

en Bref

MAGAZINE

**Éliminer
l'hépatite C?
C'est possible.**

**Eliminating
hepatitis C?
Yes, it's possible.**

Tour d'horizon avec Dre Marina Klein
Overview with Dr. Marina Klein

PLUS

À l'avant-garde des soins cardiaques
At the forefront of heart care

Du cas clinique à la percée scientifique
From clinical case to scientific breakthrough

HOP Lachine, un Hôpital Orienté Patients
HOP Lachine, a Hospital Oriented to Patients



Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

La prescription parfaite pour une vie extraordinaire

MAISONS DE VILLE DE LUXE PLANIFIÉES À LA PERFECTION DONNANT SUR LE PARC LANGHORNE

MODÈLES À 2, 3, 4 ET 5 CHAMBRES À COUCHER 995 000 \$ À 1 050 000 \$ (TAXES COMPRISES)

Seulement 6 maisons disponibles à Hampstead à seulement 10 minutes du site Glen



The right prescription for extraordinary living

LUXURY TOWNHOME COMMUNITY, FRONTING ON LANGHORNE PARK

2, 3, 4 AND 5 BEDROOM FLOOR PLANS FROM \$995,000 UP TO \$1,050,000 (TAX INCLUDED)

Only 6 homes available in Hampstead just 10 minutes away from the Glen site

Paul Jussaume
vice-président principal/
Senior Vice President

GROUPE BENVENUTO



514-299-7952

LeCourLanghorneVIP.com



*L'illustration est une représentation artistique. Les prix et les spécifications peuvent changer sans préavis. Sauf erreurs et omissions.

†Price includes taxes. Prices and specifications are subject to change without notice E. & O.E. Rendering is artist's concept.

ÉDITORIAL / EDITORIAL



Par / By Richard Fahey

Directeur, Ressources humaines, communications
et affaires juridiques

Director, Human Resources, Communications
and Legal Affairs

Le meilleur de nous

Vous avez sous vos yeux le premier numéro de ce nouveau *enBref*. Que vous soyez employé ou patient, infirmière, médecin ou bénévole, chercheur, étudiant ou préposé au transport, ce magazine est pour vous. Vous y verrez un reflet des réussites personnelles et d'équipe qui font la fierté de la communauté du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Avec ses articles thématiques instructifs et inspirants, *enBref* salue vos efforts, vos recherches et vos combats contre la maladie. Il vise à reconnaître le courage de nos patients et le dévouement de tous ceux qui les soutiennent, directement ou indirectement. Il présentera aussi les visages des personnes qui participent, souvent dans l'ombre, au meilleur fonctionnement de l'hôpital et à son rayonnement. Enfin, son design vif et épuré a été pensé pour rendre la lecture intuitive.

Je vous invite à prendre quelques minutes, à chaque mois, pour découvrir les histoires de ceux et celles qui composent la communauté du CUSM. Et si vous les croisez par la suite, n'hésitez pas à les remercier, à les féliciter ou à les encourager. Ils le méritent bien.

The best of us

Welcome to this edition of the new *enBref*. Whether you are an employee or a patient, a nurse, doctor or volunteer, a researcher, student or orderly, this magazine is for you. In these pages you will read about the team accomplishments and personal successes that are the pride of the McGill University Health Centre (MUHC) community.

In its topical, inspirational and instructive articles, *enBref* pays tribute to your efforts, your research and your battles against illness. It is intended to recognize our patients' courage and the devotion of all those who support them, whether directly or indirectly. It will also shine a light on those who often go unnoticed even as they contribute to the smooth operation of our hospital and its influence in the wider world. Its lively, clean design is meant to make it intuitive and easy to read.

I invite you to take a few minutes every month to discover the stories of the people who make up the MUHC community. And if you happen to run into them at some point, be sure to thank them, congratulate them or encourage them. They definitely deserve it.

enBref Vol. 7 No. 7 – 09/2016

Centre universitaire de santé McGill – McGill University Health Centre
Affaires publiques et planification stratégique - Public Affairs and Strategic Planning
2155 Guy, Bur. 1280 – Montréal (Québec) H3H2R9 - public.affairs@muhc.mcgill.ca
Tous droits réservés / All rights reserved ©enBref
Imprimé sur du papier recyclé au Canada / Printed on recycled paper in Canada

SOMMAIRE / CONTENTS

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE / INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

- 4 Mordre dans la vie à 78 ans
[Living the good life at 78](#)
- 6 À l'avant-garde des soins cardiaques
[At the forefront of heart care](#)

CO-INFECTION VIH-VHC / HIV-HCV CO-INFECTION

- 8 Éliminer l'hépatite C? C'est possible.
[Eliminating Hepatitis C? Yes, it's possible.](#)
- 11 Un nouveau départ
[A new lease on life](#)

ENSEIGNEMENT / EDUCATION

- 13 Former les innovateurs médicaux de demain
[Training the medical innovators of tomorrow](#)

INFIRMIÈRE EN MISSION À L'ÉTRANGER / NURSE ON A MISSION ABROAD

- 14 Soigner : un langage universel
[The universal language of caring](#)

MUTATIONS GÉNÉTIQUES / GENETIC MUTATIONS

- 16 Du cas clinique à la percée scientifique
[From clinical case to scientific breakthrough](#)

TRANSFORMATION DU CUSM / MUHC TRANSFORMATION

- 18 HOP LACHINE, un Hôpital Orienté Patients
[HOP LACHINE, a Hospital Oriented to Patients](#)

DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER / EARLY CANCER DETECTION

- 20 En mission pour sauver des vies
[On a mission to save lives](#)

GOVERNANCE DU CUSM / MUHC GOVERNANCE

- 22 Réunion du C.A. – Faits saillants
[Board of directors meeting – Highlights](#)

Rédactrice en chef et
directrice artistique/
Editor in Chief and Art
Director
Fabienne Landry

Designer graphique /
Graphic Designer
Alan Cabrera

Auteurs / Contributors
Gilda Salomone
Nicole Yager
Neale McDevitt
Fabienne Landry
Valérie Harvey
Vanessa Damha
Julia Asselstine

Photographes /
Photographers
Patricia Vasquez
Gilda Salomone
Valérie Harvey
Djamel Ighil
Klaudia Bednarz

Traducteurs /
Translators :
Geneviève Cocke
Dominique Paré
Mark Boghen
Katherine Canty
Nathalie Veillet

Ventes publicitaires * /
Advertising sales **
Rachel Hawes
Ricardo Telamon

*Afin de réduire les coûts,
nous offrons maintenant
des espaces publicitaires
dans *enBref* et d'autres
plateformes de communication.
Contactez-nous pour obtenir plus
d'informations.

**As a cost saving
measure, advertising is
now available in *enBref*
and other communication
platforms. Contact us for
more information.

À propos du CUSM -Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offre des soins multidisciplinaires complexes d'une qualité exceptionnelle, centrés sur les besoins du patient. Affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill, le CUSM contribue à l'évolution de la médecine pédiatrique et adulte en attirant des sommités cliniques et scientifiques du monde entier, en évaluant les technologies médicales de pointe et en formant les professionnels de la santé de demain.

About the MUHC - The McGill University Health Centre (MUHC) provides exceptional multidisciplinary and complex patient-centric care. Affiliated with the Faculty of Medicine of McGill University, the MUHC continues to shape the course of adult and pediatric medicine by attracting clinical and research expertise from around the world, assessing the latest in medical technology, and training the next generation of medical professionals.



Guy Dorion a retrouvé la santé et le goût de jouer au golf après une angioplastie réalisée par le Dr Stéphane Rinfret au laboratoire de cathétérisme cardiaque du CUSM. (Photo offerte par Guy Dorion)

Guy Dorion regained his health and his interest in playing golf after a complex angioplasty performed by Dr. Stéphane Rinfret at the Cardiac Catheterization Laboratory of the MUHC. (Photo courtesy of Guy Dorion)

Mordre dans la vie à 78 ans

Living the good life at 78

Un patient retrouve sa vitalité grâce à une angioplastie complexe réalisée au CUSM

Guy Dorion, 78 ans, a toujours adoré faire du sport. Chaque été, il passait des heures à jouer au tennis et au golf, et en hiver, il parcourait les pistes de ski alpin et de ski de fond. Mais en décembre dernier, ce résident de Trois-Rivières a été obligé d'arrêter toute activité physique, car une artère bloquée provoquait des crises d'angine, c'est-à-dire, des douleurs à la poitrine causées par un manque d'apport de sang au cœur.

Ce n'était pas une première pour Guy, qui est diabétique et qui souffre de problèmes cardiaques depuis 30 ans. Ayant déjà subi des pontages coronariens et quatre angioplasties, des procédures visant à élargir les sections obstruées d'une artère à l'aide d'un cathéter, il s'attendait à ce qu'une nouvelle angioplastie règle le problème. Malheureusement, la procédure fut un échec.

« Ils n'ont pas réussi à débloquent l'artère en question, se désole Guy. On m'a donc indiqué que la seule option possible serait un traitement avec des médicaments. Je n'avais plus de qualité de vie, parce que je souffrais de douleurs d'angine de poitrine au moindre effort. Alors, mon cardiologue de Trois-Rivières m'a référé au laboratoire de cathétérisme cardiaque du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Il savait qu'il était doté d'équipements ultramodernes et croyait que le Dr Stéphane Rinfret, chef du programme de cardiologie interventionnelle au CUSM, avait une expertise unique pour débloquent cette artère-là. » ▷

A patient regains his vitality thanks to a complex angioplasty performed at the MUHC

Guy Dorion, 78, has always loved to play sports. Every summer, he would spend hours playing tennis and golf, and in winter he enjoyed downhill and cross-country skiing. But last December the Trois-Rivières resident was forced to stop all physical activity. A blocked artery was causing angina, resulting in severe pain in the chest due to inadequate blood supply to the heart.

It wasn't a first for Guy, who is diabetic and has suffered from heart problems for 30 years. He had already undergone coronary bypass surgery and four angioplasties, a procedure that uses a catheter to widen clogged sections of an artery. He expected that a new angioplasty would solve the problem. Unfortunately, the procedure didn't work.

"They couldn't unblock the artery in question," says Guy. "I was told that the only possible treatment would be with drugs. I had no quality of life dealing with angina pain at the slightest exertion, so my cardiologist in Trois-Rivières referred me to the Cardiac Catheterization Laboratory of the McGill University Health Centre (MUHC). He knew it had state-of-the-art equipment and thought lab Director Dr. Stéphane Rinfret, who is also the MUHC director of Interventional Cardiology, had a unique expertise that could help with unblocking this artery." ▶

► Laboratoire de pointe et expertise exceptionnelle

Les laboratoires de cathétérisme cardiaque sont des salles d'examen dotées de matériel diagnostique et d'imagerie de radiologie avancé pour réaliser des angiographies coronaires, ou coronarographies.

Lors de ces procédures, un tube mince, ou cathéter, est inséré dans un vaisseau artériel du poignet ou de l'aîne du patient pour se rendre au cœur afin de détecter aux rayons x les artères rétrécies ou bloquées, avec un agent de contraste. Le patient doit rester éveillé tout au long de l'intervention, qui dure environ une trentaine de minutes. En cas d'angioplastie, on fait passer un petit fil guide au travers de l'artère bloquée, puis on la dilate. Ensuite, un stent (une endoprothèse métallique enduite de médicaments) est mis en place afin de garder l'artère ouverte et d'optimiser ainsi le flot sanguin au cœur.

« Je m'attendais à ce que ça ne dure pas trop longtemps, à cause de mes expériences passées, mais ça a duré six heures, raconte Guy. C'était une procédure très difficile apparemment. J'avais des cathéters dans les deux poignets et dans l'aîne en même temps, et il ne fallait pas que je bouge. Pour me distraire pendant que Dr Rinfret jouait dans mon cœur, je jouais au golf dans ma tête! »

L'effort « a valu la peine », puisque le Dr Rinfret a finalement réussi à rouvrir l'artère récalcitrante. Malheureusement, Guy a présenté d'autres problèmes de santé par la suite non reliés à ses problèmes de cœur : il a dû être opéré à la vessie pour une tumeur cancéreuse. Depuis que son traitement est terminé, cependant, les choses reviennent à la normale.

« Ça fait trois semaines que je joue au golf, raconte-t-il enchanté. Et j'arrive maintenant à tondre la pelouse. Pas tout d'un coup, mais en deux jours. Je ne ressens plus de douleurs d'angine. J'ai appris à agir différemment et je ne stresse plus. Je tiens à remercier infiniment l'équipe du laboratoire de cathétérisme cardiaque du CUSM et, évidemment le Dr Rinfret. Grâce à eux, j'ai encore de très beaux jours devant moi. » ■

► State-of the art cath lab and outstanding expertise

Cardiac catheterization laboratories are examination rooms equipped with advanced diagnostic and imaging equipment used to perform coronary angiography or coronarography.

During these procedures, a thin tube (or catheter), is inserted into an arterial vessel in the patient's wrist or groin and threaded through to the heart carrying a contrast agent

that allows blocked or narrowed arteries to be detected under X-ray. The patient must stay awake throughout the procedure, which takes about 30 minutes. In the case of an angioplasty, a thin wire goes through the narrowed artery, which is then widened. This is followed by the insertion of a metallic drug-eluting stent—a metallic tube coated with drugs—that keeps the artery open and optimizes blood flow to the heart.

“Judging from my previous experiences, I didn't expect it to take long, but it took six hours,” says Guy. “Apparently, it's a very difficult procedure. I had catheters in both wrists and my groin at the same time, and I had to stay still. To distract myself, I played golf in my head while Dr. Rinfret played with my heart!”

The effort was rewarded. Dr. Rinfret finally succeeded in reopening the blocked artery. Unfortunately, Guy later developed other health issues unrelated to his heart problems (he had bladder surgery for a cancerous tumour) but things have returned to normal since the end of his treatment. “I've been playing golf for the past three weeks,” he says with delight. “I'm now able to mow the lawn, not all at once but over two days. And I have no more angina pain. I've learned to do things differently, and I don't stress anymore. I would very much like to thank the team at the Cardiac Catheterization Laboratory of the MUHC and, obviously, Dr. Rinfret. Thanks to them, I still have some great days ahead.” ■

“I've been playing golf for the past three weeks,” he says with delight. “I'm now able to mow the lawn, not all at once but over two days. And I have no more angina pain. I've learned to do things differently, and I don't stress anymore. I would very much like to thank the team at the Cardiac Catheterization Laboratory of the MUHC and, obviously, Dr. Rinfret. Thanks to them, I still have some great days ahead.” ■



Le laboratoire de cathétérisme du CUSM, où des interventions cardiaques vitales sont réalisées 24 heures par jour, sept jours par semaine.

The MUHC cath lab, where life-saving cardiac procedures are carried out 24 hours a day, seven days a week.



Le Dr Stéphane Rinfret, chef du programme de cardiologie interventionnelle au CUSM, de renommée internationale.
Dr. Stéphane Rinfret, chief of the world renowned Interventional Cardiology Program at the MUHC.

À l’avant-garde des soins cardiaques

At the forefront of heart care

Dr Stéphane Rinfret, directeur du programme de cardiologie interventionnelle du CUSM, nous dévoile les mystères du laboratoire de cathétérisme cardiaque

Dr Rinfret, qu’est-ce qu’un laboratoire de cathétérisme?
C’est une aire de haute technologie où se trouvent des salles d’examen dotées de dispositifs d’imagerie et d’outils diagnostiques qui nous permettent de visualiser les artères et les cavités cardiaques. Le labo de cathétérisme est essentiel en cardiologie interventionnelle, un secteur de la cardiologie où l’on utilise de longs tubes minces, qu’on appelle des cathéters, pour traiter les problèmes cardiovasculaires tout en évitant une opération à cœur ouvert.

En quoi consistent ces traitements?
Nous insérons un cathéter dans un vaisseau artériel du poignet ou de l’aîne du patient. Nous le faisons glisser jusqu’au cœur et y intégrons un agent de contraste pour pouvoir déceler aux rayons X les artères bloquées ou rétrécies. En cas de crise cardiaque ou de blocage artériel responsable d’une angine, c’est-à-dire d’importantes douleurs dans la poitrine, nous pouvons effectuer une angioplastie, ou intervention coronarienne percutanée (ICP). Cette intervention consiste à insérer un cathéter au bout duquel est fixé un ballonnet pour élargir l’artère bloquée. Nous installons ensuite une ►

Dr. Stéphane Rinfret, chief of the world-renowned Intervention Cardiology Program at the MUHC, uncovers the mysteries of a cardiac catheterization laboratory for us

Dr. Rinfret, what’s a catheterization laboratory?
It’s a high-tech department comprised of examination rooms that are equipped with advanced imaging and diagnostic tools. These allow us to see the arteries and chambers of the heart. The cath lab is essential in interventional cardiology, a branch of cardiology that uses long, thin tubes called catheters to treat cardiovascular problems without open surgery.

How is that possible?
We insert a catheter into an arterial vessel from the patient’s wrist or groin. We then thread it through to the heart carrying a contrast agent that allows blocked or narrowed coronary arteries to be detected under X-ray. In the case of a heart attack or of a blocked artery causing angina—severe pain in the chest—we can perform an angioplasty, also called a percutaneous coronary intervention (PCI). This involves using a balloon-tipped catheter to enlarge the clogged artery. We then put a small mesh tube called a stent in place. The stent opens up the blood vessels, optimizes blood flow to the heart and prevents its re-blockage. The patient stays awake throughout the procedure. ►

► endoprothèse, qui est un petit tube grillagé. L’endoprothèse ouvre les vaisseaux sanguins, optimise la circulation sanguine vers le cœur et empêche le vaisseau de se bloquer de nouveau. Le patient reste éveillé pendant l’intervention.

Vous avez été le premier cardiologue au Canada à adopter de nouvelles techniques d’angioplastie complexe. Dites-nous-en un peu plus.
L’angioplastie était considérée comme trop dangereuse chez les patients dont les artères étaient complètement bloquées de manière chronique, parce qu’ils avaient déjà subi un pontage coronarien, par exemple. Dans cette situation, les médicaments étaient la seule avenue possible, mais les patients continuaient de souffrir d’angine.
Les nouvelles techniques que j’utilise nous permettent d’obtenir un taux de succès de 90 % chez ces patients. L’angioplastie complexe est difficile sur le plan technique, mais elle est faisable, et nous l’effectuons avec succès au CUSM depuis que je suis arrivé au Département de cardiologie, en janvier.

Quels sont les avantages de la présence du laboratoire de cathétérisme au CUSM?
De nombreux patients cardiaques ont d’autres problèmes de santé et peuvent avoir besoin de services de santé tertiaires et quaternaires (complexes) dans d’autres spécialités. Nous sommes en mesure de les leur fournir.

Qu’est-ce qui distingue le labo de cathétérisme du CUSM?
Deux choses : l’équipement de pointe et les cardiologues interventionnels qui sont à l’avant-garde du traitement des maladies cardiaques.
Les compétences très pointues de notre personnel sont reconnues dans le monde entier. Le programme de cœur structurel, dirigé par les Drs Nicolo Piazza et Giuseppe Martucci, en est un exemple. Il vise à traiter les adultes qui sont nés avec des trous dans le cœur ou qui présentent une sténose aortique, une affection qui empêche la valve par laquelle le sang est pompé hors du cœur de s’ouvrir autant qu’elle le devrait. Dans ces deux derniers cas, nous effectuons une intervention appelée implantation de valves aortiques par voie percutanée (TAVI), qui consiste à implanter une valve formée de tissu naturel à l’aide d’un cathéter.

Le dispositif d’assistance ventriculaire (DAV) percutanée en est un autre exemple. Cette pompe mécanique est insérée dans l’aine pour soutenir temporairement la fonction cardiaque et la circulation sanguine pendant une angioplastie complexe et difficile chez des patients dont le cœur est très affaibli.
Par le passé, ces patients n’étaient pas de bons candidats à l’opération ou à la cardiologie interventionnelle. Ils avaient parfois besoin d’une transplantation cardiaque et souvent, ils mouraient. À l’heure actuelle, le laboratoire de cathétérisme du CUSM est l’un des plus grands utilisateurs canadiens de cette nouvelle technologie qui permet de sauver des vies. ■

► You were the first cardiologist in Canada to implement new techniques in complex angioplasty. Tell us about this.
Angioplasty used to be considered too dangerous in the case of patients with completely and chronically blocked arteries such as patients who had prior bypass surgery. In these situations, medication was the only solution, but patients still suffered from angina.
The new techniques I use have allowed us to treat those patients with a 90 per cent rate of success. Complex angioplasty is technically challenging, but feasible, and we’ve been performing it with success at the MUHC since I joined the Cardiology Department in January.

What are the advantages of having a cath lab at the MUHC?
Many of our cardiac patients have other underlying health issues and may need access to tertiary and quaternary (complex care) healthcare services in other specialties. We’re able to provide those services.

What makes the MUHC Cath Lab special?
Two things: state-of the art equipment and interventional cardiologists who are at the forefront of heart disease treatment.
The high level of expertise of our staff is recognized worldwide. One example is the structural heart program led by Drs. Nicolo Piazza and Giuseppe Martucci. It involves the treatment of adults who are born with holes in their heart or with aortic stenosis, a condition where the valve through which the blood is pumped from the heart cannot open properly. In these cases, we perform a procedure called transcatheter aortic valve implantation (TAVI) during which a catheter is used to implant a valve made of natural tissue.
Another example is the use of percutaneous ventricular assist device (VAD). This is a mechanical pump inserted in the groin that temporarily supports heart function and blood flow while we perform complex and difficult angioplasty in patients with a very weak heart.
In the past, these patients were not good candidates for surgery or interventional cardiology and would sometimes require a heart transplant or often die. At the present moment, the MUHC cath lab is one of the highest users of this life-saving new technology in Canada. ■

« Deux choses distinguent le laboratoire de cathétérisme du CUSM : l’équipement de pointe et les cardiologues interventionnels qui sont à l’avant-garde des traitements. »
– Dr Stéphane Rinfret.
“Two things make the MUHC Cath Lab special: state-of the art equipment and interventional cardiologists who are at the forefront of heart disease treatment.”
– Dr. Stéphane Rinfret.



(Photo: Klaudia Bednarz, Blueberry Studios)

Éliminer l'hépatite C? C'est possible. Eliminating hepatitis C? Yes, it's possible.

Entretien avec Dre Marina Klein, directrice de la recherche au Service des maladies virales chroniques du CUSM

Interview with Dr. Marina Klein, research director of the Chronic Viral Illness Service at the MUHC

Au cours des cinq dernières années, de nouveaux médicaments ont révolutionné le traitement de l'hépatite C (VHC), un virus qui entraîne une grave maladie du foie. Désormais plus sécuritaires et efficaces, ces médicaments ravivent l'espoir d'arriver un jour à éliminer le VHC de la liste des problèmes de santé publique. Mais de nombreux défis persistent : accès au traitement limité, diagnostics insuffisants, coût des médicaments très élevé, sans compter la co-infection du VIH-VHC, une épidémie en croissance qui accélère la maladie du foie. La Dre Marina Klein nous parle de la situation actuelle et de ses recherches sur les patients co-infectés.

Comment attrape-t-on l'hépatite C?

L'hépatite C est un virus transmis par le sang. Au Canada, il est à l'heure actuelle principalement contracté par l'injection de drogues, alors qu'avant les années 1980 on l'attrapait par l'entremise de transfusions de sang contaminé. À l'échelle mondiale, entre 130 et 150 millions de personnes souffrent d'hépatite C.

Nous entendons beaucoup parler du VIH, mais relativement peu de l'hépatite. Est-ce justifié?

Nous avons atteint un seuil où beaucoup plus de décès à travers le monde sont causés par l'hépatite virale B ou C que par le VIH ou la tuberculose.

En Amérique du Nord, les données indiquent que les décès dus au VIH ont diminué grâce aux traitements. Par contre, nous entrons dans une phase critique où nous verrons plus de gens souffrir d'hépatite C. Comme les personnes infectées peuvent demeurer asymptomatiques durant des décennies avant de développer des lésions graves et que le pic des infections a eu lieu dans les années 70 et 80, il faut s'attendre à ce que plus de gens commencent à devenir très malades. ►

Over the last five years, new drugs have revolutionized the treatment of hepatitis C (HCV), a virus that causes serious liver disease. These medicines, which are safer and more effective than older therapies, have raised hope of one day eliminating HCV as a public health problem. But numerous challenges remain: limited access to treatment, insufficient diagnosis, high cost of drugs, and not least of all, HIV-HCV co-infection, a growing epidemic that accelerates liver disease. Dr. Marina Klein tells us about the current situation and about her research on co-infected patients.

How does one get hepatitis C?

The hepatitis C virus is a blood-borne virus. Currently in Canada, the vast majority of people acquire it through injection drug use, but before the 1980s, it was commonly acquired through tainted blood transfusions. Globally, between 130 and 150 million people have Hepatitis C.

We hear so much about HIV and comparatively little about hepatitis. Is this justified?

We have reached a point where there are more deaths worldwide as a result of viral hepatitis B and C than from HIV or tuberculosis.

In North America, data show that deaths from HIV have been dropping because people have access to such good treatment. However, we're entering a critical period where we will see more people ill from hepatitis C. People who are infected can remain asymptomatic for decades until they develop serious liver damage. Since the peak of hepatitis C infections occurred sometime in the 70s and 80s, we anticipate people will start to get very sick. ►

► À quel point le nouveau traitement de l'hépatite C est-il révolutionnaire?

Les médicaments offerts sur le marché depuis cinq ans sont nettement plus efficaces et sécuritaires que les précédents. Ils parviennent à guérir plus de 90 % des gens en trois mois, et ce sans injections ni effets secondaires, et indépendamment de la gravité de la maladie du foie. Les études démontrent même que les personnes qui ont une cirrhose peuvent en bénéficier au point de ne pas nécessiter de greffe. Cependant, les personnes guéries peuvent être réinfectées si elles ne modifient pas leur style de vie.

Si le traitement est si efficace, comment se fait-il que plus de gens ne soient pas guéris?

Les traitements sont encore extrêmement coûteux. Pour un traitement qui dure 12 semaines, il faut compter environ 50 000 \$. Les prix baissent progressivement en raison de la concurrence et de l'arrivée de nouvelles molécules sur le marché, mais ils demeurent beaucoup trop élevés pour envisager de pouvoir traiter tout le monde. Le traitement est donc réservé à ceux qui souffrent de dommages considérables au foie. Le problème est que les personnes qui transmettent le virus sont souvent plus jeunes et viennent de le contracter, et elles ne sont pas admissibles au traitement.

D'un côté, vous devez traiter les personnes qui sont très malades, et de l'autre, vous pourriez prévenir la propagation de l'infection avec le traitement. Comment résoudre ce dilemme?

Il nous faut adopter une vision beaucoup plus large de la santé publique. L'Inde et le Pakistan ont par exemple augmenté la production de génériques de ces médicaments, ce qui a réduit le coût de chaque traitement à moins de 500 \$. Le coût réel de fabrication de ces médicaments est en réalité très bas, autour de 250 \$.

L'Australie, pour sa part, a négocié en tant que pays avec des sociétés pharmaceutiques afin d'établir des modèles de prix avantageux, de sorte que plus on traite de cas, plus les prix baissent. Par conséquent, ils peuvent offrir le traitement à tous.

La province de Québec a adopté une approche intermédiaire : traiter les plus malades d'abord, puis à mesure que ceux-ci sont guéris, élargir l'accès. Ceci amortit le coût sur un certain nombre d'années, mais beaucoup de gens n'ont toujours pas accès au traitement.

Vous avez récemment reçu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour financer votre programme de recherche, la Cohorte canadienne de co-infection, sur la co-infection du VIH et de l'hépatite C. Cette double infection est-elle courante?

On estime que parmi les 75 000 Canadiens qui sont infectés par le VIH, environ 30 % sont co-infectés par l'hépatite C. On remarque une épidémie croissante de co-infection au sein des communautés autochtones, notamment en Saskatchewan et au Manitoba.

Quel est l'objectif principal de votre programme de recherche?

Ma recherche porte sur l'impact du nouveau traitement de l'hépatite C sur la santé des personnes co-infectées. Nous examinerons non seulement comment les deux virus ►

► Let's talk about the new treatment for hepatitis C? How revolutionary is it?

The new drugs available in the last five years are unquestionably more effective and safer than older therapies. After three months, with no injections and no side effects, they can cure more than 90 per cent of people, independent of how bad their liver disease is. Studies have shown that people who have cirrhosis can benefit enough that they may not need a transplant. Unfortunately, patients who are cured can become re-infected if they don't change their lifestyle.

If the treatment is so effective, why aren't more people being cured?

The treatments are still extraordinarily expensive. For a treatment course that is 12 weeks, you are looking at a price of about \$50,000. Prices are slowly coming down, because of competition and the arrival of different molecules in the market, but the costs are still far too high to envision treating everyone. That's led to restrictions as to who should be treated. You have to have a certain level of liver damage before you can access the treatments. The problem is that people who are transmitting the virus are often younger and have just recently become infected, so are not currently eligible for treatment.

So on one end, you have to treat patients who are very ill, but on the other, you could prevent the spread of infection with the treatment. How do you solve this dilemma?

We need a much broader public health approach. India and Pakistan, for their part, have increased the generic production of these medications, driving the cost down to under \$500 per treatment course. The actual cost of manufacturing these medications is actually very small, something like \$250.

Australia, for instance, negotiated as a country with pharmaceutical companies to have bulk pricing models so that the more people are treated the lower each treatment course costs. Consequently, they can offer treatment to all.

The province of Quebec is taking a balanced approach: they treat the sickest first, and as those are cured, they expand the access. This spreads out the cost over a number of years but many people still can't get access to treatment.

You have recently received a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) to fund your research program –the Canadian Co-Infection Cohort Study–on HIV-hepatitis C co-infection. How common is HIV and hepatitis C co-infection?

It is estimated about 75,000 Canadians are infected with HIV and about 30 per cent of those people are co-infected with hepatitis C. There is a large and growing epidemic of co-infection among Aboriginal communities, particularly in Saskatchewan and Manitoba.

What's the main focus of your research program?

My research focuses on the impact of new hepatitis C therapy on the health outcomes of people who are co-infected. We will examine not only how the two viruses interact, but also how social determinants affect treatment. We are following over 1,500 people recruited from 18 hospital-based and community-based centres across Canada. ►

▷ interagissent, mais aussi l'impact des caractéristiques sociales sur le traitement. Nous suivons plus de 1500 personnes recrutées parmi 18 centres hospitaliers ou communautaires à travers le Canada.

À quels défis font face les personnes co-infectées?

D'abord, le VIH accélère la progression de l'hépatite C. Cela signifie que les gens ayant les deux infections risquent d'être atteints plus rapidement de lésions au foie et de cirrhose, puis éventuellement de mourir à cause ces dommages.

Des facteurs socio-économiques et démographiques sont également liés à la contraction de ces infections. L'hépatite C peut proliférer au sein de populations qui n'ont pas l'habitude de se faire tester et qui ont un accès limité au traitement, telles que les utilisateurs de drogues injectables ou les peuples autochtones. Enfin, il y a les stigmates liés au VIH et à l'hépatite C, deux maladies infectieuses associées à l'utilisation de drogues par injection. Il ne s'agit donc pas que de pharmacologie mais aussi d'éducation. En Saskatchewan, nous travaillons en partenariat avec la réserve locale pour élaborer un modèle de soins pouvant répondre à la réalité de la communauté tout en assurant les soins à ceux qui en ont besoin. Les communautés y sont très favorables.

Ainsi, la mobilisation est essentielle. Que peut-on faire d'autre pour éradiquer le VHC au Canada?

Nous travaillons avec le Réseau canadien sur l'hépatite C (CanHep C) pour conscientiser la population et sensibiliser le gouvernement fédéral à l'importance de prévenir le VHC et d'améliorer la santé des Canadiens.

La ministre de la Santé du Canada a récemment réaffirmé son engagement à développer un cadre national pour l'élimination de l'hépatite C, et cela est très positif. Nous espérons que le leadership démontré au fédéral encouragera les provinces à travailler dans le même sens. ■

Avec Neale McDevitt,
Université McGill

► What are the challenges faced by people who are co-infected?

First of all, HIV accelerates the progression of hepatitis C. This means that people who have both infections will progress more rapidly to liver damage and cirrhosis and eventually death from liver disease.

It's also important to take into consideration the socioeconomic and demographic risk factors for acquiring these two infections. Hepatitis C infection can be concentrated in certain populations who usually don't come forward to be tested and have a limited access to hepatitis C therapy, such as injection drug users and Indigenous peoples.

Finally, there is the stigma associated with HIV and hepatitis C, two infectious diseases associated with injection drug use. It's not just pharmacology, it's also education. In Saskatchewan, we're partnering with the local reservation to build a model of care that meets the needs of the community and at the same time brings treatment to people who need it. The communities are very supportive.

So, advocacy is important. What else can be done to eradicate HCV infection in Canada?

We're working with the Canadian Network on Hepatitis C (CanHep C) to increase awareness and to sensitize the federal government to the importance of improving HCV prevention and health outcomes for Canadians. Canada's Health Minister has recently reaffirmed her commitment to working towards a national framework for hepatitis C elimination, and that's really positive. We hope leadership on the federal level will help spur provinces to work along the same lines. ■

With Neale McDevitt,
McGill University

« Pour la première fois, nous entrevoyons la possibilité de contrôler la propagation de l'hépatite C, et même de l'éradiquer dans certaines populations. » – Dre Marina Klein

“For the first time, we are starting to see the potential for controlling hepatitis C as an epidemic and possibly even eradicating it in certain populations.” – Dr. Marina Klein

Un nouveau départ

A new lease on life

Un patient hémophile contaminé par des produits sanguins est guéri

A hemophiliac patient contaminated with blood products is cured



Alain Juneau et sa conjointe Lynda Bouchard
Alain Juneau and his partner Lynda Bouchard

Victime du scandale du sang contaminé dans les années 1980, qui a touché des milliers d'hémophiles à travers le monde, Alain Juneau a contracté le VIH et le virus de l'hépatite C lors d'une transfusion sanguine. À partir de ce moment, Alain, qui avait toujours été suivi à la Clinique d'hémophilie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) par la Dre Margaret Warner, a dû consulter plusieurs autres spécialistes.

« Au début, j'étais frustré d'avoir été contaminé et aussi inquiet, car c'était le début de l'épidémie de VIH et les gens en mouraient en grand nombre, raconte l'homme de 56 ans. J'ai été suivi par les Drs Chris Tsoukas et Marina Klein au CUSM pour le VIH, et heureusement, le traitement a été un succès. Aujourd'hui, le virus est indétectable. »

Rattrapé par l'hépatite C

Alain a eu moins de chance avec le virus de l'hépatite C, qui attaque les cellules du foie. Comme c'est souvent le cas, il est resté sans symptômes pendant presque trente ans, mais en 2012, après une gastroentérite sévère, on lui a diagnostiqué une cirrhose.

« La cirrhose du foie est une maladie systémique, c'est-à-dire qu'elle a un impact sur d'autres organes comme le cœur, les poumons, les os, le cerveau, explique le Dr Marc Deschênes, spécialiste en hépatologie et en transplantation du foie et directeur du Département d'hépatologie du CUSM. La maladie du foie de M. Juneau était très avancée. On l'a donc mis sur une liste d'attente pour une transplantation. »

Selon la Dre Klein, qui est directrice de la recherche au Service des maladies virales chroniques du CUSM et professeure de médecine à l'Université McGill, les thérapies contre le VIH permettent d'offrir aux patients une greffe en toute sécurité avec un taux de réussite élevé.

« Le CUSM a montré la voie en rendant accessible ce traitement salvateur aux personnes vivant avec le VIH, dit-elle. En raison du succès des traitements contre le VIH, les greffes peuvent être offertes en toute sécurité avec des taux de succès élevés. » ▷

Alain Juneau contracted HIV and the hepatitis C virus following a blood transfusion; he is one of the thousands of hemophiliacs affected by the contaminated blood scandal of the 1980s. As a result, Alain, who had always been followed by Dr. Margaret Warner at the McGill University Health Centre's (MUHC) Hemophilia Clinic, needed to consult a slew of other specialists.

"At first I was frustrated that I'd been infected, and worried too, because it was the beginning of the HIV epidemic and many people were dying," explains the 56-year-old. "I was followed by Dr. Chris Tsoukas and Dr. Marina Klein for HIV at the MUHC, and thankfully the treatment was successful. Today, the virus is at undetectable levels."

Hit by hepatitis C

Alain was less lucky with the hepatitis C virus, which attacks the cells in the liver. As is often the case, he was symptom-free for almost 30 years, but in May of 2012, after a severe case of gastroenteritis, he was diagnosed with cirrhosis.

"Cirrhosis of the liver is a systemic disease, meaning it impacts other organs like the heart, the lungs, the bones and the brain," explains Dr. Marc Deschênes, a specialist in hepatology and liver transplantation and the head of the MUHC's department of Hepatology. "Mr. Juneau's liver disease was very advanced. So we put him on the waiting list for a transplant."

According to Dr. Klein, who is research director of the Chronic Viral Illness Service at the MUHC and professor of Medicine at McGill University, Alain Juneau was one of very few patients with HIV in Canada to be eligible for a liver transplant.

"The MUHC has been leading the way in providing access to this life saving treatment for people living with HIV. Because of the success of HIV therapies, transplants can be safely offered with high success rates," she says. ▶

► Des années difficiles

La période de 2012 à 2014 a été éprouvante pour Alain et pour sa conjointe Lynda Bouchard.

« On se rendait souvent à l'hôpital quand Alain souffrait d'épisodes d'encéphalopathie hépatique, dit Lynda. Comme son foie n'éliminait plus les toxines de façon appropriée, il devenait désorienté. On y allait aussi pour le drainage de son estomac, car ses reins retenaient trop de sel et d'eau. »

À l'été 2014, Alain était en très mauvais état. Souffrant de fatigue extrême, il dormait 19 heures par jour. Il avait aussi perdu plus de 30 livres et ne pouvait plus marcher. Selon Lynda, il était « en mode survie ». C'est lors d'une visite à l'hôpital pour un drainage, en septembre 2014, que le couple a reçu l'appel tant attendu : un foie était disponible.

« On avait de grosses larmes. On y croyait à peine, raconte Alain. Les gens à l'hôpital étaient contents pour nous. »

La transplantation a été un succès. Grâce à son nouveau foie, non seulement Alain n'a plus de cirrhose, mais il n'est plus hémophile.

« Les vaisseaux sanguins dans le nouveau foie produisent des cellules endothéliales qui fabriquent le facteur coagulant en assez grande quantité pour qu'Alain ne soit plus hémophile », explique Dr Deschênes.

Guérir de l'hépatite C

Alain est aussi guéri de l'hépatite C. Le traitement qu'il a suivi avec la Dre Klein, avant sa greffe, a été une réussite.

« Les médicaments offerts sur le marché depuis cinq ans sont nettement plus efficaces et sécuritaires que les précédents, explique Dre Klein. Ils parviennent à guérir plus de 90 % des gens en trois mois, et ce sans injections ni effets secondaires, et indépendamment de la gravité de la maladie du foie. Les études démontrent même que les personnes qui ont une cirrhose peuvent en bénéficier. »

Alain remercie tous ceux et celles qui l'ont soigné au fil des ans, en particulier la Dre Warner et l'infirmière Tania Laflèche, pour leur appui et leur dévouement.

« Quand j'étais hémophile, je devais trainer une grande valise de pilules, de médicaments et de seringues quand je partais en voyage. C'était gênant, explique Alain. Aujourd'hui, je me sens libre et plus en santé que jamais. J'ai recommencé à aller à la chasse et à la pêche, comme je faisais auparavant. C'est merveilleux d'être guéri. » ■

► Some really tough years

The period from 2012 to 2014 proved to be very stressful for Alain and his partner Lynda Bouchard.

"We had to go the hospital a lot when Alain had bouts of hepatic encephalopathy," says Lynda. "Because his liver was not eliminating toxins the way it should, he would get disoriented. We also had to go in to have his stomach drained because his kidneys were retaining too much salt and water."

By the summer of 2014, Alain was in really rough shape. He was extremely fatigued, sleeping 19 hours a day. He had lost more than 30 pounds and could no longer walk. According to Lynda, he was in "survival mode." Finally, during a hospital visit to have his kidneys drained in September 2014, the couple received the news that they had waited for with such hope: a liver was available.

"Tears streamed down our cheeks. We could hardly believe it," remembers Alain. "The hospital personnel were so happy for us."

The transplant was a success. Thanks to his new liver, not only is Alain free of cirrhosis, he's no longer a hemophiliac.

"The blood vessels in the new liver produce endothelial cells that create enough coagulation factor that Alain is no longer a hemophiliac," explains Dr. Deschênes.

Cured of hepatitis C

Alain's hepatitis C has also been cured. The treatment that he underwent with Dr. Marina Klein before the transplant was a success.

"The drugs that have come on the market over the past five years are definitely more effective and safer than the ones they replaced," explains Dr. Klein. "They are able to cure more than 90 per cent of patients in three months, all without injections or side effects, and irrespective of the seriousness of the liver disease. Studies have even shown that people with cirrhosis can benefit from them."

Alain is thankful to all of the people who helped care for him over the years, particularly to Dr. Margaret Warner and nurse Tania Laflèche, for their support and devotion.

"When I was a hemophiliac, I had to drag around a big suitcase full of pills, medicines and syringes whenever I travelled. It was really embarrassing," explains Alain. "Today, I feel free and in better health than ever. I've started hunting and fishing again, like I used to. It's amazing to be cured." ■



Dre Emily Bell, gestionnaire du CDFA, est assise au centre, entourée de stagiaires en recherche.
Dr. Emily Bell, DCAT manager, (centre), surrounded by trainees.

Former les innovateurs médicaux de demain
Training the medical innovators of tomorrow

Un don de Desjardins mène au développement d'un centre unique qui prépare les stagiaires en recherche à leur carrière

Desjardins donation leads to development of unique centre to prepare research trainees for their career

Avec près de 500 chercheurs et plus de 1 200 stagiaires, l'Institut de recherche du CUSM (IR-CUSM) est un centre de recherche de premier plan. Récemment, l'IR-CUSM a bénéficié d'un don généreux de Desjardins pour créer le Centre Desjardins de formation avancée (CDFA) – un centre unique qui vise à faire progresser les carrières de la prochaine génération de chercheurs.

Pour Desjardins, groupe philanthropique phare à Montréal et plus grand mouvement financier coopératif au Canada, investir dans la jeunesse et l'éducation demeure la clé du futur. Le CDFA symbolise bien cette philosophie.

Le CDFA offre de la formation visant l'acquisition de compétences professionnelles ainsi que des possibilités de carrière aux étudiants diplômés et aux boursiers postdoctoraux qui étudient à l'IR-CUSM. Complémentaire aux activités de recherche de l'hôpital, le centre fournit aux stagiaires les capacités nécessaires qui leur donneront un avantage considérable dans le marché du travail compétitif d'aujourd'hui. Des centaines de stagiaires en recherche profitent de l'occasion pour tisser un réseau et acquérir des compétences en affaires et en finance.

« Le Centre Desjardins de formation avancée est un endroit unique pour encourager les stagiaires dans la préparation de leur carrière – il complète la formation scientifique déjà exceptionnelle dispensée à l'IR-CUSM, dit Dre Emily Bell, gestionnaire du CDFA. Grâce au soutien de Desjardins, nous aurons certains des stagiaires les mieux qualifiés et les plus fûtés en affaires qui s'intégreront à la population active de Montréal. » ■

With close to 500 researchers and over 1,200 research trainees, the Research Institute of the MUHC (RI-MUHC) is a research powerhouse. Recently, the RI-MUHC benefitted from a generous donation from Desjardins to establish the Desjardins Centre for Advanced Training (DCAT)—a unique centre aimed at advancing the careers of the next generation of researchers.

A corporate philanthropic leader in Montreal, and the largest financial cooperative in Canada, Desjardins understands that investing in youth and education are key to the future, and DCAT is the embodiment of this philosophy.

DCAT offers professional skills training along with career development opportunities for graduate students and post-doctoral fellows studying at the RI-MUHC. It complements the hospital's research activities and provides trainees with the necessary skills that will give them a tremendous advantage in today's competitive workforce. Hundreds of research trainees are already taking advantage of the opportunity to network and gain business and financial skills.

"The Desjardins Centre for Advanced Training is a unique place to engage trainees in their career preparation—it complements the already exceptional scientific training provided at the RI-MUHC," says Dr. Emily Bell, DCAT manager. "Thanks to Desjardins' support, we will have some of the most highly-trained and business savvy trainees entering the workforce in Montreal." ■

Qu'est-ce que l'hémophilie?

L'hémophilie est une maladie héréditaire où des facteurs de coagulation sont manquants ou ne fonctionnent pas correctement, ce qui entraîne des saignements prolongés. Le principal traitement pour cette maladie est la thérapie de remplacement, qui consiste à injecter par voie intraveineuse des produits sanguins contenant le facteur de coagulation déficient.

What is hemophilia?

Hemophilia is a hereditary illness in which a number of coagulation factors are either missing or not functioning properly. This causes uncontrolled bleeding. The main treatment for this illness is factor replacement therapy, which consists of intravenous injection of blood products containing the missing factor.



Julie Sparkes avec un jeune patient. / Julie Sparkes with a young patient.

Soigner : un langage universel

The universal language of caring

Julie Sparkes, infirmière au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), s'est récemment rendue en Chine avec une équipe médicale afin de faire ce qu'elle fait de mieux : prendre soin des patients ayant subi une intervention chirurgicale. Au cours des deux semaines qu'a duré sa mission, Julie a aidé plusieurs dizaines de patients à traverser une épreuve appelée à changer leur vie. Elle partage avec nous cette expérience inspirante, qui témoigne de sa compassion et de son engagement.

Qu'est-ce qui vous a motivée le plus à faire ce voyage?

Cela faisait plusieurs années que je souhaitais participer à une mission médicale à l'étranger. Je voulais mettre mon expérience au service de personnes qui n'ont pas la chance de recevoir des soins médicaux spécialisés.

Pourquoi la Chine et cette équipe médicale en particulier?

J'ai fait des recherches en ligne et j'ai trouvé un organisme appelé Education Medical Aid and Service (EMAS), qui envoie des équipes médicales dans le monde entier pour des missions de deux semaines. J'ai posé ma candidature et j'ai été acceptée pour une mission de chirurgie humanitaire. L'équipe soignante était composée de 50 personnes, y compris des chirurgiens, des anesthésistes ainsi que des infirmières. La plupart d'entre eux étaient des Canadiens d'origine chinoise participant à ce type de mission entièrement à leurs frais, et ce depuis 20 ans.

À quels types de patients votre équipe est-elle venue en aide?

Nous avons effectué un grand nombre d'interventions destinées à réparer ce qu'on appelle la fente labiopalatine ou bec de lièvre. Nos patients étaient de jeunes enfants, mais nous avons aussi opéré une femme de 40 ans. Cette opération va transformer leur vie en corrigeant une malformation qui les gêne pour parler et s'alimenter, sans parler du rejet social qu'elle peut entraîner. Nous avons également soigné des enfants gravement brûlés.

Quel était votre rôle?

Mon rôle était le même qu'au CUSM, c'est-à-dire m'occuper des patients après leur opération. Je devais m'assurer de ►

Julie Sparkes, a nurse from the McGill University Health Centre (MUHC), recently travelled to China with a medical team to offer what she does best: care for patients recovering from surgery. During her two-week mission, she helped dozens of patients go through life-changing operations. Julie shared her story of inspiration, compassion and fulfillment with us:

What was your main motivation for doing this kind of trip?

For many years I wanted to go somewhere in the world and be helpful with a medical mission. I wanted to share my experience with people who don't have the opportunity to receive specialized health care.

How did you end up being part of this medical mission to China?

I went online and found an organization called Education Medical Aid and Service (EMAS), which sends medical teams all over the world for two-week periods of time. I applied and was accepted to this surgical mission, along with a team of 50 healthcare workers, including surgeons, anesthesiologists, nurses, and more. Most of them are Chinese Canadians and have been doing this for 20 years, completely at their own expense.

What kind of patients did the team help?

We performed numerous cleft lip surgeries for young boys and girls, and even for a 40-year-old woman. This is a life changing surgery, since this malformation affects their speech, eating and even social lives as they are sometimes rejected by their community.

What was your role?

My role was caring for recovering patients, like I do at the MUHC. This includes making sure patients have medication for pain if required, ensuring they are breathing well, and observing the wound to make sure there is no bleeding. I also assisted in the operating room (OR). I was very concerned about that because that's not what I am used to and I have even fainted once. ►

► leur administrer des médicaments contre la douleur, surveiller leur fonction respiratoire et leur pansement afin qu'il n'y ait pas de saignement. J'ai également assisté les chirurgiens au bloc opératoire. J'étais inquiète, car ce n'était pas quelque chose que j'avais l'habitude de faire et il m'était arrivé une fois de m'évanouir. Heureusement, ça n'est pas arrivé (rires)! En réalité, j'ai fait tout ce que j'étais capable de faire. Quand les ressources sont limitées, vous faites tout ce que vous pouvez.

Comment vous êtes-vous préparée?

J'ai participé à des réunions d'équipe avant le voyage, mais je dirais que ce sont mes 25 années d'expérience qui m'ont le mieux préparée à cette mission. Je n'avais pas d'expérience en soins postopératoires pédiatriques par contre. Je tiens donc à remercier sincèrement mes collègues de l'Hôpital de Montréal pour enfants, qui m'ont permis de passer une journée auprès d'eux pour observer la récupération des enfants opérés pour un bec de lièvre.

La langue a-t-elle été un obstacle?

Pas vraiment, car la majorité des membres de notre équipe parlait le mandarin. Même lorsque leurs interlocuteurs parlaient un dialecte, ils trouvaient généralement un moyen de se comprendre. Quand j'étais seule, je parlais en pointant du doigt et je pouvais « lire » mes patients, c'est-à-dire voir s'ils souffraient en surveillant leur rythme cardiaque et en observant différents signes. Quand j'avais du temps, j'essayais de sortir de la relation soignant-patient et d'avoir des échanges personnels avec les enfants. Ils étaient souvent impressionnés par mes cheveux blonds!

Qu'aimez-vous particulièrement dans votre travail?

Être infirmière c'est avoir le privilège de nouer une relation intime avec les gens en un très court laps de temps. Vous devez établir une connexion avec eux très rapidement afin de pouvoir les aider. Peu importe où vous vous trouvez, l'attention que vous portez aux patients sera la même. Le monde est fait de contrastes, mais nous sommes semblables à de multiples égards. Nous travaillons, nous mangeons, nous dormons. Et nous connaissons tous l'espoir, l'amour, la peur et la souffrance.

Qu'est-ce qui a été le plus dur pour vous?

Le plus dur a été de prendre soin des personnes brûlées. Elles souffraient tellement, physiquement et psychologiquement.

Et le plus gratifiant?

Cela faisait tellement longtemps que j'avais ce projet en tête, c'est un rêve qui est devenu réalité, tout simplement. Changer la vie des gens s'est révélé incroyablement gratifiant. Cette expérience a dépassé toutes mes attentes. J'adorerais recommencer. ■

Pour voir plus de photos, visitez cusm.ca.
To see more pictures, visit us at muhc.ca.

► Thankfully that didn't happen (laughs)! I really did whatever I was capable of doing. You do whatever it takes when you have limited staff.

How did you prepare?

I attended team meetings prior to the trip, but I must say that my 25 years of experience were my best preparation. What I did not have though was experience in pediatric recovery. So I was very thankful for my colleagues at the Montreal Children's Hospital for allowing me to come for one day and observe the recovery of children post cleft palate surgery.

Was language an obstacle?

Language didn't matter a lot, mainly because the majority of our team members did speak mandarin. Even if local people spoke a dialect of mandarin, they could usually find a way to understand each other. When I was by myself, I pointed a lot and I could "read" patients to see whether they were in pain or not by observing cardiac rhythm and other signs. When I had time, I would also try to interact with the kids in no medical way. They were often impressed with my blonde hair!

What do you like about this work?

As a nurse I feel like we have the privilege to establish a very intimate relationship with people in a very short period of time. We have to connect quickly with people in order to be able to help them. It doesn't matter where you are, care is the same. It's a big world, but people are similar in many ways. We work, we eat, we sleep. And we all know about hope, love, fear and pain.

What was the hardest thing?

The hardest thing was seeing the burned patients, who feel so much pain—physical and psychological.

And the most gratifying?

I wanted to go on a trip like this for such a long time and it was honestly like a dream come true. It was incredibly gratifying to literally change peoples' lives. The experience more than met my expectations. I'd love to go back. ■

Une femme venue d'un village éloigné,
avant et après sa chirurgie pour corriger son bec de lièvre.

A woman who came from a remote village,
before and after her cleft lip surgery.



Du cas clinique à la percée scientifique

From clinical case to scientific breakthrough

Une patiente du CUSM atteinte d’ostéonécrose de la hanche à l’origine d’une découverte génétique

A patient at the MUHC with osteonecrosis of the hip is the source of a genetic discovery



On comprend mal ce qui cause l’ostéonécrose de la hanche, une maladie grave qui touche jusqu’à 1000 Québécois par année, dont de nombreux jeunes de moins de 25 ans. Et il est encore difficile, voire impossible, de la prévenir. Or, des chercheurs de l’Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM) ont récemment fait une découverte, publiée dans le *Journal of Medical Genetics*, qui ouvre la porte à de nombreuses avancées médicales.

« Extrêmement douloureuse, l’ostéonécrose de la hanche est due à une interruption de la circulation sanguine dans l’os de la hanche, qui entraîne la mort des tissus osseux », explique l’auteure principale de l’étude, la Dre Chantal Séguin, hémato-logue-oncologue au laboratoire de recherche sur l’ingénierie des tissus osseux et la biologie vasculaire de l’IR-CUSM. « Les personnes qui en sont atteintes doivent éventuellement subir une chirurgie de remplacement de la hanche, à répéter tous les 15 à 20 ans. Elles font face à de nombreux défis, car la mala-die limite l’amplitude de leurs mouvements et le type d’activité physique qu’elles peuvent réaliser. »

L’ostéonécrose peut survenir à la suite d’un trauma, lorsqu’un choc important ou une fracture vient couper la circulation sanguine dans la tête fémorale. Bien qu’on ne connaisse pas les mécanismes biologiques en cause, on sait qu’elle atteint aussi des personnes ayant reçu des traitements aux glucocor-ticoïdes, aussi appelés stéroïdes, utilisés pour combattre de nombreuses maladies et des cancers du sang.

Enfin, certaines personnes développent la maladie de façon plus mystérieuse : sans n’avoir jamais subi de trauma ni reçu de traitements aux glucocorticoïdes. C’est ce troisième cas de fig-ure qui a mis les chercheurs de l’IR-CUSM sur la piste génétique. ►

Little is known about the causes of hip osteonecrosis, a seri-ous disease that affects up to 1,000 Quebecers every year, including many young people under the age of 25. Worse still, it is difficult or near impossible to prevent it. But over the past few months, researchers from the Research Institute of the McGill University Health Centre (RI-MUHC) have made a discovery, published in the *Journal of Medical Genetics*, which has opened the door to many medical advances.

"Osteonecrosis of the hip is due to an interruption of blood flow to the hip bone, which causes the death of bone tissue. It can be extremely painful," explains Dr. Chantal Séguin, lead author of the study and hematologist-oncologist in the research laboratory on Bone Tissue Engineering and Vascu-lar Biology of the RI-MUHC. "People who suffer from it may have to undergo hip replacement surgery and usually have the procedure repeated every 15 to 20 years. They face many challenges because the disease limits the range of motion and types of physical activity they can enjoy."

Osteonecrosis can occur following a trauma, when a large shock or fracture impedes blood flow into the femoral head (hip’s ball and socket joint). Although we do not know the biological mechanisms involved, we know that it also affects people who have received treatment with glucocorticoids, also known as steroids, used to fight many diseases and blood cancers.

However, some people develop the disease in more mysteri-ous ways: without ever having suffered trauma or receiving treatment with glucocorticoids. It is this third case that had researchers at the RI-MUHC look into a genetic link. ►

► La puce à l’oreille

En conversant avec une patiente, la Dre Séguin, qui est aussi clinicienne au CUSM, a pressenti que plusieurs membres de sa famille étaient possiblement atteints de la maladie.

Après plusieurs examens, son hypothèse fut validée : trois des six frères et sœurs de la patiente avaient aussi la maladie. Comme aucun d’entre eux n’avait eu de traitements aux gluco-corticoïdes ou de choc traumatique, elle décida de pousser les analyses plus loin.

Une collaboration avec des scientifiques américains a permis à Dre Séguin et à Dr Ed Harvey, chirurgien orthopédiste à la clinique d’ostéonécrose spécialisée de l’Hôpital général de Montréal du CUSM, de découvrir que dans la famille de la patiente, seules les personnes atteintes de la maladie étaient porteuses d’une même mutation génétique sur le gène TRPV4, un gène largement étudié pour son rôle dans le développe-ment des os.

« On savait déjà que des mutations pathogènes du gène TRPV4 avaient une incidence sur le squelette et le système nerveux, mais c’est la première fois qu’on l’associe à l’ostéonécrose de la tête fémorale », précise la chercheuse.

« Si nous arrivons à comprendre ce qui ce passe chez ces personnes, nous pourrions non seulement mieux les soigner, mais nous pourrions aussi faire avancer les traitements pour les personnes atteintes des autres formes d’ostéonécrose », explique Dre Séguin.

Inspirée par ses patients

Dre Séguin connaît bien les difficultés que vivent ses patients, mais elle reste optimiste : « J’ai des patients incroyables qui, malgré les épreuves, finissent leurs études universitaires, voya-gent, élèvent leur famille et accomplissent tout plein de choses inspirantes, dit-elle. Ce sont nos patients qui nous motivent à continuer nos recherches ». ■

► Best Guess

After talking with a patient, Dr. Séguin, who is also a clinician at the MUHC, wondered if multiple family members of this patient might possibly be affected by the disease as well.

Following several tests, her hunch was confirmed: three of the six siblings of the patient also had the disease. Since none of them had received treatments with glucocorticoids or traumatic shocks, she decided to push the analysis further.

In collaboration with US scientists, Dr. Séguin and Dr. Ed Harvey, orthopedic surgeon at the Osteonecrosis Specialist Clinic of the MUHC’s Montreal General Hospital, discovered that in the patient’s family, the members with the disease (and only them) carried the same genetic mutation in the TRPV4 gene, a gene widely studied for its role in bone development.

"We knew that pathogenic mutations of the TRPV4 gene had an impact on the skeleton and nervous system, but this is the first time it has been associated with osteonecrosis of the femoral head," explains the researcher.

"If we can understand what is happening in these people, we can not only find a better treatment, we can also improve treatments for people with other forms of osteonecrosis," says Dr. Séguin.

Inspired by her patients

Dr. Séguin knows full well the difficulties being experienced by her patients, but remains optimistic. "I have unbelievable patients, who, despite their hardships, are finishing their university studies, traveling, raising their families and doing inspiring things," she says. "These are the patients that moti-vate us to continue our research." ■



Dre / Dr. Chantal Séguin

Combien de personnes pourraient être affectées par cette mutation?

Il est impossible de connaître le nombre de personnes susceptibles de présenter la mutation génétique décou-verte à l’IR-CUSM. La famille canadienne à l’origine de cette découverte est de descendance européenne. Compte tenu de la répartition mondiale des Européens, il est fort probable que cette mutation existe dans des populations plus vastes.

How many people could be affected by this mutation?

It is impossible to know the number of people suscepti-ble to this genetic mutation discovered at the RI-MUHC. The Canadian family behind this discovery is of European descent. Given the global distribution of Europeans, it is likely that this mutation exists in large numbers.

HOP LACHINE!

Un Hôpital Orienté Patients

A Hospital Oriented to Patients

Le projet de modernisation est pensé à l’aide de blitz créatifs

The modernization project gets an injection of creativity

L’automne dernier, le gouvernement du Québec a officiellement annoncé son intention d’investir 71,5 millions de dollars dans la modernisation de l’Hôpital de Lachine du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ce projet tant attendu est une clé majeure du développement de l’hôpital qui lui permettra de concrétiser son plan clinique. C’est également une formidable opportunité de procéder à une mise à niveau du bâtiment, afin que les espaces répondent aux normes actuelles en matière d’infrastructure, de contrôle des infections, de confidentialité et de sécurité.

Afin de penser ce vaste projet de redéploiement, une grande équipe multidisciplinaire, constituée entre autres d’architectes, de planificateurs, de gestionnaires de projet et d’experts Lean, s’active. Son objectif? Concevoir un environnement de soins et de travail centré sur les patients, mais aussi sur le personnel. Pour y arriver, elle adopte une approche Lean design, qui sollicite la participation de toutes les parties concernées.

Plus de 80 personnes ont participé à deux ateliers Lean, le premier sur la vision du projet et le deuxième sur l’analyse des situations actuelle et future. À chacun de ces « blitz de travail créatifs », organisés en mars et juin derniers, des idées ont été suggérées, synthétisées, débattues, votées et approuvées en consensus par l’ensemble des participants.

Chantale Bourdeau, directrice associée en soins infirmiers par intérim à l’Hôpital de Lachine, s’enthousiasme du processus de consultation des employés : « Les employés qui sont invités aux ateliers Lean se considèrent choyés d’y participer et tous veulent contribuer à bâtir un hôpital à leur image et à celle des patients. Comme l’ensemble de mes collègues à Lachine, dit-elle, ce sont des gens de cœur qui font la différence auprès de nos patients, de nos résidents et de leurs familles. »

En plus des employés, des patients prennent part aux ateliers. Mario Di Carlo a saisi l’occasion de participer à la réflexion : « En tant que patient partenaire, je souhaite m’assurer que la perspective du patient nous guide dans notre vision globale du nouvel Hôpital de Lachine, dit-il. Je trouve intéressant qu’il y ait, d’entrée de jeu, cette ouverture au point de vue du patient. » ▸

Last fall, the government of Quebec officially announced plans to invest \$71.5 million in the modernization of the McGill University Health Centre's (MUHC) Lachine Hospital. This long-awaited project is a key part of the hospital's development and will allow it to achieve its clinical plan. It also represents a perfect opportunity to bring the building up to date so it meets current standards of infrastructure, infection control, confidentiality and security.

In order to plan out this huge redevelopment project, a large multidisciplinary team has been assembled: architects, planners, project managers, Lean experts, and more. Their goal? Designing an environment conducive to patient-centred care and good working conditions for personnel. To reach that goal, the team adopted the Lean design approach, which calls for participation from all the parties concerned.

More than 80 people took part in two Lean workshops. The first one focused on the overall vision for the project and the second on an analysis of the current state of affairs and what the future will look like. During each of these "creative blitzes" that took place in March and June of this year, ideas were suggested, debated, streamlined, voted on and approved by consensus among the overall group of participants.

Chantale Bourdeau, the Lachine Hospital's interim associate director of Nursing, is excited by the process of consulting with employees: "The personnel who are invited to the Lean workshops feel lucky to be able to participate. They all want to contribute to building a hospital that's a great fit for both them and their patients," she says. "Like all of my colleagues at Lachine, these are truly caring people that make a real difference in the lives of our patients, our residents and their families."

In addition to the employees, patients also take part in the workshops. Mario Di Carlo is among those who have participated in the process: "As a patient partner, I'm looking to ensure that the patient's perspective is a guiding principle in building the new Lachine Hospital," he says. "I find it quite refreshing that this openness to the patient's point of view is there from the outset." ▸



Chantale Bourdeau, directrice associée en soins infirmiers par intérim à l’Hôpital de Lachine, durant un atelier Lean. Chantale Bourdeau, Lachine Hospital's interim associate director of Nursing, during a Lean workshop.



Les trajectoires de soins des patients sont cartographiées et illustrées à l’aide de maquettes. Patient trajectories of care are mapped out and illustrated using mock-ups.

▸ La réflexion s’articule également autour des principes de prévention des infections. France Nadon, conseillère en prévention des infections à Lachine, s’en réjouit : « L’aménagement de l’espace contribuera grandement à prévenir et à réduire la transmission d’agents pathogènes, affirme-t-elle. Par exemple, l’ajout de chambres individuelles avec salle de bains et de postes de lavage des mains, de même que l’utilisation de matériaux faciles à nettoyer, permettront de faire des progrès certains en matière de prévention. »

Les travaux de l’Hôpital de Lachine devraient débuter en 2018. « Les employés attendent ce projet depuis plusieurs années, dit Chantale, et enfin, il se concrétise. Certains espèrent le voir avant leur retraite, d’autres ont hâte d’y travailler ».

D’ici là, les besoins fonctionnels seront définis par l’équipe projet et par les participants aux quatre autres ateliers Lean qui seront organisés au cours des prochains mois.

« Déjà, des principes directeurs issus de l’atelier 1 ont été soumis pour discussion aux différentes parties prenantes, puis ont été approuvés par le comité directeur en juin dernier », dit Noé Djawn White, conseiller à l’amélioration continue. « Les participants de l’atelier 2 ont cartographié la disposition future des locaux principaux, ce qui aidera les participants de l’atelier 3 à analyser et à documenter plus précisément les liens de proximité entre eux. Les différents livrables des ateliers sont intégrés au plan fonctionnel, qui guidera les architectes à l’étape de la conception de l’hôpital », explique-t-il.

« Grâce aux ateliers, l’Hôpital de Lachine sera à l’image de son personnel, c’est-à-dire véritablement orienté vers les patients, explique Chantale. D’où le nom que nous avons donné au projet, HOP Lachine! Un hôpital orienté patients. » ■

► There’s also a great deal of consideration for the principles of infection prevention. France Nadon, an infection prevention counsellor at Lachine, is delighted: "The physical layout is going to contribute greatly to the reduction in transmission

Des idées ont été suggérées, synthétisées, débattues, votées et approuvées en consensus par l’ensemble des participants.

Ideas were suggested, debated, streamlined, voted on and approved by consensus among the overall group of participants.

of pathogens," she says. "For example, there will now be individual rooms with bathrooms and handwashing stations, and the materials being used are chosen because they are easily cleaned, which will definitely help us prevent the spread of infection."

Work on the Lachine Hospital is scheduled to begin in 2018. "The staff have been waiting for this project for many years, and it’s finally coming to fruition," says Chantale. "Some people want to see it happen before they retire, others are simply looking forward to working in the new space."

In the meantime, the project's functional needs will be sketched out by the team and by the many participants in four other Lean workshops that will take place in the coming months.

"The ideas and principles that came out of the first workshop have already been submitted for discussion to the various stakeholders and were approved by the steering committee in June," says Noé Djawn White, continuous improvement counsellor. "Workshop #2 participants have mapped out the locations of the main working areas, which will allow the workshop #3 team to analyze and specify how they will be linked and work together. The various workshop deliverables are integrated into the functional plan. These will guide the architects in their design of the hospital."

"Thanks to these workshops, the Lachine Hospital will be built around the ideas of the people who work there, which really means that it will be patient-oriented," explains Chantale. "In fact, that’s where we got the name for our project: HOP Lachine! A Hospital Oriented to Patients." ■

En mission pour sauver des vies

On a mission to save lives

Plus de femmes ont accès au diagnostic précoce du cancer de l’ovaire et de l’endomètre grâce au projet DOvEE

DOvEE project gives more women access to early-stage diagnosis of ovarian and endometrial cancer

Je suis persuadée que le projet DOvEE m’a sauvé la vie », dit Francine Page-Charron, une patiente chez qui on a détecté un cancer de l’ovaire juste à temps. Créé en 2008 au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le projet DOvEE est une étude clinique qui vise le diagnostic précoce d’un cancer féminin, le cancer de l’ovaire. Surnommé le cancer sournois, le cancer de l’ovaire se manifeste souvent tardivement car ses symptômes, perçus comme anodins, sont souvent négligés par les femmes. Le diagnostic précoce augmente les chances de survie tout en diminuant le recours aux traitements lourds.

DOvEE, un projet unique au monde

C’est en regardant les nouvelles, un matin à Ottawa, que Francine Page-Charron a entendu parler du projet DOvEE. Malgré qu’elle n’avait aucun des symptômes mentionnés et qu’elle venait tout juste d’avoir son rendez-vous de routine chez son gynécologue, le reportage capta immédiatement son attention. Comme sa sœur avait été diagnostiquée d’un cancer de l’ovaire quelques années plus tôt, elle décida de se renseigner davantage.

« Dès que j’ai appelé au numéro indiqué, on m’a donné un rendez-vous et j’ai été prise en charge par l’équipe médicale du projet. L’équipe a été efficace et rassurante durant tout le processus, explique Francine. On m’a diagnostiqué un cancer et j’ai commencé les traitements rapidement. Si je n’avais pas entendu parler du dépistage précoce, j’aurais simplement continué mon petit bout de chemin sans me douter que j’avais un cancer. »

Des années de recherche ont permis de comprendre que le cancer de l’ovaire débute les trois quarts du temps dans les trompes de Fallope et qu’un examen de routine chez un



Quelques membres de l’équipe du projet DOvEE. De gauche à droite : Dr Kris Jardon, Dre Lucy Gilbert, responsable du projet DOvEE et directrice de la Division d’oncologie gynécologique du CUSM, Dre Jing Feng et Joëlle Malek, infirmière responsable du projet DOvEE.

A few members of the DOvEE project team. From left to right, Dr. Kris Jardon, Dr. Lucy Gilbert, chief of Gynecology-Oncology at the MUHC and director of the project, Dr. Jing Feng, and Joëlle Malek, nurse manager of DOvEE.

I am convinced that the DOvEE project saved my life," says Francine Page-Charron, who had her ovarian cancer detected just in time. Created in 2008 at the McGill University Health Centre (MUHC), the DOvEE project is a clinical study focused on early-stage diagnosis of ovarian cancer, a cancer that affects women. Sometimes called the silent cancer, it is often diagnosed late in its development because its symptoms, perceived as minor, are often ignored by patients. Early diagnosis increases the chances of survival and decreases the need to rely on aggressive treatments.

DOvEE, the only project of its kind, worldwide

One morning in Ottawa, while Francine Page-Charron was watching the news, she heard about the DOvEE project. She paid attention to the story even though she didn't have any of the symptoms mentioned and had just had her regular check-up with her gynecologist. Since her sister had been diagnosed with ovarian cancer several years earlier, she decided to find out more.

"As soon as I called the number, I was given an appointment and the project's medical team were on the case. The team was efficient and reassuring throughout the process," explains Francine. "They diagnosed me as having cancer and I started the treatments very quickly. If I hadn't heard about early screening, I would have most likely just gone about my regular routine without ever suspecting that I had cancer."

Years of research have shown that ovarian cancer begins in the fallopian tubes three quarters of the time and that a routine gynecological exam might not detect it early enough. In 70 per cent of cases, by the time it is detected, ►

Quelques chiffres

Some facts

1/72

Proportion de femmes qui sont touchées par le cancer de l’ovaire au Canada.

Women in Canada are affected by ovarian cancer.

10-30 %

Taux de survie à un cancer de l’ovaire diagnostiqué tard.

Survival rate when ovarian cancer is diagnosed late.

93 %

Taux de survie à un cancer de l’ovaire diagnostiqué tôt.

Survival rate when ovarian cancer is diagnosed early.

► gynécologue pourrait ne pas le détecter assez tôt. Dans 70 % des cas, lorsque le cancer est détecté, il s’est déjà répandu aux organes pelviens, à la couche de gras qui recouvre l’abdomen et à la paroi de l’abdomen. Parfois, il peut déjà toucher le foie et les poumons. Son traitement devient alors compliqué.

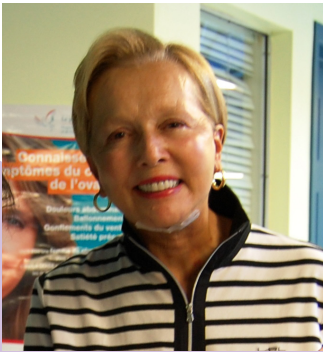
« La très grande majorité des femmes touchées seront diagnostiquées à un stade avancé, réduisant ainsi leurs chances de survie à trois ans. Elles devront subir une chirurgie importante et de la chimiothérapie. Toutefois, lorsque ce cancer est diagnostiqué tôt, le taux de survie est trois fois plus élevé » précise Dr Kris Jardon, gynécologue-oncologue au CUSM et membre du projet DOvEE. Voilà toute la force et l’importance de ce projet unique au monde : détecter le cancer très tôt, avant qu’il ait commencé à se propager.

« Nous savons qu’en offrant un accès rapide à des soins de proximité, nous pourrions sauver des vies. Il est important que la population connaisse l’existence de ce service », affirme Joëlle Malek, infirmière au CUSM et responsable du projet DOvEE.

Suis-je admissible au projet DOvEE?

Toutes les femmes de 50 ans et plus, croyant avoir au moins un des symptômes du cancer de l’ovaire (sensation de ne plus avoir faim rapidement, ballonnements et gonflements du ventre, douleurs abdominales, écoulements ou saignements vaginaux, des envies fréquentes d’uriner), sont invitées à contacter l’équipe DOvEE pour obtenir un rendez-vous. Sur place, l’équipe médicale pourra effectuer les tests nécessaires.

« Notre objectif est d’augmenter le taux de survie en favorisant un diagnostic précoce, c’est pourquoi nous invitons les femmes à nous contacter, dit Dre Lucy Gilbert, responsable du projet DOvEE. Le rendez-vous ainsi que tous les examens sont entièrement couverts par la RAMQ. » ■



« Si je n’avais pas entendu parler du projet the DOvEE, j’aurais simplement continué mon petit bout de chemin sans me douter que j’avais un cancer. » – Francine Page-Charron.

“If I hadn’t heard about DOvEE project, I would have most likely just gone about my regular routine without ever suspecting that I had cancer.” – Francine Page-Charron.



Cliniques participant au projet DOvEE

Pour prendre un rendez-vous dans l’une de ces cliniques, veuillez appeler au numéro général 1-866-716-3267 (sans frais) ou au 514-934-1934, poste 44482

DOvEE project participating clinics

To make an appointment with one of the clinics, call 1-866-716-3267 (toll-free) or 514-934-1934, extension 44482.

Place des aînés (nouveau / new!)
435 Boul. Curé-Labelle
Laval, QC, H7V 2S8

Clinique médicale du Haut-Anjou
7500 Boul. des Galeries d’Anjou
Anjou, QC, H1M 3M4

Clinique familiale Pas-à-pas
3650, Boul. Henri-Bourassa Est
Montréal-Nord, QC, H1H 1J6

Clinique médicale Le Plein Ciel
475 Boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent, QC, H4L 1X7

Hôpital de Lachine
650, 16^e Avenue
Lachine, QC, H8S 3N5

Clinique de la Dre Louise Quintal
544 Ave. Notre-Dame
Saint-Lambert, QC, J4P 2K7

www.mcgill.ca/dovee/fr
www.mcgill.ca/dovee/

Conseil d’administration

Faits saillants - Réunion du 14 juin 2016

Board of Directors

Highlights - June 14, 2016 meeting

Afin de tenir la communauté informée de ses décisions, le conseil d’administration (C.A.) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) fait état des dernières résolutions adoptées. Voici un compte-rendu des décisions prises lors de la réunion du 14 juin 2016.

In order to keep the community apprised of its decisions, our Board of Directors of the McGill University Health Centre (MUHC) regularly reports on resolutions that it has passed. The items below relate to decisions taken at the June 14, 2016 meeting.

Tableau 1 / Table 1

Bienfaiteur / Benefactor: The Pathy Family Foundation	
Proposition de dénomination / Naming proposal: <i>The Pathy Family Foundation</i>	
La salle d'attente du laboratoire vasculaire située au 1 ^{er} étage du Bloc C au site Glen.	The waiting room of the Vascular Laboratory situated on the first floor of Block C at the Glen site.
Bienfaiteur / Benefactor: Mel Hoppenheim Family Foundation	
Proposition de dénomination / Naming proposal: <i>Mel Hoppenheim Family Foundation</i>	
L'aire neurodiagnostique pédiatrique située au 2 ^e étage du Bloc B au site Glen.	The Pediatric Neurodiagnostics area situated on the second floor of Block B at the Glen site.
Bienfaiteur / Benefactor: Robert B. Winsor	
Proposition de dénomination / Naming proposal: <i>Susan E. Winsor and Robert B. Winsor</i>	
Une chambre de patient située à l'Hôpital général de Montréal, la salle de conférence de l'Unité de soins intensifs située au 3 ^e étage du Bloc D et une plaque de reconnaissance près du système 3Men-sioVascular situé au 1 ^{er} étage du Bloc C au site Glen.	One single patient room situated at the Montreal General Hospital, the conference room of the Intensive Care Unit situated on the third floor of Block D and a recognition plaque near the 3Men-sioVascular System located on the 1st floor of Block C at the Glen site.

- Le C.A. a approuvé :**
- les règlements du CUSM no 1, 2 et 3;
 - les règles départementales pour la division d’obstétrique du CUSM;
 - le règlement de régie interne du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) du CUSM;
 - le rapport financier annuel AS-471 du CUSM pour l’exercice terminé le 31 mars 2016 pour présentation au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
 - le budget détaillé Établissements publics 2016-2017 (RR-446) et la demande à la haute direction du CUSM de poursuivre ses démarches visant à trouver les moyens pour combler l’écart budgétaire, de discuter des écarts et des options possibles avec le MSSS, et de faire un suivi de la situation financière aux deux mois;
 - le budget de 22,5M\$ du PCEM, dont il considère l’importance dans le support de la maintenance de nos actifs et établissements;
 - l’entente de gestion et d’imputabilité 2016-2017 du CUSM;
 - la vente au comptant des immeubles suivants, sujette à l’obtention des autorisations préalables gouvernementales, sans aucune garantie, ni légale, ni conventionnelle, sur une base « tel quel » et entièrement « aux risques et périls » des acheteurs :
 - l’ancien site de l’Hôpital de Montréal pour enfants, rue Tupper;
 - les bâtisses de l’ancien site de l’Institut thoracique de Montréal, sises au 3650 et 3676, rue Saint-Urbain.
 - la désignation de certaines zones du CUSM en reconnaissance de la contribution de bienfaiteurs à la campagne *Les meilleurs soins pour la vie* (voir tableau 1)
- Sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le C.A. a approuvé :**
- la nomination de Dr Greg Berry à titre de chef du Département de chirurgie orthopédique du CUSM, effective depuis le 1^{er} juin 2016 pour un terme de quatre ans.
- Sur recommandation du directeur du Centre d’éthique appliqué du CUSM, le C.A. a approuvé :**
- le renouvellement des membres du comité d’éthique de la recherche du CUSM (voir tableau 2).

- The Board of Directors approved:**
- The MUHC By-Laws no’s 1, 2 and 3;
 - The Departmental Regulations for the MUHC Division of Obstetrics;
 - The internal By-Laws of the MUHC’s Council of Nurses (CII);
 - The MUHC’s annual financial report AS-471 for the fiscal year that ended on March 31, 2016 for presentation to the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
 - The detailed Budget for Public Establishments 2016-2017 (RR-446) and asks that the MUHC’s senior management continue its efforts to find ways to bridge the budgetary gap, to discuss differences and explore possible options with the MSSS and to follow-up on the financial situation every two months;
 - The \$22.5 million PCEM budget and underlines its importance in maintaining our assets and institutions;
 - The MUHC’s 2016-2017 agreement on management and accountability;
 - Subject to prior governmental authorizations, the cash sale of the following buildings, with no guarantee either legal or conventional on an "as is" and "at the buyer's risk" basis:
 - the site of the old Montreal Children's Hospital, Tupper street
 - The buildings comprising the old Montreal Chest Institute located at 3650 and 3676 St. Urban Street
 - The naming of certain areas at the MUHC in recognition of benefactors contribution to the development of the facility through the *Best Care for Life Campaign* (see Table 1).
- On recommendation from the Council of Physicians, Dentists and Pharmacists, the Board approved:**
- The appointment of Dr. Greg Berry as MUHC Chief Department of Orthopedic Surgery, effective June 1, 2016 for a four-year term.
- On recommendation from the Director of the Centre for Applied Ethics of the MUHC, the Board approved:**
- The re-appointment of the members of the Research Ethics Board of the MUHC (see Table 2).

Tableau 2 / Table 2

Nom / Name	Qualifications	Expertise	Affiliation	Terme / Term
Sarah Azzarello	MA	Communauté / Community	Non-personnel / Non-staff	2016-06-14 – 2018-06-14
Pierre-Luc Bernier	MD, MPH, FRCSC	Science	Personnel / Staff	2016-06-14 – 2019-06-14
Charles Collin	MsPharm, BA	Science	Personnel / Staff	2016-06-14 – 2018-06-14
Cecilia Costiniuk	BScPharm, MD, MSc, FRCPC	Science	Personnel / Staff	2016-06-14 – 2019-06-14
Gabriel Gazze	BPharm	Science	Personnel / Staff	2016-06-14 – 2019-06-14
Tony Joseph	BA	Communauté / Community	Non-personnel / Non-staff	2016-06-14 – 2018-06-14
Ariane Mallette	LL.B., B.C.L.	Légal/Legal	Non-personnel / Non-staff	2016-06-14 – 2019-06-14
Marise Peterlini	Msc, BPharm	Science	Personnel / Staff	2016-06-14 – 2018-06-14
Shahad Salman	LL.B, J.D., LL.M	Légal/Legal	Non-personnel / Non-staff	2016-06-14 – 2018-06-14

GRANDIR DANS L'ADVERSITÉ ART OF ADVERSITY

**JEUDI
29 SEPTEMBRE 2016**

THURSDAY, SEPTEMBER 29

Site Glen

1001, boul. Décarie

Centre du cancer des Cèdres

Cedars Cancer Centre

DS1.1427

1 - 4

Création d'art ouvert à tous

Open art-making for all

5 à 7

Vernissage

Opening Reception

7 - 8

Création d'art ouvert à tous

Open art-making for all

**NOUS, ENSEMBLE
à TRAVERS L'ART**

**US, CONNECTING
THROUGH ART**

cusm.ca muhc.ca
artcanheal@gmail.com

