

Entrevues présidentielles de la Société Canadienne des anesthésiologistes

Dr Jean Taillefer, interviewé par le Dr Étienne de Médicis, membre du comité Archives & Artifacts

9 novembre 2022

Peu d'anesthésiologistes ont eu plus d'importance que Jean Taillefer en administration dans le dernier quart du XXe siècle au Québec [Étienne : Je n'en connais pas!]. Malgré cela, il reste une personnalité affable et facilement abordable. Cet interview a eu lieu par téléphone le 9 novembre 2022. La logique dictait une soirée agréable avec un bon verre de vin, mais les aléas du travail clinique et des légendaires ponts de Montréal en ont décidé autrement.

Étienne

Comment vas-tu?

Jean

Bien, merci.

Étienne

Travailles-tu encore?

Jean

Oui, je travaille en moyenne deux jours par semaine à l'institut universitaire en santé mentale de Montréal. J'ai cessé ma pratique à l'Institut de cardiologie de Montréal [ICM] il y a 4 ans.

Étienne

Quand même. Parlons un peu du passé, quel a été ton implication avec la Société canadienne d'anesthésiologie?

Jean

J'ai été actif environ 20 ans au sein de la société. D'abord comme délégué du Québec au conseil, j'ai gravi les échelons jusqu'au poste de président (1985-1986) puis, une dizaine d'années plus tard, j'ai occupé le poste de trésorier (1993-1998). Entre temps, nous avons gagné (1988) le privilège d'organiser le congrès mondial de la WFSA de l'année 2000. J'ai été membre du comité organisateur de ce congrès au cours de toutes ces années et j'en ai partagé la présidence en 2000 avec la Dre Angela Enright. J'ai finalement reçu la médaille d'or de la société en 2003 en compagnie de la Dre Enright.

Étienne

Tu as fait ta part!

Jean

J'ai débuté ma carrière d'anesthésiste à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en 1974. Assez tôt, le Dr Luc Perreault qui était mon chef hospitalier, mais aussi très impliqué à l'AAQ [L'Association des Anesthésiologistes du Québec] et à la CAS, m'a demandé de devenir délégué de l'AAQ à la CAS : C'était le début de mon implication à la CAS.

J'ai peu de souvenirs de mon mandat comme président. Nous avons eu entre autres un congrès annuel à Toronto, combiné avec les sociétés Austro-Asiennes, ce qui en a fait un congrès avec plusieurs visiteurs d'Australie, Nouvelle-Zélande et d'Asie. Mes premières années à la CAS furent très agréables. J'ai particulièrement apprécié mes contacts avec de nombreux anesthésistes de tout le Canada, dont plusieurs avaient reçu leur formation professionnelle à l'étranger. Mais ce fut des années où j'ai été



**Archives
&
Artifacts
Committee**



particulièrement occupé : Anesthésiste à temps plein, président de l'AAQ durant 4 ans (1984-1988) ainsi que président du conseil des médecins de mon hôpital (1986-1987)

Étienne

Donc, durant ta présidence, pas de gros problèmes.

Jean

Je me souviens que dans ces années-là, une des préoccupations qui nous occupait était les assistants en anesthésie, La position du Québec était différente de celle du reste du Canada. Nous avions les inhalothérapeutes comme assistants désignés alors qu'ailleurs, on utilisait des infirmières, mais avec des fonctions très réduites auprès des anesthésistes. On parlait beaucoup aussi des G-P-anesthésistes avec une formation de 1 an qui pratiquaient l'anesthésie de façon autonome à plusieurs endroits. La pratique a 2 salles simultanées a occupé nos discussions, mais je ne peux dire en quel année au juste.

Étienne

Est-ce que l'anesthésie était différente à cette époque?

Jean

L'halothane était l'agent volatil le plus utilisé. Nous avions aussi le methoxiflurane qui fut abandonné à cause de sa toxicité rénale, puis l'isoflurane a pris de plus en plus de place. Au niveau des narcotiques, on avait la morphine et le fentanyl mais l'Innovar, combinaison de fentanyl et de dropéridol était aussi très populaire. Son utilisation a cessé alors qu'on s'est rendu compte que la combinaison contenait beaucoup trop de dropéridol. Coté agent d'induction, le pentothal était roi et comme curare, la succinylcholine était omniprésente. Les respirateurs utilisés en salle d'op étaient assez rudimentaires : Bird 4-8, Ohio avec chaînes, Bennett. Le monitoring consistait essentiellement en T.A. non invasive et ECG, spiromètre pour les volumes courants de gaz : pas de saturimètres ni de capno. Bien sûr qui sont venus beaucoup plus tard. Les canules artérielles existaient pour la chirurgie cardiaque surtout et quelques cathéters de calibre 16-18 d'environ 30 cms installés par de grosses veines du bras. On a eu durant quelques années le Drum-Cath qui permettait de monter un cathéter central via une veine du bras mais dont l'usage était risqué car il s'agissait d'un cathéter long, introduit via une grosse aiguille : risque de bris et d'embolisation si on coupait le cathéter sur l'aiguille. Bien sûr, pas d'échographie cardiaque

Étienne

Je me souviens à l'époque de mon stage à l'ICM (1996) de ta facilité technique.

Jean

Peu de temps après mon arrivée à l'ICM, on avait commencé à utiliser le cathéter de Swan-Ganz, inséré par une veine du bras. C'était souvent un échec, car le cathéter ne passait pas à la région de l'épaule. Le Dr Marcel Boulanger a popularisé une approche à l'aveugle, décrite par des français, de la veine jugulaire interne et nous avons utilisé largement cette méthode pour insérer de gros cathéters centraux et de cathéters de Swan-Ganz. Comme je pratiquais exclusivement en chirurgie cardiaque, quand tu es passé à l'ICM, j'utilisais ces voies-là, veine jugulaire, veine sous-clavière, chaque jour depuis une dizaine d'années; tu ne peux faire autrement que de devenir assez habile! Étant gaucher, j'avais une approche peu usuelle.

Étienne

Tu avais une élégance!

Jean

Tant mieux, car plus tard, j'ai eu plus de difficulté à m'adapter à l'utilisation de l'échographie pour mettre mes voies centrales : pendant qu'un autre anesthésiste ouvrait l'appareil d'écho et mettait la protection sur le capteur, j'avais le temps de mettre 2 cathéters en place par ma technique à l'aveugle. Mais, l'écho est devenu la technique de choix, parce que la courbe d'apprentissage de la technique et la sécurité aussi se sont avérés supérieurs.

Étienne

Donc, c'était une époque historiquement intéressante.

Jean

Revenons aux diverses fonctions que j'ai occupé. Quand je suis arrivé à la CAS, on était en période de transition. Le Dr Roderick Gordon et sa secrétaire de toujours, « Happy » Campbell étaient encore dans le giron de la Société. Il était directeur du fonds d'investissement de la société, fonds qu'il avait mis en place. Il n'était plus éditeur du Journal de la société (1954-1982) et le siège social de la société était toujours situé dans la maison victorienne d'origine [178 St. George St., Toronto]. Tout ça a changé rapidement. La résidence a été vendue, une direction générale occupée par un non-médecin a pris place et les bureaux ont déménagé au centre-ville. L'équipe au complet a été rajeuni.

Peu après mon année de présidence, la décision de porter notre candidature pour organiser un congrès mondial de la WFSA et nous avons été choisis en 1988 pour organiser le congrès de l'an 2000. Ce congrès se tient aux 4 ans et le Canada faisait partie des membres fondateurs de la WFSA. Nous avons été particulièrement fiers d'avoir été choisis, de préférence à Paris. Notre présentation était particulièrement bien ficelée. Pour se familiariser avec l'événement, j'ai assisté aux congrès suivants de 1992 à La Haye aux Pays-Bas et Sydney en 1996. Le comité du congrès a été un peu en dormance jusqu'à 1996 alors que le Conseil, presque en entier a assisté au congrès de Sydney et a pu assister à toutes les réunions journalières des comités du fonctionnement du congrès, grâce à l'amabilité des Australiens, ce qui nous a grandement aidé pour planifier le congrès suivant.

En 1998, plusieurs membres du comité organisateur ont pris leur bâton de pèlerins et ont fait la publicité du congrès de Montréal aux divers grands congrès nationaux en Europe, en Amérique du nord et du sud et aussi loin qu'au Japon. Nous avons dû traverser certains remous durant ces 2 années. La directrice générale, Ann Andrews et mon co-président du comité organisateur, le Dr Gordon Sellery étaient plutôt tièdes avec le choix de Montréal et avec nos suggestions locales de l'image de Montréal que nous désirions véhiculer à l'étranger. Le conseil de la CAS a finalement suggéré de remplacer le Dr Sellery par la Dre Angela Enright à la co-présidence, ce qui a résolu bien des problèmes. Des anesthésiologistes de la région de Toronto auraient préféré leur ville à Montréal mais le comité organisateur a tenu son bout et le congrès s'est finalement tenu à Montréal.

Ce fut un succès, bien que l'assistance ait été inférieure aux prévisions. Nous étions déçus car les revenus, qui sont partagés à part égale avec la WFSA, n'ont pas été aussi élevés que prévu. C'était une question de fierté car ce fond est à peu près le seul revenu qui permet de fonctionner à la WFSA durant 4 ans

J'ai parlé un peu plus haut de mes divergences avec Ann Andrews, qui a été directrice générale durant plusieurs années. Elle était la directrice durant mon mandat de trésorier et sa direction était plutôt hermétique, ce qui ne m'a pas permis de faire mon travail à ma satisfaction. Elle a manipulé le conseil à son avantage durant plusieurs années et c'est grâce au Dr Tony Boulton, de Colombie Britannique, si on a pu mettre fin à son emploi. La Société ne s'en est que mieux portée.

Durant toute ces années à diverses fonctions à la CAS, j'ai fait la connaissance de personnes fantastiques dans toutes les provinces et j'en garde un souvenir impérissable. J'éviterai de nommer des personnes, de peur d'oublier des personnages importants, mai je ferai une exception pour la Dre Angela Enright que je considère à part. C'est une grande dame qui a participé à tous les aspects de la vie de la Société durant de très nombreuses années. Elle a laissé sa marque partout où elle est passée. Sa personnalité, son jugement et ses grandes connaissances en font une personne exceptionnelle, je dirais même unique. Elle fut même présidente de la WFSA! J'ai reçu la médaille d'or de la société en même temps qu'elle, mais je me sens bien petit à ses côtés.

Étienne

C'est des choses qu'on ne voit pas de l'extérieur.

Jean

Non, ça n'a pas toujours été facile, bien qu'emballant. Ce n'est pas toujours évident, mais c'est un gros bateau à manœuvrer.

Étienne

Ça fait pas mal le tour. As-tu autre chose à rajouter? As-tu des anecdotes? Cela je sais que tu en as plein...

Jean

Bien sûr dans une période aussi longue il y a plusieurs anecdotes ou faits cocasses qui se passent. Je vais vous parler d'un personnage qui a laissé sa marque dans la société et que j'ai personnellement grandement apprécié : Dr Germain Houle. Anesthésiste d'origine franco-Ontarienne, avait un langage coloré dans les deux langues qu'il ne parlait pas toujours correctement. Des mauvaises langues disaient de lui, qu'il était Comme Jean Chrétien [premier ministre du Canada, 1993 – 2003], qu'il avait deux langues secondes! Il a toujours pratiqué à l'hôpital Royal Victoria à Montréal. Il a présenté plusieurs fois dans des congrès, entre-autre sur l'anesthésie régionale. Je me souviens d'une fois, dans les maritimes où il présentait des travaux en anesthésie régionale, un sujet très voisin de ce que le Dr David Bevan présentait mais les deux présentations ne se ressemblaient pas. Le Dr Bevan a dit dans ses commentaires, avec un flegme très British : « Dans son hôpital, le Dr Houle pratique ainsi, dans le mien, c'est très différent. Par ailleurs, il pouvait être très sérieux et serviable. Je pense au moment où il a remplacé à brûle pour point un président sortant, originaire de l'ouest, qui s'était embourbé dans des problèmes majeurs. Il pouvait avoir un comportement diamétralement opposé. Je pense à la fois où il fut notre disc-jockey dans le bus qui conduisait le conseil au complet à un dîner suite à un conseil de la CAS. Il a pris le micro et a fait ça comme un pro du disco. Il était hilarant!

Étienne

Merci Jean et félicitation pour une belle carrière et bonne continuation.