** Technologie Wi-Fi partout dans les salles où se dérouleront les séances, ateliers et autres activités du Congrès annuel de la SCA.

**Faits saillants de la liste des conférenciers (à ce jour) :**

Le D<sup>r</sup> Misha Perouansky, professeur d'anesthésiologie au département d'anesthésiologie de l'École de médecine et de santé publique de l'Université du Wisconsin à Madison (WI), a accepté l'invitation de prononcer une allocution à l'occasion de la conférence Ross C Tyrell. Les autres conférenciers qui ont confirmé leur participation sont le D<sup>r</sup> Albert Cheung, professeur d'anesthésiologie et de soins intensifs à l'Université de Pennsylvanie, et le D<sup>r</sup> Adrian Gelb, professeur d'anesthésiologie à l'Université de Californie à San Francisco.

**Utilisation élargie de la technologie i>clicker :** La rétroaction des conférences antérieures où cette technologie a été offerte a été très positive. Son aspect interactif ainsi que sa convivialité bonifieront une fois de plus l'expérience d'apprentissage.

**Le Dîner du président déplacé au samedi soir :** Sur la base de la rétroaction des participants aux congrès annuels précédents, le Dîner du président se tiendra dorénavant le samedi plutôt qu'à la fin de la dernière journée. Nous sommes impatients de vous voir en 2013 et vous n'aurez aucune excuse pour ne pas assister au Congrès!

**Il n'y a pas que le travail!** Lorsque vous planifieriez votre voyage à Calgary, tenez compte des activités familiales et de loisir, étant donné la proximité de nombreux sites et points d'intérêt comme Banff, Canmore, les Rocheuses, Drumheller... La liste est infinie. Nous sommes sûrs que les membres de vos familles auront plein de choses intéressantes à voir et à faire en Alberta.

**Le travail du Comité se poursuit**

À partir de maintenant, le Comité travaillera à peaufiner de nombreux détails au cours des prochains mois et évaluera des idées et possibilités afin d'offrir un Congrès annuel mémorable à tous les membres de la SCA. Nous avons hâte de vous voir à Calgary au mois de juin prochain!

## Merci à tous les participants de la Coupe de la Glotte d'or

Au fil des années, la Coupe de la Glotte d'or a su divertir les spectateurs et honorer les participants. Il est temps d'aller de l'avant avec de nouvelles idées. C'est pourquoi l'événement n'aura pas lieu en 2013. Nous offrons nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui y ont participé au cours des années!

# Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie* — DPC en ligne

**Nouveau module de DPC : Transfusions massives chez le patient traumatisé (décembre 2012)**

**Également disponibles :**

- Professionnalisme basé sur les compétences en anesthésiologie **(septembre 2012)**
- La prise en charge des liquides et des vasopresseurs pour la césarienne effectuée sous rachianesthésie **(juin 2012)**
- Delirium postopératoire : facteurs de risque et prise en charge **(mars 2012)**
- La prise en charge des voies aériennes chez le patient présentant une instabilité potentielle de la colonne cervicale **(décembre 2011)**
- La prise en charge de l'anesthésie des patients avec une masse médiastinale antérieure **(septembre 2011)**
- Évaluation et traitement de l'anémie préopératoire **(juin 2011)**
- Le contrôle périopératoire de la glycémie : vivre à une époque d'incertitude **(mars 2011)**

## **Pour accéder aux modules**

Vous trouverez les directives pour accéder aux modules sur le site Internet de la Société canadienne des anesthésiologistes à l'adresse : <http://www.cas.ca/Membres/modules-de-DPC>

Effectuer avec succès chaque module du programme d'évaluation, les lecteurs pourront déclarer quatre heures de développement professionnel continu (DPC) en vertu de la section 3 des options de DPC, pour un total de 12 crédits de maintien du certificat. Les heures de la section 3 ne sont pas limitées à un nombre maximal de crédits par période de cinq ans.

La publication de ces modules de développement professionnel continu est rendue possible grâce à des bourses éducatives sans restriction de nos partenaires de l'industrie :



**COVIDIEN**

*positive results for life™*



**ROYAL COLLEGE**  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA  
**COLLÈGE ROYAL**  
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA



**FRESENIUS**  
**KABI**

# La période pour les mises en candidature pour le programme de recherche de la SCA est maintenant commencée

**DATE LIMITE : LE VENDREDI 11 JANVIER 2013 À 16 h HNE**

Le site Web de soumission en ligne pour le Programme de recherche de la SCA, les subventions de fonctionnement et la Bourse de carrière en recherche de 2013 est maintenant accessible. Toutes les demandes doivent être transmises au moyen du site Web de présentation des demandes en ligne de la SCA avant la **date limite du vendredi 11 janvier 2013 à 16 h HNE**.

## Subventions et bourses de recherche

- **Bourse de carrière en recherche de la SCA dans le domaine de l'anesthésie**  
La Bourse de carrière en recherche offre un salaire partiel sur deux ans au chercheur afin de financer le temps qu'il consacre à ses recherches. La bourse est offerte tous les deux ans. Elle sera offerte en 2013 et le financement s'appliquera aux années 2013-2014.
- **Subventions d'exploitation pour nouveaux chercheurs**
  - Bourse de nouveaux chercheurs Laboratoires Abbott en anesthésie
  - Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation
  - Bourse de recherche de la Société canadienne des anesthésiologistes
- **Subventions de fonctionnement en surspécialité**
  - Bourse de recherche D<sup>r</sup> Earl-Wynands-Fresenius Kabi
  - Bourse de recherche de la SCA en neuroanesthésie à la mémoire d'Adrienne Cheng
- **Bourses de fonctionnement ouvertes**
  - Bourse de recherche D<sup>r</sup> R-A-Gordon en sécurité des patients
  - **NOUVEAU!** Bourse de recherche du *Journal canadien d'anesthésie*
- **Bourse de recherche pour résidents**
  - Concours de la Bourse de recherche SCA/Vitaid pour résidents

Pour de plus amples renseignements, consultez la page <http://www.cas.ca/Francais/programmes-de-recherche>

# Date limite pour la présentation des résumés 2013 :

**le lundi 21 janvier 2013 à 16 h HNE**

Nous invitons les participants à présenter leur résumé ou étude de cas et série de cas au Congrès annuel 2013 de la Société canadienne des anesthésiologistes. Le Congrès annuel se tiendra au Centre des congrès Telus de Calgary (Alberta) du 21 au 24 juin 2013.

**La date d'échéance pour la présentation des résumés est le lundi 21 janvier 2013 à 16 h HNE.**

Pour de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse : <http://www.cas.ca/Francais/Resumes>

## Le manuel des politiques du Conseil d'administration de la SCA est maintenant en ligne

Pour consulter le manuel des politiques du Conseil d'administration de la SCA, rendez-vous à l'adresse : <http://www.cas.ca/Members/Reference-Documents>

## LE SUPPLÉMENT DU JCA QUI PRÉSENTE LES RÉSUMÉS DU CONGRÈS ANNUEL EST MAINTENANT DISPONIBLE

Consultez le site : <http://www.springerlink.com/content/0832-610x/58/s1/>

## À VENIR...

Séminaire d'hiver 2013 sur l'anesthésie de la California Society of Anesthesiologists à Hawaii – du 21 au 25 janvier 2013 [en savoir plus](#)



# Des nouvelles de la formation continue et perfectionnement professionnel

**D<sup>r</sup> Martin Van Der Vyver, FRCPC**

**Président, Comité de la formation continue et du développement professionnel**

## **Comment les anesthésiologistes du Canada obtiennent des crédits de MDC**

Vous êtes-vous déjà demandé de quelle façon vos collègues anesthésiologistes se tenaient à jour et obtenaient leurs crédits? Selon des statistiques publiées par le programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), 92 % (n = 2464) des anesthésiologistes qui exercent au Canada ont participé au programme de MDC en 2011. Le tableau ci-dessous donne les détails des activités réalisées par les anesthésiologistes et soumises pour l'obtention de crédits. Veuillez noter que les activités énumérées ne représentent que celles ayant mené à l'obtention du plus grand nombre de crédits dans chaque section. La liste est par conséquent loin d'être complète.

| Section                                          | Nombre d'associés | Crédits | Taux de participation (%) |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------|---------------------------|
| <b>1- Apprentissage collectif</b>                |                   |         |                           |
| Conférences agréées                              | 2 120             | 496 096 | 82                        |
| Visites auprès des patients                      | 1 903             | 248 840 | 74                        |
| Séances de formation en groupes restreints       | 925               | 53 774  | 36                        |
| <b>2. Auto-apprentissage</b>                     |                   |         |                           |
| Projet d'apprentissage personnel                 | 1 499             | 363 828 | 58                        |
| Lecture de journaux                              | 1 295             | 47 796  | 50                        |
| Autre activité d'apprentissage liée aux systèmes | 770               | 211 461 | 30                        |
| <b>3. Évaluation</b>                             |                   |         |                           |
| Programme d'auto-évaluation                      | 592               | 174 951 | 23                        |
| Évaluation de la pratique                        | 555               | 83 781  | 22                        |
| Simulation                                       | 178               | 16 769  | 7                         |

Le taux de participation de 92 % a été semblable dans toutes les spécialités au Canada pour les anesthésiologistes inscrits au programme MAINPORT du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. L'un des objectifs du programme de MDC est d'accroître de façon significative la participation aux activités d'évaluation grâce à des mesures incitatives (3 fois les crédits obtenus, en fonction du temps en comparaison avec les activités d'apprentissage collectif).

## **MAINPORT mobile**

Le CRMCC a lancé une application gratuite compatible avec les plateformes iOS, Android et Blackberry. Elle

offre une façon rapide et pratique d'inscrire les activités de développement professionnel continu (DPC) à mesure que vous les réalisez, peu importe la distance qui vous sépare de votre ordinateur de bureau.

- Grâce à cette application, vous pouvez :
- Soumettre immédiatement les activités de développement professionnel continu pour l'obtention de crédits;
- Modifier ou supprimer des activités;
- Documenter les résultats d'apprentissage de vos activités soumises pour l'obtention de crédits;
- Réviser votre « aire d'attente », où sont conservées et enregistrées toutes vos activités téléchargées et incomplètes – ou celles en attente de validation;
- Réviser toutes vos activités terminées;
- Accéder au cadre et aux guides du programme de MDC;
- Accéder à des ressources d'aide (p. ex., FAQ);
- Accéder aux coordonnées du personnel de soutien.

## **Évaluation des besoins 2013**

La SCA sondera de nouveau ses membres au début de 2013 pour obtenir leur avis concernant les besoins en DPC des membres. Ce sondage fournit des renseignements utiles à ceux qui participent à l'organisation du Congrès annuel et des modules de DPC du JCA. Avec l'utilisation étendue du cyberapprentissage, l'importance croissante de la simulation et l'évolution vers des crédits d'évaluation, la SCA a besoin de savoir de quelle façon elle peut le mieux répondre à vos objectifs et besoins en matière de formation et être pertinente pour tous ses membres tout en s'efforçant d'être novatrice.

## **Le comité de FCPP à la recherche de nouveaux membres**

Le Comité de formation continue et perfectionnement professionnel de la SCA (présidé par le D<sup>r</sup> Martin Van Der Vyver) est à la recherche de nouveaux membres, tout particulièrement d'un représentant d'un hôpital communautaire. Si vous êtes intéressé(e) à contribuer à votre profession, envisagez la possibilité de vous joindre au Comité. Communiquez avec Joy Brickell à l'adresse [adminservices@cas.ca](mailto:adminservices@cas.ca) ou au 416 480-0602 (poste 20).

# Rapport préparé par la résidente

## D<sup>re</sup> Geneviève Lalonde

---

Bonjour chers collègues  
anesthésiologistes,



Je suis actuellement en quatrième année de résidence d'anesthésie à l'Université Laval, à Québec. J'ai eu la chance de représenter les résidents canadiens au Congrès américain d'anesthésie (ASA) qui a eu lieu à Washington du 13 au 17 octobre 2012. J'ai pu vivre cette expérience par mon implication l'an dernier comme représentante des résidents canadiens au sein du comité directeur de la Société canadienne des anesthésiologistes.

Dès la première journée du congrès, j'ai eu la chance de participer à la réunion annuelle des résidents américains. Ce fut pour moi l'occasion d'assister à plusieurs conférences et de rencontrer quelques résidents américains. La rencontre m'a permis de constater qu'il existe quelques différences dans l'organisation du travail et l'attitude de nos collègues du Sud.

D'une part, chaque État est représenté par un certain nombre de résidents délégués, qui semble être proportionnel au nombre de programmes de résidence existant au sein de chaque État. Le fait d'être résident délégué et l'implication associée semblent être très valorisés dans le système américain. Un processus d'élection élaboré a lieu chaque année pour déterminer le nouveau comité directeur des résidents. Le désir de s'impliquer comme résident semble être très favorisé par rapport à ce que j'ai constaté du côté canadien. De plus, les résidents américains sont très actifs sur leur site web et dans les réseaux sociaux. Ils écrivent également une chronique dans chaque numéro du bulletin de l'ASA.

D'autre part, quelques conférenciers ont pris la parole pendant la réunion, dont certains ont davantage retenu mon attention. Tout d'abord, la présidente de l'Association des assistants en anesthésie a décrit aux résidents leur travail et leur rôle en salle d'opération. Elle a souligné qu'ils ne sont pas là pour rivaliser et remplacer les anesthésiologistes, mais davantage pour collaborer avec eux et améliorer la qualité des soins aux patients. Ça m'a fait sourire car la collaboration entre résidents et inhalothérapeutes

est bien développée au Québec, quoique le degré de responsabilité des assistants ne soit pas tout à fait identique dans les deux cas.

Ensuite, quelques conférenciers ont signifié aux résidents l'importance d'être membre de l'ASA dans leur pratique future, en expliquant chacun des rôles de l'ASA dans l'éducation, la sécurité des patients et la juridiction. Ils espèrent ainsi convaincre les résidents délégués de faire la promotion de l'ASA auprès des résidents de leurs programmes respectifs. Ils ont aussi tenté de les motiver à s'impliquer à des niveaux supérieurs, comme dans leur État et au fédéral. Un conférencier était d'ailleurs un ancien anesthésiologiste actuellement impliqué en politique. Somme toute, j'ai été surprise des discours empreints d'autant de positivisme et de conviction.

De plus, les résidents américains semblent être confrontés à des réalités semblables aux nôtres, comme la pénurie des médicaments de certaines compagnies pharmaceutiques et certaines difficultés de la résidence. Ils ont aussi un choix de type de pratique qui diffère du nôtre, du moins au Québec. Un symposium a d'ailleurs été consacré au choix du milieu académique versus le milieu privé. La carrière en privé implique des réalités auxquelles nous ne sommes pas vraiment confrontés comme résident canadien, comme négocier un contrat de travail et côtoyer l'avocat lors des rencontres du groupe.

Outre la rencontre annuelle des résidents, le congrès de l'ASA a été une excellente occasion d'assister à des conférences sur des sujets variés d'anesthésie, de visiter la foire des exposants pour découvrir les nouvelles inventions techniques anesthésiques et de prendre connaissance des affiches de recherche.

Washington a aussi été l'occasion de découvrir quelques événements historiques dans les musées du Smithsonian et de visiter quelques attractions clés de la capitale américaine.

Je voudrais remercier sincèrement la Société canadienne des anesthésiologistes de m'avoir permis de vivre cette expérience enrichissante.

***La D<sup>re</sup> Lalonde est une résidente de 4<sup>e</sup> année à l'Université Laval, à Québec.***

# Des nouvelles de travaux de recherche bénéficiant d'une bourse : Rapports d'activité

## **Bourse de carrière en recherche SCA-Laboratoires Abbott Ltée dans le domaine de l'anesthésie 2010**

**Dr Marcin Wasowicz**

Université de Toronto et  
Hôpital général de Toronto  
Toronto (Ontario)



### **Élargir le rôle de l'anesthésiologiste au-delà de la salle :**

1. L'association entre l'inhibition plaquettaire et les événements cardiaques indésirables majeurs (MACE) chez des patients subissant une chirurgie non cardiaque après une intervention coronarienne percutanée (ICP).
2. Utilisation d'agents anesthésiques volatils dans les unités de soins intensifs. Comparaison de l'utilisation d'agents anesthésiques volatils pour l'anesthésie et la sédation postopératoire à l'anesthésie et la sédation postopératoire intraveineuse chez des patients en chirurgie cardiaque.

### **Rapport final – Juillet 2012**

La bourse de carrière en recherche en anesthésie de la SCA a offert un soutien financier pour réaliser deux à trois jours par semaine des travaux de recherche ou universitaires relatifs à deux importantes études prospectives et plusieurs recherches étudiant les applications de la microextraction en phase solide en médecine clinique. Le département d'anesthésie de l'Université de Toronto, l'Hôpital général de Toronto et le Réseau universitaire de santé ont fourni les fonds de contrepartie.

Le récipiendaire de la bourse coordonnait la première étude. Au départ, celle-ci mettait à contribution trois centres canadiens, qui recrutent actuellement des patients. En janvier 2011, l'étude a été étendue à d'autres centres hospitaliers – l'hôpital Toronto Western et l'hôpital Mount Sinai. En août 2011, nous avons commencé à recruter des patients à l'hôpital Juravinsky de Hamilton. Le Centre des sciences de la santé de London a présenté une demande au Comité de déontologie local pour permettre d'étendre le recrutement à l'hôpital Victoria – le début du recrutement était prévu pour le début de 2012. À ce jour, nous avons recruté 162 patients et 141 patients qui avaient déjà subi une chirurgie. Cinquante-quatre patients ont terminé un entretien de suivi (dernière partie de l'étude). Notre recrutement s'est déroulé plus lentement que prévu; par conséquent, nous en avons analysé les causes et entrepris plusieurs mesures pour améliorer notre façon de faire – les résultats de cette analyse ont été soumis avec le rapport précédent. J'ai aussi fait une demande d'extension d'un an auprès de l'Anesthesia Patient Safety Foundation (jusqu'à la fin de 2012), qui

m'a été accordée au cours du Congrès de l'ASA à Chicago (octobre 2011). La période à laquelle l'étude devrait prendre fin est la fin de 2012 ou le début de 2013.

Plus de 21 % des patients ont subi des complications postopératoires sous la forme d'événements cardiaques indésirables majeurs (MACE). Nous avons noté que chez plusieurs patients qui ne prenaient pas de clopidogrel, la technique de cartographie Platelet Mapping indiquait l'inhibition de la voie d'ADP (adénosine diphosphate). Par conséquent, nous avons décidé d'entreprendre une étude secondaire, comparant les tests d'activité plaquettaire utilisant deux méthodes : Platelet Mapping et PlateletWorks. À la fin de l'étude, nous analyserons l'association entre l'inhibition plaquettaire insuffisante et les événements cardiaques indésirables majeurs.

L'un des co-chercheurs principaux de l'étude, la Dr<sup>e</sup> Summer Syed, a présenté une conférence sur la surveillance de la fonction plaquettaire chez les patients chez qui on a implanté une endoprothèse pendant la période péri-opératoire au cours de la Réunion annuelle d'anesthésie de l'Ontario (septembre 2011). Les résultats préliminaires de cette étude ont été présentés au cours de la conférence PACT en janvier 2012. Le récipiendaire de la bourse a été invité par le Comité des affaires scientifiques au Congrès annuel de la SCA à Québec (juin 2012) afin d'y présenter une allocution sur la gestion péri-opératoire des patients en chirurgie non cardiaque après l'implantation d'une endoprothèse. De plus, les résultats préliminaires présentés à ce même congrès ont mérité un premier prix pour la meilleure présentation de recherche en anesthésie cardiaque (Cardiac Complications in Post-PCI Patient Undergoing Non-cardiac Surgery – le Prix CVT Raymond-Martineau, décerné à Tenille Ragoonanan).

La deuxième étude comparait l'utilisation d'agents anesthésiques volatils pour l'anesthésie et la sédation postopératoire à l'anesthésie et la sédation postopératoire intraveineuse chez des patients en chirurgie cardiaque. Cette étude prospective et randomisée nous permet d'étudier les avantages potentiels de l'utilisation clinique du préconditionnement et du postconditionnement induit par les anesthésiques volatils. Il s'agit aussi de la première étude nord-américaine à analyser l'utilisation de la sédation par anesthésiques volatils dans les unités de soins intensifs. Le recrutement pour l'étude s'est terminé en septembre 2011. Nous avons recruté 173 patients. Nous avons randomisé 150 patients qui avaient déjà subi une intervention chirurgicale, 11 patients ont été exclus de l'étude et 139 patients ont fait l'objet d'une analyse. Le résumé présenté au Forum canadien sur les soins intensifs (novembre 2011) a été choisi parmi les six meilleures études de recherche. Les conclusions de cette étude ont démontré qu'un préconditionnement et postconditionnement induits par les anesthésiques volatils ne produisent pas de résultat en pratique clinique. Toutefois, elles indiquent que la sédation induite par des

*suite en page 8*



anesthésiques volatils a pour résultat une extubation plus rapide des patients en chirurgie cardiaque.

Nous préparons actuellement deux manuscrits destinés à la publication; l'un d'eux a déjà été soumis. Les données finales ont été présentées à l'occasion du Congrès annuel de la Society of Critical Care Medicine (Houston, février 2012) et au Congrès mondial des anesthésiologistes (Buenos Aires, mars 2012).

De plus, le concept de sédation induite par des anesthésiques volatils mis au point dans notre établissement a suscité un certain intérêt au Canada et à l'extérieur du pays. Il a donné lieu à des invitations de présenter un exposé lors de conférences et à titre de professeur invité :

1. Réunion d'anesthésie de l'Ontario, Toronto, 3 octobre 2010
2. Deuxième Conférence internationale de cardiologie, Shanghai, du 7 au 9 décembre 2010
3. Département d'anesthésie et de soins critiques, Université Jikei, Tokyo, 11 décembre
4. Département d'anesthésie, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, 13 décembre
5. Département d'anesthésie et de soins critiques, Faculté de médecine, Université d'Oita, Japon, 15 décembre
6. Département d'anesthésie et de soins critiques, Hôpital régional de Kielce, Pologne (janvier 2011)
7. Département d'anesthésie, Southlake Hospital, Newmarket (mars 2011)

La bourse de la SCA m'a aussi permis d'étudier plus en profondeur comment nous, anesthésiologistes, pouvons élargir notre rôle au-delà du bloc opératoire. J'ai établi une coopération de recherche avec le département de chimie de l'Université de Waterloo et le département de pharmacologie de l'Université de Toronto. En décembre 2010, j'ai également été nommé professeur auxiliaire à l'Université de Waterloo. Notre coopération vise à introduire la microextraction en phase solide (SPME) dans le domaine de la médecine clinique. La SPME est une technique largement utilisée dans les domaines de la technologie alimentaire, ainsi que dans l'analyse environnementale et biologique. Toutefois, son utilisation en médecine clinique a été peu étudiée.

La SPME présente les avantages potentiels qui suivent par rapport aux techniques analytiques utilisées actuellement : préparation des échantillons simples, analyse rapide de plusieurs substances, médicaments et métabolites de médicaments à partir d'un échantillon minime. Ces caractéristiques permettent la prise de mesures « in vivo », qui n'était pas possible auparavant. Parmi celles-ci, les plus importantes sont un délai d'exécution rapide de l'extraction de métabolites instables avec demi-vie ultra-courte et l'analyse au chevet du patient (2 à 3 h) permettant le dosage de médicaments adapté au patient et la mesure simultanée de plusieurs substances. Pour explorer davantage le potentiel clinique de la SPME, nous menons actuellement une série d'études dans les différentes sous-spécialités de la médecine. Ce projet nous permettra d'étudier les avantages de cette technique par rapport aux méthodes standards actuellement utilisées et de nous concentrer sur les applications qui n'ont pas encore été étudiées. En voici les objectifs :

- a. Mesurer la concentration d'acide tranexamique chez les patients en chirurgie cardiaque présentant différents degrés de dysfonction rénale et chez les receveurs d'une greffe du foie. Le degré d'atteinte rénale sera défini selon les critères définis par l'American Society of Nephrology.
- b. Formuler le modèle pharmacocinétique de dosage de l'acide tranexamique chez les patients cardiaques présentant une dysfonction rénale et les receveurs d'une greffe du foie.
- c. Valider l'utilisation de la SPME comme outil analytique de mesure pour la concentration d'acide tranexamique, de bromure de rocuronium ainsi que le profil métabolique des patients en chirurgie cardiaque et des receveurs d'une greffe du foie.
- d. Utiliser les mesures de bromure de rocuronium (exclusivement métabolisé par les enzymes hépatiques) à l'aide de la SPME comme outil de monitoring pour évaluer la fonction du foie nouvellement transplanté. Les différences entre les diverses greffes seront analysées (foies provenant de jeunes donneurs ou de donneurs plus vieux, donneurs vivants apparentés ou donneurs cadavériques). L'introduction de la SPME dans la pratique médicale peut accroître la sécurité et améliorer nos pratiques. À tout le moins, cette étude permettra aux cliniciens de diverses sous-spécialités de se familiariser avec de nouvelles techniques pouvant donner lieu à un vaste éventail d'études.

En outre, un article intitulé « Pharmacokinetics of Tranexamic Acid in Patients Undergoing Cardiac Surgery » a été choisi parmi les six meilleurs articles de recherche pour le Concours oral de recherche Richard-Knill au cours du Congrès annuel 2012 de la SCA.

Nos premiers résultats ont été publiés.

1. Bojko B, Cudjoe E, **Wąsowicz M**, Pawliszyn J. « Solid phase microextraction-in vivo and on-site analysis. How far are we from clinical practice? » *Trends in Analytical Chemistry* 2011; 30:1505-1512.
2. Bojko B, Vuckovic D, Cudjoe E, Hoque E, Mirnaghi F, **Wąsowicz M**, Jerath A, Pawliszyn J. « Determination of tranexamic acid concentration by solid phase microextraction and liquid chromatography-tandem mass spectrometry. First step to in vivo analysis. » *Journal of Chromatography B Analytical Technology Biomedical Life Science* 2011; 879: 3781-87.
3. **Wąsowicz M**, Jerath A, Bojko B, Sharma V, Pawliszyn J, McCluskey S. « Use of a novel technique of solid phase microextraction to measure concentration of tranexamic acid in patients undergoing cardiac surgery. » *Journal canadien d'anesthésie* 2012; 59:14-20.
4. Fan J, Jerath A, Pang KS, Bojko B, Sharma V, Pawliszyn J, McCluskey S, **Wąsowicz, M.** « Pharmacokinetics of tranexamic acid on cardiopulmonary bypass. » *Anaesthesia* – 2012; 67:1242-1250.
5. Wijesundera DN, Wijesundera HC, Yun L, **Wasowicz M**, Beattie WS, Velianou JL, Ko DT. « Risk of elective major non-cardiac surgery after coronary stent insertion: a population-based study. » *Circulation*. 2012 Sep 11; 126(11):1355-62.
6. Pickworth T, Jerath A, DeVine R, Kherani N, **Wasowicz, M.** « The scavenging of volatile anesthetic agents in the cardiovascular intensive care unit environment: a technical report. » *Journal canadien d'anesthésie* 2012 – epub (DOI 10.1007/s12630-012-9814-5).



## Généreux legs à la FCRA de la part de la succession du Dr Bruce Knox

À la suite du décès du Dr Bruce Knox plus tôt cette année, la FCRA a reçu un généreux legs au montant de 397 253 \$. Le Dr Knox était un sympathisant de longue date à la cause de la FCRA, qui est reconnaissante de ce legs.

En mémoire de la longue carrière d'anesthésiologiste du Dr Knox, les Drs Hare, Mazer et Houston reviennent sur ses contributions à la profession.

## Dr Bruce Knox: un anesthésiologiste exceptionnel, passionné d'excellence clinique, de voitures rapides et de recherche en anesthésie

Chers collègues,

C'est avec un mélange de tristesse, de tendresse et d'admiration que nous voulons souligner les contributions du Dr Bruce Knox, l'un de nos meilleurs collègues anesthésiologistes et sympathisant de longue date à la cause de la FCRA, qui est décédé plus tôt cette année.

Bon nombre d'entre nous connaissions le Dr Knox en tant que collègue, formateur et clinicien exceptionnel ayant prodigué d'excellents soins cliniques en anesthésie pendant près de quarante ans. Nous avons eu l'immense privilège qu'il choisisse de passer la majeure partie de sa longue carrière à l'hôpital St Michael's de l'Université de Toronto. Ainsi, un nombre incalculable de patients, étudiants et collègues ont profité de la passion de Bruce pour l'excellence clinique et la formation. À son départ à la retraite, en 2010, Bruce a déclaré qu'il s'était senti privilégié que sa carrière se soit déroulée dans une période aussi dynamique et novatrice pour l'anesthésie. En effet, le Dr Bruce Knox a apporté beaucoup à ce climat d'innovation, grâce à son travail clinique et à son appui de longue date à la FCRA.

On a souvent fait la remarque que Bruce Knox était l'un des sympathisants les plus constants et les plus anciens de la recherche en anesthésie au moyen de ses dons continus à la FCRA. En outre, Bruce participait fréquemment aux visites des universitaires auprès des patients et a souvent donné son

avis sur une recherche présentée, guidé par sa vaste expérience en salle d'opération. La générosité de Bruce et son appui à la recherche se sont poursuivis jusqu'à ce jour et ont culminé en un don très généreux à la FCRA au moment de son décès. Tous les récipiendaires de financement de la FCRA et de la SCA savent la valeur que représente une telle dotation.



1942 - 2012

La passion durable de Bruce pour la vie et les choses auxquelles il accordait le plus de valeur est exemplifiée par la façon dont il a vécu. Bruce a offert un dévouement sans faille à sa famille, à ses amis et à ses collègues pendant toute sa carrière. Pendant plus de trente ans, Bruce a assisté chaque année aux courses du Grand Prix partout dans le monde, visitant chaque continent et assistant aux victoires depuis l'époque de Fangio jusqu'à celle du champion actuel, Vettel. Il a suivi la Formule Un avec une immense passion toute sa vie durant. Sa passion pour l'appui à la recherche en anesthésie n'en fut pas moins vigoureuse. Le soutien solide et durable de Bruce envers la FCRA laissera un héritage de recherche canadienne en anesthésie couronnée de succès pour les décennies à venir.

Merci, Bruce, pour tout ce que tu as fait pour notre profession!  
En mémoire de toi et avec beaucoup de gratitude,

Dr Gregory Hare FRCPC  
Anesthésiologiste  
Professeur agrégé  
Département d'anesthésie  
Hôpital St Michael's  
Université de Toronto

Dr David Mazer FRCPC  
Vice-président  
Comité consultatif de recherche de la SCA

Dre Patricia Houston FRCPC  
Présidente  
Société canadienne des anesthésiologistes

«Le Dr Bruce Knox s'est engagé de façon importante et à long terme à appuyer la FCRA. Il croyait que la recherche et l'innovation permettaient de prodiguer de meilleurs soins aux patients. S'il vous plaît, aidez-nous à faire de son rêve une réalité.»



Patricia Houston  
Professeure au département d'anesthésie  
Université de Toronto

Notre profession  
mérite une solide  
fondation.

**CARF**

Canadian Anesthesia Research Foundation  
La Fondation canadienne de recherche en anesthésie

[www.anesthesia.org/carf](http://www.anesthesia.org/carf)

# COURS Anesthesia for Global Outreach

du 16 au 19 mai 2013  
Seattle (WA)



Forts de l'appui de professeurs internationaux chevronnés de l'Australie, du Canada, de l'Ouganda, du R.-U. et des États-Unis, nous sommes heureux d'annoncer le **sixième cours annuel Anesthesia for Global Outreach**, version **2013**. Le programme enseignera les compétences nécessaires pour exercer l'anesthésie dans des conditions difficiles, et est offert en collaboration avec d'autres programmes d'extension en anesthésie de partout dans le monde. Il s'agit du seul cours du genre offert en Amérique du Nord et il sera organisé par l'Université de Washington à Seattle.

Le cours Anesthesia for Global Outreach est conçu pour aider les bénévoles qui voyagent dans les pays en développement ou qui exercent dans des conditions difficiles pour aider à perfectionner le service ou à développer les capacités en anesthésie et en soins critiques. Le cours s'adresse principalement aux fournisseurs de soins en anesthésie, mais est aussi pertinent pour tous ceux qui participent à une médecine péri-opératoire et à des soins critiques. Les participants au cours auront l'occasion d'étudier les aspects intellectuels, techniques, psychologiques et éthiques du travail d'extension en anesthésiologie dans des conditions qu'ils sont peu susceptibles d'avoir rencontré au cours de leur formation ou de leur pratique quotidienne.

Ce cours d'une durée de quatre jours comprend le point de vue personnel de professeurs habitués à ces conditions, ainsi que des sujets d'actualité portant sur des questions liées à la santé mondiale. Des séances pratiques incluent l'utilisation et l'entretien de l'équipement, des simulations pratiques et l'utilisation de technologies d'anesthésie peu connues. Les participants auront amplement l'occasion de discuter avec les instructeurs experts habitués à travailler dans un large éventail de contextes. Les participants assisteront également à des séances sur les maladies tropicales, l'adaptation interculturelle et la préparation du voyage. En outre, le programme permettra de mieux préparer les anesthésiologistes à transférer leurs connaissances et à renforcer leur capacité lorsqu'ils entreprennent des missions internationales.

Veuillez communiquer avec l'administratrice du cours, Megan Chipp, ou les directeurs du cours, Tony Roche, Gerald Dubowitz ou Faye Evans, à l'adresse [globalanesthesiacourse@gmail.com](mailto:globalanesthesiacourse@gmail.com) pour en apprendre davantage sur le cours.

## Un membre de la SCA reçoit un prix du Collège royal

Félicitations au **D<sup>r</sup> Homer Yang**, membre de la SCA, qui a reçu le prix du Mentor de l'année 2012 (Région 3) décerné par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



Le D<sup>r</sup> Yang est chef du département d'anesthésiologie de l'Hôpital d'Ottawa ainsi que professeur et directeur du département d'anesthésiologie de l'Université d'Ottawa. De 1996 à 2001, le D<sup>r</sup> Yang a été président du jury d'examen en anesthésiologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et a aussi été tout au long de sa carrière le lauréat de plusieurs prix en enseignement.

Le D<sup>r</sup> Yang est actuellement le président du Comité des professions paramédicales de la SCA.

# Rwanda : l'expérience d'une vie

Par le Dr James Kim, FRCPC

*Professeur adjoint d'enseignement clinique au département d'anesthésiologie, de pharmacologie et de thérapeutique de l'Université de Colombie-Britannique  
Anesthésiologiste membre du personnel à l'hôpital Lion's Gate*

Arrrrrrgggh! Il est 5 heures du matin et je n'ai pas pu dormir plus de trois heures. Il y a un écart de 10 heures entre Kigali, la capitale du Rwanda, et Vancouver, et je ne me suis pas encore remis de ce décalage horaire. Ce n'est pas si dramatique, puisque je ne serai pas en retard pour mon premier jour en tant que bénévole de la FÉI SCA au plus gros hôpital du Rwanda, le CHUK. On m'a dit que les visites auprès des patients commençaient à 7 h, alors je prévois arriver tôt afin de m'orienter. La distance de mon appartement jusqu'à l'hôpital est d'à peine 30 minutes à pied, et parce que nous sommes pendant la saison sèche, la journée sera magnifique. On prévoit 25 degrés Celsius et un temps chaud et ensoleillé.

Cela fait seulement deux jours que je suis arrivé dans ce pays et je sais que les choses ne pourront qu'aller en s'améliorant. Il s'agit d'une longue histoire qui inclut le fait de se faire refuser l'embarquement parce que je transitais par Dubaï et que j'ai dû acheter un aller simple à la dernière minute sur les ailes de KLM en direction de l'Afrique avec des bagages qui excédaient de plus de 100 livres le poids réglementaire. Sarah, ma fille de 15 ans, s'était organisée un mois de bénévolat dans un orphelinat de Kigali et m'accompagnait dans ce voyage. Tous les articles donnés ont pu faire partie du voyage grâce à la personne au comptoir de KLM, qui était très sympathique à notre cause. Survivre à cette épreuve m'a rendu encore plus enthousiaste à l'idée de me trouver en Afrique à titre de bénévole.

La FÉI SCA est au Rwanda depuis un certain nombre d'années pour former des résidents en anesthésiologie et j'ai toujours prévu y aller lorsque je sentirais que ma fille aînée pourrait m'accompagner en toute sécurité. J'ai pris quelques mois pour préparer ce voyage, alors que j'ai réservé des billets avec mes points Aéroplan pour toute la famille (ma fille de 11 ans et ma femme arriveraient pendant ma dernière semaine à l'hôpital). J'avais prévu un suppléant qui me remplacerait pendant tout notre voyage (juillet et août). J'ai découvert un organisme fantastique appelé Faith Victory, qui a été créé par un médecin rwandais pour aider les victimes du génocide. La Dr<sup>re</sup> Immaculée Mukatete a pris les mesures nécessaires pour que Sarah et son amie soient assignées à un orphelinat de Kigali (Gisimba), à 10 minutes à pied de mon appartement.

Pendant des mois, nous avons travaillé à recueillir de l'équipement sportif, des fournitures scolaires et des fournitures médicales pour notre voyage. Plusieurs mois avant le début de mon bénévolat, j'ai communiqué avec le personnel rwandais local et les résidents pour leur demander s'ils avaient des besoins particuliers en matière d'équipement. On m'a répondu qu'un laryngoscope Glidescope serait le bienvenu, et j'ai eu la chance d'avoir un département très favorable à l'idée à l'hôpital Lion's Gate : tous les membres ont contribué afin que nous puissions acheter un moniteur et deux lames. Le Dr John Pacey, l'inventeur du Glidescope, a aussi fait don de deux autres lames, ce qui venait très bien compléter ce don. J'apportais également des fournitures d'autres compagnies comme Pajunk et Arrow : voilà donc pourquoi mes bagages présentaient un surpoids de 100 livres!

J'ai beaucoup voyagé dans le monde, mais c'était la première fois que je me rendais en Afrique. Le Rwanda est réellement



Le Dr Kim à l'hôpital d'enseignement universitaire de Kigali

un pays exceptionnel. Il est difficile de s'imaginer que le génocide s'est produit il y a plus de 18 ans et il est également difficile d'en saisir les motifs. À présent, ce pays semble être une nation modèle. Les gens sont extrêmement accueillants et semblent bien s'entendre entre eux et avec le gouvernement. L'accueil que j'ai reçu à l'hôpital de la part du personnel en anesthésie, des résidents et des techniciens était chaleureux et invitant. Ils veulent tous apprendre et sont habitués à la présence de Canadiens qui viennent leur enseigner. Le temps passe si vite. Avant même que je ne m'en rende compte, la première semaine était déjà terminée. Heureusement, le décalage horaire s'est estompé lentement. Son seul effet résiduel était que je me réveillais très tôt, ce qui convenait très bien à mon horaire, puisque mes journées débutaient à 7 h.

Mon horaire de la journée variait entre la salle d'opération principale, l'unité des soins intensifs ou la salle d'opération d'obstétrique et de gynécologie. La FÉI SCA m'a fourni un programme à enseigner pendant les jours d'enseignement du lundi, et, dans la salle d'opération, je me suis concentré sur l'enseignement de la gestion des voies aériennes avec le Glidescope et différentes techniques de blocs régionaux. Je me rappelle très bien le sentiment de liesse dans la salle lorsque nous avons intubé avec succès notre premier patient présentant des voies aériennes difficiles. Cela s'est passé pendant la journée d'enseignement et tous les résidents s'étaient réunis dans la salle d'opération principale après le repas du midi. Il s'agissait du cas d'un patient présentant une masse à la thyroïde et tous ont été impressionnés par la façon dont fonctionnait le Glidescope et ont été très heureux de le recevoir, puisque leurs deux bronchoscopes ne fonctionnaient plus.

Le rythme en Afrique est très différent de celui auquel nous sommes habitués au Canada – ce qui est à la fois positif et négatif. Les salles d'opération ouvrent habituellement tard, car elles manquent cruellement de « fournitures », ce qui voulait dire, ai-je appris plus tard, des draps stériles. Le bon côté de cette situation est que nous avons toujours du temps pour un café ou pour dîner. C'est dans ces moments où j'ai vraiment appris à connaître les gens, et j'ai pris l'habitude de toujours offrir le dîner aux résidents, puisque c'est au cours de ces repas que nous prenions le temps de discuter et d'échanger.

suite en page 13





Les résidents « vont dîner »

Je suis toujours resté étonné de la quantité de nourriture qu'ils pouvaient ingérer à notre endroit préféré, un restaurant de style buffet africain appelé le « Karibo » (ce qui signifie « bienvenue » en swahili). Ils faisaient une pile si haute avec la nourriture dans leur assiette qu'on aurait très bien dit un volcan. Cette quantité de nourriture et le Fanta (la boisson gazeuse) resteront à jamais gravés dans mon esprit.

Les moments passés à l'extérieur de l'enceinte hospitalière furent également très gratifiants. Nous sommes immédiatement devenus membres du gymnase et de la piscine de l'hôtel Serena 5 étoiles situé de l'autre côté de la rue de l'hôpital. Sarah et moi avions chacun un téléphone cellulaire et, dans le cadre de notre routine quotidienne, elle devait m'envoyer un message texte dans l'après-midi lorsqu'elle était arrivée à l'hôtel en toute sécurité après sa journée à l'orphelinat. Il s'agissait d'une distance de 40 minutes à pied pour elle et, après quelques semaines, j'ai cédé et ai décidé de lui permettre de prendre le taxi motocyclette. Les gens qui se sont déjà rendus au Rwanda pensent probablement que je suis un très mauvais père, parce que les conducteurs de motocyclette peuvent être très téméraires. Sarah a appris très rapidement comment dire « lentement, lentement » en kinyarwanda! Heureusement, il ne lui est rien arrivé, à part une très vilaine brûlure à la jambe causée par le tuyau d'échappement.



Le Dr Kim en compagnie du Dr Kiviri, chef du département d'anesthésie et de l'unité des soins intensifs du CHUK

Nous nous gardions très occupés pendant les weekends. Faire une randonnée en compagnie des gorilles des montagnes est une expérience à ne pas manquer. Ce fut une expérience incroyable de voir de près ces magnifiques créatures au sein de leur cellule familiale et dans leur habitat naturel. Je ne cessais de me répéter que les droits de permis de 750 \$ allaient à une bonne cause. Au cours d'un autre weekend, nous avons loué une voiture avec chauffeur pour explorer la région nord-ouest du pays. En chemin, nous nous sommes arrêtés à un grand orphelinat qui prend soin de plus de 600 enfants et y



Le Glidescope et le sphygmo-oxymètre Lifebox en pleine action!

avons déposé des fournitures dont l'établissement avait grandement besoin. Notre expérience la plus merveilleuse de la culture locale fut lorsque nous avons été invités à un mariage rwandais, y compris la première rencontre avec la famille. Il va de soi que nous avons pu voir un grand nombre de belles tenues traditionnelles et que nous avons assisté à des chants et à des danses magnifiques.

Le moment arriva où il fallait partir, mais pas sans avoir établi de nombreux contacts et amitiés. Je suis resté en contact avec le Dr Willi Kiviri, le chef du

département d'anesthésie et de l'unité des soins intensifs du CHUK, afin de possiblement démarrer une étude au Rwanda. J'y retournerai certainement, puisque ma plus jeune fille a exprimé le désir de retourner à l'orphelinat.

Comme c'était la période des vacances scolaires estivales, notre famille en a profité pour voyager en Afrique de l'Est. Nous nous sommes grandement amusés à faire toutes les activités habituelles, et je recommande fortement de passer du temps là-bas avant ou après votre mois de bénévolat. Vous pouvez faire votre choix parmi plusieurs sortes de safaris, notamment en camping, dans des tentes luxueuses ou des pavillons de parc faunique. Après avoir passé de nombreuses heures dans un Safari Land Cruiser, j'étais heureux de partir en randonnée.



La fille du Dr Kim, Sarah, (à droite) sur un taxi motocyclette

Notre famille a également réussi à escalader le mont Kilimanjaro et le mont Kenya, les deux montagnes les plus hautes de l'Afrique, et nous avons terminé notre voyage au Zanzibar, sur l'océan Indien, une étape très culturelle et reposante. Sur le chemin du retour au Canada, nous avons réussi à faire un petit arrêt à Dubaï. L'idée de skier à l'intérieur alors que la température extérieure atteint 45 degrés Celsius devenait incontournable.

De se faire interdire de prendre un vol à destination du Rwanda jusqu'à se trouver au sommet de l'Afrique, ce fut un voyage fantastique, en effet.

# Prise de décision éthique pour la répartition des ressources limitées

Par le Dr Richard Hall, FRCPC et le Dr David McKnight, FRCPC

## Introduction

Récemment, nous avons été témoins de plusieurs exemples où il a fallu rationaliser les ressources en soins de santé, par exemple la crise du SRAS, la grippe H1N1, et la récente fermeture de l'usine de fabrication de Sandoz à Boucherville. Dans un avenir prévisible, il est fort probable que les anesthésiologistes devront continuer à offrir des soins dans des situations où les quantités de médicaments, fournitures et équipements à leur disposition seront moins qu'idéales. Afin d'aider les praticiens dans leur prise de décision, nous offrons certains principes éthiques à partir desquels il est possible d'élaborer une politique de répartition des ressources lorsque celles-ci sont disponibles en quantité limitée pour une quelconque raison. Il est important d'élaborer de telles politiques avant que ne se produisent les pénuries afin de protéger les travailleurs de la santé en s'assurant de maintenir la norme de soins — à un niveau minimal sinon idéal — et en prévenant une répartition inégale des fardeaux des soins qui se produisent dans une telle situation.<sup>1</sup>

## Principes

En règle générale, dans une situation de pénurie d'approvisionnement, l'objectif consiste à réaliser le plus grand avantage pour le plus grand nombre de gens — un concept utilitaire souvent utilisé par les militaires et les planificateurs antisinistre, mais moins connu des gens de la population civile qui doivent élaborer une politique en cas de pénurie.<sup>1,2</sup>

Voici certains principes pour orienter l'élaboration d'une politique.<sup>3</sup>

**Transparence** : Les principes et méthodes au moyen desquels les ressources seront octroyées doivent être transparents et largement diffusés. Dans la mesure du possible, ils doivent faire l'objet d'une consultation auprès des intervenants concernés, notamment les administrateurs d'hôpitaux, les chirurgiens, d'autres professionnels de la santé et possiblement des groupes ou représentants des patients.

**Justice** : L'octroi de ressources doit se faire en fonction de critères valides, par exemple le besoin et la capacité de tirer avantage et ne doit pas se faire en fonction de critères éthiquement inacceptables comme la race ou l'ethnicité, la religion, l'orientation sexuelle, le statut de résidence, le statut social ou la capacité de payer.

**État de préparation** : L'octroi de ressources doit

inclure un plan de triage planifié qui définit les composantes susceptibles d'être touchées et élaboré par les intervenants et auquel les participants se conforment.

**Fondement dans la preuve** : Lorsque l'information existe, la prise de décision doit tenir compte des meilleures preuves disponibles concernant l'efficacité et la sécurité.

**Priorités** : Il faut dresser une liste des priorités pour la thérapie prévue facilement accessible et sur laquelle les intervenants concernés se sont entendus.

**Réévaluation** : Dans la mesure du possible, il faut évaluer les répercussions du processus d'octroi de façon régulière afin de s'assurer que les objectifs originaux en matière d'octroi de ressources sont atteints et maintenus ou pour vérifier s'il est nécessaire d'apporter d'autres changements.

**Responsabilisation** : Un cadre de responsabilisation doit exister afin que les intervenants sachent à qui adresser leurs commentaires ou préoccupations. Ce cadre doit faire l'objet d'une diffusion massive parmi les intervenants. Il faut envisager la possibilité d'un mécanisme d'appel.

**Vie privée** : Les informations personnelles identifiables sur la santé ne doivent pas être divulguées sans l'autorisation préalable du patient ou du représentant légal autorisé.

Plusieurs sources de complication interviennent souvent et rendent plus difficile le processus de prise de décision éthique pour la répartition des ressources limitées :<sup>5</sup>

1. Fonds insuffisants pour soutenir toutes les initiatives
2. Opinions très fortes de personnes d'influence ou puissantes sur le plan politique
3. Conflits d'intérêts importants chez les intervenants
4. Contraintes de temps dans l'analyse des propositions et conséquences possibles
5. Incertitude concernant les résultats, avantages et risques
6. Valeurs professionnelles et personnelles divergentes
7. La possibilité que les décisions prises puissent avoir un effet indésirable sur les décideurs.

D'un point de vue éthique, l'octroi de ressources limitées doit faire preuve de transparence, d'honnêteté, d'intégrité, de respect de la parole, de gestion et d'équité. La capacité de faire face à ces enjeux dépend des éléments suivants :<sup>4</sup>

suite en page 15

1. Objectivité
2. Crédibilité
3. Responsabilisation
4. Respect des divergences d'opinion légitimes
5. Renseignements fiables et exhaustifs
6. Distinction entre rhétorique et réalité (entre « besoin » et « désir »)
7. Admission qu'il est possible qu'on ne puisse répondre à certains besoins légitimes
8. Élaboration et déclaration de bases raisonnables pour la prise de décision
9. Communication efficace
10. Obtention de l'appui des intervenants clés

### **Responsabilité pour la raisonnable**

Le cadre « responsabilité pour la raisonnable » en est un au sein duquel établir des priorités et une politique en matière d'octroi de ressources limitées et qui est ressorti comme étant applicable au contexte des soins de santé canadiens.<sup>5,6,7</sup> Il se base sur le principe que peu importe la politique établie, si celle-ci est basée sur l'équité, elle sera fort probablement acceptable aux yeux des intervenants concernés. Selon le principe de responsabilité pour la raisonnable, un établissement peut prétendre avoir établi un processus ou une politique équitable pour la priorisation de la répartition des ressources limitées si ce processus ou cette politique respecte quatre conditions :

1. Les justifications des décisions en matière de définition des priorités doivent être publiquement accessibles (condition de publicité);
2. Ces justifications doivent être perçues par les gens de bonne foi comme étant pertinentes à la définition des priorités dans ce contexte (condition de pertinence);
3. Il doit y avoir possibilité de porter ces décisions et leurs justifications en appel (condition d'appel);
4. Il doit y avoir moyen, de façon volontaire ou régle-

mentaire, de s'assurer du respect des trois premières conditions (condition de mise en application).

Si les conditions ci-haut mentionnées sont considérées comme étant remplies, on est en droit de s'attendre à ce que les intervenants acceptent la raisonnable des priorités et acceptent de s'y conformer.

### **Conclusion**

En définissant ces principes et en tenant compte des obstacles possibles comme décrit précédemment, nous espérons ainsi permettre aux praticiens d'encourager les organisations à élaborer une politique qui les guidera dans l'octroi de ressources limitées d'une façon éthique. Nous encourageons les praticiens à établir une telle politique, puisque la question n'est pas de savoir si les ressources deviendront limitées, mais plutôt à quel moment cela se produira de nouveau. Si nous sommes prêts, le fardeau de la prise de décision qui repose sur les praticiens s'en trouvera peut-être allégé.

<sup>1</sup> Levin D, Cadigan RO et al. *Altered Standards of Care During an Influenza Pandemic: Identifying Ethical, Legal, and Practical Principles to Guide Decision-making*; Disaster Medicine & Public Health Preparedness, 2009; 3(Suppl 2) S132-S140.

<sup>2</sup> Lin JY and Anderson-Shaw L. *Rationing of Resources: Ethical Issues in Disasters and Epidemic Situations*; Pre-hospital and Disaster Medicine; 2009; 24(3);215-221.

<sup>3</sup> Adapted from Barnett DJ, Taylor HA et al. *Resource Allocation on the Frontlines of Public Health Preparedness and Response: Report of a Summit on Legal and Ethical Issues*; Public Health Reports, 2009, 124;295-303.

<sup>4</sup> Hofmann PB. *7 factors Complicate Ethical Resource Allocation Decisions*, Healthcare Executive, 2011; 26(3) 62-63.

<sup>5</sup> Martin DK et al. *Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision makers*. Health Policy 2002;61:279-90.

<sup>6</sup> Daniels N, Sabin JE. *Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers*. Philosophy and Public Affairs 1997; 26(4):303-50.

<sup>7</sup> Daniels N, Sabin J. *Ethics of accountability in managed care reform*. Health Affairs 1998; 17:50-64.

## **En reconnaissance de nos donateurs dans le cadre du projet mondial d'oxymétrie**

*par le Dr Francesco Carli, FRCPC*

La campagne visant à amasser des fonds pour l'achat de 250 oxymètres pour les salles d'opération, salles de réveil et centres de naissance du Rwanda s'est terminée au printemps 2012. En relativement peu de temps, la campagne a attiré la générosité de nombreux donateurs individuels et en groupe. Cette campagne a connu sans équivoque un succès retentissant, et nous sommes heureux de reconnaître les donateurs aux pages suivantes.

### **Compte rendu**

En janvier 2013, nos bénévoles – la D<sup>re</sup> Patty Livingston et la D<sup>re</sup> Angela Enright – formeront des médecins et distribueront des oxymètres à tous les fournisseurs de services d'anesthésie de l'hôpital (infirmières et médecins) à Kigali dans le cadre du cours SAFE (Safer Anesthesia from Education).



# Donateurs au projet mondial d'oxymétrie de la FÉI SCA

Du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 30 avril 2012

## DONATEURS EN GROUPE

### Platine

(10 000 \$ et plus/  
40 oxymètres et plus)

#### Hôpital St Michael's

Simon Abrahamson  
Andrew Baker  
James Baker  
Richard Bowry  
Robert Byrick  
Bok Man Chan  
Deven Chandra  
Robert Chen  
William Darrah  
Jeff Dickson  
Ahmed Hamdy  
John Hanlon  
Gregory Hare  
Megan Hayter  
Alexander Ho  
Aaron Hong  
Patricia Houston  
Sandra Jelenich  
Hwan Joo  
Mark Kataoka  
Abraham Katz  
Michael Kolton  
Peter T Leung  
Richard Levene  
Ken Lin  
Nick Lo  
Carol Loffelmann  
Ryan Mai  
Rachel Martin  
David Mazer  
David McKnight  
John McLean  
Mary McLoone  
Brian Pollard  
Antoine Pronovost  
Andrea Rigamonti  
William Stoyka  
Claude Tousignant  
Jeff Wasserman

### Or

(7 500 \$ à 9 999 \$/  
30 à 39 oxymètres)

#### Université Queen's

René Allard  
Ramiro Arellano  
Edwin (Ted) Ashbury

Jessica Burjorjee  
John Cain  
Michael Cummings  
Scott Duggan  
Dale Engen  
Jason Erb  
Melinda Fleming  
Alison Froese  
Ian Gilron  
David Goldstein  
Susan Haley  
Richard Henry  
Melanie Jaeger  
David Mark  
Michael McMullen  
Brian Milne  
John Murdoch  
Joel Parlow  
Lindsey Patterson  
Cara Reimer  
Rachel Rooney  
Tarit Saha  
Ronald Seegobin  
Vidur Shyam  
Brian L. Simchison  
Devin Sydor  
Rob Tanzola  
Kim Turner  
Janet Van Vlymen  
Louie Ti Siang Wang  
Jorge Zamora

### Argent

(5 000 \$ à 7 499 \$/  
20 à 29 oxymètres)

#### Université Memorial de Terre-Neuve

*Nous remercions également les dons des membres du bloc opératoire et les employés des soins intensifs de St John's ainsi que tous les donateurs anonymes.*

K Bajzak  
Michael Bautista  
J Browne  
Pamela Coulson  
Gail Cowan  
M Cramton  
Stephen Crummey  
Mary Daly  
H Englebrecht  
Donald Fitzpatrick  
Robert Forward  
Jennifer Harris  
M Hogan  
Peter Hollett  
Steven Howells

Christopher Jenkins  
N Kum  
David Edward Lacey  
Kenneth LeDez  
C G Maguire  
Colleen Maguire  
M J Maguire  
D Marks  
K Melvin  
G Murray  
F M Mydeen  
F Noftall  
Mary O'Brien  
T O'Grady  
Susan O'Leary  
A O'Reilly  
D Pace  
D Price  
Jeremy Pridham  
W Redmond  
Arthur Rideout  
Otto Roob  
Viki Sahajapal  
Asoka Samarasena  
Sonia Sampson  
Jane Seviour  
G Smith  
C Stone  
Nagappan Suppiah  
Barton Thiessen  
John Tucker  
J Whelan  
Joanne White  
Geoff Zbitnew  
Education Foundation

#### Saint John

#### Anesthesiology Professional Corporation

Douglas Bergstrom  
Todd Chedore  
John Chisholm  
Andrew Clark  
Jennifer Cloutier  
E Colin Davies  
David Hughes  
Ian Keith  
Susan Lee  
C Andrew Nice  
Ashley O'Brien  
Z Sadowski  
John Scovil  
Tamara Seidmann  
Amanda Smitheram

### Bronze

(2 500 \$ à 4 999 \$/  
10 à 19 oxymètres)

#### SOMNICARE – Hôpital général de Montréal

Juan-Francisco Asenjo  
Gabriele Baldini  
Richard Bondy  
Cristine Bozzer  
David Bracco  
Francesco Carli  
Francesco Donatelli  
Michael English  
Roderick Finlayson  
Angelina Guzzo  
Thomas M Hemmerling  
Thi Cam Ly Ngo  
Andrew Owen  
Francesco Ramadori  
Richard Robinson  
Avinash Kumar Sinha  
De Tran

#### Université du Manitoba

Ryan Amadeo  
Dean Bell  
Robert Brown  
John Girard  
Prakashen Govender  
Craig Haberman  
Doug Maguire  
Heather McDonald  
Brian Muirhead  
Faisal Siddiqui  
Eric Sutherland  
Scott Wolfe

### Protecteurs

(1 000 \$ à 2 499 \$/  
4 à 9 oxymètres)

Anesthesia Residents of Western University  
Association of Victoria Anesthesiologists  
CAS NB Division/NBMS Section of Anesthesia

#### Université de la Saskatchewan

Keith Banton  
Errol Berenbaum  
Brian Brownbridge  
David Burris  
David Campbell  
Malone Chaya  
Michelle Clunie  
Sean Coquet  
Neil Cowie

Ayoub Dangor  
Murray Dease  
Jonathan Gamble  
Martin Gerard  
Elise Gignac  
Wendy Gore-Hickman  
Hang Chu Ha  
Loretta Hansen  
Darlene Hodgson  
Perry Jacobson  
Mark James  
Ian Jorgensen  
Joann Kawchuk  
Jonathan Lamb  
Jacelyn Larson  
Kevin Laskowski  
Ben Lim  
Brenda Loughheed  
Ian Lund  
Leslie Macaskill  
Peter MacDougall  
Albert Malan  
Debbie Maurer  
Marguerite McDonald  
William McKay  
Gary Morris  
Harry Neveling  
Dennis Ong  
Barbara Pask  
Audrey Peng  
Rob Perverseff  
Mateen Raazi  
Celina Riben  
Mike Rooney  
Monica San Vicente  
Ted Schubert  
Janet Shannon  
Susan Shaw  
Shane Sheppard  
Heather Sirounis  
Joan Stevenson  
Martin Stockwell  
Elmo Surtie  
Beata Szkup  
Andrea Todd  
Kristine Urmson  
Robert Weiler  
Sharon Wiens  
Kevin Wong  
Raymond Yip





# COMITÉ DES ARCHIVES ET ARTÉFACTS

## Quatre Canadiennes remarquables dans le domaine de l'anesthésie

Par la D<sup>re</sup> MJ Douglas FRCPC

Au Canada, nous avons vu et voyons toujours de nombreuses femmes anesthésiologistes d'importance. Le présent article met en lumière la carrière de quatre d'entre elles qui ont exercé dans différentes régions du pays à trois périodes différentes (Margaret McCallum Johnston, Enid Johnson McLeod, Kathleen (Kay) Belton et Jean Hugill). Les renseignements sur lesquels ce texte est basé proviennent de nombreuses sources, dont Internet, mais il est parfois arrivé que les renseignements divergent.

Afin de comprendre certains des défis auxquels ont fait face les premières femmes anesthésiologistes, il faut d'abord comprendre ceux auxquels faisaient face les Canadiennes qui désiraient exercer la médecine. Un grand nombre des premières femmes médecins au Canada ont été admises à l'école de médecine à la fin de la trentaine ou de la quarantaine, car elles devaient gagner suffisamment d'argent pour acquitter les droits de scolarité. Au milieu des années 1800, les femmes devaient quitter le Canada pour faire des études en médecine, soit aux États-Unis ou en Europe. Lorsqu'une femme obtenait son diplôme d'une école de médecine, elle faisait alors face à la difficulté de trouver un internat ou une résidence d'intérêt, car de nombreux hôpitaux refusaient d'embaucher une femme.

En 1852, Emily Stowe (la suffragette canadienne bien connue et fondatrice du Women's Medical College de Toronto) s'est vu refuser l'entrée à l'école de médecine au Canada et a obtenu son diplôme de médecine aux États-Unis. Elle est ensuite revenue au Canada et a fondé une pratique en 1862, mais sans permis d'exercice. Elle l'obtint finalement en 1880. En 1875, la D<sup>re</sup> Jenny Kidd Trout est devenue la première femme à se voir accorder un permis d'exercice de la médecine au Canada, tandis que la première femme à obtenir son diplôme d'une école de médecine canadienne fut la D<sup>re</sup> Anne Augusta Stowe Cullen en 1883.

La première femme médecin au Québec, la D<sup>re</sup> Irma LeVasseur, s'est vu refuser l'entrée à l'école de médecine au Canada et a obtenu son diplôme aux États-Unis. Elle est revenue au Québec en 1900 et une loi fut adoptée en 1903 afin qu'elle puisse exercer la médecine. Mme LeVasseur et Mme De Gaspé-Beaubien ont fondé l'Hôpital Saint-Justine de Montréal. En 1891, Octavia Grace England fut la première femme à obtenir son diplôme de l'école de médecine au Québec.

Ce fut à peu près la même chose dans les Maritimes, où l'Université Dalhousie a fini par adopter en 1881 un règlement qui permettait aux femmes d'être admises à l'école de médecine. Toutefois, ce ne fut pas avant 1894 qu'Anna Isabella Hamilton obtint son diplôme de l'Université Dalhousie.

Margaret McCallum Johnston est née en 1875 et est décédée en 1947 à l'âge de 72 ans. Elle fut la première femme à devenir interne dans un hôpital canadien (Hospital for Sick Children) après avoir obtenu son diplôme en 1900 du University Trinity College. Elle a fait partie du personnel au Dispensaire (renommé plus tard le Women's College Hospital) et est devenue le premier chef du service d'anesthésie de l'établissement en 1914. En plus de sa carrière en anesthésie, la D<sup>re</sup> Margaret Johnston fut active dans le mouvement des suffragettes et fut la présidente de la Toronto Suffrage Association. Elle fut l'épouse du D<sup>r</sup> Samuel Johnston, le premier anesthésiologiste à temps plein au Canada et le premier président de la Société canadienne des anesthésiologistes.

Enid Johnson McLeod est bien connu dans les cercles de l'anesthésie pour ses travaux sur le curare avec Harold Griffiths. Elle a obtenu son diplôme de médecine de l'Université Dalhousie en 1937, mais a ensuite eu de la difficulté à obtenir un poste d'internat. Le D<sup>r</sup> Griffiths la prit sous son aile et l'encouragea à faire une résidence en anesthésie à l'Université McGill. Après sa résidence, elle est retournée à Sydney (Nouvelle-Écosse). Lorsqu'elle et son mari déménagèrent à Dartmouth, en 1960, elle fut dans l'impossibilité de continuer à exercer l'anesthésie en raison des difficultés pour voyager jusqu'à l'hôpital. On lui a offert un poste à l'Université Dalhousie au département de physiologie et elle est par la suite devenue professeure émérite et a reçu un doctorat honorifique en droit en 1995. Pour célébrer l'admission de la première femme à l'Université Dalhousie, elle a écrit l'histoire des premières diplômées. Ce livre s'intitule *Petticoat Doctors*.

Kathleen (Kay) Belton était une collègue du D<sup>r</sup> Digby Leigh à l'Université McGill et a coécrit avec lui le premier manuel en anesthésie pédiatrique. Née en Saskatchewan, elle a terminé sa formation médicale à l'Université McGill, et a obtenu son diplôme en 1941. Elle a fait sa résidence en anesthésie à l'Hôpital général de Toronto, à l'Hôpital général de Montréal et au Children's Memorial Hospital de Montréal. Elle fut certifiée par le Collège royal en 1946 et fut nommée directrice adjointe de l'anesthésie au Children's Memorial Hospital de Montréal. En 1947, elle est déménagée de Montréal à Vancouver pour diriger l'anesthésie pédiatrique à



D<sup>re</sup> Enid Johnson McLeod

Reproduction avec l'autorisation de Pottersfield Press



D<sup>re</sup> Margaret McCallum Johnston

Photo tirée du Rapport annuel de 1901 du Hospital for Sick Children, reproduite avec l'aimable autorisation du Hospital for Sick Children

l'Hôpital général de Vancouver lorsque le D<sup>r</sup> Leigh établit le département d'anesthésie. En 1954, elle est déménagée en Californie, où elle fut active dans la California Society of Anesthesiologists. Elle était reconnue comme une superbe clinicienne et enseignante et est décédée en 1980 à l'âge de 64 ans.

Jean Templeton Hugill a obtenu son diplôme de l'école de médecine de l'Université de l'Alberta en 1946. Comme de nombreux médecins, elle est devenue membre de la Royal Medical Army Corps et a suivi un programme menant à un diplôme à l'Université McGill en 1949. La D<sup>re</sup> Hugill est ensuite déménagée à Port Alberni (C.-B.) et est devenue la première



D<sup>re</sup> Jean Hugill

femme à exercer l'anesthésie sur la côte Ouest. Elle a par la suite fait partie du personnel à l'Hôpital général de Vancouver, où elle a consacré le reste de sa carrière à l'anesthésie obstétricale et pédiatrique. Durant sa carrière, la D<sup>re</sup> Hugill a joué un rôle essentiel dans l'enseignement des principes fondamentaux de l'anesthésie obstétricale aux résidents, dont moi-même. À la suite de sa retraite, elle a fait un don de plus de 1,2 million de dollars aux départements d'anesthésie de l'Université de l'Alberta et de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) pour poursuivre la recherche en contrôle de la douleur et en anesthésie. À l'Université de Colombie-Britannique, les fonds ont servi à créer la chaire de recherche Jean Templeton Hugill en anesthésie. La D<sup>re</sup> Hugill est décédée en septembre 2012 à l'âge de 89 ans.

### Références :

1. Johnson McLeod E. *Petticoat Doctors: The First Forty Years of Women in Medicine at Dalhousie University*. Pottersfield Press, Nova Scotia 1990.
2. Thompson D, Kronberg J. *Women's College Hospital in: Byrick RJ (ed). A Commemorative History of the Department of Anaesthesia University of Toronto*. Department of Anaesthesia 2004.
3. *Hospital for Sick Children Annual Report 1901*.
4. Sheinin R, Bakes A. A Who's Who "Women and Medicine in Toronto since 1883". Page 47.
5. Wikipedia: Enid Johnson Macleod.
6. Graves HB. *Obituaries: Mabel Kathleen Belton, MD, CM*. Can J Anesth 1981;29:614.
7. Conn AW. *Origins of Paediatric Anaesthesia in Canada*. Paediatric Anaesthesia 1992; 2:179-89.
8. *Curriculum Vitae* – Jean Templeton Hugill
9. Graves HB. *The Department of Anesthesia, Vancouver General Hospital: The Morton Digby Leigh Years (1047-1954)*. BC Medical Journal 1996; 38:574-578 (begins on Page 578).

*Mes remerciements aux D<sup>res</sup> Jean Kronberg, Joan Bevan et Jean Gray pour leur aide dans la localisation des renseignements sur ces femmes exceptionnelles.*

Pour vos **assurances auto et habitation**,  
mieux vaut être à la bonne place.



**Dernière chance de participer.**  
Le concours se termine  
le 31 décembre 2012.



Un partenariat qui vous offre des tarifs exclusifs,  
ainsi que des protections et un service personnalisés.

**DEMANDEZ UNE SOUMISSION**  
**1 888 476-8737**

**[lapersonnelle.com/sca](http://lapersonnelle.com/sca)**

Découvrez vos tarifs de groupe exclusifs  
en aussi peu que 10 minutes !



**laPersonnelle**

Assureur de groupe auto et habitation

**La bonne combinaison.**

# Donateurs



Société canadienne des anesthésiologistes  
Fondation d'éducation internationale

**Du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 30 avril 2012**

## **Platine**

(10 000 \$ et plus)

The Louise and Alan  
Edwards Foundation

## **Or**

(7 500 \$ à 9 999 \$)

World Federation  
of Societies of  
Anaesthesiologists  
Foundation

## **Argent**

(5 000 \$ à 7 499 \$)

American Society of  
Anesthesiologists

## **Bronze**

(2 500 \$ à 4 999 \$)

Christine Goossen

## **Protecteurs**

(1 000 \$ à 2 499 \$)

Anthony Boulton

Francesco Carli

Thomas Coonan

Angela Enright

Brent Kennedy

Saifudin Rashid

Robert Blake

Richardson

Greg Silverman

## **Leaders**

(500 \$ à 999 \$)

David Ansley

David Bracco

Richard Chisholm

Lynn Hansen

David Hughes

Patrick J Kelly

James Kim

Phillip Lalande

Patricia Livingston

Donald Miller

Beverly Morningstar

Catherine Paquet

Katherine Parlee

Robert Seal

Paul Slavchenko

Julie Williams

## **Supporteurs**

(250 \$ à 499 \$)

David Archer

Laura Baker

Eric Jagdeo

Balkissoon

Stephen Brown

Michael Buss

Michael Cassidy

Jan Davies

Jean-Yves Dubois

David Fermor

Pierre Fiset

Alison Froese

Ron George

Pamela Goldberg

Leslie Hall

Patricia Houston

M G H Jogiat

Thomas Johnson

Mark Kataoka

Alayne Kealey

Halina Kierasiewicz

Brian Knight

Pradeep R Kulkarni

Indrani Lakheeram

Winifred Lloyd-

Smith

Wendy Macleod

Christine Manning

Robert Martinek

Richard McLean

Holly Muir

Andrew Nice

Kevin Nolan

Susan O'Leary

Joseph Park

Anahi

Perlas-Fontana

Roanne Preston

Bruce Ramsey

Eleanor Reimer

Andrea Rigamonti

Gavin Sapsford

M Heather Smith

Kristine Urmson

Martin

Van Der Vyver

Anne Katling Wong

Gordon Wood

## **Amis**

(jusqu'à 249 \$)

Jorge Antonio

John Ascah

Victor Asefa

E John Ashworth

Eull Aum

Chandran Baker

Colin Bands

Keith Banton

Sukhjeewan K

(Cindy) Basran

Michael Bautista

James Beckstead

Grace Bergman

Sally Bird

Jean Bissonnette

Sylvie Bois

Greg Boley

Joseph Bremang

Joy Brickell

D Norman Buckley

Jessica Burjorjee

Patrick Butler

Robert Byrick

David Cannell

Jennifer Cant

Douglas Carrie

Paul Castner

John Chisholm

Albert Christ

John Clark

David Cohen

Sylvain Cote

Ayoub Dangor

Claire Dionne

Paul Doiron

John Dolman

François Donati

Richard Doran

Andrea Dower

Scott Drysdale

Peter Duncan

Elise Dupont

Charles Eckfeldt

Nozahy Elbardisy

Robert Elliott

Nizar Errouissi

Peter Farran

Janet Farrell

Ian & Lisa Fettes

Allen Finley

Brendan T Finucane

Ivor Fleming

François Fugere

Donald Fung

Sylvain Gagne

Micheal Gallagher

Adrian Gelb

Eric Giffard

Rosaire Giroux

David Goldstein

Ronald Gregg

Daniel Groulx

Linda Hadley

Shahira Hafez

David Halpenny

John Hanlon

Elizabeth Hartley

Cynthia Henderson

Anthony Hick

Donald Hickey

David Hook

Henri Joncas

Ramona Kearney

Pascal Labrecque

David Lardner

Josee Lavoie

Edward Lazar

Kenneth LeDez

Serge Lenis

Simon Lucy

Charles MacAdams

Alison Macarthur

Robert MacNeil

Brent MacNicol

Renwick Mann

Pirjo Manninen

John Mansfield

David Mark

Daniel Martin

Thomas Matthew

Andrew Maykut

Robert Mazurka

John McAlpine

Robert McBurney

Peter McGinn

David McKnight

Richard Merchant

Tamara Miller

Lise Morin

David Morison

Clare Morrison

Philipp Mossdorf

Rocha Mota

Brian Muirhead

John Murdoch

John Murkin

Patti Murphy

Janice Mustard

Howard Nathan

David Neilpovitz

Elizabeth Oliver

Malone

Adebusola Onayemi

Roland Orfaly

Ian Ozard

Marie-Claude

Paradis

Michel Parent

James Paterson

Lindsey Patterson

Steve Patterson

John Penning

Desiree A Persaud

John Petrask

Everard M Phala

Thomas Pimblett

Jeremy Pridham

Jeffrey Rains

Erin Ray

Desigen Reddy

Dennis Reid

Peter Rich

John Riendl

Edwin Roberts

Gordon Robison

David Rosen

Timothy Rosser

John Ryan

Josie Schmid

Subash Sethi

Shervin

Shahabi-Gharib

Shane Sheppard

Frank Shiffman

Alexander J Shysh

Christopher Sims

Peter Slinger

Curtis Smecher

Kari Smedstad

Sarah Stevens

Aviva Stewart

Peter Stubbs

Tom Suhadolc

Ibrahim Sulaiman

Michael Sullivan

Beata Szkup

Jean Taillefer

James Teresi

Amy Thiele-Kuntz

Sean (John) Thomas

Clinton Torok-Both

Toshiya Tsujita

F L Van Eenennaam

Janet Van Vlymen

Louie Ti Siang Wang

Paul Westacott

John Wetherby

Henry Wiebe

Isabel Woodhouse

Desmond Writer

Earl Wynands O C

Raymond Yee

Eric You-Ten

Masaru Yukawa

Jorge Zamora