

RAPPORT  
de la  
COMMISSION D'ENQUETE  
sur  
L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE

R A P P O R T

DE LA

COMMISSION D'ENQUETE

SUR

L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE

---

Président: Juge Jacques Trahan

Commissaires: Paul Bourgeois, m.d.

Edouard D. Gagnon, m.d.

Réal Dubord, c.a.

Jean-Claude Deschênes, M.A.

Procureur: Me Gilles Filion, c.r.

Greffier: Roger Hétu

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
I- <u>PREAMBULE</u> .....	1
II- <u>ARRETES EN CONSEIL</u> .....	5
III- <u>LISTE DES PROCUREURS</u> .....	16
IV- <u>TRAVAUX DE LA COMMISSION ET REMERCIEMENTS</u> .....	17
V- <u>DATE DES SEANCES ET NOMS DES TEMOINS</u> .....	20
VI- <u>LISTE DES EXHIBITS PRODUITS DEVANT LA COMMISSION</u> .....	33
VII- <u>L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE:</u>	
<u>CHAPITRE PREMIER:</u>	
<u>L'HISTORIQUE:</u> a) Les origines et le développement.....	47
b) Les problèmes d'organisation matérielle.....	64
c) La conférence de presse.....	71
d) Le mémoire de l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne)	79
<u>CHAPITRE DEUXIEME:</u>	
<u>L'ADMINISTRATION:</u>	
a) Le conseil d'administration.....	99
b) La direction générale.....	105
c) La direction médicale.....	110
d) La direction des finances.....	115
e) La direction du personnel.....	123
f) Le bureau de santé du personnel.....	127
g) Le service des achats.....	131
h) Les contrats:	
1- Le contrat de location de télévisions	138
2- Le bail du restaurant.....	142
<u>CHAPITRE TROISIEME:</u>	
<u>LE MINISTERE DE LA SANTE ET L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE...</u>	143
<u>CHAPITRE QUATRIEME:</u>	
<u>L'ORGANISATION MEDICALE:</u>	
a) L'analyse des statuts et règlements du conseil des médecins.....	157
b) Le conseil des médecins et ses comités..	163
c) L'analyse des dossiers médicaux.....	182
d) <u>Le personnel médical:</u>	
1- Les contrats des chefs de services médicaux.....	201
2- Le différend Huot-Renzi.....	212
3- L'organisation des services et des départements médicaux.....	224
<u>CHAPITRE CINQUIEME:</u>	
<u>LES SOINS INFIRMIERS</u> .....	256
VIII- <u>CONCLUSIONS</u> .....	265
IX- <u>RECOMMANDATIONS</u> .....	274
Annexe A: Exhibit C-13.	
Annexe B: Arrêtés en conseil (historique). Bail location. Liste des travaux non complétés à la date du 26 octobre 1965.	

I- PREAMBULE

Le 10 octobre 1968, Madame Laurette Larouche, directrice du service des soins infirmiers, à l'Hôpital Charles Lemoyne, en réunion avec son "comité exécutif", discutait de certains griefs et préparait un mémoire-questionnaire (exhibit C-12) à l'intention de l'Administration.

Dans ce mémoire, le "comité exécutif" menaçait l'administration de tenir des journées d'études dans les sept (7) jours à moins de recevoir une réponse avant ce temps.

Le 11 octobre, Madame Larouche et ses collaboratrices, au nombre de huit (8), rencontraient le président du conseil d'administration de l'hôpital, Monsieur Antoine Spickler et le directeur général, monsieur Gérard Lanoue, pour obtenir des réponses au mémoire-questionnaire.

Le compte rendu de cette réunion, d'une durée de plus de onze (11) heures, tel que rédigé par les infirmières du "comité exécutif", reflète leurs inquiétudes relativement à l'organisation générale et médicale de l'hôpital, tel qu'en fait foi l'exhibit C-13 déposé comme annexe A du présent rapport.

On peut aussi y lire que le délai fut retardé du 17 au 25 octobre 1968.

Le 16 octobre, une lettre signée par quinze (15) hospitalières et surveillantes, adressée à Madame Larouche, appuyait sur tous les points la position

prise par le "comité exécutif" des soins infirmiers à l'assemblée du 10 octobre. (Exhibit C-12).

La fin de semaine du 25 octobre 1968, madame Larouche convoquait une conférence de presse pour lundi le 27 octobre 1968.

Lors de sa conférence de presse, tenue à l'hôpital même, elle traitait de quelques-uns des sujets discutés avec messieurs Spickler et Lanoue, mais débordait le cadre de l'assemblée du 11 octobre en critiquant plusieurs autres points tels: l'assistance en chirurgie, la suite de la cheminée, etc..

A la suite de cette conférence de presse, l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne) tenait quelques réunions avec le conseiller technique de la C.S.N. pour préparer un mémoire.

Le 7 novembre 1968, l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne) affiliée à la Fédération Nationale des Services de la C.S.N. demandait au gouvernement du Québec, par l'intermédiaire du Ministre de la Santé:

- 10- D'ordonner une enquête publique sur l'administration et la pratique médicale à l'Hôpital Charles Lemoyne de Greenfield Park, en vertu de l'article 16 de la Loi des Hôpitaux;
- 20- Que soient étudiées, au cours de cette enquête, les circonstances qui ont amené madame Larouche, directrice des soins infirmiers, à faire publiquement ses déclarations;
- 30- De suspendre les pouvoirs du conseil d'adminis-

tration et de nommer d'urgence un administrateur spécial en vertu de l'article 17 de la Loi des Hôpitaux.

Le 8 novembre, le Ministre de la Santé, après convocation, rencontrait à ses bureaux de Québec, le conseil d'administration de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Le 9 novembre, l'Exécutif du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec décrétait la tenue d'une enquête sur la pratique médicale à l'Hôpital Charles Lemoyne en vertu de la Loi Médicale de la Province de Québec.

Le 10 novembre, le comité Exécutif du Conseil des Médecins de l'hôpital adressait un télégramme au Collège des Médecins de la Province de Québec demandant une enquête sur l'acte médical et en même temps envoyait un autre télégramme au Ministre de la Santé demandant son appui auprès du Collège pour la tenue de cette enquête.

Le 11 novembre, monsieur Paul-Emile Dalpé, vice-président général de la C.S.N., adressait un télégramme au Ministre de la Santé insistant pour que le Ministre ordonne une enquête publique en vertu de la Loi des Hôpitaux, spécifiant: "Bien entendu, le huis clos pourrait être décrété lorsque le ou les enquêteurs jugeraient la chose nécessaire".

Le 13 novembre, par l'arrêté en conseil numéro 3681, le Juge Jacques Trahan fut chargé de faire enquête sur l'administration, tant du point de vue strictement administratif que du point de vue médical, à l'Hôpital Charles Lemoyne, et ce, depuis l'ouverture de l'hôpital jusqu'à ce jour.

Le 15 novembre, le Juge Jacques Trahan se rendait à l'Hôpital Charles Lemoyne pour rencontrer les autorités et mettre l'enquête en marche. Il déclarait que devant l'ampleur du mandat qui lui était confié, il demanderait de s'adjoindre des experts.

Le 25 novembre, le Juge Trahan présidait la première séance publique assisté de monsieur Jean-Claude Deschênes et des docteurs Paul Bourgeois et Edouard D. Gagnon, à titre d'experts.

Le 27 novembre, l'arrêté en conseil numéro 3833 nommait monsieur Réal Dubord, monsieur Jean-Claude Deschênes, le docteur Paul Bourgeois et le docteur Edouard D. Gagnon, adjoints au Juge Jacques Trahan pour faire enquête sur toute matière se rapportant à l'administration et au fonctionnement de l'Hôpital Charles Lemoyne depuis le début de la construction jusqu'à ce jour, de même que sur l'acte médical et les actes médicaux à cet hôpital pour la même période.

Le 9 décembre, un nouvel arrêté en conseil portant le numéro 3959 modifiait l'arrêté précédent en retranchant dans le premier alinéa du dispositif les mots suivants:

"de même que sur l'acte médical et les actes médicaux à cet hôpital pour la même période".

II- ARRETES EN CONSEIL

- 1- Arrêté en conseil numéro 3681 en date du 13 novembre 1968
- 2- Arrêté en conseil numéro 3833 en date du 27 novembre 1968
- 3- Arrêté en conseil numéro 3959 en date du 9 décembre 1968
- 4- Arrêté en conseil numéro 368 en date du 14 février 1969
- 5- Arrêté en conseil numéro 858 en date du 26 mars 1969
- 6- Arrêté en conseil numéro 1398 en date du 7 mai 1969
- 7- Arrêté en conseil numéro 2053 en date du 10 juillet 1969

Lettres adressées au Juge Jacques Trahan en date du  
1er et du 6 mai 1969 se rapportant à l'arrêté en  
conseil numéro 858 en date du 26 mars 1969 concernant  
la rémunération des Commissaires, etc...

ARRETE EN CONSEIL

CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 3681

Québec, 13 nov. 1968.

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT une enquête à l'Hôpital  
Charles Lemoyne

0000 - 0000

ATTENDU que l'article 16 de la Loi des Hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164) décrète que le lieutenant-gouverneur en conseil peut charger une personne qu'il désigne de faire enquête sur quelque manière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement d'un hôpital;

ATTENDU que certains faits concernant l'administration de l'Hôpital Charles Lemoyne tant du point de vue strictement administratif que du point de vue médical ont été portés à l'attention du ministre de la Santé;

ATTENDU qu'il y a lieu qu'une enquête se fasse pour éclaircir la situation qui prévaut à cet Hôpital;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition du ministre de la Santé:

QUE, sous l'autorité de l'article 16 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164), monsieur le Juge Jacques Trahan, soit chargé de faire enquête sur l'administration tant du point de vue strictement administratif que du point de vue médical à l'Hôpital Charles Lemoyne, et ce depuis l'ouverture de l'hôpital jusqu'à ce jour;

QUE monsieur le Juge Jacques Trahan, soit tenu de faire rapport dans un délai de 90 jours.

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT

ARRETE EN CONSEIL

CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 3833

27 Nov 1968

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT une enquête à l'Hôpital Charles  
Lemoine

-----00000-----

ATTENDU QUE le 13 novembre 1968, l'arrêté en conseil numéro 3681 chargeait monsieur le Juge Jacques Trahan sous l'autorité de l'article 16 de la Loi des Hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164) de faire enquête sur l'administration tant du point de vue strictement administratif que du point de vue médical à l'Hôpital Charles Lemoine et ce, depuis l'ouverture jusqu'à ce jour, ledit Juge Trahan devant faire rapport dans un délai de 90 jours;

ATTENDU QUE monsieur le Juge Jacques Trahan en sa qualité d'enquêteur a rencontré les parties intéressées le 15 novembre 1968, à 2.30 p.m., pour mettre en marche ladite enquête;

ATTENDU QUE, de fait, la première réunion de la Commission d'enquête a eu lieu, le 25 novembre 1968, alors qu'étaient présents le Juge Jacques Trahan, monsieur Jean Claude Deschênes et messieurs les docteurs Edouard Gagnon et Paul Bourgeois à titre d'experts;

ATTENDU QU'après une étude sommaire du dossier et des rencontres avec les parties, monsieur le Juge Trahan croit que la composition de la Commission d'enquête doit être modifiée pour comprendre en plus de lui-même, des experts de grande compétence;

ATTENDU QUE monsieur le juge Trahan croit aussi que l'enquête doit se faire sur la période allant du début de la construction jusqu'à ce jour.

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition du Ministre de la Santé:

QUE, sous l'autorité de l'article 16 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164), monsieur Réal Dubord, monsieur Jean-Claude Deschênes, le docteur Paul Bourgeois et le docteur Edouard Gagnon soient adjoints au juge Jacques Trahan pour faire enquête sur toute matière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement de l'hôpital Charles Lemoine depuis le début de la construction jusqu'à ce jour, de même que sur l'acte médical et les actes médicaux à cet hôpital pour la même période;

QUE les personnes susdites puissent se faire assister par tout expert, conseil, procureur, sténographe et commis qu'ils jugeront à propos;

QUE les membres de la commission fassent rapport dans un délai de 90 jours;

QUE le présent arrêté en conseil modifie l'arrêté en conseil numéro 3681, du 13 novembre 1968.

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT

Nouvel Ordre en conseil portant le numéro 3950, daté du 9 décembre 1968.

ARRETE EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 3959

9 décembre 1968.

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT l'arrêté en conseil  
numéro 3833 du 27 novembre 1968  
relatif à une enquête à l'Hôpital  
Charles Lemoyne.

ATTENDU QU'en vertu de l'arrêté en conseil numéro 3833 du 27 novembre 1968, modifiant l'arrêté en conseil numéro 3681 du 13 novembre 1968, monsieur le Juge Jacques Trahan, monsieur Réal Dubord, monsieur Jean-Claude Deschênes, le docteur Paul Bourgeois et le docteur Edouard Gagnon ont été chargés de faire enquête sur toute matière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement de l'Hôpital Charles Lemoyne depuis le début de la construction jusqu'à ce jour, de même que sur l'acte médical et les actes médicaux à cet hôpital pour la même période;

ATTENDU QU'il y a lieu de modifier ledit arrêté en conseil numéro 3833 du 27 novembre 1968;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition du ministre de la Santé:

QUE l'arrêté en conseil numéro 3833 du 27 novembre 1968 soit modifié en retranchant, dans le 1er alinéa du dispositif, les mots "de même que sur l'acte médical et les actes médicaux à cet hôpital pour la même période".

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT

Numéro 368

14 Février 1969

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT les arrêtés en conseil numéros 3833 du 27 novembre 1968, 3959 du 9 décembre 1968 et 3681 du 13 novembre 1968 relatifs à une enquête à l'Hôpital Charles Lemoyne.

ATTENDU QU'en vertu des arrêtés en conseil précités, monsieur le Juge Jacques Trahan, monsieur Réal Dubord, monsieur Jean-Claude Deschênes, le docteur Paul Bourgeois et le docteur Edouard Gagnon ont été chargés de faire enquête sur toute matière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement de l'Hôpital Charles Lemoyne, depuis le début de la construction jusqu'à ce jour;

ATTENDU QUE les membres de la Commission d'enquête devaient faire rapport dans un délai de 90 jours;

ATTENDU QU'il y a lieu, vu l'envergure de cette enquête, d'accorder aux membres de la Commission un délai supplémentaire de 90 jours, à compter du 10 février 1969;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la recommandation du ministre de la Santé:

QU'un délai additionnel de 90 jours à compter du 10 février 1969 soit accordé aux membres de la Commission mentionnée ci-dessus pour leur permettre de faire rapport.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif

*Jacques Prévost*

CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 858

26 MAR 1969

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT la rémunération des commissaires, du secrétaire et du personnel et la limite des frais de la commission d'enquête relative à l'Hôpital Charles Lemoyne.

IL EST ORDONNE, sur la proposition du ministre de la Santé:

QUE, sous l'autorité de la Loi des hôpitaux et de la Loi des commissions d'enquête (S.R.Q. 1964, chapitres 11 et 164) la rémunération des commissaires et du procureur de la Commission d'enquête relative à l'Hôpital Charles Lemoyne instituée en vertu des arrêtés en conseil 3681 du 13 novembre 1968 et 3833 du 27 novembre 1968, soit fixée à \$30.00 pour chaque heure ouvrée;

QUE, dans le cas du commissaire Edouard D. Gagnon, n.d., une indemnité additionnelle de \$100.00 par jour lui soit versée pour perte de clientèle mais que cette indemnité ne soit payée que pour travail de jour;

QUE dans le cas des commissaires Réal Dubord et Jean-Claude Deschênes, déjà à l'emploi d'un établissement subventionné par le gouvernement, leur rémunération ne devra pas constituer un double paiement total ou partiel;

QUE les frais de transport et de repas encourus par les membres et les employés de la Commission leur soient remboursés

QU'une allocation de \$35.00 par jour soit payée aux commissaires pour leurs frais de séjour en dehors de la ville de Montréal en plus de leurs frais de transport;

QUE la rémunération du ou des sténographes attachés à la commission soit fixée à \$1.50 pour chaque page originale de transcription ainsi qu'à \$0.30 la page pour les autres copies;

QUE la limite des frais de ladite commission d'enquête soit fixée à \$100,000.00;

QUE la rémunération du secrétaire-greffier de la Commission soit fixée à \$45.00 par séance incluant ses déboursés.

QUE les sommes requises pour effectuer ces paiements soient payées à même l'article 216 du budget du ministère de la Santé pour les années 1968-69 et 1969-70.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif

*Joseph P. Proulx*

ARRÊTÉ EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro 1398

7 MAI 1969

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT la commission  
d'enquête relative à l'hôpital  
Charles Lemoyne.

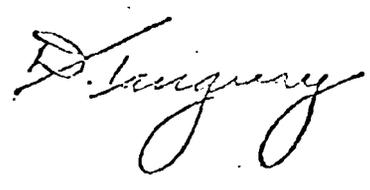
ATTENDU QU'en vertu de l'arrêté en conseil numé-  
368 du 14 février 1969, un délai additionnel de 90 jours à compter  
10 février 1969 a été accordé aux membres de la commission chargée  
le lieutenant-gouverneur en conseil de faire enquête sur l'adminis-  
tration et le fonctionnement de l'Hôpital Charles Lemoyne, pour leur  
mettre de faire rapport;

ATTENDU QU'il y a lieu de prolonger jusqu'au 13  
juillet le mandat accordé à la commission;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposi-  
tion du ministre de la Santé:

QUE le délai pour faire rapport accordé aux mem-  
bres de la commission chargée de faire enquête sur l'administration et  
le fonctionnement de l'Hôpital Charles Lemoyne soit prolongé jusqu'au  
13 juillet 1969.

Copie conforme  
Le Greffier suppléant  
du Conseil exécutif



ARRÊTÉ EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

- 13 -

Numéro

2053

10 JUL 1969

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT la commission d'enquête relative  
à l'Hôpital Charles Lemoyne.

---000---

ATTENDU QU'en vertu de l'arrêté en conseil  
numéro 1398 du 7 mai 1969 le délai accordé à la commis-  
sion d'enquête relative à l'Hôpital Charles Lemoyne pour  
lui permettre de faire rapport a été prolongé jusqu'au 13  
juillet 1969;

ATTENDU QU'il y a lieu d'accorder à ladite  
commission un nouveau délai soit jusqu'au 1er août 1969;

IL EST ACCORDE en conséquence sur la propo-  
sition du ministre de la Santé:

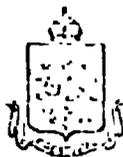
QUE le délai pour faire rapport accordé à la  
commission d'enquête relative à l'Hôpital Charles Lemoyne  
soit prolongé jusqu'au 1er août 1969.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif

*Jacques Tremont,*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ



*Hôtel du Gouvernement, Québec*

Québec, le 1er mai 1969.

Monsieur le Juge Jacques Trahan,  
Cabinet du Juge,  
Cour des Sessions de la Paix,  
100 rue Notre-Dame est,  
Montréal, P.Q.

SUJET: Commission d'enquête relative  
à l'hôpital Charles Lemoine.

Monsieur le Juge,

Pour faire suite à votre lettre du 28 avril 1969, je désire confirmer qu'il ne vous a été payé, et qu'il ne vous sera payé, aucun émoluments pour le travail que vous avez fait, et que vous ferez, en tant que commissaire-président de la Commission d'enquête relative à l'hôpital Charles Lemoine.

Seuls vos frais de séjour et de transport vous ont été remboursés soit un montant de \$193.75, à date. En somme, nous appliquons l'entente prise lors de l'enquête à l'hôpital St-Louis de Windsor.

Veillez agréer, monsieur le Juge, l'expression de mes meilleurs sentiments.

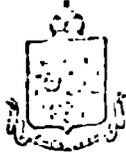
Votre tout dévoué,

Le Directeur de la comptabilité

GERARD GAGNON

GG/nb

Copie à Me Dominique Vézina.



*Hôtel du Gouvernement, Québec*

Québec, le 6 mai 1969.

Monsieur le Juge Jacques Trahan  
Cabinet du Juge  
Cour des Sessions de la Paix  
100 rue Notre-Dame Est  
Montréal  
Québec

Sujet: Commission d'enquête relative à  
l'hôpital Charles Lemoyne.

Monsieur le Juge,

J'accuse réception de votre lettre du 28 avril 1969 concernant la commission d'enquête mentionnée ci-dessus. Veuillez croire que j'ai pris bonne note de son contenu.

Le directeur du service de la Comptabilité, monsieur Gérard Gagnon, m'a déclaré qu'il allait vous transmettre sans délai la lettre que vous désirez recevoir.

Veillez agréer, monsieur le Juge, l'expression de mes sentiments distingués.

Votre bien dévoué,

DOMINIQUE VEZINA, C.R.  
Conseiller juridique.

DV/AS

III- LISTE DES PROCUREURS

ONT COMPARU:

Me René Beaudry pour le docteur Lorne Cassidy;

Me François Chapados pour la Fédération des Omnipraticiens  
du Québec;

Me Jean-Paul Dansereau pour la Corporation de l'Hôpital  
Charles Lemoyne;

Me Roger David pour la Fédération des Médecins spécialistes  
de la Province de Québec;

Me Michel Desmarais pour monsieur Antoine Desmarais;

Me Marin Dion pour le Collège des Médecins et Chirugiens  
de la Province de Québec;

Me Gilles Fillion pour la Commission;

Me Denis Gagnon pour le Syndicat des Employés de l'Hôpital  
Charles Lemoyne;

Me Gabriel Lapointe pour le Conseil des Médecins de l'Hôpital  
Charles Lemoyne;

Me Ghislain Laroche pour l'Alliance des Infirmières (Section  
Charles Lemoyne);

Me Jacques Laurin pour les docteurs Nélio Renzi et Gildo Renzi;

Me René Letarte, Québec, pour le Ministre de la Santé;

Me Jacques Morency, Québec, conseiller juridique du Ministère  
de la Santé;

Me Claude Poulin pour madame Laurette Larouche;

Me Gaston Pouliot, conseiller juridique du Collège des Médecins  
et Chirugiens de la Province de Québec;

Me Michel Robert pour le Syndicat de l'Alliance des Infirmières  
(Section Charles Lemoyne);

Me Roger Thibodeau, Québec, pour la Confédération des  
Syndicats Nationaux.

IV - TRAVAUX DE LA COMMISSION  
ET REMERCIEMENTS

Le 25 novembre 1968, à dix-huit heures trente, dans l'auditorium de l'Hôpital Charles Lemoyne, le président ouvrait la première séance publique de la Commission. Il demandait au procureur de la Commission, Me Gilles Fillion, C.R. de coter comme exhibits les documents qu'il avait demandés à sa première visite, soit les procès-verbaux de la corporation, du conseil d'administration, du conseil des médecins, de l'exécutif du conseil des médecins, etc.

Il informait également l'assemblée que le huis clos serait décidé lorsque jugé nécessaire dans l'intérêt des malades.

La Commission, par son procureur, demanda que tous les dossiers des malades de l'hôpital soient produits en liasse comme exhibit C-8 et laissés aux archives.

De plus, la Commission demanda à l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne) d'identifier les dossiers des malades commentés dans son mémoire du 7 novembre 1968 adressé au Ministre de la Santé. (Exhibit C-9).

A la suite de la production des nombreux exhibits mentionnés ci-dessus, la séance fut ajournée afin de permettre aux commissaires et aux parties intéressées de faire une visite de l'hôpital.

Subséquentement, le 2 décembre 1968, Me Ghislain Laroche, procureur de l'Alliance des Infirmières, identifiait les dossiers, tel que requis, et demandait que ces dossiers soient mis sous scellé, ce qui fut fait.

Les séances d'enquête se sont déroulées à compter de dix-huit heures trente. Commencées le 25 novembre 1968, elles se sont terminées le 8 mai 1969 après vingt-six (26) séances publiques et quatre (4) à huis clos. Les commissaires ont par la suite continué leur travail en délibéré pour préparer le présent rapport.

Du 25 novembre au 9 décembre, les commissaires ont pris connaissance d'un nombre considérable de documents ayant trait à l'Hôpital Charles Lemoyne, remis au Président, par le Ministre de la Santé, et produits comme exhibits C-172.

A l'ouverture et à plusieurs reprises durant l'enquête, le Président a invité le public à communiquer avec ou à venir témoigner devant la Commission. Une quinzaine de personnes se sont prévaluées de cette invitation et ont écrit à la Commission. De ce nombre, sept (7) se sont présentées devant la Commission.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les séances ont été tenues à 18 heures 30, et ce pour plusieurs raisons:

- 10- Le Président devait durant le jour s'acquitter de ses obligations à la cour des Sessions de la Paix où il siège;
- 20- Trois (3) des commissaires se seraient trouvés dans l'impossibilité d'accepter le mandat durant le jour;
- 30- Chaque séance nécessitant deux (2) et parfois trois (3) sténographes officiels, il eut été impossible d'obtenir les services de ces personnes qualifiées sans retarder le fonctionnement des cours de justice.

Une enquête sur le fonctionnement médical d'un hôpital ne peut s'appuyer sur les seuls renseignements recueillis au cours de dépositions. L'éventail des soins médicaux dispensés par l'Hôpital Charles Lemoyne, la qualité de ses soins et les procédures employées par les comités du conseil des médecins pour contrôler la qualité de ces mêmes soins, ont obligé la Commission à pousser plus loin ses recherches.

A ces fins, elle a dû examiner plus de cinq cent cinquante (550) dossiers de malades. (Cf. "Analyse des dossiers médicaux")

Informée d'une étude conduite par des enquêteurs nommés par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec en date du 9 novembre 1968, étude qui porte sur un échantillonnage de deux mille cinq cents (2500) dossiers de malades, la Commission n'a pas cru utile de pousser plus loin ses recherches en ce domaine. Toutefois, la Commission a cru de son devoir de référer au Collège des Médecins quarante (40) de ces dossiers qu'elle a jugé incomplets ou irréguliers.

#### REMERCIEMENTS

La Commission adresse ses plus sincères remerciements pour leur coopération au conseil d'administration et au personnel de l'Hôpital Charles Lemoyne. Aux nombreux procureurs, au public, aux journalistes et à toute autre personne qui, de près ou de loin, lui a facilité l'exécution de son mandat, la Commission exprime sa plus vive reconnaissance.

V- DATES DES SEANCES ET NOMS DES TEMOINS

25 novembre 1968 VOLUME 1 66 pages

La production de documents par monsieur Gérard Lanoue, directeur général. Les avocats se sont identifiés et ont donné les noms de leurs clients.

Sténo: Jean Mackay

-----

9 décembre 1968 VOLUME 2 194 pages

Les témoins: Gérard Lanoue, directeur général - page 12  
Madame Laurette Larouche, directrice du nursing - page 14  
Mlle Lucie Dagenais, conseiller technique à la C.S.N. page 183

Sténo: Jean Mackay

-----

10 décembre 1968 VOLUME 3 190 pages

Les témoins: Mme Laurette Larouche, directrice du nursing - page 9  
Monsieur Gérard Lanoue, directeur général - page 121

Sténo: Jean Riopel

-----

11 décembre 1968 VOLUME 4 160 pages

Le témoin: Docteur Clément Carter - page 7

Sténo: Thérèse Delamaro

-----

16 décembre 1968 VOLUME 5 176 pages

Les témoins: Lucie Dagenais, conseiller technique à la C.S.N. - p.8  
Jean Charbonneau, vérificateur au port de Montréal - p.11  
Lucien Bougie, examinateur - page 127  
Mme Lucien Pineau, employée à temps partiel au Miracle Mart - page 132  
Paul Dolan, sans travail - page 147  
Mme Gertrude Houle, ménagère - page 151  
Mlle Carmen Dupuis, infirmière, présidente de l'Alliance des Infirmières, section Charles Lemoyne - page 154

Sténo: Jean Mackay

-----

16 décembre 1968 VOLUME 6 22 pages

Le témoin: Mlle Lucie Dagenais prise à huis clos le 16 décembre 1968 - page 1

Sténo: Jean Mackay

-----

19 décembre 1968

VOLUME 7

149 pages

Les témoins: Garde Carmen Dupuis - page 19  
Docteur Clément Carter - page 87

Sténo: Thérèse Delamarche

-----

SEANCES A HUIS CLOS

7 Janvier 1969

VOLUMES 8- 9- 10- 11

260 pages

1ère PARTIE:

45 pages

Le témoin: Docteur Yves Larochelle, omnipraticien - page 29

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE:

72 pages

Les témoins: Docteur André St-Jean, Dentiste - page 2  
Docteur Jean Jemharion, Anesthésiste - page 32

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

73 pages

Les témoins: Dr Henri Vallée, chirurgien plastique - page 1  
Dr Claude Veilleux, médecine générale - page 18  
Colombe Perreault, garde-malade auxiliaire - page 22  
Danielle Rioux, infirmière - page 34  
Madeleine Bouliane, garde-malade auxiliaire - page 54

Sténo: Jean Mackay

4e PARTIE:

70 pages

Les témoins: Dr André Bélanger, médecine générale - page 2  
Dr Oguz Arihan, résident en orthopédie - page 12  
Jacqueline Matte, infirmière, mère de l'enfant - page  
France Hébert, infirmière licenciée - page 53  
Lise Perreault, infirmière - page 63

Sténo: Jean Riopel

---

8 janvier 1969

VOLUMES 12- 13- 14- 15- 16

279 pages

1ère PARTIE:

65 pages

Le témoin: Docteur Julien Venne, omnipraticien - page 2

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE:

104 pages

Les témoins: Hélène Goyette, garde auxiliaire licenciée - page 2  
Monique Arsenault, infirmière licenciée - page 27  
Marthe Jutras, infirmière licenciée - page 38  
Docteur Pierre Chalut, chirurgien - page 44

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE:

47 pages

Les témoins: Dr Pierre Leclerc, gynécologue-obstétricien - page 2  
Dr Jacques Rajotte, médecine générale - page 17  
Dr Lionel Roy, Chirurgien - page 29  
Madame Thérèse Maheu, Ass. hospitalière-infirmière -  
page 36  
Mme Jeannine Paré, infirmière licenciée - page 42

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE:

47 pages

Les témoins: Dr Jean Lanctot, médecine générale - page 105  
Nicole St-Germain, infirmière )  
Denise Michaud, infirmière ) page 118  
Hélène Goyette, auxiliaire )  
Dr Laurent Grenier, médecine générale - page 121  
Pauline Chouinard, garde-malade auxiliaire - page 129  
Dr Pierre Leclerc, gynécologue-obstétricien - page 139

Sténo: Thérèse Delamarche

5e PARTIE:

16 pages

Le témoin: Dr Pierre Leclerc, gynécologue-obstétricien - page 2

Sténo: Jean Riopel

9 janvier 1969

VOLUMES 17- 18- 19- 20- 21 250 pages

1ère PARTIE:

65 pages

Les témoins: Dr Pierre Leclerc, gynécologue-obstétricien - page 3  
Dr Jean-Marc Lepage, omnipraticien - page 21  
Dr Yvon Ménard, médecine générale - page 28  
Dr Claude Brossard, médecin-chirurgien - page 49

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE:

92 pages

Les témoins: Dr Claude Brossard - page 1  
Dr R. Cange, Cardiologue et médecin interne - page 36  
Dr Y. Breault, anesthésiste - page 59  
Garde M. Bouliane - page 73

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE:

44 pages

Le témoin: Dr Robert Gibeault, médecine générale - page 3

Sténo: Jean Mackay

4e PARTIE:

29 pages

Le témoin: Dr André Peltier, Neurochirurgien - page 93

Sténo: Thérèse Delamarche

5e PARTIE:

24 pages

Le témoin: Dr André Canakis, Chirurgien orthopédiste - page 1

Sténo: Jean Mackay

27 janvier 1969

VOLUMES 22- 23- 24- 25

284 pages

1ère PARTIE:

79 pages

Les témoins: Dr Charles-Aug. Messier, médecin chirurgien - page 1  
Dr Léo Sénécal, Pathologiste - page 66

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE:

104 pages

Les témoins: Dr Léo Sénécal, Pathologiste - page 2  
Dr Pierre Chalut, médecin chirurgien - page 8  
Hélène Goyette, garde malade auxiliaire - page 20  
Dr J. Louis Michon, médecine générale - page 32  
Dr Rolland Girard, médecine générale - page 61  
Dr Madeleine Rochette, Pédiatre - page 87

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE:

79 pages

Les témoins: Dr Madeleine Rochette - page 2  
Garde Angéline Lemieux - page 54

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE:

22 pages

Les témoins: Garde Angéline Lemieux - page 3  
Claudette Nadon, étudiante garde-malade auxiliaire - p

Sténo: Thérèse Delamarche

FIN DES SEANCES A HUIS CLOS

28 janvier 1969

VOLUMES 26- 27- 28- 29

227 pages

1ère PARTIE:

65 pages

Le témoin: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 1

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE

62 pages

Le témoin: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 2

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

62 pages

Les témoins: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 1  
Dr Guy Bonenfant, Président du Bureau médical - page 3

Sténo: Jean Mackay

4e PARTIE:

38 pages

Le témoin: Dr Guy Bonenfant, Président du Bureau médical - page 2

Sténo: Jean Riopel

29 janvier 1969 VOLUMES 30- 31- 32- 33 224 Pages

1ère PARTIE: 66 pages

Le témoin: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 2

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE: 53 pages

Le témoin: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 1 - 53

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE: 66pages

Les témoins: Dr Henri Letellier, Directeur médical - page 2  
Gérard Lanoue, Directeur général - page 34

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE: 39 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - pages 54 à 93

Sténo: Thérèse Delamarche

---

6 février 1969 VOLUMES 34- 35- 36 195 pages

1ère PARTIE: 83 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE: 66 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 2

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE: 46 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Jean Mackay

---

10 février 1969 VOLUMES 37- 38- 39 206 pages

1ère PARTIE: 91 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE: 101 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE: 14 pages

Le témoin: Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Jean Mackay

---

12 février 1969

VOLUMES 40- 41- 42- 43- 44- 45 255 pages

1ère PARTIE:

73 pages

Le témoin: Dr Chalut Pierre, Médecin Chirurgien - page 2

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE:

46 pages

Le témoin: Dr Pierre Chalut, Médecin Chirurgien - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE:

28 pages

Le témoin: Dr Pierre Chalut, Médecin Chirurgien - page 2

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE:

29 pages

Le témoin: Dr Pierre Chalut, Médecin chirurgien - page 47

Sténo: Thérèse Delamarche

5e PARTIE:

49 pages

Le témoin: Dr Pierre Chalut, Médecin chirurgien - page 2

Sténo: Jean Riopel

6e PARTIE:

30 pages

Le témoin: Pierre Chalut, Médecin chirurgien - page 77

Sténo: Thérèse Delamarche

---

13 février 1969

VOLUMES 46- 47- 48- 49- 50 227 pages

1ère PARTIE:

66 pages

Le témoin: Dr Albert Gaudet, Orthopédiste - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE:

73 pages

Les témoins: Dr Albert Gaudet, Chirurgien-orthopédiste - page 2.  
Dr Roch Huot, Chef de Service de médecine générale  
et d'obstétrique - page 34

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

32 pages

Le témoin: Dr Roch Huot - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE:

40 pages

Le témoin: Dr André Peltier, Neurochirurgien - page 2

Sténo: Jean Riopel

5e PARTIE:

16 pages

Le témoin: Dr André Peltier, Neurochirurgien - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

---

27 février 1969      VOLUMES 51- 52- 53- 54- 55      244 pages

1ère PARTIE:      49 pages

1e témoin: Dr Augustin Roy, Registraire du Collège des  
Médecins et Chirurugiens de la province de Québec - p.5

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE:      58 pages

Les témoins: Dr Augustin Roy - page 2  
M. Antoine Desmarais, ancien Président - page 23

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:      43 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE:      58 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais - page 2

Sténo: Jean Riopel

5e PARTIE:      36 pages

Les témoins: M. Antoine Desmarais - page 1  
M. Yvon Joyal - page 33

Sténo: Thérèse Delamarche

---

28 février 1969      VOLUMES 56- 57- 58- 59      191 pages

1ère PARTIE:      67 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais - page 2

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE:      47 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais

Sténo: Thérèse Delamarche

3e PARTIE:      47 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE:      30 pages

Le témoin: M. Antoine Desmarais

Sténo: Thérèse Delamarche

---

5 mars 1969

VOLUMES 60- 61- 62- 63

257 pages

1ère PARTIE:

73 pages

Le témoin: Dr Nélio Renzi, médecine interne - page 7

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE:

65 pages

Le témoin: Dr Nélio Renzi, médecine interne - page 2

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

68 pages

Le témoin: Dr Jean-Claude Arbour, radiologiste - page 1

Sténo: Jean Mackay

4e PARTIE:

51 pages

Les témoins: Dr Jean-Claude Arbour - page 2

Dr Guy DeSerres, médecine générale - page 14

Sténo: Jean Riopel

---

17 mars 1969

VOLUMES 64- 65- 66

219 pages

1ère PARTIE:

92 pages

Le témoin: Garde Monique Perron, 1ère infirmière, Directrice des soins - page 1

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE:

85 pages

Les témoins: Dr Nélio Renzi - page 2

Dr Henri Letellier, Directeur médical - pages 13-33

Dr Guildo Renzi, médecin interniste pulmonaire - page 16

M. Antoine Spickler, Président - page 38

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

42 pages

Le témoin: M. Antoine Spickler - page 1

Sténo: Jean Mackay

---

18 mars 1969

VOLUMES 67- 68- 69- 70- 71- 72

213 pages

1ère PARTIE:

12 pages

Déclaration de Me Letarte

Sténo: Jean Riopel

2e PARTIE:

31 pages

Le témoin: Nurse Agnes Falls, Assistant in the operating room - p.1

Sténo: Sylvio L. Bosworth

3e PARTIE:

58 pages

Les témoins: Dr Henri Letellier - page 3  
Dr Nélío Renzi - page 8

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE:

57 pages

Les témoins: Jean Emile Gravel, Membre du Conseil - page 1  
Paroles du Président - page 8  
Dr Henri Letellier - page 17  
M. Jacques Rondeau, directeur des finances - page 21

Sténo: Thérèse Delamarche

5e PARTIE:

25 pages

Le témoin: M. Jacques Rondeau, Directeur des finances - page 2

Sténo: Jean Riopel

6e PARTIE:

30 pages

Le témoin: M. Jacques Rondeau, Directeur des Finances - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

---

19 mars 1969

VOLUMES 73- 74- 75- 76

226 pages

1ère PARTIE:

45 pages

Le témoin: M. Marcel Provost, Directeur du Personnel - page 3

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE:

60 pages

Les témoins: M. Marcel Provost, Directeur du Personnel - page 2  
Dr Georges Kouzham, Service de Radiologie - page 24  
Mlle Annie Michaluck, locataire du restaurant - page 33

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

47 pages

Le témoin: M. Marcel Provost, Directeur du personnel - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE:

74 pages

Les témoins: M. Marcel Provost, Directeur du Personnel - page 2  
M. Jacques Rondeau, Directeur des Finances - page 26  
M. Charles Chouinard, acheteur - page 32

Sténo: Jean Riopel

---



3e PARTIE: 70 pages

Le témoin: M. Gérard Lanoue, Directeur général - page 2

Sténo: Jean Riopel

4e PARTIE: 28 pages

Le témoin: M. Gérard Lanoue, Directeur général - page 1

Sténo: Thérèse Delamarche

---

16 avril 1969 VOLUMES 87- 88 61 pages

1ère PARTIE: 45 pages

Les témoins: Dr Roch Huot - page 1  
Dr Yves Leboeuf, Collège des Médecins et chir. de la  
province de Québec - page 3  
Dr Pierre St-Georges, à l'emploi du Collège des  
médecins - page 10

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE: 16 pages

Le témoin: M. Arthur Filion - page 2

Sténo: Jean Riopel

---

28 avril 1969 VOLUMES 89- 90- 91- 92- 93 243 pages

1ère PARTIE: 41 pages

Les témoins: Dr Jean Fontaine, médecin bactériologiste - page 4  
Dr Fernand Shooner, chef du service d'anesthésie et  
de réanimation - page 26.

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE: 70 pages

Les témoins: Dr Fernand Shooner - page 2  
Dr Gabriel Desmarais, chef du département d'obsté-  
trique et gynécologie - page 15

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE: 47 pages

Les témoins: Dr F. Shooner, page 3  
Dr Denis Doyon, Chef de la psychiatrie - page 9

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE: 75 pages

Les témoins: Dr Denis Doyon - page 2  
Madame Laurette Larouche - page 28

Sténo: Jean Riopel

5e PARTIE: 10 pages

Le témoin: Madame Laurette Larouche

Sténo: Thérèse Delamarche

---

30 avril 1969

VOLUMES 94- 95- 96

224 pages

1ère PARTIE:

89 pages

Les témoins: Marcel Provost, directeur du personnel - page 1  
Henri Lessard, électricien - page 30

Sténo: Jean Mackay

2e PARTIE:

96 pages

Les témoins: M. Jacques Aubry, chef buandier - page 67  
M. Raymond Soucy, courtier en assurance - page 1  
M. Antoine Desmarais, ancien président - page 88  
M. Arthur Filion, en charge de l'entretien ménager - p.

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

39 pages

Le témoin: M. Gérard Lanoue, directeur général - page 1

Sténo: Jean Mackay

5 mai 1969

VOLUMES 97- 98- 99- 100- 101

156 pages

1ère PARTIE:

47 pages

Les témoins: Me Thibodeau (retour) et production  
d'extraits de procès-verbaux de l'Alliance  
des Infirmières au lieu de produire les  
procès-verbaux complets - pages 1 à 17.

Jacques Olivier, Infirmier - pages 17 à 47.

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE:

52 pages

Les témoins: Jacques Olivier, infirmier, pages 1 à 8.  
Garde Doris McDonald, Infirmière, pages 8 à 17.  
Garde Jocelyne St-Georges, Infirmière, p. 18 à 41.  
Garde Lise Renaud, Infirmière, p. 42 à 49.  
Monsieur Marcel Provost, Directeur du Personnel, p.49-52

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

23 pages

Le témoin: Garde Jeannine Voyneaud, secrétaire  
de l'Alliance, p. 1 à 23

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE:

19 pages

Les témoins: Garde Jeannine Voyneaud, p. 1 à 5  
Garde Carmen Dupuis, p. 6 à 19

Sténo: Jean Riopel

5e PARTIE:

15 pages

Le témoin: Garde Carmen Dupuis, p. 1 à 15

Sténo: Thérèse Delamarche

8 mai 1969

VOLUMES 102- 103- 104- 105

218 pages

1ère PARTIE:

48 pages

Le témoin: Jean-Paul Marcoux, Directeur général du  
Service de l'Assurance hospitalisation,  
p. 1 à 48

Sténo: Thérèse Delamarche

2e PARTIE:

60 pages

Le témoin: Jean-Paul Marcoux, p. 1 à 60

Sténo: Jean Riopel

3e PARTIE:

52 pages

Le témoin: Jean-Paul Marcoux, p. 1 à 52

Sténo: Thérèse Delamarche

4e PARTIE:

58 pages

Le témoin: Jean-Paul Marcoux, p. 1 à 58

Sténo: Jean Riopel

---

TOTAL DES PAGES: 6,244

NOMBRE DE TEMOINS: 190

(x) Il est à remarquer qu'un certain nombre de personnes  
ont rendu témoignage plus d'une fois.

LISIE DES EXHIBITS PRODUITS DEVANT LA  
COMMISSION D'ENQUETE SUR L'HOPITAL  
CHARLES LEMOYNE LORS DES SEANCES

- 1 : Volume intitulé: Procès-verbaux du Conseil d'Administration comprenant aussi la Charte et les règlements généraux.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 14.
- 2 : Rapports annuels de l'hôpital et états financiers de 1966: HS 1 - HS 2; de 1967: HS 1 - HS 2.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 15.
- 3 : Statuts et Règlements du Conseil des Médecins.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 15.
- 4 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour les années 1964, 1965 et 1966.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 16.
- 5 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour l'année 1967.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 18.
- 6 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour l'année 1968.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 18.
- 7 : Procès-verbaux des assemblées générales annuelles du Conseil des Médecins à partir du 9 juin 1966, à ce jour.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 19.
- 8 : Tous les dossiers médicaux de l'hôpital considérés comme produits en liasse devant la Commission, lesdits dossiers demeurant cependant dans les archives de l'hôpital et ce, à la demande de Me Gilles Filion, C.R., Procureur de la Commission.  
Volume I - 25 novembre 1968 - Page 20.
- 9 : Mémoire de l'Alliance des Infirmières (C.S.N.) Section Charles Lemoyne concernant l'administration et la pratique médicale à l'hôpital Charles Lemoyne présenté à l'Honorable Jean-Paul Cloutier, Ministre de la Santé, daté du 7 novembre 1968.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 37.
- 10: Liste des médecins membres du Bureau Médical classés alphabétiquement.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 11.
- 1: Liste du personnel des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires en date du 2 décembre 1968.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 12.
- 2: Rapport de l'assemblée de l'Exécutif du service des soins infirmiers de l'Hôpital Charles Lemoyne le 10 octobre 1968.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 24.
- 3: Compte-rendu de la rencontre de la directrice des soins infirmiers, et de ses surveillantes, avec le président de la Corporation et le directeur général tenue le 11 octobre 1968, à l'Hôpital Charles Lemoyne.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 38.
- 4: Document sur les fonctions et attributions de la directrice des soins infirmiers établies par la directrice elle-même: Gerde Larouche.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 42.

LISTE DES EXHIBITS PRODUITS DEVANT LA  
COMMISSION D'ENQUETE SUR L'HOPITAL  
CHARLES LEMOYNE LORS DES SEANCES

- 1 : Volume intitulé: Procès-verbaux du Conseil d'Administration comprenant aussi la Charte et les règlements généraux.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 14.
- 2 : Rapports annuels de l'hôpital et états financiers de 1966:  
HS 1 - HS 2; de 1967: HS 1 - HS 2.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 15.
- 3 : Statuts et Règlements du Conseil des Médecins.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 15.
- 4 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour les années 1964, 1965 et 1966.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 16.
- 5 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour l'année 1967.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 18.
- 6 : Procès-verbaux du Comité exécutif du Conseil des Médecins pour l'année 1968.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 18.
- 7 : Procès-verbaux des assemblées générales annuelles du Conseil des Médecins à partir du 9 juin 1966, à ce jour.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 19.
- 8 : Tous les dossiers médicaux de l'hôpital considérés comme produits en liasse devant la Commission, lesdits dossiers demeurant cependant dans les archives de l'hôpital et ce, à la demande de Me Gilles Filion, C.R., Procureur de la Commission.  
Volume I - 25 novembre 1968 - Page 20.
- 9 : Mémoire de l'Alliance des Infirmières (C.S.N.) Section Charles Lemoine concernant l'administration et la pratique médicale à l'hôpital Charles Lemoine présenté à l'Honorable Jean-Paul Cloutier, Ministre de la Santé, daté du 7 novembre 1968.  
Volume I - 25 novembre 1968 - page 37.
- 10: Liste des médecins membres du Bureau Médical classés alphabétiquement.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 11.
- 1: Liste du personnel des cadres supérieurs et des cadres intermédiaires en date du 2 décembre 1968.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 12.
- 2: Rapport de l'assemblée de l'Exécutif du service des soins infirmiers de l'Hôpital Charles Lemoine le 10 octobre 1968.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 24.
- 3: Compte-rendu de la rencontre de la directrice des soins infirmiers, et de ses surveillantes, avec le président de la Corporation et le directeur général tenue le 11 octobre 1968, à l'Hôpital Charles Lemoine.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 38.
- 4: Document sur les fonctions et attributions de la directrice des soins infirmiers établies par la directrice elle-même: Gerda Brochu.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 48.

- 15: Procès-verbaux des assemblées du nursing depuis le mois de janvier 1968 (comité exécutif du bureau des soins infirmiers).  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 78.
- 1 : Convention collective 1966 - 1968 en vigueur.  
Volume 2 - 9 décembre 1968 - page 141.
- 16: Procès-verbaux du Comité statutaire du Comité des Médecins de l'Hôpital Charles Lemoyne sauf ceux du Comité d'évaluation des actes médicaux et du Comité de Discipline (qui restent confidentiels).  
Volume 3 - 10 décembre 1968 - page 113.
- 17: Liste des médecins du Bureau médical de l'Hôpital Charles Lemoyne par service et par catégorie.  
Volume 3 - 10 décembre 1968 - page 120.
- 2 : Notes des réunions du Comité du nursing de l'Alliance des Infirmières de Montréal.  
Volume 5 - 16 décembre 1968 - page 22.
- 3 : Procès-verbaux des assemblées générales de l'Alliance des Infirmières depuis l'ouverture de l'Hôpital.  
Volume 5 - 16 décembre 1968 - page 33. (Non produits)
- 4 : Les procès-verbaux des deux assemblées tenues par l'Alliance des Infirmières, subséquentes à la conférence de presse de Garde Larouche.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 84.
- N.B.- Il est à remarquer que ce ne fut que des extraits des procès-verbaux certifiés conformes par Carmen Dupuis qui furent produits à la suite d'une intervention de Me R. Thibodeau, C.R., Procureur de la C.S.N.  
Volume 97 - 5 mai 1969 page 1 à 7.
- 18: Brochure intitulée: classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux, imprimée sous les soins du Ministère de la Santé, acût 1967.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 121.
- 19 : Copies des contrats des chefs de services et des chefs de départements.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 146.
- 20 : Définition des tâches du personnel des soins infirmiers.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 146.
- 21 : Procès-verbaux du comité des hospitalières.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 146.
- 22 : Lettre du 19 janvier 1967 au Conseil des Médecins envoyée par Garde Monique Perron, Directrice du Nursing, avant Garde Larouche.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 147.
- 23 : Procès-verbaux des assemblées du Conseil d'Administration tenues les 28 octobre 1968, les 7, 8, 14 et 21 novembre 1968.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 147.
- 23-A: Corrections faites pour les assemblées des 14 et 21 novembre 1968 lors de l'assemblée du 12 décembre 1968.  
Volume 7 - 19 décembre 1968 - page 147.
- 24 : Règles de pratiques et procédures suivies par la Commission Prévost.  
Volume 8 - 7 janvier 1969 - page 3

- C-25: Lettre datée du 4 mai 1966 au Docteur Venne l'informant qu'il était accepté comme médecin agréé.  
Volume 12 - 8 janvier 1969 - page 22.
- C-26: Autre lettre datée du 13 juin 1968 au Docteur Venne l'informant qu'il était recommandé comme médecin actif.  
Volume 12 - 8 janvier 1969 - page 22.
- C-27: Photostat prélèvement - banque de sang B.S. 2607.  
Volume 19 - 9 janvier 1969 - page 3.
- C-28: Contrat d'engagement du Docteur Henri Letellier comme Directeur médical signé le 20 juin 1966.  
Volume 26 - 28 janvier 1969 - page 42.
- C-29: Statistiques des cliniques externes et d'urgence, en liasse pour l'année 1968.  
Volume 27 - 28 janvier 1969 - page 53.
- C-30: Lettre du Ministère de la Santé adressée aux directeurs généraux en date du 29 octobre 1968 (re: exhibit C-18).  
Volume 29 - 28 janvier 1969 - page 9.
- C-31: Lettre au Docteur Jacques Gélinas datée du 25 avril 1966 envoyée par le Docteur H. Letellier relativement à son contrat.  
Volume 30 - 29 janvier 1969 - page 10.
- C-32: Lettre du 2 mai 1966 au Docteur Letellier écrite par Monsieur Jean-Paul Marcoux, Directeur du Service de l'Assurance hospitalisation re: contrat.  
Volume 30 - 29 janvier 1969 - page 12.
- C-33: Recommandation du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux au sujet du poste de Directeur Médical.  
Volume 30 - 29 janvier 1969 - page 36.
- C-34: Lettre (formule) envoyée à un médecin qui est en retard dans ses dossiers.  
Volume 31 - 29 janvier 1969 - page 35.
- C-34A: Lettre au Docteur Shooner informant que les traitements d'aérosol-thérapie par pression positive ne sont plus administrés à aucun patient depuis le 29 octobre 1968.  
Volume 31 - 29 janvier 1969 - page 46.
- C-35: Certificat donné par l'Université de Montréal au Docteur Letellier à la suite de cours en gestion ou organisation hospitalière (2 semestres) année 1964-1965 (note de 90%).  
Volume 32 - 29 janvier 1969 - page 31.
- C-36: Lettre de Monsieur Gérard Lanoue au Sous-Ministre de la Santé, re: cadres supérieurs, plus spécialement salaire du Directeur général. Lettre de Me Pierre Laporte et lettre du Directeur de la S.A.H.  
Volume 32 - 29 janvier 1969 - page 44.
- C-37: Arrêté en Conseil du 1er septembre 1965 numéro 1714 autorisant le Ministre de la Santé à conclure une entente pour la location de l'Hôpital Charles Lemoyne avec la Corporation Hôpital Charles Lemoyne, aussi photocopie de l'entente dûment signée, et également photocopie du procès-verbal de l'assemblée du 7 septembre 1965 de la Corporation de l'Hôpital autorisant Monsieur Antoine Desmarais et Monsieur Gérard Lanoue à signer ce contrat.  
Volume 32 - 29 janvier 1969 - page 44.

- C-38: Lettre de l'Hôpital Charles Lemoyne à Me Dominique Vézina, Conseiller juridique au Ministère de la Santé, datée du 7 septembre re: résolution pour l'autoriser à signer le bail. Lettre de Me Vézina en date du 1er septembre demandant qu'une résolution soit passée par le Conseil d'Administration pour être autorisé à passer le contrat de location. Réponse de Me Vézina à la lettre du 9 septembre 1965 de la Corporation.  
Volume 32 - 29 janvier 1969 - page 50.
- C-39: Contrat d'acquisition par le gouvernement de l'Hôpital St-Lambert.  
Volume 32 - 29 janvier 1969 - page 58.
- C-40: Contrat de télévision avec Roch Ste-Marie Télévision.  
Volume 33 - 29 janvier 1969 - page 54.
- C-41: Rapport écrit émanant du Comité de télévision pour analyser les soumissions reçues.  
Volume 33 - 29 janvier 1969 - page 59.
- C-41A: Lettre du Directeur général datée du 12 août 1966 au Directeur général du service d'Assurance-hospitalisation, monsieur Jean-Paul Marcoux re: location des appareils de télévision et soumissions.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 20.
- C-42: Bilan personnel de deux soumissionnaires pour la télévision à savoir Roch Ste-Marie et celui de René Ste-Marie.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 23.
- C-43: Lettre du 16 juin 1966 envoyée par Optivision Canada Limitée re: adjudication du contrat d'appareils de télévision à l'Hôpital Charles Lemoyne et aussi lettre du 27 mai 1966 adressée par Lessard, la Maison de la Télévision à Gérard Lanoue.  
Lettre du 27 mai 1966 adressée à M. Eric Kierans par Lessard Enrg.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 23.
- C-44: Lettre datée du 23 mai 1966 adressée au Directeur général Lanoue par Messieurs les Docteurs Gaudet, Peltier, Chalut et Huot, tous membres du Conseil d'administration. Ils demandaient à ne pas être élus à des postes d'officiers et demandaient aussi à ce que le président change à chaque année.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 24.
- C-45: Documents relatifs aux commandes pour l'hôpital re: gants chirurgicaux.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 24.
- C-46: Article de Mlle Claire Dutrisac paru dans La Presse re: contrat du Docteur Letellier, exhibit C-28, le 1er février 1969.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 11.
- C-47: Déclaration faite par Me J.P. Dansereau, C.R. en rapport avec l'exhibit C-46.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 12.
- C-48: Correspondance entre le Docteur Marchessault et l'hôpital Charles Lemoyne re: affiliation du Service de Pédiatrie à l'Université de Sherbrooke.  
Correspondance s'étendant du 6 avril 1967 au 7 novembre 1968.  
Volume 34 - 6 février 1969 - page 41.
- C-49: Contrat de location accordant la concession du restaurant à Mlle Michaluck.  
Volume 35 - 6 février 1969 - page 20.
- C-50: Contrat écrit d'engagement du Directeur général en date du 8 décembre 1965.  
Volume 35 - 6 février 1969 - page 46.

- C-51: Copie d'une lettre de Me J. Laurin datée du 9 février 1967 adressée à l'administration au nom du Docteur Nélio Renzi.  
Volume 35 - 6 février 1969 - page 47.
- C-52: Liste des travaux à compléter lors de la prise de possession de l'hôpital par la Corporation, en date du 20 octobre 1965.  
Volume 35 - 6 février 1969 - page 65.
- C-53: Lettre du Conseil des Médecins datée du 4 avril 1968 re: Nomination du Chef du Département de Médecine.  
Volume 36 - 6 février 1969 - page 7.
- C-54: Mémoire-résumé se rapportant à la nomination d'un chef de département de médecine préparé par le Directeur général à la demande de Monsieur Collins Jack.  
Volume 37 - 10 février 1969 - page 10.
- C-55: Statistiques sur l'absentéisme et les vacances et les heures de maladies pour l'année 1968.  
Volume 36 - 6 février 1969 - page 18.
- C-56: Rapport du coût des absences non motivées.  
Volume 36 - 6 février 1969 - page 24.  
C-55 et C-56 sont sur le même tableau.
- C-57: Statistiques du Service de Santé.  
Volume 36 - 6 février 1969 - page 33.
- C-58: Liste des écarts entre la demande et l'arrivée du matériel.  
Volume 37 - 10 février 1969 - page 18.
- C-59: Etat financier de: Fondation Hôpital Charles Lemoyne.  
Volume 37 - 10 février 1969 - page 79.
- C-60: Carte d'affaires: Maurice Plante, location de béquilles, chaises roulantes.  
Volume 37 - 10 février 1969 - page 84.
- C-61: Date de livraison des chaises roulantes.  
Volume 37 - 10 février 1969 - page 88.
- C-62: Liste des bidets.  
Volume 38 - 10 février 1969 - page 35.
- C-63: Budget complet pour 1968, document d'environ 300 pages.  
Volume 38 - 10 février 1969 - page 45.
- C-64: Rapport de Madame Couture, consultante.  
Volume 38 - 10 février 1969 - page 48.
- C-65: Extrait de la Gazette = La Presse Médicale de Paris, Novembre 1968.  
On y traite de l'assistance en chirurgie.  
L'article est intitulé: "Quand le chirurgien doit-il demander un médecin de participer à une intervention?"  
Volume 38 - 10 février 1969 - page 96.
- C-66: Lettre de démission de Monsieur Antoine Desmarais, comme membre du Conseil, en date du 18 septembre 1967 et réponse du Directeur général au nom du Conseil d'Administration.  
Volume 39 - 10 février 1969 - page 6.
- C-67: Projet de règlement général en vertu de l'article 20 de la Loi des Hôpitaux soumis à l'approbation du Lieutenant gouverneur en Conseil par le Bureau Provincial de Médecine, avec le concours du Conseil d'Administration de l'Association des Hôpitaux et celui de la Commission générale des Hôpitaux Catholiques de la Province de Québec = Livre Rouge.  
Volume 40 - 12 février 1969 - page 10.

- 68: Document préparé par le Docteur Chalut démontrant ce qu'il a fait depuis le début de l'Hôpital dans son Département. Volume 40 - 12 février 1969 - page 50.
- 69: Lettre du Collège des Médecins adressée au Directeur médical, Le Docteur Letellier, le 23 mai 1967, re: Résidents et Moniteurs. Volume 40 - 12 février 1969 - page 68.
- 70: Texte de American College of Surgeons du Bulletin de septembre 1968 produit par le Docteur Chalut en référence à l'exhibit P. Volume 41 - 12 février 1969 - page 6.
- 71: Lettre de Garde Larouche au Docteur Chalut fin d'août 1968 dans laquelle il est fait mention de la classification prise dans C-18. Volume 42 - 12 février 1969 - page 10.
- 72: Statistiques au sujet des placements en 1968, re: retards. Cette demande de placement est faite au bureau d'admission. Volume 43 - 12 février 1969 - page 54.
- 73: Liste d'attentes par services au 31 janvier 1969. Volume 43 - 12 février 1969 - page 59.
- 74: Lettre du Docteur Chalut adressée à Garde Larouche le 31 mai 1969 re: assistance en chirurgie. Règlement en vigueur à partir du 1er juillet 1968. Volume 44 - 12 février 1969 - page 9.
- 75: Lettre du Docteur Chalut à Garde Carmen Dupuis, Présidente de l'Alliance (section Charles Lemoyne) re: nouveaux règlements du Collège des Médecins en vigueur pour le 1er juillet 1968. Volume 44 - 12 février 1969 - page 22.
- 76: Correspondance avec Monsieur Raymond Ladouceur, Service de l'Assurance-Hospitalisation en date du 8 octobre 1968 par Docteur Chalut, Chef de Département de Chirurgie re: Bureau de Secrétariat du Département de Chirurgie à l'Hôpital. Volume 44 - 12 février 1969 - page 44.
- 77: Règlement rédigé par le Service de Chirurgie sur l'asepsie et procès-verbaux du Service. Volume 45 - 12 février 1969 - page 83.
- 78: Inventaire de tout ce qui a été apporté de l'Hôpital St-Lambert à l'Hôpital Charles Lemoyne. Volume 45 - 12 février 1969 - page 88.
- 79: Liste préparée par Me Thibodeau indiquant les 18 mentions re: T.V. dans l'exhibit C-1. Volume 45 - 12 février 1969 - page 96.
- 80: Correspondance avec différentes facultés de médecine en vue d'y faire reconnaître le service de chirurgie de l'Hôpital Charles Lemoyne, plus spécialement avec l'Université de Montréal septembre et octobre 1968. Volume 46 - 13 février 1969 - page 1.
- 81: Photocopie d'une motion datée du 20 septembre 1967 approuvée par le Bureau Provincial de Médecine re: note d'honoraires pour services rendus par un interne ou un résident ne peut être envoyée à moins que le médecin ait vu personnellement le patient. Volume 46 - 13 février 1969 - page 42.
- 82: Procès-verbaux des réunions scientifiques du service conjoint d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital Charles Lemoyne avec le Service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Hôpital de Verdun. (Il est à remarquer qu'on mentionne C-85 alors qu'il faut lire C-82). Volume 47 - 14 février 1969 - page 31.

- 83: Règlements du Service de Médecine générale et obstétrique et d'urgence.  
Volume 43 - 13 février 1969 - page 27.
- 84: Organigramme du Service de Médecine générale.  
Volume 43 - 13 février 1969 - page 29.
- 85: Technique de neurochirurgie préparé par Docteur Peltier comme Chef de Service.  
Volume 50 - 13 février 1969 - page 10.
- 86: Règlements de régie interne préparé pour Service de Neurochirurgie.  
Volume 50 - 13 février 1969 - page 11.
- 87: Statistiques de neurochirurgie et du laboratoire de E.E.G. de 1966 à décembre 1968.  
Volume 50 - 13 février 1969 - page 12.
- 88: Arrêté en Conseil numéro 389 prolongeant de 90 jours le mandat de la Commission.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 1.
- 89: Lettre du Docteur Chalut au Collège des Médecins et réponse du Docteur Augustin Roy, Registrataire, mai 1968.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 11.
- 90: Projet du Règlement général numéro 1 en vertu de l'article 20 de la Loi des Hôpitaux, portant la date du 1er juillet 1967, soumis à la Commission Castonguay par le Bureau Provincial de Médecine.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 17.
- 91: Lettre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec au Ministre de la Santé, l'Honorable Jean-Paul Cloutier, le 7 mars 1967.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 28.
- 92: Réponse du Docteur Gélinas, Sous-Ministre à la lettre du Collège, 10 mars 1967.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 29.
- 93: Lettre du Docteur Roy en réponse à la lettre du Docteur Gélinas, le 28 mars 1967.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 31.
- 94: Lettre du 13 juin 1968 envoyée par le Docteur Roy à Monsieur Dubreuil re: modifications concernant le Comité des Soins Infirmiers re: injections d'intraveineuses par les infirmières, etc. i.e. modifications à C-18.  
Volume 51 - 27 février 1969 - page 36.
- 95: Conseils aux médecins au sujet des honoraires aux assistants. Il est question de l'envoi de deux notes distinctes.  
Volume 52 - 27 février 1969 - page 10.
- 96: Lettre incluant organigramme adressé à Monsieur Antoine Desmarais par le Collège des Médecins.  
Volume 52 - 27 février 1969 - page 43.
- 97: Rapport de l'étude faite par le Comité de Finance, octobre 1966. Les membres étaient Messieurs Spickler et Jack.  
Volume 52 - 27 février 1969 - page 47.
- 98: Lettre du Ministre en date du 22 septembre 1966.  
Volume 53 - 27 février 1969 - page 9.
- 99: Lettre au Ministre de la Santé après sa nomination l'invitant à venir visiter le premier hôpital bâti par le Ministère, 7 novembre 1966.  
Volume 53 - 27 février 1969 - page 38.

- C-100: Lettre du Docteur Nélio Renzi à Monsieur Antoine Desmarais, 1er décembre 1966.  
Volume 54 - 27 février 1969 - page 23.
- C-101: Lettre au Docteur Nélio Renzi de Gérard Lanoue, Directeur général, en date du 13 février 1967 l'informant que le Docteur Guildo Renzi n'avait pas encore été accepté, de telle sorte qu'il ne peut agir comme son remplaçant pour Chef de Service de Médecine interne.  
Volume 55 - 27 février 1969 - page 27.
- C-102: Lettre en date du 20 février 1967 du Docteur Nélio Renzi au Directeur général Gérard Lanoue, pour l'informer de l'entrée dans son service des Docteurs G. Renzi, A. Pronovost, Armand Fortin, Suzanne Laurin et Lorne Cassidy.  
Volume 55 - 27 février 1969 - page 27.
- C-103: Lettre du 22 mai 1962 du Docteur Nélio Renzi au Docteur R. Boutin, Directeur médical de l'Hôpital Notre-Dame par laquelle il remettait sa démission comme membre du Service de Médecine de l'hôpital Notre-Dame, et aussi lettre en date du 12 juin de l'Hôpital général de St-Lambert au Docteur Renzi l'informant qu'il a été choisi et nommé Chef du Service de Médecine interne.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 17.
- C-104: Bref résumé du plan de l'organisation future du Département du Docteur Renzi envoyé au Directeur général.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 21.
- C-105: Lettre adressée par le Secrétaire général, Docteur Georges Boileau, de la fédération des omnipraticiens du Québec, en date du 15 octobre 1965 au Docteur Nélio Renzi re: position officielle de la Fédération des Omnipraticiens du Québec au sujet des départements de Médecine générale.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 31.
- C-106: Lettre du Docteur Renzi datée du 12 février 1966, adressée au Directeur général au sujet du nombre de lits.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 45.
- C-107: Lettre de convocation du premier février 1967 pour une assemblée générale pour nommer un Chef de Département en médecine.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 63.
- C-108: Lettre du Docteur Nélio Renzi datée du 4 février 1967 adressée au Docteur Chalut, secrétaire, l'informant qu'il ne trouvait pas cela normal et il incluait la lettre de son conseiller légal.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 64.
- C-109: Documents adressés au Collège des Médecins par le Docteur Nélio Renzi, y compris opinion légale de Me Paul Crépeault sur la question.  
Volume 60 - 5 mars 1969 - page 68.
- C-110: Lettre du Conseil d'Administration nommant le Docteur Nélio Renzi chef de Département le 22 janvier 1969.  
Volume 61 - 5 mars 1969 - page 11.
- C-111: Plan d'organisation et règlements du Département de médecine complétés par le Docteur Nélio Renzi en date du 22 janvier 1969.  
Volume 61 - 5 mars 1969 - page 33.
- C-112: Copie d'un projet de contrat pour le Chef de Département de Médecine, le Docteur Nélio Renzi.  
Volume 61 - 5 mars 1969 - page 59.

- C-113: Lettre de Me J.P. Dansereau, C.R. au directeur général en date du 5 septembre 1968 contenant quatre (4) exemplaires des contrats du docteur Nélío Renzi et du docteur L. Sénécal. Volume 61 - 5 mars 1969 - page 62.
- C-114: Barème du Collège des Médecins, édition 1962. Volume 61 - 5 mars 1969 - page 63.
- C-115: Lettre du docteur Jacques Léger, Président de l'Association des Bureaux médicaux de la Province de Québec au Docteur Nélío Renzi, le 24 mars 1966, qui avait demandé une opinion sur l'organisation qui se faisait à l'Hôpital Charles Lemoyne. Volume 61 - 5 mars 1969 - page 64.
- C-116: Directives aux infirmières au point de vue de la préparation des malades pour les examens radiologiques (1968). Volume 62 - 5 mars 1966 - page 24.
- C-117: Directives préparées pour 1967 en date du 22 mai 1967 re: préparation pour examen radiologique. Volume 62 - 5 mars 1969 - page 33.
- C-118: Organigramme des soins infirmiers préparé par Garde Perron, directrice des soins infirmiers. Volume 64 - 17 mars 1969 - page 9.
- C-119: Procès-verbaux du comité du nursing 1966 à 1967 jusqu'à octobre 1967 (Garde Perron). Volume 64 - 17 mars 1969 - page 14.
- C-120: Définition des tâches faites par Garde Perron. Volume 64 - 17 mars 1969 - page 61.
- C-121: Lettre de nomination du docteur Gildo Renzi en date du 3 mai 1968 comme médecin agréé à l'Hôpital Charles Lemoyne adressée par le docteur Letellier. Volume 65 - 17 mars 1969 - page 20.
- C-122: Entente entre le conseil d'administration (la corporation) et Garde Larouche re: démission et conditions de la démission. Volume 65 - 17 mars 1969 - page 81.
- C-123: Lettre datée du 18 mars 1969 de monsieur Lanoue, directeur général à Me Letarte, confirmant qu'aucun paiement n'a été fait à la suite de la convention du 20 février 1969. Volume 67 - 18 mars 1969 - page 4.
- C-124: Télégramme envoyé le 18 mars 1969 à Me Letarte par monsieur Jean-Paul Marcoux à l'effet qu'aucune décision n'a été prise relativement au contrat de démission de Garde Larouche. Volume 67 - 18 mars 1969 - page 6.
- C-125: Statistiques des salles d'opérations 1967 - 1968 produites par Mlle Falls. Volume 68 - 18 mars 1969 - page 23.
- C-126: Registres des opérations 1967-1968. Volume 68 - 18 mars 1969 - page 23.
- C-127: Avis re: salles d'opération - protocole opératoire, signé par docteur Letellier, à l'effet que les infirmières n'avaient à écrire qu'aux endroits réservés pour elles. Volume 69 - 18 mars 1969 - page 4.
- C-128: Entente intervenue entre les docteurs Huot et Renzi au sujet du chef de département de médecine. Volume 69 - 18 mars 1969 - page 24.
- C-129: Lettre du docteur Suzanne Laurin au docteur Nélío Renzi datée du 23 mars 1966 re: poste d'hématologiste. Volume 69 - 18 mars 1969 - page 55.

- C-130: Procès-verbaux du Comité du Personnel produits par le Président du Comité, Monsieur Jean Emile (John) Gravel.  
Volume 70 - 18 mars 1969 - page 2.
- C-131: Lettre de Monsieur Gérard Lanoue, Directeur général re: déboursés de la Fondation Charles Lemoyne comme trésorier. Monsieur Lanoue déclare qu'il n'y en a eu aucun.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 2.
- C-132: Contrat de travail de Monsieur Marcel Provost, Directeur du personnel.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 5.
- C-133: Règlements du Service de Santé du Personnel de l'hôpital.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 11.
- C-134: Politique d'embauchage à l'hôpital.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 12.
- C-135: Politique de départ à l'hôpital.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 16.
- C-136: Loi des Accidents du Travail, service de santé du personnel.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 16.
- C-137: Procès-verbaux du Comité du Service de Santé.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 17.
- C-138: Service du poinçon.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 17.
- C-139: Contrôle de l'assiduité et de la ponctualité.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 17.
- C-140: Service de la paie jusqu'en mars 1967, date à laquelle ce Service est devenu sous la responsabilité complète du contrôleur.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 18.
- C-141: Evaluation du personnel.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 19.
- C-142: Procès-verbaux des divers comités ci-haut mentionnés.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 25.
- C-143: Entente signée par la partie patronale et la partie syndicale le 31 août 1968 re: affichage, critères et nominations. Le représentant du Gouvernement de Québec.  
Volume 73 - 19 mars 1969 - page 38.
- C-144: Convention intervenue au sujet de la rétroactivité de l'hôpital St-Lambert avec l'aide de Me Pratte en date du 8 novembre 1966.  
Volume 74 - 19 mars 1969 - page 12.
- C-145: Liste des paiements faits pour les deux locaux par Annie Michaluck.  
Volume 74 - 19 mars 1969 - page 47.
- C-146: Formule que chaque Chef de Département doit compléter lorsqu'un employé se déclare malade au niveau de son Département pour diriger l'employé au Service de Santé.  
Volume 75 - 19 mars 1969 - page 4.
- C-147: Manuel de gestion de la direction du personnel.  
Volume 75 - 19 mars 1969 - page 5.
- C-148: Documents de l'Alliance des Infirmières demandant un relevé des faits ou des activités du personnel en service qui ont été distribués sur les étages.  
Volume 75 - 19 mars 1969 - page 11.
- C-148A: Monsieur Provost, Directeur du personnel, a produit comme C-148A une lettre en date du 20 septembre 1968

adressée à Carmen Dupuis re: article 9.06 de la convention collective, également lettre adressée par M. Provost à Monsieur Carol Allaire, Agent de gestion, Ministère de la Santé, également les feuilles questionnaires des Gardes Renaud, St-Georges et Rondeau.  
Volume 94 - 30 avril 1969 - page 15.

- C-149: Politiques re: Service des Uniformes.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 2.
- C-150: Politiques re: mise à la retraite.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-151: Politiques re: libération syndicale.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-152: Politiques re: promotion et transfert.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-153: Politiques re: les congés.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-154: Politiques re: les vacances.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-155: Politiques - règlements - directives i.e. un peu de tout concernant différents départements en particulier ou d'une façon générale.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-156: Politiques particulières à quelques départements: le système de garde, laboratoires, radiologie, salles d'opération.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 3.
- C-157: Procès-verbaux du Comité du Service de Santé.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 5.
- C-158: Procès-verbaux du Comité des Services spéciaux et généraux  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 6.
- C-159: Document préparé par Monsieur Charles Chouinard donnant les explications de la procédure employée vis-à-vis les achats.  
Volume 76 - 19 mars 1969 - page 49.
- C-160: Salaires des employés des cadres pour l'année 1968.  
Voir C-179.
- C-161: Tableau en couleurs concernant l'emplacement de l'hôpital et l'expropriation = études démographiques.  
Volume 78 - 9 avril 1969 - page 49.
- C-162: Répartition et localisation des services par étage.  
Volume 78 - 9 avril 1969 - page 50.
- C-163: Superficie du restaurant = 594 pieds carrés et de la boutique = 416 pieds carrés.  
Volume 78 - 9 avril 1969 - page 51.
- C-164: Soumissions re: télévisions.
- C-165: Echange de correspondance avec R. Ste-Marie re: défauts dans le service de télévision.  
Volume 78 - 9 avril 1969 - page 51.
- C-166: Lettre réponse de Monsieur Lanoue, Directeur général en date du 4 mai 1966 annonçant au Docteur Cassidy qu'il était accepté comme médecin conseil à titre d'interniste.  
Volume 79 - 14 avril 1969 - page 23.
- C-167: Application du Docteur Cassidy comme médecin interniste.  
Volume 79 - 14 avril 1969 - page 23.

- C-168: Lettre du Docteur Nélio Renzi au Docteur Cassidy re: sa nomination comme interniste.  
Volume 79 - 14 avril 1969 - page 30.
- C-169: Lettre du Docteur R. Huot au Docteur Cassidy datée du 14 novembre 1966 sollicitant son appui pour l'aider dans la formation et l'organisation de son service. Réponse à cette lettre par Docteur Cassidy, en date du 25 novembre 1966 l'informant qu'il désirait discuter des plans avec le Docteur Huot.  
Volume 79 - 14 avril 1969 - page 34.
- C-170: Lettre au Docteur Renzi du Docteur Cassidy, le 13 décembre 1966, l'informant de la demande du Docteur Huot.  
Volume 79 - 14 avril 1969 - page 35.
- C-171: Plan de Mlle Milord de l'Assurance-Hospitalisation pour les soins intensifs (décrit au tableau et non produit), correspondance au sujet des soins intensifs.  
Volume 81 - 14 avril 1969 - page 77.
- C-172: Dossier du Ministère re: Hôpital Charles Lemoyne, 5 volumes.  
Volume 81 - 14 avril 1969 - page 74.
- C-173: Lettre du docteur Marchessault qui demandait entre autres choses au Directeur général dix (10) croupettes pour Garde Bélanger.  
Volume 82 - 14 avril 1969 - page 9.
- C-174: Lettre de nomination au Docteur Léo Sénécal comme Chef du Département des Laboratoires pour une période de cinq (5) ans en date du 22 janvier 1969.  
Volume 83 - 15 avril 1969 - page 8.
- C-175: Lettre du Docteur L. Sénécal, Chef des Laboratoires, en date du 18 août 1967 au Docteur Pierre Chalut, Secrétaire du Comité exécutif du Bureau Médical concernant la nomination du Docteur Suzanne Laurin comme hématologiste consultant.  
Volume 83 - 15 avril 1969 - page 46.
- C-176: Lettre du 25 septembre 1967 du Docteur L. Sénécal au Docteur Suzanne Laurin l'informant de la nécessité d'avoir un hématologiste à plein temps et aussi l'informant de son intention de l'avoir comme hématologiste-conseil si elle le désire.  
Lettre du 25 septembre 1967 du Docteur L. Sénécal informant les autorités de l'hôpital que le Docteur Louis Perron est médecin d'établissement dans le Département des Laboratoires.  
Lettre du 2 octobre 1967 du Docteur S. Laurin demandant un délai d'un mois pour prendre décision.  
Réponse du Docteur L. Sénécal à la lettre du Docteur S. Laurin en date du 4 octobre 1967.  
Lettre du Docteur S. Laurin au Docteur Sénécal le 9 octobre 1967 pour connaître les conditions de travail et financières pour un hématologiste à plein temps.  
Réponse du Docteur L. Sénécal en date du 19 octobre 1967 au Docteur S. Laurin.  
Lettre datée du 17 novembre 1967 adressée au Docteur Sénécal par Docteur S. Laurin.  
Réponse du Docteur Sénécal au Docteur S. Laurin le 12 décembre 1967.  
Volume 84 - 15 avril 1969 - pages 56 à 63.

- C-177: Lettre du Docteur Gélinas au Directeur général Lanoue en date du 27 juillet 1968.  
Volume 85 - 15 avril 1969 - page 32.
- C-178: Rapport statistique du Service d'Assurance-hospitalisation adressé aux directeurs généraux des hôpitaux publics en date du 25 mars 1969 se rapportant aux statistiques de 1967 re: coût réel.  
Volume 85 - 15 avril 1969 - page 40.
- C-179: Salaires des cadres pour les années 1966-1967 et 1968.  
Voir C-160.  
Volume 85 - 15 avril 1969 - page 52.
- C-180: Lettre du Docteur Yves Leboeuf en date du 28 mars 1969 au Juge Trahan pour lui faire parvenir deux (2) lettres: l'une au Docteur A. Roy datée du 27 juin 1966 re: permission pour Docteur Khouzam pour aller à l'hôpital Santa Cabrini pour les cas d'urgence la nuit et l'autre est la réponse du Docteur Roy permettant au Docteur Khouzam de remplir ce travail supplémentaire.  
Volume 87 - 16 avril 1969 - page 4.
- C-181: Rapport médical du Docteur Huot concernant l'impossibilité pour Monsieur Lanoue d'être présent ce soir pour continuer son témoignage à cause de maladie.  
Volume 87 - 16 avril 1969 - page 2.
- C-182: Prototype de culotte "maison qu'a fait préparer Monsieur Filion.  
Volume 88 - 16 avril 1969 - page 9.
- C-183: Barème des honoraires de la psychiatrie.  
Volume 92 - 28 avril 1969 - page 8.
- C-184: Liste des libérations syndicales à l'hôpital Charles Lemoyne.  
Volume 94 - 30 avril 1969 - page 27.
- C-185: Lettre adressée le 13 septembre 1967 par Monsieur Lanoue au Docteur Bourgeois et remise au Docteur Boutin de l'hôpital Notre-Dame re: Docteur N. Renzi et réponse du 20 septembre 1967 donnant les états de service ou statuts particuliers des Docteurs S. Laurin et G. Renzi.  
Volume 94 - 30 avril 1969 - page 30.
- C-186: Lettre de Monsieur Henri Lessard à Monsieur le Juge Jacques Trahan, Président de la Commission, offrant de venir témoigner re: Soumissions pour les T.V.  
Volume 94 - 30 avril 1969 - page 48.
- C-187: Dossier complet et personnel de Monsieur Lessard re: T.V.  
Volume 94 - 30 avril 1969 - page 49.
- C-188: Formules de l'Alliance des Infirmières distribuées sur les étages par Garde McDonald, Vice-Présidente de l'Alliance, afin d'assurer l'application intégrale de la décision arbitrale du Docteur Saint-Georges.  
Volume 98 - 5 mai 1969 - page 13.
- C-189: Analyse des frais d'exploitation réels pour l'année 1966 selon les catégories de dépenses apparaissant au budget approuvé et réparties par groupes d'hôpitaux, re: coût du Per Diem produit par Monsieur J.P. Marcoux.  
Volume 104 - 8 mai 1969 - page 43.

- C-190: Lettre générale datée du 11 septembre 1968 adressée aux directeurs généraux des hôpitaux publics signée par le Ministre de la Santé re: rémunération des cadres.  
Volume 104 - 8 mai 1969 - page 40.
- C-191: Rapport fourni par le directeur général en date du 2 mai 1969 à la demande du docteur Bourgeois re: malades hospitalisés venant directement de l'urgence.  
Volume 105 - 8 mai 1969 - page 57.
- C-192: Rapport sur les heures fournies et les montants déboursés pour services privés 1967 - 1968.  
Volume 105 - 8 mai 1969 - page 57.

## CHAPITRE PREMIER

### L'HISTORIQUE

#### a) Les origines et le développement

Pour arriver à la fondation de l'hôpital Charles Lemoyne, il a fallu passer en revue les diverses étapes de l'Hôpital Général de St-Lambert qui était un hôpital de cent trente-deux (132) lits depuis son ouverture en 1959.

Pour bien vivre la construction de l'Hôpital Charles Lemoyne, il faut faire une rétrospective de l'Hôpital Général de St-Lambert en passant plus spécialement par ses projets d'agrandissement.

En 1958, le docteur L.D. Pilon construit, à ses propres frais et risques, un hôpital privé de cent trente-deux (132) lits d'adultes et d'enfants et de quarante (40) bassinettes.

Le premier patient y est admis en janvier 1959 et l'Hôpital Général de St-Lambert a été constitué en corporation sans but lucratif, suivant la partie trois (3) de la Loi des Compagnies par lettres patentes enregistrées, le 26 mars 1959, libro 329, folio 196.

Les requérants pour cette incorporation ont été: Louis Dieudonné Pilon, médecin-chirurgien, Yvette Gaudreault-Pilon, infirmière, épouse contractuellement séparée de biens dudit Louis Dieudonné Pilon, Cécile Beaulieu, hospitalière, tous de Montréal, Annie Michaluck, administratrice de Montréal-Nord et Jacques Beaupré, médecin-chirurgien de St-Lambert.

Le 19 juin 1959, les autorités de cet hôpital adressait un mémoire à la Commission d'hospitalisation, composée des docteurs L. Larue et Gérard Lasalle et de monsieur Jack Latter (monsieur Henri Lefebvre, N.P. en étant le secrétaire) et aussi au Ministre de la Santé, démontrant les raisons de la nécessité de l'agrandissement de leur hôpital.

Les signataires de ce mémoire étaient:

Docteur Henri Letellier, président  
Docteur Mathieu Blais, vice-président  
Docteur Claude Graveline, secrétaire-trésorier  
Docteur Roger Lamarre, conseiller  
Docteur Gérard Raymond, conseiller  
Docteur Albert Gaudet, conseiller  
Docteur Roch Huot, conseiller  
Docteur Pierre Chalut, conseiller

qui constituaient alors le comité exécutif du bureau médical de l'Hôpital Général de St-Lambert.

En juillet 1959, le docteur L.D. Pilon vendait son hôpital à la Corporation de l'Hôpital Général de St-Lambert pour un montant de \$893,625.00.

Le 27 octobre 1959, un deuxième mémoire était présenté au Ministre de la Santé et également à la Commission d'hospitalisation contenant le détail des activités de l'hôpital et la preuve de la nécessité de son agrandissement.

Le 12 novembre 1959, les médecins et les administrateurs de l'hôpital étaient reçus par les membres de la Commission d'hospitalisation pour expliquer ce mémoire.

Le 12 novembre 1959 même, monsieur Gérard Lanoue, administrateur de l'Hôpital Général de St-Lambert, écrivait au secrétaire de la Commission d'hospitalisation pour remercier la dite Commission de son accueil.

Le 21 janvier 1960, le Ministre de la Santé, après étude du mémoire, demandait au docteur Pilon de lui faire parvenir l'acte de vente de son hôpital à la Corporation de l'Hôpital Général de St-Lambert.

Dès le 28 janvier 1960, l'Honorable A. Leclerc autorisait la Corporation à procéder à la préparation de plans d'agrandissement pour cent cinquante (150) lits additionnels, avec garantie d'octrois provinciaux, si lesdits plans étaient acceptés par le gouvernement fédéral.

Le 3 mars 1960, l'Honorable A. Leclerc autorisait officiellement la Corporation à procéder à l'agrandissement de l'hôpital pour qu'il devienne un hôpital de trois cent (300) lits.

Le 11 mars 1960, la Corporation obtenait l'assurance du Ministre de la Santé qu'un montant de \$2,000.00 par lit serait accordé, plus la part du gouvernement fédéral, soit un autre \$2,000.00 par lit.

En mars 1960, déjà seize (16) arrêtés en conseil avaient été obtenus autorisant l'expropriation des divers immeubles environnants en vue du projet d'agrandissement.

En mars 1960, la Ville de St-Lambert interdisait l'agrandissement prévu de l'hôpital parce que contraire au règlement de zonage en vigueur dans ce secteur de la ville. Cependant les autorités de la Ville de St-Lambert croyaient en la possibilité d'amender ce règlement de zonage, lorsqu'elles furent mises en présence du fait que le service des égouts était totalement inadéquat pour desservir le projet, à moins que l'hôpital ne s'engage à prendre à sa charge les travaux d'égouts.

C'est alors qu'arriva l'offre d'achat d'un terrain situé à Greenfield Park, appartenant à la Compagnie Belding Corticelli, soit le 18 mars 1960, acceptée en principe le 22 mars 1960.

Le 27 avril 1960, le Ministre de la Santé du Québec, mis au courant des difficultés rencontrées à la Ville de St-Lambert, étudia alors avec la Corporation de l'hôpital la possibilité de changer le site de l'hôpital et il envoya ses enquêteurs et la Commission d'hospitalisation visiter le nouveau terrain de la Belding Corticelli, pour lequel une option d'achat avait été prise.

Le 7 mai 1960, monsieur Lionel Bégin, enquêteur du Ministère de la Santé, faisait un rapport favorable à l'Honorable Ministre de la Santé.

Le 9 mai 1960, la Commission d'hospitalisation endossait le site nouveau.

Le 10 mai 1960, le docteur Pilon, président de l'Hôpital Général de St-Lambert, écrivait au Ministre de la Santé pour lui expliquer les raisons motivant le changement d'emplacement de l'hôpital.

Dès le 18 mai 1960, on procédait à la signature du contrat de construction du nouvel hôpital avec la firme Désourdy Construction Ltée, l'architecte étant monsieur Jean-Paul Jolicoeur, les travaux de construction devant être achevés effectivement pour le 18 mai 1962.

Les signataires du contrat pour l'hôpital étaient:

A. Gaudet, m.d.  
A. Peltier, m.d.  
R. Huot, m.d.  
Pierre Chalut, m.d.  
G. Lanoue  
Gabriel Desmarais, m.d.  
Ed. H. Letellier, m.d. et  
Annie Michaluck

Le 19 mai 1960, le Ministre de la Santé de la province, par son sous-ministre, Jean Grégoire, m.d., garantissait par lettre la somme de \$4,500.00 par lit, tout en demandant "de retarder encore quelque temps pour faire votre finance, l'Honorable Leclerc apprécierait ce geste à sa juste valeur".

Par l'arrêté en conseil numéro 1003, en date du 14 juin 1960, un octroi de \$260,000.00 était accordé à l'Hôpital Général de St-Lambert pour l'achat du terrain de la Belding Corticelli.

La cérémonie de la première pelletée de terre pour le futur Hôpital Charles Lemoyne a eu lieu le 14 juin 1960, quinze (15) semaines seulement après l'approbation ministérielle pour l'agrandissement et quatre (4) semaines après l'engagement de l'architecte.

Le 16 juin 1960, le bureau des directeurs élus pour une période de deux (2) ans se composait des personnes suivantes:

Président: Docteur L.D. Pilon, m.d.  
Premier vice-président: Docteur Henri E. Letellier, m.d.  
Second vice-président: Docteur Pierre Chalut, m.d.  
Secrétaire: Mlle Annie Michaluck  
Trésorier: Docteur Gabriel Desmarais, m.d.  
Directeurs: Mlle Cécile Beaulieu, i.l.  
Docteur Albert Gaudet, m.d.  
Docteur André Peltier, m.d.  
Docteur Roch Huot, m.d.  
Gérard Lanoue, B.A.L.S.C.  
Hon. Dr A. Kirkland, m.d.

Dès le 21 juin 1960, soit sept (7) jours après la levée de la première pelletée de terre, l'architecte Jolicoeur remettait les plans et devis pour la construction dudit hôpital.

Cependant le 23 juin 1960, les travaux d'excavation étaient suspendus, à la suite des élections provinciales.

Le 20 août 1960, un mémoire détaillé était soumis au nouveau Ministre de la Santé, l'Honorable J.A. Couturier, par les directeurs de l'Hôpital Général de St-Lambert sous la signature de Gérard Lanoue, administrateur. Il informait le ministre que la corporation de l'Hôpital Général de St-Lambert se composait de vingt-et-un (21) médecins et de cinq (5) personnes (non médecins). Le bureau médical de cet hôpital était composé de soixante-quinze (75) médecins de la région.

Le 12 septembre 1960, le Ministre de la Santé adressait un télégramme à la corporation de l'hôpital se lisant ainsi:

"Entendons dire que vous commencerez travaux, stop. Vous demande être prudent avant de commencer Stop. Avez-vous une autorisation du Ministère de la Santé".

Le 16 septembre 1960, monsieur Robert Théberge, M.P.P. rendait visite aux administrateurs de la corporation de l'Hôpital Général de St-Lambert réunis en assemblée spéciale, à laquelle assistaient aussi messieurs Marcel Désourdy et Marc Carrière.

Du total du prix de vente de \$893,625.00, il restait un solde à payer au docteur Pilon de \$547,625.00. A même le produit de l'émission d'obligations faite par Marc Carrière Ltée, le 23 novembre 1960, le docteur Pilon a été entièrement payé de sa créance et en a donné quittance complète et finale.

L'Hôpital Général de St-Lambert avait été construit en 1958 sur un terrain acquis par le docteur Pilon pour le prix de \$16,000.00. Il s'agissait d'un hôpital général, reconnu institution d'assistance publique classe A2 et B2 depuis le 1er avril 1959 et qui comprenait:

132 lits pour adultes  
10 lits pour enfants  
40 bassinettes.

D'après l'évaluateur Marcel Benoit, (rapport du 3 septembre 1960) la valeur réelle était de \$677,765.00 pour la bâtisse et \$91,500.00 pour le terrain, soit un total de \$769,263.00 sans tenir compte de l'ameublement et de l'équipement.

Avant le 22 juin 1960, le conseil d'administration de l'Hôpital Général de St-Lambert, pour pouvoir construire le nouvel hôpital, avait décidé de se porter acquéreur des actifs du docteur Pilon dans l'hôpital d'alors.

En octobre 1960, quatre-vingt-un (81) médecins de la rive sud présentaient une requête réclamant la construction de l'Hôpital Général de St-Lambert et trois cents (300) lits, suivant les plans et devis déjà complétés.

Le 23 novembre 1960, une émission d'obligations de \$800,000.00 était offerte en vente par l'intermédiaire de Marc Carrière Limitée, le Trust Général du Canada (Montréal) étant le fiduciaire.

En avril 1961, les gouvernements fédéral et provincial acceptaient d'accorder des subventions nécessaires à la construction.

Le 21 avril 1961, l'Honorable J. Waldo Monteith informait la corporation que l'octroi du gouvernement fédéral serait de \$769,046.00.

En avril 1961, on entreprenait une nouvelle étude sur la possibilité de construire l'hôpital ailleurs dans le comté de Chambly, en fonction de la superficie, des services, des sorties, de l'habitation du personnel, etc, etc

Nous sommes en 1961 et les discussions sont encore en cours bien que, d'après le docteur Letellier, (volume 26, page 28) depuis 1946 déjà on parlait de ce projet, alors qu'était fondée la Société médicale du comté de Chambly, formée de tous les médecins praticiens de la région, qui avaient eu un avant-goût d'un vrai hôpital général par la construction de l'Hôpital Général de St-Lambert en 1958.

Monsieur Antoine Desmarais, qui a été le premier président de l'Hôpital Charles Lemoyne, était arrivé au conseil d'administration de l'Hôpital Général de St-Lambert le 21 juillet 1961 où il occupait la charge de second vice-président pour en devenir par après le premier vice-président, à la place de Me Pierre Laporte, élu député de Chambly. (volume 57, page 7)

Au volume 56, page 52, monsieur Desmarais parle du projet de la construction de l'Hôpital Charles Lemoyne au Domaine Gentilly prôné par un certain groupe au lieu du site de Belding Corticelli. Il a déclaré que les médecins de l'hôpital qui avaient visité ce domaine disaient: "que c'était la dernière place où l'on devrait bâtir un hôpital parce qu'il n'y avait pas de route d'accès, ça serait difficile pour les ambulances, ça serait difficile pour le personnel de nuit, ça serait trop près de St-Hubert, trop près du bruit des avions".

La décision finale de construire l'Hôpital Charles Lemoyne sur son site actuel a été prise le 27 mars 1962 et le contrat avec l'architecte Jolicoeur a été négocié à Québec, le 30 juillet 1962. Il s'agissait d'un hôpital de 486 lits.

Il y eut donc une deuxième cérémonie communément appelée: "La levée de la première pelletée de terre", de telle sorte que pour l'Hôpital Charles Lemoyne, il y eut la levée de la première pelletée de terre le 14 juin 1960 et aussi la levée de la deuxième première pelletée de terre le 26 octobre 1962.

Lorsque les services des architectes et ingénieurs-conseils ont été requis, le 30 juillet 1962, par le Ministère des travaux publics pour la préparation des plans et devis pour l'hôpital actuel, l'estimé du projet de construction s'établissait à huit (8) millions de dollars.

Le contrat de construction de l'hôpital, qui a été signé le 21 novembre 1962 entre le Ministère des travaux publics et l'entrepreneur Désourdy Construction Ltée, était du type: "Coût plus pourcentage", soit cinq pour cent (5%).

Il est à remarquer que le commencement réel des travaux de construction se fixe au 26 octobre 1962.

Les travaux furent exécutés par des sous-traitants, après demandes de soumissions sur invitations ou publiques; sur invitations pour les travaux estimés à moins de \$25,000.00 et à plus de \$3,000.00, et sur soumissions publiques pour les travaux estimés à plus de \$25,000.00.

Le nombre de modifications ou ochangements s'établit à quelque 330 à la date du 22 novembre 1965, d'après monsieur F. St-Louis, directeur desprojets d'architecture, région de Montréal, et ce sont:

- 1- Les modifications dues à des omissions sur les plans ou à des détails et renseignements impossibles à obtenir au moment de la signature des sous-contrats, soit 1.72% du coût total, se chiffrant à \$137,774.52;
- 2- Les modifications requises par le Ministère de la Santé pour services supplémentaires et équipement spécialisé, soit 1.25% du coût total, se chiffrant à \$102,229.00.

Le coût de construction, d'ameublement fixe, incluant les honoraires professionnels, se chiffre à \$1.70 le pied cube, ce qui est considéré peu élevé pour un édifice de cette envergure (voir rapport du 22 novembre 1965 présenté au Ministère des travaux publics, avec copie à monsieur Roger Pouliot, architecte-conseil et au docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la Santé, par François St-Louis.

LETTRES PATENTES RE: HOPITAL CHARLES LEMOYNE

En avril 1963, une requête au Lieutenant-Gouverneur en Conseil est adressée par Jean-Paul Dansereau, avocat, Anita Boisvert, fille majeure, secrétaire, tous deux des cité et district de Montréal, et Lyse Boulais, fille majeure, secrétaire, de Longueuil, district de Montréal, pour obtenir des lettres patentes en vertu des dispositions de la troisième partie de la Loi des Compagnies de Québec, les constituant en Corporation sans capital-actions et les autres personnes qui peuvent devenir membres de la corporation à être créée sous

le nom de: Hôpital Charles Lemoyne. Ces lettres patentes, constituant en Corporation l'Hôpital Charles Lemoyne, datées du 4 juin 1963, ont été enregistrées le 28 juin 1963, libro 1176, folio 82, telles qu'amendées suivant les instructions du docteur Jacques Gélinas, sous-ministre, à la suite de l'avis légal fourni par Me Jacques Morency, quant aux pouvoirs accordés à ladite corporation, soit:

"Maintenir et exploiter un hôpital situé à Greenfield Park, propriété de la Couronne aux droits de la Province de Québec, le tout conformément aux dispositions de la Loi des Hôpitaux".

Les directeurs provisoires de l'Hôpital Charles Lemoyne ont tenu, à Montréal au numéro 1595 rue St-Hubert, le 10e jour de septembre 1963, à 9 heures de l'avant-midi, une assemblée et au cours de cette assemblée, ils ont adopté des règlements généraux qui ont été envoyés à Québec pour approbation et acceptation.

Ces règlements généraux ont été remis pour vérification à Me Morency, conseiller juridique au service de l'assurance-hospitalisation, Ministère de la Santé, par monsieur Louis De B. Gravel, directeur du service des compagnies.

A la date du 27 janvier 1964, Me Morency n'avait pas encore répondu à la demande de monsieur Gravel, faite le 1er octobre 1963, de telle sorte que Me J.P. Dansereau, C.R. a été obligé de lui écrire le 27 janvier 1964 pour le presser à donner sa réponse.

Le 2 mars 1964, Me Dansereau, C.R. adressait à qui de droit une copie certifiée du procès-verbal de la première assemblée des directeurs provisoires de l'Hôpital Charles Lemoyne, contenant les règlements proposés, ainsi

qu'une copie certifiée du procès-verbal d'une assemblée générale spéciale de tous les membres de cette corporation approuvant les règlements généraux adoptés par les directeurs provisoires.

Le 9 mars 1964, Me Morency l'informait que le Ministère n'avait aucune objection à l'acceptation de ces règlements et il ajoutait:

"Il est bien entendu qu'il s'agit des règlements qui ont été transmis le 2 mars et non ceux qui avaient déjà été transmis au cours du mois d'octobre dernier",

car il y avait eu correction à ces premiers règlements faite par le Ministère.

Le 7 avril 1964, Me Frédéric St-Pierre, C.R., conseiller juridique, Ministère de la Santé, recevait une lettre de Me Dansereau, C.R. contenant une demande de contrat-bail pour l'Hôpital Charles Lemoyne, le tout suivant résolution adoptée à une assemblée du conseil d'administration tenue le 24 février 1964 autorisant le directeur général à faire cette demande.

Lors de l'assemblée des directeurs provisoires de l'Hôpital Charles Lemoyne, tenue le 18e jour de février 1964, conformément aux règlements généraux de la corporation, il est proposé, appuyé et résolu à l'unanimité d'accepter comme membres de la corporation les personnes dont les noms suivent:

Docteur Pierre Chalut, m.d.	Monsieur Antoine Desmarais
Docteur André Peltier, m.d.	Monsieur Antoine Spickler
Docteur Albert Gaudet, m.d.	Monsieur Roland Laporte
M. Gilbert Latour	
M. Raymond Soucie	
Me Eugène Handfield.	

Par après, Me Jean-Paul Dansereau, Mlle Anita Boisvert et Mlle Lyse Boulais démissionnaient comme directeurs provisoires et membres de la corporation.

Au cours de cette assemblée du 24 février 1964, le conseil d'administration avait été élu. Voici sa composition:

Président: Antoine Desmarais  
Premier vice-président: Antoine Spickler  
Second vice-président : Raymond Soucie  
Secrétaire honoraire : Roland Laporte  
Trésorier honoraire : Aimé Racicot  
Directeur général : Gérard Lanoue  
Directeur médical : Docteur Henri Letellier

A la date du 7 avril 1964, le directeur général, monsieur Lanoue, dûment autorisé, écrivait au Ministre Couturier pour faire la demande de permis pour l'Hôpital Charles Lemoyne, et cette demande fut acceptée.

Le 30 novembre 1964, l'hôpital adressait une lettre à Me Morency lui demandant réponse au sujet du contrat-bail (voir lettre adressée à Me St-Pierre, C.R., le 7 avril 1964)

Le 1er mars 1965 seulement, Me Morency, C.R. informait par lettre Me Dansereau, C.R. qu'il ne pouvait être question de signer un bail tant et aussi longtemps que l'hôpital ne serait pas prêt à ouvrir ses portes. Il a fallu presque un (1) an pour obtenir cette réponse.

Le 16 février 1965, l'arrêté en conseil numéro 296 était passé concernant les travaux de construction de l'hôpital général de la rive sud, comté de Chambly, (voir annexe B) y compris l'addition d'un étage, suivant les directives du Ministère de la Santé, portant alors le montant de la construction proprement dite à \$8,500,000.00.

Le 19 août 1965, un autre arrêté en conseil portant le numéro 1633 (voir annexe B) était passé concernant l'acquisition de terrains nécessaires à l'Hôpital Charles Lemoyne de Greenfield Park, comté de Chambly.

Il s'agissait d'organiser les services se rattachant au fonctionnement général de l'hôpital, d'agrandir le terrain de stationnement, de prévoir la construction d'une école d'infirmières, d'une école de gardes-malades auxiliaires et pour cela, il fallait acquérir certains immeubles avoisinants par voie d'expropriation ou de gré à gré; la somme prévue pour cela était de \$80,000.00.

Le 1er septembre 1965, un autre arrêté en conseil portant le numéro 1714 était passé concernant une entente à être signée entre le gouvernement et la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne où il s'agissait de la location de l'hôpital à la corporation et aussi de lui confier la direction, la surveillance et l'administration (voir annexe B comprenant l'arrêté en conseil numéro 1714 et aussi l'entente-bail conclue entre le gouvernement et l'hôpital).

Jeudi, le 14 octobre 1965, les directeurs médicaux des compagnies pharmaceutiques du Canada ont été invités à une visite de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Samedi, le 16 octobre 1965, une visite de l'hôpital a été organisée pour le grand public sous la présidence d'honneur de l'Honorable Pierre Laporte.

Le 26 octobre 1965, les clés de l'édifice furent remises officiellement par le Ministère des Travaux publics au Ministère de la Santé représenté par le docteur Napoléon Tremblay.

Cependant, dès le 27 octobre 1965, le docteur Napoléon Tremblay écrivait au docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la Santé, pour lui faire parvenir la liste des item non complétés à l'Hôpital Charles Lemoyne, à la date du 26 octobre 1965, liste préparée par monsieur Jean-Paul Jolicoeur, architecte, et remise au docteur Tremblay lors du transfert de l'hôpital du Ministère des Travaux publics au Ministère de la Santé (voir annexe B).

Le 4 février 1966, monsieur Eric W. Kierans, Ministre de la Santé, faisait une déclaration ministérielle au sujet de l'Hôpital Charles Lemoyne se lisant ainsi:

"La construction de l'Hôpital Charles Lemoyne a commencé le 26 octobre 1962 et le Ministère des Travaux publics en remettait les clés le 26 octobre 1965.

Dès 1964, des discussions ont été entamées au sujet de l'équipement. De nouvelles spécifications pour les lits et l'équipement pour chambres des malades ont été élaborées avec le bureau de normalisation et de standardisation de l'industrie et du commerce, avec la collaboration des manufacturiers, ainsi que conjointement avec des représentants des Ministère de la Santé et de la Famille et du Bien-Etre Social. Au cours de ces réunions ont été déterminées des spécifications nouvelles qui ont permis une économie de 30% dans le coût des lits et de l'ameublement de chambres, tout en tenant compte des besoins de la médecine moderne.

En vue d'assurer l'efficacité maximum de cet hôpital et la protection des malades, une vérification très stricte a été exercée lors de la réception de la marchandise. Cette vérification a permis de constater que certaines marchandises livrées ne correspondaient pas aux spécifications, d'où un retard dans l'ouverture de l'hôpital. De plus, une grève de camionneurs a retardé de plusieurs semaines la livraison d'un certain nombre d'articles. Ces retards se sont répercutés sur l'engagement du personnel et son initiation à des techniques différentes de celles utilisées à l'hôpital actuel de St-Lambert.

Nous estimons que l'Hôpital Charles Lemoyne sera définitivement à la disposition du public vers le 15 mars 1966.

.....

Je n'hésite pas à déclarer que je ne suis que partiellement satisfait par ces explications. Je désire assurer la population qu'elle a droit à une meilleure planification hospitalière et qu'elle l'aura". (\*) Le souligné est de la Commission)

Malgré que les clés de l'édifice aient été remises le 26 octobre 1965, de fait le premier patient n'a été admis à l'Hôpital Charles Lemoyne que le 21 mars 1966, car le travaux n'étaient pas terminés.

De plus à cette date du 21 mars 1966, une importante partie de l'équipement n'était pas en place, ce qui a obligé la corporation à transférer à l'Hôpital Charles Lemoyne la majeure partie de l'équipement qui était utilisé à l'Hôpital St-Lambert.

Le déménagement et le transfert de malades ont été faits par tout le personnel de l'hôpital (témoignage monsieur Antoine Desmarais, volume 53, pages 42 et 43). Dans ce témoignage nous trouvons la raison du déménagement hâtif:

"...nous avons ouvert, nous avons ouvert de peur, l'hôpital était ouvert. Nous avons les clés depuis octobre, nous nous étions en mars, le matériel n'était pas entré, on a dit: "C'est correct, on va prendre le nôtre, il y aurait plus de place pour opérer, c'est plus facile d'opérer cent vingt-cinq (125) lits dans un grand hôpital que cent vingt-cinq (125) lits dans un petit hôpital." C'est la réponse à votre question....."

D'après un rapport fourni par le sous-ministre de la Santé, en date du 29 mars 1967, voici le nombre de lits dressés et prévus:

<u>DATE</u>	<u>ADULTES</u>	<u>BASSINETTES</u>
a) <u>Dressés</u>		
21 mars 1966	57	33
28 mars 1966	100	33
28 avril 1966	120	33
Septembre 1966	140	33
Octobre 1966	140	55
18 janvier 1967	182	55
-----		
b) <u>Prévus</u>		
10 avril 1967	217	55
24 avril 1967	252	55
15 mai 1967	287	55

Il était mentionné dans le même rapport que du 29 mars 1967 au 15 mai 1967, le directeur général prévoyait ouvrir une section de six (6) lits de soins intensifs, or nous verrons plus loin dans ce rapport que cette section n'était pas encore ouverte au début de cette enquête.

En octobre 1968, il y avait à l'Hôpital Charles Lemoyne trois cent cinquante-deux (352) lits dressés sur une possibilité de quatre cent quatre-vingt-quatre (484) lits, d'après le rapport fait par le directeur médical, docteur Letellier, à une assemblée du comité exécutif du conseil des médecins tenue le 28 novembre 1968.

C'est le développement auquel est arrivé l'Hôpital Charles Lemoyne, après trente-deux (32) mois d'opération.

La Commission, pour faire ce résumé de l'historique de l'hôpital, a puisé dans les archives de l'Hôpital Général de St-Lambert mises à sa disposition lors de l'ouverture de l'enquête.

## CHAPITRE PREMIER

### L'HISTORIQUE

#### b) Les problèmes d'organisation matérielle

La Commission, vu son mandat, n'a abordé les questions relatives aux locaux qu'en autant que ceux-ci ont affecté l'administration et le fonctionnement de l'hôpital.

La présence de monsieur Gérard Lanoue sur le comité du chantier fut certainement des plus utiles car, à maintes reprises, il eut des interventions qui permirent d'améliorer les plans. Toutefois, sa présence ne sembla pas toujours appréciée de certains autres membres de ce comité et plusieurs de ses interventions, notamment en ce qui concerne la cheminée, ont semblé être mal reçues. La présence de monsieur Lanoue sur le comité de la construction lui permettait d'agir comme porte-parole de la corporation mais la construction n'était pas le fait de la corporation même puisque celle-ci ne devait devenir locataire de l'hôpital qu'une fois celui-ci construit. Monsieur J.P. Marcoux, directeur général du S.A.H.Q. déclare lui-même (volume 103, page 6):

"Souvent le contrat de location n'est pas passé à ce moment-là et évidemment, il n'y a pas de relations entre le conseil d'administration de l'hôpital et le Ministère des travaux publics".

On voit donc qu'une telle situation peut devenir délicate si le directeur général intervient fréquemment ou fortement dans les plans du futur hôpital; il risque de se faire dire un jour "de s'occuper de ses affaires" comme on l'a déjà fait sentir à monsieur Lanoue (volume 3, pages 176 et 177).

Une telle situation est d'autant plus néfaste s'il y a peu de consultations avec les représentants de la corporation de l'hôpital ou avec ses chefs de services. Or c'est ce qui est arrivé dans plusieurs cas.

1- Psychiatrie (Docteur Doyon, volume 92, page 12):

"Le docteur Bédard qui est responsable des services psychiatriques au Ministère de la Santé n'a pas été consulté sur la construction du service de psychiatrie dans l'hôpital".

2- Gynéco-obstétrique (Docteur G. Desmarais, volume 91, page 69):

"J'ai offert ici, par au moins cinq à six fois à l'architecte de faire le voyage (à Buffalo), le payer de ma poche...Nic, il n'avait pas le temps".

3- Médecine (Docteur Nélío Renzi, volume 99, pages 22 et 23):

Q.- Est-ce que vous avez élaboré ou participé à l'élaboration des plans de l'hôpital, avant son ouverture première question; et si la réponse est dans l'affirmative, voulez-vous nous dire si vous aviez prévu des choses telles que l'endoscopie, etc.?

R.- Voici, je crois que c'est en 1965, j'ai vu les plans de l'hôpital ici pour la première fois. A ce moment-là, monsieur Lanoue m'avait convoqué à son bureau, m'avait montré les plans de l'hôpital qui était en construction et puis étant interniste et regardant toujours mon point de vue, j'ai cherché dans les plans où il y avait des salles pour la médecine interne. A ce moment-là, j'ai constaté...

Q.- Vous voulez dire salles d'examen?

R.- D'endoscopie.

Q.- Ou des chambres de malades?

R.- L'endoscopie, des salles pour les examens de médecine interne. J'ai constaté avec monsieur Lanoue qu'effectivement on avait complètement oublié certaines pièces. On avait pas du tout...".

"Q.- Vous n'aviez jamais vu les plans avant ça?

R.- Non. On n'avait pas du tout prévu un endroit pour la cardiologie, on avait pas du tout prévu, par exemple, aucune salle pour physiologie respiratoire ou métabolique, ou autre et on avait prévu aucune salle pour l'endoscopie. Alors, à ce moment-là, j'ai fait cette remarque à M. Lanoue qui a compris immédiatement et puis il m'a dit: "Il faut faire quelque chose". Alors, nous avons pris les plans, nous avons regardé ça attentivement et M. Lanoue m'a demandé de faire un petit schéma pour faire une salle d'endoscopie et de cardiologie. Nous avons fait un schéma pour, justement, faire une salle d'endoscopie et cardiologie et nous avons sacrifié une chambre du sixième qui était une chambre de la médecine interne et puis nous avons donné ce brouillon à M. Lanoue qui, lui, l'a transmis à l'architecte, je crois, et à la suite au Ministre des travaux publics, etc. Et finalement, on a apporté les changements, c'était juste au bon moment, c'est que les divisions, semble-t-il, n'étaient pas tout à fait faites, le toit était mis et les divisions n'étaient pas faites et ça a pu être fait".

Il faut bien rappeler ici que les docteurs Bédard, G. Desmarais et N. Renzi étaient disponibles lors de la planification de l'hôpital. Il faut rappeler aussi que de telles consultations étaient d'autant plus nécessaires que par la suite la corporation devait utiliser l'hôpital "tel quel" et ne procéder à aucun changement sans l'autorisation du Ministère des travaux publics (G. Lanoue, volume 36, page 10).

Bien que les clés de l'hôpital aient été remises le 26 octobre 1965 à la corporation, l'hôpital comptait encore une liste imposante de travaux non terminés et le 10 août 1967, il y eut assemblée spéciale de toutes les parties intéressées pour préciser les solutions et les responsabilités, car des déficiences qui existaient sur la liste préparée le 20 octobre 1965 (exhibit C-52) n'étaient pas encore corrigées et de nouvelles déficiences étaient apparues: v.g. bouilloire no. 3, vitres et fenêtres, promenade

et protection du 7e étage, pneumatique, toiture, stationnement, tuiles, portes, convoyeur, ventilation et isolement, éclairage, sorties d'oxygène, lavage extérieur de vitres, incinérateur, etc, etc..

Les réparations ont été d'autant plus longues à venir que de nombreuses parties étaient en présence. L'hôpital, locataire de l'immeuble, ne pouvait faire beaucoup plus que de multiplier les représentations à tous les niveaux. Les délais ont donc été nombreux et prolongés. C'est ce qui a fait dire, par exemple, à monsieur Cousineau, chef-mécanicien (volume 85, page 65):

"Q.- Cette raison de la suie...elle a été découverte récemment seulement?

R.- Non.

Q.- Ca vous est connu depuis quand?

R.- Depuis que je suis à l'hôpital (i.e. depuis le début).

Q.- Ils n'ont pas réglé ça avant?

R.- Il y a eu beaucoup de paroles".

Nous pouvons lire en effet dans une note de monsieur Cousineau à monsieur Lanoue en date du 14 novembre 1966: (Exhibit C-172)

"La combustion se continue dans la cheminée même...840 gallons de suie au nettoyage du 20 octobre 1966...Ces chiffres sont d'autant plus éloquentes que nous venons de finir la période d'été où le chauffage est au minimum... Il est permis de croire que le danger sera considérable durant la période d'hiver... Le 17 février 1965, il y eut explosion dans la cheminée suivie d'un feu qui a endommagé la porte de fonte à la base. Cette porte fut changée. Les conditions d'opération au moment de l'explosion demeurent les mêmes et l'efficacité de rendement des bouilloires ne s'est pas améliorée".

En janvier 1967, une des trois chaudières était hors d'usage. Il y eut divers rapports. Finalement, le 9 mai 1968, le sous-ministre de la Santé envoie à son ministre une note où il est dit:

"Depuis cette date (janvier 1967), rien n'a été fait... Des plans ont été faits depuis mais nous ne voyons pas que les plans puissent suffire, il faudrait bien les réaliser un jour".  
(Exhibit C-172).

La Commission trouve que l'enchevêtrement des responsabilités joint au statut de locataire de la corporation a compliqué l'exécution des réparations et a retardé le fonctionnement normal de l'hôpital.

Outre le manque de consultations et les délais prolongés, il y a lieu de signaler certains défauts particuliers, pour illustrer par des exemples les reproches faits ci-dessus.

Le docteur G. Desmarais signale:  
(volume 91, page 49)

"Ca a pris 2 ans  $\frac{1}{2}$  pour poser des lumières... Ils nous ont posé des lumières de troisième qualité qui ne donnent pas les rendements dont on a besoin (salle de recouvrance)".

Quant au salon des médecins, au bloc obstétrical, il ajoute:

"Il n'y a même pas d'aération et c'est noir".

Certes, le docteur G. Desmarais reconnaît l'énorme supériorité des nouvelles installations sur celles de l'Hôpital St-Lambert, mais les erreurs dont il se plaint auraient aisément été corrigées par des consultations et

les délais auraient été moindres si l'hôpital avait pu procéder directement aux améliorations requises.

Quant aux laboratoires, l'hôpital est assez bien pourvu en ce qui concerne l'anatomie pathologique mais écoutons le docteur Fontaine, bactériologiste:  
(volume 90, pages 21 et 22)

"On se croirait avant l'ère pasteurienne pour ce qui est de l'espace réservé à la bactériologie dans cet hôpital...ceux qui étaient responsables de la construction des laboratoires se sont trompés grossièrement...(\*) Il n'y a pas de place pour loger un bactériologiste. Alors, c'est impensable, je ne sais pas, la bactério, ça a été oubliée sur les plans complètement".  
(\* ) Le souligné est de la Commission.

Le docteur Léo Sénécal, chef des laboratoires, ajoute: (volume 84, page 25)

"Q.- Est-ce que les locaux sont suffisants pour les besoins de laboratoire?

R.- C'est simple, non".

Il illustre ensuite sa pensée par l'absence d'un bureau pour un biochimiste et certains aménagements de fortune.

D'autre part, il n'y a pas de bibliothèque médicale, le restaurant occupe une place de choix à l'entrée de l'hôpital, les cuisines ont été longtemps sans porte. Écoutons à ce propos monsieur Rondeau, directeur des finances:  
(volume 72, page 2)

"N'importe qui, à n'importe quelle heure de la nuit et du soir pouvait circuler dans la cuisine, et une chose que j'ai remarquée, c'est que depuis que les portes sont installées, soit depuis environ novembre (1968), les achats de novembre et décembre, comparés aux autres mois de l'année 1968 ont baissé tout simplement de \$6,000.00 (pour les 2 mois)".

Les locaux de la radiologie ont souffert d'un important problème de ventilation et de climatisation. Il n'y a pas de locaux prévus pour l'inhalothérapie; les systèmes de communications étaient déficients.

CONCLUSIONS:

La Commission trouve que dans tous ces problèmes, des délais prolongés se passent avant que les améliorations soient entreprises. Il est évident que le nombre et la complexité des procédures d'approbation nuisent à l'efficacité et même au climat de bonne entente dans ce nouvel hôpital.

Bref, dans le domaine de l'organisation matérielle, la Commission croit que beaucoup de problèmes auraient été éliminés par plus de consultations auprès des administrateurs futurs, lesquels étaient justement disponibles et désireux de coopérer. En outre, le nombre des parties impliquées et la complexité des procédures gouvernementales ont considérablement ralenti les décisions concrètes qui s'imposent pour terminer l'hôpital et réparer les déficiences qui se sont présentées dès les premiers temps.

CHAPITRE PREMIER

L'HISTORIQUE

c) La conférence de presse

Madame Laurette Larouche, i.l. a été diplômée en 1944, après avoir suivi son cours d'infirmière à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal où elle demeura jusqu'en 1952, suivant les ordres de ses supérieures.

De 1952 à 1964, elle fut en service dans divers hôpitaux des Etats-Unis, pour revenir exercer sa profession à l'Hôpital Maisonneuve de 1964 à 1968, date à laquelle elle entra au service de l'Hôpital Charles Lemoyne comme directrice des soins infirmiers pour combler la vacance occasionnée par la démission de Garde Perron.

Elle a étudié l'administration en nursing à l'Université de St-Louis, Etats-Unis, durant deux (2) ans pour revenir ensuite à Montréal en 1964.

A la suite de la conférence de presse qu'elle donna le 27 octobre 1968, à l'hôpital même, à 9.30 heures a.m., sans avoir obtenu la permission et sans en avoir prévenu les autorités, elle fut suspendue dès le lendemain par le directeur général pour manquement à la discipline.

Dans l'extrait certifié conforme du procès-verbal de l'assemblée de l'Alliance des Infirmières, tenue le 29 octobre 1968, il est fait mention de "renvoi" au lieu de suspension. (Exhibit A-4). Il s'agissait là d'une inexactitude de la part de l'Alliance.

A la page 2 du volume 2, madame Larouche "affirme qu'elle parlait au nom d'un groupe, étant donné qu'elle était la directrice du service des soins infirmiers".

A la page 21 du même volume, elle prétend que, au nom du groupe qu'elle représentait, elle avait fait à l'administration des demandes répétées, ainsi que des représentations et des recommandations, mais que tout cela était demeuré sans réponse.

Le 10 octobre 1968, il y eut une réunion à laquelle assistaient les personnes suivantes:

Mme Laurette Larouche, directrice des soins infirmiers;  
Mlle Thérèse Robidas, ass.-directrice des soins infirmiers;  
Mlle Michelle Gravel, surveillante de jour;  
Mlle Suzanne St-Onge " " "  
Mlle Gisèle Lorion " " "  
Mme Lise Bisailon " " "  
Mme Jeannine Tremblay " " "  
Mme Marie-Claire Carbonneau " " "  
Mlle Marina Pelletier " " "  
Mlle Claudette Pitre, secrétaire au bureau des soins infirmiers

La présidente de la réunion a été Mlle Thérèse Robidas. L'ordre du jour de cette réunion avait été préparé la veille au domicile de madame Larouche, alors que le directeur général et le directeur médical et certaines personnes du groupe de madame Larouche s'étaient rendus chez elle pour l'inviter à revenir travailler à l'hôpital (volume 92, pages 69 et 70).

Il est bon de se référer pour plus de détails au chapitre cinquième: "Les Soins Infirmiers".

Le groupe de madame Larouche comprenait: mlle Robidas, mlle Gravel, madame Tremblay, madame St-Onge et mlle Bisailon.

La Commission est convaincue qu'il s'agit là du groupe dont parle madame Larouche lorsqu'elle déclare dans son témoignage "qu'elle parlait au nom d'un groupe".

A cette réunion, il y eut études des différents postes, à savoir: (exhibit C-12)

- "10- Etude de l'administration du directeur général;
- 20- Etude sur l'administration du directeur du personnel;
- 30- Etude sur l'administration de la directrice des soins infirmiers;
- 40- Etude sur l'administration du directeur médical;
- 50- Etude sur l'administration du directeur des finances".

Il y eut également une étude intitulée: "Vue générale du fonctionnement actuel de l'hôpital.

Il y eut également "Etude des relations humaines" et enfin "Etude des problèmes du service des soins infirmiers".

Après l'ajournement, le groupe continua d'étudier:

- A) Les projets d'ouverture du 4e nord, du 5e nord, du 5e sud et des soins intensifs;
- B) La réorganisation des cas externes;
- C) L'analyse des taches par des spécialistes reconnus;
- D) L'équilibre dans la répartition du matériel déjà existant;
- E) Les politiques des règlements affichés dans chaque chambre des unités de soins;
- F) Etude de l'entente signée le 31 août 1968 re: rapport St-Georges et autres item;
- G) Le restaurant à l'entrée de l'hôpital re: son déménagement.

Ces études furent présentées sous forme de rapport et les conclusions étaient:

"Nous vous avons fourni l'exposé des besoins urgents du service des soins infirmiers qui sont des problèmes actuels, et auxquels nous voulons une réponse écrite d'ici mercredi le 16 octobre 1968.

Croyant que votre réponse favorable ne nous obligera pas à prendre des journées d'étude, dès jeudi, le 17 octobre 1968, afin de trouver la solution à nos problèmes".

Ce document était signé par la directrice des soins infirmiers, l'assistante-directrice et sept (7) surveillantes.

Dès le lendemain, 11 octobre, l'administration de l'hôpital, représentée par son président, monsieur Antoine Spickler et par son directeur général, monsieur Gérard Lanoue, rencontrait à l'hôpital toutes les personnes mentionnées à l'exhibit C-12, à l'exception de mlle Thérèse Robidas, et cette réunion a duré de midi et trente à vingt-trois heures.

Dans le compte rendu de cette réunion (Exhibit C-13 et annexe A de ce rapport), on voit que chacun des items apparaissant au rapport (C-12) a fait l'objet de réponses et de discussions.

Il est nécessaire d'extraire de ce compte rendu le paragraphe suivant:

"Madame Larouche remercie monsieur Spickler d'avoir bien voulu venir nous rencontrer et d'avoir répondu à nos questions".

Cependant, la Commission a remarqué que le groupe avait accepté la proposition de madame Bisailon, appuyée par madame Larouche, à l'effet de retarder la date du 17 octobre au 25 octobre 1968 pour avoir une réponse écrite.

Monsieur Spickler informa le groupe:

"Que des réponses écrites, ce sera probablement impossible par la corporation, mais quant à la réponse écrite de monsieur Lanoue, la corporation ne peut rien décider pour lui".

Monsieur Lanoue affirma pouvoir donner une réponse écrite pour le 25 octobre 1968:

"En "autant" que mes fonctions me le permettront".

Madame Larouche déclara au cours de son témoignage (volume 2, page 29) que la définition de ses fonctions ne lui a jamais été faite. Elle affirme:

"Les avoir faites elle-même, mais qu'elle ne les a jamais données à personne".

A la page 31, volume 2, madame Larouche dit:

"Je peux dire que dès les débuts je suis entrée ici. J'ai fait les fonctions de toutes les personnes de l'hôpital. J'ai fait un cahier des fonctions de l'hospitalière, des infirmières licenciées, des auxiliaires et des aides-infirmières, des infirmiers et de tout le personnel et j'ai fait mes fonctions à ce moment-là et en plus, j'ai fait la philosophie du service des soins infirmiers et les politiques, parce qu'on n'avait rien à ce moment-là. J'ai mis cela avec la philosophie du service infirmier mais j'ai gardé mes fonctions pour moi. J'ai fait les fonctions des surveillantes quand elles sont entrées en fonction, on les a étudiées en comité, mes fonctions à moi, je ne les ai jamais données à personne, personne ne me les a demandées, mais je les ai faites en acquis de conscience".

Madame Larouche informa la Commission:

"Qu'on devait passer au conseil d'administration le 24 octobre et je sais que, à l'ordre du jour, monsieur Lanoue nous l'a dit, ils n'ont pas eu le temps de nous passer. Notre problème était assez sérieux je pense pour que l'on puisse être écoutées. On n'a eu aucune réponse, rien de ce que l'on a demandé". (volume 2, page 38).

La Commission souligne que pour raison majeure, le conseil d'administration tenait une assemblée spéciale, le 24 octobre 1968, avec les représentants du ministère des travaux publics, du S.A.H.Q. et les officiers de la compagnie York, afin de solutionner le problème urgent de la ventilation (exhibit C-1). Il décidait de reporter au 14 novembre 1968 l'étude du document C-13 (annexe B).

Madame Larouche admet:

"Que sur certains sujets, l'on n'a pas pu progresser à cause que tout dépendait du gouvernement, comme cela venait du gouvernement, on ne pouvait pas faire plus que ça".  
(volume 2, page 41 et 42)

Son groupe aurait aimé:

"Avoir quelque chose d'écrit pour savoir, pour statuer, pour savoir à qui aller quand on a besoin de quelque chose, que ce ne soit pas toujours le directeur général qui doivent répondre à tout, même pour le déplacement d'un téléphone".  
(volume 2, page 44)

Madame Larouche prétend qu'elle a essayé de rejoindre quelqu'un au Ministère de la Santé (Mlle Milord) et qu'elle n'a pas pu rejoindre personne. C'est la réponse qu'elle a donnée lorsque le président lui a demandé la raison de sa conférence de presse.

Voici d'ailleurs la question du président:

(volume 2, page 51)

"Alors quelle a été la raison de vous lancer dans une conférence de presse, au lieu d'aller directement aux autorités du gouvernement, si le conseil d'administration ne pouvait rien faire auprès du Ministère de la Santé. Vous n'avez pas pensé d'aller au Ministère de la Santé au lieu de faire une conférence de presse?"

La réponse donnée par madame Larouche manque de sérieux et est même enfantine:

"J'ai téléphoné, monsieur le Juge, j'ai téléphoné trois fois et je n'ai pu rejoindre personne. C'était la fin de semaine, il n'y avait personne là et le lundi matin, le bureau ouvre tard. Je n'ai pas pu rejoindre personne".  
(page 52, volume 2)

Elle déclare ne pas avoir essayé de rejoindre quelqu'un à Québec le vendredi et elle dit qu'elle n'a même pas appelé le vendredi, préférant téléphoner le samedi matin et le lundi matin à 8.30 heures, alors qu'elle savait, ou aurait dû savoir, qu'il n'y avait personne à ces moments-là pour répondre. (volume 2, pages 52 et 53).

La conférence de presse était déjà fixée depuis le samedi matin et coûte que coûte il fallait qu'elle ait lieu, de l'avis de madame Larouche.

Il n'y a aucun doute que des problèmes existaient à l'Hôpital Charles Lemoyne, mais la directrice des soins infirmiers a posé un geste irréfléchi lorsqu'elle a convoqué une conférence de presse et encore plus lorsqu'elle l'a donnée. Le climat existant à l'Hôpital Charles Lemoyne entre les différents corps ayant à oeuvrer ensemble quotidiennement était survolté, mais la méthode employée par madame Larouche n'était sûrement pas la méthode indiquée pour améliorer le climat, pas plus que son objection à l'application intégrale des décisions du rapport (St-Georges). (volume 2, page 107 ainsi que (volume 2, pages 145, 146 et 147).

La Commission s'étonne de constater que madame Larouche continuait d'occuper son poste en octobre 1968, alors que sa période d'essai de six (6) mois était déjà écoulée depuis juillet et que madame Larouche était apparemment satisfaite de demeurer à son poste.

La Commission, en terminant ses réflexions sur cette conférence de presse, rapporte une pensée qu'elle a trouvée dans le procès-verbal de l'assemblée du personnel des cadres du service des soins infirmiers,

présidée par madame Laurette Larouche, assemblée tenue le 22 octobre 1968, et voici cette pensée:

"Silence et parole se renforcent et se complètent,

Le silence gardé avant et après une audition favorise l'approfondissement et la compréhension,

Il y a un temps pour parler et un temps pour se taire,

La sagesse pratique consiste donc en un juste alliage".

(extrait exhibit C-21)

La Commission tient à faire remarquer que l'assemblée où était lue cette pensée avait lieu cinq (5) jours seulement avant la conférence de presse.

Les membres de la Commission croient que madame Larouche aurait dû non seulement lire cette pensée, mais surtout la mettre en pratique, pour le plus grand bien du malade.

CHAPITRE PREMIER

L'HISTORIQUE

d) Le mémoire de l'Alliance des Infirmières  
(Section Charles Lemoyne)

Il a été déjà établi dans le présent rapport qu'un lundi matin, le 27 octobre 1968, vers 9.30 heures a.m., à l'hôpital même, madame Laurette Larouche, directrice des soins infirmiers, donnait une conférence de presse.

Le lendemain, elle était suspendue de ses fonctions et non renvoyée, comme l'affirmait l'Alliance des Infirmières (voir assemblée du 29 octobre 1968).

Dès le 29 octobre 1968, une assemblée générale de l'Alliance des Infirmières, Section Charles Lemoyne, était tenue au Restaurant "La Barre 500" alors qu'une  
(\* ) quarantaine d'infirmières étaient présentes.

Sur la copie d'un extrait certifié par la présidente du procès-verbal de cette assemblée (exhibit A-4) on voit la proposition suivante:

"Il est proposé par.....et appuyé par.....que l'Alliance des Infirmières de Montréal (C.S.N.) demande que le Ministre institue une enquête publique sur l'administration et la pratique médicale à l'hôpital Charles Lemoyne, ainsi que sur le renvoi (\*) de Garde Larouche, et nomme un administrateur spécial en vertu des articles 16 et 17 de la Loi des Hôpitaux" et "Que l'Exécutif de l'Alliance soit autorisé à faire la publicité nécessaire en français et en anglais".

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

Cette résolution fut adoptée à l'unanimité.

Dans un communiqué de presse, qui a suivi cette assemblée et qu'on trouve annexé à l'exhibé A-4, il est affirmé que:

"Quelque deux cents (200) infirmières syndiquées sont membres de cette section Charles Lemoyne".

Contrairement à cela, mlle Lucie Dagenais, conseiller technique à la C.S.N., affirmait lors de son témoignage, quant au nombre des infirmières à l'Hôpital Charles Lemoyne, ce qui suit: (volume 5, pages 112 et 113).

"Il y en a une centaine à temps complet et à temps partiel, je ne peux pas le dire par coeur".

La Commission se demande s'il y a cent (100) ou deux cents (200) infirmières membres de la section à Charles Lemoyne?

Le 4 novembre, une autre assemblée générale de l'Alliance des Infirmières de Montréal, Section Charles Lemoyne, était tenue encore au restaurant "La Barre 500". Quarante-cinq (45) infirmières assistaient à cette assemblée, qui avait pour but de décider "de faire rapport de ce qui s'est fait depuis la dernière assemblée du 29 octobre 1968".

Voici ce qu'on voit à la copie certifiée du procès-verbal amputé produit à l'intention de la Commission:

"Lecture d'un communiqué de presse par Carmen Dupuis".  
"Lecture de la lettre envoyée au Premier Ministre du Québec, l'Honorable Jean-Jacques Bertrand".  
"Lecture de la réponse du Premier Ministre par télégramme".  
"Elections annuelles".

Le 6 novembre 1968, autre assemblée générale de l'Alliance des Infirmières de Montréal, section Charles Lemoyne, toujours à "La Barre 500".

Il n'y avait que treize (13) présences.

La copie certifiée du procès-verbal toujours amputé démontre ceci:

"Lecture du mémoire à présenter au Ministre de la Santé, l'Honorable Jean-Paul Cloutier"  
"Il est proposé par .....et appuyé par... que la partie du mémoire qui concerne les cas précis ne soit rendue publique sans le consentement de l'assemblée générale - adopté".  
"Ajournement de l'assemblée".

Garde Jeannine Voynaud, autrefois hospitalière à Charles Lemoyne et maintenant assistante-hospitalière, est depuis février 1968 secrétaire de l'Alliance (Section Charles Lemoyne).

Interrogée le 5 mai 1969, (volume 99, page 9) cette personne déclare que le quorum est de 14.

"Q.- Ca prend combien de personnes pour le quorum?

R.- Quatorze (14).

Q.- Sur combien d'infirmières?

R.- Attends un peu...combien est-ce que l'on est en tout, il faudrait demander cela à la directrice".

Elle est de nouveau interrogée sur le sujet:  
(volume 100, pages 2 et 3)

"Q.- Est-ce que c'était une assemblée générale ou une assemblée du conseil d'administration?

R.- Une assemblée générale, oui, il y avait treize (13) membres, mais...il est supposé y en avoir quatorze (14)?

Q.- Il n'y en avait pas quatorze (14)?

R.- Non, mais je pense que le quorum a été fixé après cette assemblée là, c'est ça."

A la lecture du reste de son témoignage, la Commission met fort en doute sa compétence comme secrétaire.

Le mémoire de l'Alliance (exhibit C-9) a comme conclusion:

- "10- D'ordonner une enquête publique sur l'administration et la pratique médicale de l'Hôpital Charles Lemoyne de Greenfield Park en vertu de l'article 16 de la Loi des Hôpitaux;
- 20- Que soient étudiées au cours de cette enquête les circonstances qui ont amené madame Larouche, directrice des soins infirmiers, à faire publiquement ses déclarations;
- 30- De suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et de nommer d'urgence un administrateur spécial en vertu de l'article 17 de la Loi des Hôpitaux".

Les autorités gouvernementales n'ont pris en considération que la première et deuxième demandes du mémoire, en instituant cette Commission.

Ce mémoire (exhibit C-9) a été préparé par mademoiselle Lucie Dagenais, conseiller technique à la C.S.N. et par Garde Carmen Dupuis, présidente de l'Alliance (Section Charles Lemoyne), volume 5, page 28, alors que mlle Dagenais a déclaré:

"Oui, c'est moi qui l'ai préparé avec la présidente de la section".

Voir aussi volume 5, page 155 du témoignage de Garde Dupuis qui corrobore celui de mlle Dagenais.

Lorsqu'elles ont rendu témoignage, mademoiselle Dagenais et Garde Dupuis ont demandé, toutes les deux, la protection de la loi, comme c'était d'ailleurs leur droit.

La demande a été faite par mademoiselle Dagenais seulement lors de son témoignage du 16 décembre et non lors de son témoignage du 9 décembre.

Quant à Garde Dupuis, elle n'a demandé la protection de la Loi qu'une fois son témoignage en cours.

Aux pages 5, 6, 7 et 8 de l'exhibit C-9, elles ont mentionné:

"Quelques situations tragiques dont plusieurs infirmières auraient eu connaissance".

La Commission, devant l'importance de ces allégations, a voulu savoir si ces faits avaient été contrôlés avant d'être insérés dans le mémoire.

Elle a donc questionné mademoiselle Dagenais à ce sujet: (volume 2, page 190)

"D.- Aviez-vous des déclarations signées par des infirmières, à la C.S.N.?"

R.- Non, monsieur...

D.- Alors ces déclarations que vous avez à la page 5, 6, 7 et suivantes, sont basées sur quoi? Ce sont des déclarations verbales d'infirmières?"

R.- Monsieur... Nous n'avons pas fait l'enquête, nous avons demandé au gouvernement de faire une enquête".

A la page 191, volume 2, le président pose la question suivante à mademoiselle Dagenais:

"D.- Vous lancez des accusations dans cela, avant de lancer des accusations, avez-vous vérifié si les accusations étaient vraies ou non?"

R.- Je ne pouvais pas vérifier cela sans avoir accès à des documents qui sont confidentiels et je n'ai jamais fait ça; depuis mil neuf cent soixante-trois (1963) je suis à l'Alliance et je n'ai jamais eu aucune espèce de dossier en main".

A la page 38, volume 5, mademoiselle Dagenais dit:

"R.- Monsieur... Quand vous dites que cela vient des dossiers médicaux, c'est simplement des déclarations d'infirmières qui ont eu à traiter les malades dans ces conditions-là. Il n'y a pas eu aucune espèce d'enquête sur les déclarations".

A la page 40, volume 5, mademoiselle Dagenais répond à la question ainsi:

"D.- .... Avant de coucher dans ce mémoire le texte de ces déclarations, avez-vous tenté de vérifier les faits rapportés?

R.- Non... Je ne suis pas en mesure de vérifier aucun de ces faits-là."

Aux pages 45, 46, volume 5, nous trouvons ceci:

"D.- Et comme aviseur technique. Vous leur demandez toujours de préparer une preuve de ce qu'elles vont mettre dans le mémoire?

R.- C'est-à-dire. Je présume que quand on déclare des choses comme ça, que l'on dit la vérité. Je pense que les infirmières qui ont demandé une enquête, elles ont dit des choses qu'elles croyaient vraies".

Aux pages 47, 48, volume 5, interrogée par Me J.P. Dansereau, mademoiselle Dagenais dit:

"Q.- Vous n'avez pas eu décrit de la part de ces infirmières?

R.- Non, je n'en ai pas demandé non plus.

Q.- Savez-vous s'il y en a eu?

R.- Il n'y en a pas eu!"

Au bas de la page 48, volume 5, elle confirme que c'est du ouï-dire pour elle. En effet elle dit:

"D.- Vous êtes au courant de cela?

R.- C'est-à-dire cela m'a été dit. Je ne suis pas au courant des cas".

A la page 50 du volume 5, mademoiselle

Dagenais dit:

"R.- Il est possible que j'ai reparlé avec des infirmières entre temps pour dire: "Est-ce que c'est bien ça que tu as dit?"

A la page 51, volume 5, mademoiselle Dagenais affirme qu'elle n'a pas eu d'écrits concernant les dix (10) cas:

"D.- Vous n'avez pas eu d'écrit sur les 10 cas?  
R.- Non".

A la page 52, volume 5 toujours, mademoiselle Dagenais dit:

"Nous avons vérifié, nous avons lu le texte à certaines infirmières qui avaient fait des déclarations pour savoir si ça correspondait à ce qu'elles avaient dit".

A la page 58, toujours, volume 5, un des commissaires demande à mademoiselle Dagenais:

"D.- Est-ce que vous identifiez le premier cas à un cas dû au manque de matériel?

R.- Cela m'a été rapporté (\*) comme tel.

D.- Comme un manque de matériel?

R.- Oui".

A la page 59, le président repose sa question:

"D.- Et encore une fois, vous n'avez pas vérifié?

R.- Je n'étais pas en mesure de vérifier.(\*)

A la page 66, encore le volume 5, interrogée par Me Lapointe, mademoiselle Dagenais dit:

"D.- Alors, voulez-vous dire, mademoiselle Dagenais, de quoi vous vous êtes servie pour rédiger le rapport en question, pour rédiger votre mémoire du sept (7) novembre?

R.- Les notes de Carmen Dupuis. Je travaille avec Carmen Dupuis".

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

A la page 94, volume 5, mademoiselle Dagenais répond ainsi:

"D.- Et ma question a trait à ces dix (10) cas de malades. Est-ce que vous n'avez pas considéré important, avant d'analyser ces cas-là, avec toutes les allégations, de vérifier si une enquête de ces dossiers par les autorités de l'hôpital chargées de faire enquête sur la tenue des dossiers, s'ils avaient fait une enquête?

R.- J'ai considéré qu'il était préférable de demander immédiatement au Ministre de la Santé de faire faire une enquête". (\*)

A la page 103, du volume 5, Me Robert, procureur de l'Alliance des Infirmières, questionne mademoiselle Dagenais qui répond:

"D.- ...Au cours de la réunion du 29 novembre de l'Alliance des Infirmières, pouvez-vous dire si seulement dix (10) plaintes ont été formulées ou s'il y en a eu beaucoup plus que dix?

(N.B.- Il y a erreur de date dans la question, car l'assemblée a eu lieu le 29 octobre)

R.- Il y en a eu beaucoup plus que dix (10)."

Mademoiselle Dagenais, à une question du président au sujet du nombre de plaintes, répondait (page 105, volume 5):

"Cela sortait de partout dans la salle, ce n'était pas contrôlable".

Cependant, lorsqu'on revient sur ce sujet, à la page 106, volume 5, la réponse fournie par mademoiselle Dagenais aide énormément les commissaires à comprendre que le nombre de plaintes n'était pas si élevé qu'elle voulait le laisser entendre. En effet, voici ce qui s'est dit alors:

"D.- A votre connaissance, mademoiselle Dagenais, combien se sont exprimées?

R.- Je dirais une vingtaine d'infirmières.

D.- Une vingtaine d'infirmières?"

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

"R.- Oui, mais quelques-unes se sont exprimées sur le même cas parce qu'elles travaillent des fois dans le même département".

C'est alors que le président a cru bon de poser les questions suivantes (volume 5, pages 106 et 107):

"D.- Alors, sur ce sujet-là, ça ne sortait pas de tous côtés?

R.- Bien, une assez bonne proportion.

D.- Vous dites qu'il y en a vingt qui se sont exprimées et qu'il y en a quelques-unes qui se sont exprimées sur le même cas, alors avec ces détails-là, combien de plaintes avez-vous eues en tout et partout, au sujet de cas semblables aux dix (10) cas dont il est question?

R.- Sûrement une quinzaine.

D.- En plus des dix cas?

R.- Non. Non.

D.- Y compris les dix cas ?

R.- Oui."

Voulant connaître le mode de sélection des cas rapportés, un des commissaires a questionné Mlle Dagenais (pages 107 et 108, volume 5):

"D.- Il y en a cinq que vous n'avez pas inclus dans le mémoire?

R.- On trouvait qu'on en avait assez.

D.- Quelle a été votre base de sélection, pourquoi avez-vous choisi dix ici et laissé les cinq autres?

R.- Il y avait des situations plus emmitoufflées, plus compliquées que d'autres. Il y a une façon de dire les choses, il y en a qui sont plus, même si on ne fait pas enquête, il y en a qui semblent plus certaines que d'autres, et il y a une question aussi que c'était pour insister pour avoir l'enquête, que le Ministre fasse étudier la question. Il ne s'agissait pas de sortir tout ce qui ne marchait pas dans l'hôpital. Il y a beaucoup de choses qu'on n'a pas dites parce qu'on considérait que c'était le principal."

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

Même à Me Robert, mademoiselle Dagenais admet qu'elle ne pouvait attester la véracité des faits allégués par les infirmières: (volume 5, page 109)

"D.- Et vous ne pouviez pas attester la véracité des faits allégués par les infirmières?

R.- Non aucunement." (\*)

Enfin, mademoiselle Dagenais admet qu'elles avaient pris les cas où il y avait plus d'assurance (page 115, volume 5) et elle se replie sur le fait que le mémoire est signé par le syndicat. (volume 5, page 16):

"D.- Voulez-vous dire comment vous procédez pour vérifier les faits que vous élaborez dans un tel mémoire?

R.- Personnellement, je ne les vérifie pas. C'est signé par le syndicat."

Maintenant, nous avons le témoignage de Garde Dupuis concernant les sources d'information qui ont aidé à la préparation du mémoire; elle affirme: (volume 5, page 159)

"Qu'elle ne peut pas se souvenir de mémoire qui a rapporté les faits".

Ce n'est que par les notes qu'elle a prises le soir en question qu'elle pourrait fournir les détails: (volume 5, page 159)

"R.- De mémoire je ne peux pas dire de façon certaine.

D.- Avez-vous un moyen de nous le dire?

R.- Bien, j'ai pris des notes, mais je ne les ai pas avec moi aujourd'hui".

La Commission était sous l'impression que mademoiselle Dupuis devait produire ses notes: (volume 5, page 160)

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

"D.- Est-ce que vous pourriez produire ces notes pour la Commission?

R.- Je le crois".

A la page 164, volume 5, le président a fait la déclaration suivante:

" Quant à moi personnellement, je crois que l'Alliance est allée rencontrer le Ministre et elle a fait des représentations au Ministre. C'était son droit, mais c'est son droit et son devoir de venir rendre témoignage. Pour prouver les allégués qu'elles ont avancés au Ministre. Je pense bien qu'il faut avoir le nom de ces témoins, pour qu'on puisse les assigner".

On a même dit que l'Alliance craignait les représailles de l'administration si on produisait les notes qui devaient contenir les noms des infirmières qui avaient donné des cas.

A la page 174, volume 5, le président a dû déclarer ce qui suit:

"Je veux que l'enquête progresse et, pour faire du progrès ce soir je vais demander à Me Robert de nous fournir pour jeudi soir la liste des infirmières qui sont mêlées de près ou de loin aux dix cas que l'on a mentionnés dans le mémoire de l'Alliance, et jeudi soir, nous aviserons en conséquence, après, parce que si nous voulons faire cette enquête, il faut nécessairement avoir les témoins pour avancer".

A la demande de Me Robert, le président adresse une demande formelle à la présidente de l'Alliance, Section Charles Lemoyne, Garde Dupuis, en ces termes:  
(volume 5, page 175)

"Ma chère demoiselle, vous apporterez jeudi soir la liste de toutes les infirmières qui ont été mêlées de près ou de loin pour préparer les dix cas mentionnés dans votre mémoire qui a été présenté au Ministre, pour que nous puissions avancer avec l'enquête".

Me Robert, procureur du Syndicat, a fait une déclaration constructive qui est rapportée au volume 7, page 11, au sujet des noms en question. Voici cette déclaration:

"Cependant, étant donné que nous avons déposé un mémoire auprès du Ministère de la Santé, étant donné que nous avons à coeur que toute la lumière soit faite sur les incidents qui se sont passés à l'Hôpital Charles Lemoyne, nous offrons à la Commission de collaborer en ce sens que nous communiquerons, si vous le désirez, avec le procureur de la Commission et nous lui fournirons les noms de toutes les personnes qui, à notre connaissance, ont été témoins des incidents mentionnés dans chacun des dix cas qui se trouvent dans le mémoire de l'Alliance et nous donnerons les noms des personnes non seulement des infirmières, mais de d'autres personnes qui pourraient valablement témoigner sur les incidents, si, Votre Seigneurie, cette méthode vous convient, nous sommes prêts à vous communiquer ces noms-là avec les recherches que nous ferons à travers...enfin...parmi nos membres et parmi les gens qui peuvent nous apporter des renseignements".

La collaboration semblait donc acquise et la preuve de cet avancé se trouvait dans les déclarations semblables à la précédente, v.g. production des procès-verbaux, (volume 7, page 86).

"Par Me Filion, procureur de la Commission:

...quant aux procès-verbaux produits par l'Alliance, on pourrait s'entendre qu'ils seront produits dans un délai de...ou à la prochaine séance.

Par Me Robert:

Que la Commission fixe un délai.

Par le président:

D'ici mardi prochain. Alors pourriez-vous les faire parvenir à monsieur Hétu, au greffe de la cour des Sessions de la Paix, à Montréal, et puis en faire parvenir le nombre de copies habituel et ce sera coté comme A-4".

Au volume 5, page 117, Me Robert s'engageait à fournir les noms et voici ce qu'il dit:

"Je pense que mademoiselle Dagenais a dit que Carmen Dupuis connaissait ces infirmières et nous fournirons ces noms sous certaines conditions à la Commission..."

Le Président de la Commission, après consultation avec les autres commissaires, avait offert à la C.S.N. qu'un médecin choisi par elle vienne examiner, en présence des médecins-commissaires et du président, les dossiers des cas soumis dans le mémoire. (volume 5, pages 6 et 7).

Le président déclara alors:

"J'ai consulté les membres de la Commission et nous n'avons aucune objection, si cela peut plaire à vos clients, qu'un médecin nommé par la C.S.N. s'abouche avec les deux médecins de la Commission pour examiner ensemble ces dossiers, car tout ce que nous voulons, encore une fois, c'est la vérité, purement et simplement la vérité. La Commission n'a absolument rien à cacher, elle veut faire enquête sur tous les sujets qui peuvent mériter une enquête. Nous vous soumettrons cette proposition et, si vous l'acceptez, vous en parlerez à la fin de la séance".

A la demande de Me Robert, la décision sur ce point a été remise à jeudi soir, le 19 décembre 1968, pour leur permettre de consulter leurs clients.

Le 19 décembre, Me Robert informa la Commission que la décision au sujet de l'examen des dossiers par un médecin choisi par la C.S.N. n'avait pas encore été prise, (pages 8 et 9, volume 7).

Cependant, tel qu'on peut le voir à la page 13 du volume 7, une surprise malvenue attendait la Commission.

En effet, Me Robert informait la Commission et nous citons au texte:

"Nous avons reçu instructions de nos clients de nous objecter très respectueusement à la production des procès-verbaux, et ce, pour les raisons suivantes:

Nous croyons qu'il n'appartient pas à la Commission de faire enquête sur l'administration interne de l'Alliance des Infirmières, section Charles Lemoyne, et que le mandat de la Commission ne comporte pas d'éléments lui permettant de faire enquête sur la régie interne du syndicat.

L'autre raison pour laquelle nous nous opposons à la production de ces procès-verbaux, c'est la suivante: c'est que en vertu du Code du Travail, la liberté syndicale est protégée par un ensemble de dispositions, cette liberté syndicale comprend évidemment la liberté de s'ériger en syndicat ou la liberté pour des personnes de se grouper dans un syndicat; mais comprend également la liberté de participer à ces activités légitimes et cette liberté est protégée par les dispositions du Code du Travail.

Il existe au sein des assemblées syndicales une liberté d'expression qui doit être garantie par des dispositions légales et qui doit être protégée par l'anonymat.

En vertu de cette liberté syndicale, nous nous objectons respectueusement, encore une fois, à la production des procès-verbaux".

Pourtant Me Robert n'y voyait pas d'objection à la production de ces procès-verbaux seulement quelque temps auparavant (volume 5, page 30).

L'Alliance des Infirmières et les procureurs du syndicat n'ont certainement pas compris les motifs qui amenait la Commission à demander la production de ces procès-verbaux vu qu'au cours des assemblées, on

avait discuté essentiellement du mémoire, de son contenu et des sources d'informations ayant aidé à sa rédaction, contrairement aux autres associations, organisations, groupements ou disciplines qui ont accepté de bonne grâce à ce que tous les procès-verbaux soient produits (exhibits C4 - C5 - C6 - C7 - C12 - C15 - C16 - A2 - C21 - C23 - C82 - C119 - C130 - C137 - C142 - C157 - C158), l'Alliance a refusé de poser le même geste qui aurait pu aider la Commission dans sa recherche de la vérité des faits et des allégués.

L'Alliance a oublié par ce geste le personnage le plus important en milieu hospitalier, à savoir: "Le malade".

Lorsque on accepte d'attaquer, on doit avoir le courage de fournir à ceux qui sont nommés pour donner suite à ces attaques les documents sur lesquels sont basées ces attaques ou plaintes, car la vérité doit être l'ultime but de cette enquête.

La Commission regrette cette prise de position de la part de l'Alliance et de ses procureurs.

La profession médicale et l'administration ont étalé au plein jour tous leurs procès-verbaux pour que la Commission puisse y puiser pour faire sortir la vérité.

Monsieur le Bâtonnier Thibodeau avait donné un avis légal à l'Alliance et il a consenti à contrecœur (volume 97, page 7) à ce que des copies certifiées des extraits des procès-verbaux amputés des assemblées du 29 octobre et des 4 et 6 novembre 1968 soient produits aux lieu et place des vrais procès-verbaux et cela comme exhibit A-4.

Le président de la Commission a dit:  
(volume 7, pages 15 et 16)

"Tout ce que nous voulons, encore une fois, c'est d'avoir accès à tout ce qui peut nous faire trouver la vérité. Nous ne cherchons rien d'autre que la vérité. C'est pour ça que nous trouvons surprenant que l'Alliance cherche, c'est-à-dire veut nous empêcher d'avoir toute la vérité, puisqu'elle n'accepte pas de nous donner les procès-verbaux".

La Commission a appris de la bouche même de Garde Dupuis (volume 7, page 19) au sujet des fameuses notes, ceci:

"Je ne les ai malheureusement pas trouvées, ça a pu être jeté, c'était des brouillons, ça a pu être jeté sans que je m'en souviennne".

La Commission affirme que la raison invoquée par Garde Dupuis n'est pas sérieuse et pour s'en rendre compte, on n'a qu'à lire son témoignage sur lesdites notes et les procès-verbaux et plus spécialement lorsqu'elle "affirme sous serment que les brouillons des notes qu'elle avait prises ne voulaient rien dire."(volume 7, page 42)

Quant aux numéros des fameux dossiers, la Commission a entendu les témoignages de mesdemoiselles Dagenais et Dupuis. La clarté des explications fournies n'a rien de brillant. Il faut plus spécialement se rappeler les hésitations de mademoiselle Dupuis lorsque questionnée à ce sujet. Il faut dire aussi qu'à une occasion, elle a même dû attendre que la réponse lui soit soufflée par une personne présente dans la salle (volume 7, pages 70 et 71).

Au chapitre quatrième, paragraphe (c), les dossiers médicaux concernant les "situations tragiques" seront analysés.

Le mémoire de l'Alliance, aux pages 8, 9, 10, 11, 12 et 13 contient d'autres allégués qui ont fait l'objet d'études.

Les témoignages entendus ont permis à la Commission de se prononcer sur leur bien-fondé.

L'Alliance a reproché plus spécialement la méthode de garde employée par les médecins, mais elle a omis de nous dire que cette méthode était employée également par ses membres.

Le témoignage de la secrétaire même du syndicat, Garde Jeannine Voynaud, a éclairé la Commission à ce sujet: (volume 99, page 3)

"Q.- Qu'est-ce que ça veut dire faire la garde?

R.- Bien, nous sommes sur appel.

Q.- Faites-vous comme les radiologistes et les anesthésistes?

R.- Bien, je reste chez moi, quand on m'appelle, je viens". (\*)

Elle a aussi jeté un peu de lumière sur la méthode employée pour obtenir les numéros des dossiers qu'elle admet avoir fournis à Garde Dupuis pour un certain nombre, (volume 99, page 14).

Aux pages 10 et 11 du mémoire, on parle du "manque de matériel qui empêche de donner certains traitements indispensables aux malades", le témoignage du docteur André Peltier aide énormément la Commission à conclure que ces plaintes sont loin d'être sérieuses: (volume 49, pages 10, 11 et 13)

(\*) Le souligné est de la Commission.

"Q.- Est-ce que vous voyez un inconvénient à ça, vous?

R.- Je ne voyais pas d'inconvénients à ça, mais ça a causé certains désagréments, parce que chaque malade n'avait pas son appareil à traction et ça a pu causer des délais dans les périodes pendant lesquelles ils avaient des tractions, parce qu'on était obligé de prendre les mêmes appareils pour s'en servir pour les autres malades.

Q.- Maintenant, à cause de ce fait-là, est-ce que des malades ont été privés de traitements adéquats?

R.- Bien, à ma connaissance personnelle, dans mon service, je ne crois pas que les malades aient été privés de soins adéquats."

"R.- Maintenant, je dois avouer que les tractions, soit cervicales ou lombaires, ne sont pas des traitements qui sont, disons, primordiaux et essentiels dans le traitement du malade. Je veux dire par ça que si des tractions sont appliquées en retard de trois heures, ça ne change rien à la conduite du traitement du malade.

Q.- Est-ce que ça peut changer le résultat du traitement?

R.- Non, je ne crois pas".

La Commission reconnaît que des services comme l'audiométrie, la physiothérapie ne fonctionnaient pas encore à l'hôpital au début de l'enquête.

Quant aux soins intensifs, il y avait une querelle de normes, mais sans doute à cause de l'enquête, les soins intensifs ont reçu l'attention voulue pour qu'ils servent aux malades.

Le présent rapport a touché aux diverses plaintes mentionnées lorsque furent étudiés les différents départements et services.

La Commission regrette beaucoup d'avoir dû déranger un certain nombre d'infirmières sans nécessité, mais cela est dû au manque d'une certaine collaboration de l'Alliance et de ses procureurs.

La Commission regrette que l'Alliance n'ait pas donné suite à l'offre qu'elle lui avait faite concernant l'examen des dossiers sous scellés; la Commission, par ce geste, voulait faire comprendre à tous qu'elle ne voulait rien cacher, mais voulait que tous participent à l'éclosion de la vérité.

Cette même offre s'appliquait aux autres parties et à leurs procureurs, et aucun d'entre eux n'a jugé à propos de se prévaloir de cette offre.

Malgré ce refus, la Commission est assurée que ces dossiers ont été l'objet d'études approfondies, ce qui est démontré dans un chapitre spécial qui leur est consacré.

La Commission a pris connaissance du fait que le président du syndicat national des employés de l'Hôpital Charles Lemoyne, qui représente sept cent cinquante (750) employés, et qui est affilié à la C.S.N., n'a pas pris part à la rédaction du télégramme au Ministre de la Santé pour protester contre le fond et la forme de l'enquête en cours, car ces employés, à l'encontre de l'Alliance des Infirmières de Montréal, Section Charles Lemoyne, s'estimaient satisfaits tant de la façon dont se déroulait l'enquête que de la composition de la Commission et de la personnalité du Juge Trahan.

Le ouï-dire a joué un grand rôle dans la rédaction de ce mémoire.

L'étude des témoignages entendus a démontré à la Commission que la préparation du mémoire de l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne) s'est faite de façon précipitée et sans contrôle réel, pour le moins des faits médicaux allégués, les autres faits étant pour la plupart connus.

De cette façon, l'Alliance profitait du climat créé par la conférence de presse de madame Larouche, avec laquelle elle n'avait eu que des difficultés.

Elle saisissait cette occasion de provoquer l'enquête, jouant le jeu de la Confédération des Syndicats Nationaux, qui depuis longtemps avait "l'intention d'élaborer une campagne sur le scandale de cet hôpital".  
(Lettre du 7 avril 1967, exhibit 172).

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

a) Le conseil d'administration

Cette section est d'une importance vitale vu que le conseil d'administration est l'autorité légale de toute institution hospitalière et qu'il possède la responsabilité de toute la gestion de l'hôpital.

Le premier aspect que nous aborderons est la composition même du conseil d'administration. Les membres de la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne sont au nombre de quinze (15) et ces quinze personnes s'élisent annuellement membres du conseil d'administration.

Il y a lieu de signaler qu'avant de faire partie du conseil d'administration de l'hôpital, les membres, à l'exception des médecins, avaient peu d'expérience de l'hospitalisation et de l'administration hospitalière. Aux yeux de la Commission, ceci constitue une lacune sérieuse, surtout dans le cas d'un hôpital à organiser de fond en comble.

On ne peut s'empêcher de souligner particulièrement l'incompétence de monsieur J. Gravel qui fit preuve d'ignorance ou d'erreur à maintes reprises. Ainsi, à l'assemblée du conseil d'administration, le 14 mars 1967, il suggère de référer le problème de la nomination du chef du département de médecine ("Différend Huot-Renzi") à la Commission Castonguay, commission d'enquête sur la santé et le bien-être! Président d'un comité du conseil d'administration, le comité du personnel, non seulement n'a-t-il rien fait à ce titre mais il semblait attendre que d'autres convoquent ce comité (volume 79, pages 8 et 9). Lorsqu'il

présida la seule assemblée dudit comité, il prôna l'admission d'un médecin qui n'avait même pas posé sa candidature à l'hôpital (le docteur Laurence) et menaça le docteur Renzi de bloquer l'admission de médecins au département (ou service) de médecine. Et lorsqu'on lui posa des questions au sujet des problèmes d'organisation médicale ou du besoin d'un pneumologue à l'hôpital, il déclarait: "C'est du côté médical, je n'ai pas affaire à ça" (volume 70, pages 4 et 7). Une telle conduite et une telle attitude sont évidemment inadmissibles de la part d'un administrateur d'hôpital.

Il y avait une très forte présence de médecins du département de chirurgie (docteur P. Chalut, docteur A. Gaudet et docteur A. Peltier) au sein du conseil d'administration. A cette représentation médicale, exclusivement de la chirurgie, s'ajoutait un délégué du conseil des médecins et constituait ce que monsieur A. Desmarais, ex-président, a qualifié d' "un seul son de cloche". Ceci est particulièrement évident si l'on rappelle que le quorum aux assemblées du conseil d'administration était de neuf (9) et que les autres membres votants au conseil d'administration avaient très peu d'expérience en administration hospitalière. Ceci explique, aux yeux de la Commission, des erreurs majeures telles que l'octroi des contrats aux chef de service. Voici quelques extraits éloquentes du témoignage de monsieur Antoine Desmarais, président du conseil d'administration des débuts de l'hôpital jusqu'à l'automne 1967:

"J'entendais toujours le même son de cloche parce que les trois médecins étaient d'un département" (volume 58, page 40)".

"Les trois médecins faisaient toujours bloc...étaient toujours solidaires dans toutes leurs décisions". (volume 57, page 21)".

Le pouvoir dont jouissaient ces médecins s'expliquent du fait qu'ils détenaient aussi les postes de

contrôle au conseil des médecins, et, avant même l'ouverture de l'hôpital, au "Comité des Nominations" et au "Bureau Médical Provisoire".

Questionnés sur la possibilité de conflits d'intérêt entre leur rôle comme chefs de service et leur rôle au conseil d'administration, les médecins ont rejeté cette possibilité. Pourtant, comment expliquer que "les médecins du conseil d'administration ont déconseillé d'accepter des candidatures qu'ils avaient appuyées au bureau médical?" (volume 53, page 25). Pourquoi le docteur Huot, chef du département de médecine générale, ne porte-t-il pas son entente avec le docteur Nélio Renzi à la connaissance du conseil d'administration? (volume 48, page 2). A ce sujet, le docteur Huot déclara: "On se propose de la faire entériner par le conseil d'administration" (l'entente date de mars 1968 mais le témoignage est de février 1969). Sur ce même point, le docteur N. Renzi affirme que l'entente n'est pas connue du conseil d'administration, par stratégie, parce que ce serait "difficile à faire passer" (volume 61, page 32). Comment expliquer que la candidature du docteur Gildo Renzi, que tous jugent très compétent, ne soit moussée par aucun des médecins membres du conseil d'administration? Il est difficile avec de telles situations concrètes de nier que ces médecins n'ont pas agi alors comme des membres du conseil d'administration mais plutôt des chefs de services en désaccord avec le docteur Nélio Renzi.

Une lacune du conseil d'administration consiste aussi à avoir mis sur pied une série de comités dès le 26 mai 1966 sans assurer la bonne marche de ces comités. Seul le comité des finances semble avoir servi. Quant au comité dit "house committee", au comité des relations publiques et au comité conjoint, rien dans les exhibits et

les dépositions ne démontrent que ces comités ont réellement fonctionné. Quant au comité du personnel, il n'a siégé qu'une fois et pour une raison toute autre que celles pour lesquelles on l'avait établi (voir "Différent Huot-Renzi").

Une lacune manifeste dont a souffert le conseil d'administration est l'absence d'informations complètes sur le fonctionnement interne de l'hôpital.

Ainsi, en ce qui concerne les rapports du conseil des médecins, monsieur A. Desmarais dit qu'ils se limitaient, "grosso modo", à l'admission de médecins et à l'ouverture des services (volume 53, page 19). Le docteur Henri Letellier, directeur médical, assiste aux assemblées du conseil d'administration mais répond: "Je ne pense pas" lorsqu'on lui demande s'il y a un rapport annuel de l'exécutif du conseil des médecins au conseil d'administration (volume 27, page 22). Le docteur Pierre Chalut avoue qu'il n'y a personne de l'exécutif du conseil des médecins chargé de faire rapport au conseil d'administration (volume 41, page 43) et qu'aucun procès-verbal n'est parvenu au conseil d'administration ni n'a été demandé par le conseil d'administration (page 19 du même témoignage). Pourtant, la Loi des Hôpitaux (qui date de 1962) stipule à l'article 9:

"Il doit être constitué pour chaque hôpital un bureau médical qui est responsable des soins médicaux et de l'organisation scientifique de l'hôpital vis-à-vis du conseil d'administration..."

On doit signaler, comme exemple, que les problèmes de l'assistance chirurgicale n'ont jamais été ni discutés ni signalés au conseil d'administration (volume 41, pages 15 et 16). On peut encore signaler que des médecins

d'établissement ont oeuvré à l'hôpital sans que le conseil d'administration le sache (volume 62, pages 47 et 48).

Le docteur M. Rochette déclare: (volume 24, page 43)

"Ici, officiellement, par le bureau médical, je suis considérée comme chef de pédiatrie. Je n'ai jamais été nommée officiellement par l'administration".

Sur le plan administratif, le directeur général n'informait pas systématiquement le conseil d'administration. Par exemple, il n'a jamais été rapporté au conseil d'administration qu'un employé de l'hôpital, monsieur Laplante, faisait un commerce de location de béquilles aux malades de l'hôpital. Plusieurs listes très importantes d'équipement ont été demandées à Québec, sans que le conseil d'administration en soit informé (volume 34, pages 63 à 66). Le conseil d'administration, en d'autres domaines, semble avoir eu une confiance absolue envers le conseiller juridique de l'hôpital, Me J.P. Dansereau. Tel est le cas en particulier des contrats d'engagement, des contrats de chefs de service et du contrat du restaurant.

Il y a aussi lieu de signaler la précipitation du conseil d'administration à entrer dans l'Hôpital Charles Lemoyne alors que celui-ci n'était pas suffisamment équipé à plusieurs égards. La même précipitation est manifeste dans la lettre qu'adressait le docteur Pierre Chalut, le 30 mars 1965 (l'hôpital n'ouvrira qu'un an plus tard, en mars 1966) au Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux:

"...I would like, if it is possible, that you consider this letter an official application, asking the Council for the accreditation of Hospital Charles Lemoyne; concerning this, our Directeur général will sign this letter with me...Pierre Chalut, secretary of the temporary medical staff, member of the Board of Trustees".

Dans ses relations avec le Ministère de la Santé, le conseil d'administration semble se considérer, à cause de son statut de locataire, comme un cobaye (exhibit C-13, page 8). Ce statut de locataire, avec un bail qui peut s'annuler à 10 jours d'avis, met la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne complètement à la merci des autorités gouvernementales. Si l'on considère en outre que tous les procès-verbaux des assemblées du conseil d'administration sont expédiés régulièrement au sous-ministre de la Santé, et, à sa demande, la Commission estime que le statut particulier du conseil d'administration de l'Hôpital Charles Lemoyne est dénué de sens.

Voici d'ailleurs deux extraits éloquentes du témoignage de monsieur A. Desmarais, président du conseil de 1964 à 1967:

"Q.- Vous croyez-vous, comme membre du conseil d'administration ici vraiment utile?

R.- Pas tellement et c'est un point que nous avons soulevé à quelques reprises au conseil d'administration".  
(volume 53, page 10).

Interrogé sur l'envoi régulier des procès-verbaux au sous-ministre, au ministère de la Santé, monsieur A. Desmarais ajoute: (volume 53, page 10)

"Bien, nous étions tellement entre les mains du gouvernement dans notre administration tant au point de vue budget, qu'au point de vue engagement de personnel qu'au point de vue achat de matériel et d'outillage, qu'un petit peu plus, un petit peu moins, ça ne changeait pas grand-chose..."

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

b) La direction générale

Monsieur Gérard Lanoue est le directeur général de l'Hôpital Charles Lemoyne depuis le tout début de cet établissement hospitalier. De fait, son contrat d'engagement date du 10 mars 1966. Toutefois, d'après un mémo du sous-ministre de la Santé, en date du 18 février 1966, on note que le salaire de monsieur Lanoue à l'Hôpital Saint-Lambert fut augmenté de \$1,500.00 de 1963 à 1964 "parce que monsieur Lanoue devait, en plus de ses fonctions de directeur général de l'Hôpital Saint-Lambert (128 lits), s'occuper, de la construction et du choix de l'équipement de l'Hôpital Charles Lemoyne" (exhibit C-172).

Dans ce même mémo du docteur Jacques Gélinas, on y lit que "nous proposons pour 1966 un salaire de \$15,000.00 commençant à l'ouverture de l'hôpital". On trouve ici un autre témoignage sur la relation étroite entre l'Hôpital St-Lambert et l'Hôpital Charles Lemoyne. On trouve aussi dans le même document du ministère de la Santé que l'Honorable Pierre Laporte a joué un rôle dans l'approbation finale du salaire, octroyé par le S.A.H.Q., à monsieur Lanoue. La Commission estime que cette aide efficace n'est aucunement blâmable et que l'approbation d'un salaire de \$17,000.00 pour le directeur général d'un hôpital de 500 lits, à construire et à organiser, est loin d'être exagéré.

Quant au contrat d'engagement pour un terme de 10 ans il n'y a rien d'incorrect en soi, sauf que les termes ne laissent vraiment que peu de latitude au conseil

d'administration. En effet, le contrat ne peut être rompu de la part du conseil que pour "fraude, négligence grossière ou criminelle ou encore abandon injustifié de ses fonctions", (exhibit C-50).

Il est évident aux yeux de la Commission que monsieur Lanoue a consacré beaucoup d'énergie à la construction de cet hôpital, malgré les nombreuses démarches et les difficultés que représentaient les nombreux organismes impliqués dans cette construction (ministère des travaux publics, ministère de la santé, service général des achats, architectes et ingénieurs-conseils, entrepreneurs général, etc).

Si monsieur Lanoue s'est dévoué sans relâche à la construction, il a dû par ailleurs négliger l'organisation administrative de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Ainsi, la Commission s'explique mal, malgré les raisons avancées par lui, que le directeur général n'ait pas encore structuré, avec ses collaborateurs immédiats, un comité de régie. Qu'il ait plutôt contribué à la création d'un très lourd "Comité des Services spéciaux et généraux" qui groupe tous les chefs de service (exhibit C-158) apparaît une erreur administrative au plan de la structuration de l'hôpital.

De même, les témoignages de plusieurs directeurs et chefs de service (monsieur Rondeau, madame L. Larouche, mademoiselle M. Perron, monsieur Cousineau, monsieur Aubry, etc), démontrent nettement, que monsieur Lanoue n'a pas accordé suffisamment d'importance à déterminer clairement les fonctions et l'autorité des cadres de son hôpital.

Une conséquence de cette lacune est que l'administration de monsieur Lanoue fut trop fortement centralisée. Voici quelques témoignages sur ce point:

- 1- Pharmacie - (Monsieur Lanoue, volume 34, page 47):

"Q.- Qui est responsable de l'administration de la pharmacie?"

R.- Le directeur général".

- 2- Entretien ménager - (Monsieur A. Fillion, volume 88, page 13):

"Q.- De qui relevez-vous dans vos fonctions?"

R.- Du directeur général".

- 3- Achats - (Monsieur Lanoue, volume 35, page 39):

"Q.- De qui relève l'acheteur?"

R.- De moi...définitivement en droite ligne."

Monsieur Rondeau, dans son témoignage du 18 mars 1969, volume 70, page 25, confirme cette réponse.

- 4- Admission - (volume 35, page 30):

"Q.- De qui relève le bureau d'admission?"

R.- Du directeur général."

- 5- Buanderie - (Monsieur J. Aubry, volume 95, page 75):

"Q.- Quand on vous a engagé, est-ce qu'on vous a dit à qui vous deviez vous rapporter?"

R.- On me l'a dit dans ce sens là, si ça a des conséquences sur la convention collective, si ça touche de près ou de loi au personnel, de me rapporter au directeur du personnel; et si ça a un aspect technique de me rapporter au directeur général".

La Commission croit que pour un hôpital de cette envergure, monsieur Lanoue aurait dû prévoir et demander un poste de directeur des services auxiliaires.

On verra au chapitre de la direction financière que monsieur Lanoue avait aussi un procédé de préparation du budget centré presque exclusivement sur l'apport du directeur des finances et du directeur du personnel, sans participation suffisante des chefs de services médicaux et administratifs et des autres cadres supérieurs (directeur médical et directrice des soins infirmiers en particulier).

Monsieur Lanoue, d'après les procès-verbaux du conseil d'administration, informait généralement le conseil d'administration des problèmes de construction. Toutefois, en d'autres domaines, il ne paraît pas avoir tenu le conseil d'administration au courant, de façon systématique, des problèmes d'organisation de l'hôpital.

La Commission est d'opinion qu'il aurait dû informer plus adéquatement le conseil d'administration du caractère particulier du contrat des chefs de services médicaux. Il n'a pas non plus rapporté au conseil d'administration le fait qu'un employé de l'hôpital faisait commerce de location de béquilles aux malades de l'hôpital (volume 34, page 82 et volume 35, page 4). C'est aussi sans l'autorisation du conseil d'administration qu'il a décidé des dépassements de salaires pour lui-même et d'autres personnes de cadres, conséquences de vacances non prises.

Une autre caractéristique de la direction générale est que monsieur Lanoue ne semble pas s'occuper de l'organisation médicale de l'hôpital, s'en remettant

aux médecins en ce domaine. Voici un extrait de son témoignage qui reflète cette attitude, alors qu'interrogé sur le système de garde pour les urgences en radiologie: (volume 38, page 90), il répond:

"Je ne suis pas médecin, ce n'est pas moi qui vais attribuer ou établir, ou même si j'étais médecin, à titre de directeur général, je laisserais la responsabilité à qui elle appartient".

Ce témoignage révèle qu'il démontrait un désintéressement envers cette partie de l'organisation; la Commission n'a pas cessé d'être étonnée par son incapacité d'agir lorsqu'il faisait face aux chefs des services médicaux, surtout quand on constate la centralisation de son administration dans les autres domaines.

Bref, la Commission, tout en reconnaissant les nombreux services rendus par monsieur Lanoue pour la construction de cet hôpital, déplore le caractère centralisé de son administration, son manque d'information formelle envers le conseil d'administration et son peu d'intervention personnelle dans le domaine de l'organisation médicale à l'hôpital dont il est le directeur général.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

c) La direction médicale

Le docteur Henri Letellier fut nommé directeur médical de l'Hôpital Charles Lemoyne dès la première assemblée de la corporation, soit le 24 février 1964. Ce n'est toutefois qu'à partir du 1er juillet 1966 qu'il fut rémunéré comme directeur médical, soit quelques mois après l'ouverture de l'Hôpital Charles Lemoyne. De 1964 à juillet 1966, le docteur Letellier occupe le poste de directeur médical "pro forma", comme on le mentionne au procès-verbal de l'assemblée du conseil d'administration du 24 mars 1966 (exhibit C-1) et durant la majeure partie de cette période, il était chef du service de médecine générale à l'Hôpital St-Lambert et président du conseil d'administration de ce même hôpital.

Le contrat d'engagement du directeur médical, comme dans le cas du directeur général, est pour une durée de dix (10) ans et le conseil d'administration ne peut y mettre fin que pour "fraude, négligence grossière ou criminelle ou abandon injustifié de ses fonctions". On note aux termes mêmes du contrat trois (3) fonctions principales vaguement définies (exhibit C-28) dont les deux (2) premières sont apparentées sinon similaires:

- a) "Diriger et coordonner de concert avec le directeur général les règlements et les décisions adoptés par le conseil d'administration et le conseil des médecins;

- b) Voir à faire appliquer, de concert avec le directeur général, les règlements et les décisions adoptés par le conseil d'administration et le conseil des médecins;
- c) Evaluer, après consultations avec les chefs de service et l'exécutif du conseil des médecins, la compétence et les qualités professionnelles du personnel médical".

Aucun autre document n'explicita par la suite les fonctions du docteur Letellier. Il ne figure même pas dans la section "définitions" des Statuts et Règlements du conseil des médecins, bien qu'il ait participé dès le début à la préparation et à la rédaction de ces Statuts et Règlements. Il avoue ne pas avoir pensé à définir alors le rôle du directeur médical (volume 26, page 62). Comme il n'y a aucun organigramme à l'hôpital (volume 30, page 15) ses relations par rapport au directeur général sont aussi vagues. Quant à ses relations avec les chefs des départements médicaux, il avoue:

"Ce n'est pas facile à expliciter avec des phrases..."  
(volume 41, page 44).

Pour ce qui est de la seule fonction définie par son contrat et qui a trait à l'évaluation du personnel médical, le directeur médical est demeuré singulièrement inactif. (volume 27, page 42):

"Q.- La fonction évaluation de la compétence et des qualités professionnelles du personnel médical définie dans le contrat, comment s'applique-t-elle?

R.- Je ne le fais pas...c'est toujours en réunion plénière de l'exécutif... je ne peux pas dire que j'évalue..."

Il faut aussi noter que malgré un écrit contraire de monsieur Jean-Paul Marcoux, directeur général du S.A.H.Q., en date du 2 mai 1966, le contrat du directeur médical, d'une durée de dix (10) ans, n'a pas été modifié

pour que l'échéance contractuelle soit "avant le 31 décembre de chaque année". Le docteur Letellier excuse cet oubli en disant s'être fié à son propre conseiller juridique, Me Poupart, et à celui de la corporation, Me J.P. Dansereau, C.R.

Quant à l'application des Statuts et Règlements, le docteur Letellier n'a pas joué son rôle, comme on pourra le voir à la section intitulée: "Analyse des Statuts et Règlements du conseil des médecins". Il n'a pas non plus effectué un "follow-up" quant aux candidatures de médecins voulant pratiquer à l'hôpital: (volume 27, page 11)

"Q.- Est-ce que vous comme directeur médical, vous faites un follow-up sur les applications?

R.- Non".

Certes, les contrats de chefs de service ne lui laissaient pas beaucoup d'initiative en ce domaine. La Commission juge néanmoins, vu sa présence régulière au conseil des médecins et au conseil d'administration, qu'il aurait dû informer pleinement et adéquatement ces organismes sur les candidatures, les refus et les raisons de tels refus.

En outre, tout en reconnaissant que son rôle consistait à "stimuler les comités du conseil des médecins" (volume 26, page 48), il admet lui-même que certains comités, tel que le comité des soins infirmiers, ont siégé très peu souvent.

D'autre part, en ce qui concerne les services qui relèvent généralement d'un directeur médical, le docteur Letellier déclare par exemple, au sujet des archives: (volume 26, page 53)

"Elles sont supposées être de ma responsabilité".

Quand le docteur Shooner se plaignit que les appareils d'inhalothérapie ne servaient pas, le docteur Letellier répondit que ça ne le regardait pas mais que ça dépendait de l'administration (volume 33, page 42).

Quant à sa place dans la hiérarchie de l'hôpital, citons cet extrait de son témoignage (volume 27, pages 39 et 40):

"Q.- Vous considérez-vous l'employé du bureau médical ou du conseil d'administration?

R.- Du conseil d'administration.

Q.- Pourquoi vous rapportez-vous au bureau médical?

R.- Du bureau médical, au point de vue médical pur mais au point de vue médico-administratif, je dépends du directeur général.

Q.- Pratiquez-vous la médecine à l'hôpital?

R.- Non.

Q.- Pourquoi vous dites au point de vue médical pur?

R.- Alors, au directeur général".

Interrogé sur la différence entre les décisions qui relèvent de l'exécutif du conseil des médecins et celles qui relèvent du conseil d'administration (volume 27, page 25), il répond:

"Q.- ...Je vous demande comment faites-vous la distinction entre ce que l'exécutif doit décider lui-même et ce qui doit être porté à l'approbation du conseil d'administration?

R.- Je ne peux pas vous répondre à cette question-là. Je ne peux pas faire de distinction".

En somme, la Commission estime que le docteur Henri Letellier n'a pas rempli le rôle qu'un hôpital serait en droit d'attendre du détenteur d'un poste de directeur médical, et ce, malgré les difficultés reconnues de bien jouer un tel rôle, en particulier dans un hôpital comme l'Hôpital Charles Lemoyne en plein développement. La Commission comprend toutefois cet état de chose, car elle conclut que ce médecin n'avait aucune qualification pour être nommé directeur médical d'un hôpital de cette importance.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

d) La direction des finances

Monsieur Jacques Rondeau, c.a. était engagé au poste de contrôleur, en janvier 1964 à l'Hôpital St-Lambert, et il occupait le même poste à l'ouverture de l'Hôpital Charles Lemoyne le 21 mars 1966. Il n'a pas de contrat d'engagement et ses fonctions n'ont jamais été établies par écrit; il estime cependant que suivant son expérience, cette description de fonctions n'était pas nécessaire.

Lorsqu'il a commencé à travailler à l'Hôpital Charles Lemoyne, monsieur Rondeau a dû quand même continuer à s'occuper de toute la comptabilité de l'Hôpital St-Lambert qui venait de fermer ses portes comme hôpital général. Il restait cependant beaucoup de travail comptable à terminer tel que la préparation des états financiers, les réclamations de fin d'année, les ajustements concernant les années antérieures à la date de fermeture, etc..Monsieur Rondeau a dû consacrer beaucoup de temps à s'occuper de cette partie comptable concernant l'Hôpital St-Lambert et c'est ce qui explique, ajouté au travail intense d'ouverture et d'aménagement des services de comptabilité pour un nouvel hôpital, le fait que le comité de budget, qui aurait dû fonctionner normalement, n'a pu être créé véritablement avant juillet 1968; c'est ce qui explique partiellement aussi le retard dans la préparation des divers budgets pour les années 1966-67-68.

N'ayant aucune expérience antérieure sur laquelle il aurait pu se baser pour préparer le budget

de l'année 1966, monsieur Rondeau a dû travailler d'arrache-pied pour établir un budget suivant des normes plus ou moins précises. En plus du travail considérable du début, monsieur Rondeau a eu la malchance d'avoir un appareil comptable défectueux, c'est-à-dire un appareil auquel il manquait certains accessoires indispensables et la comptabilité a dû être faite à la main pour l'année 1966 et pour plusieurs mois de 1967.

Le système de préparation des listes de paye (E.T.D.) est venu soulager d'une façon appréciable le travail du directeur des finances. Le contrôle obtenu par ce système E.T.D. est très bon et explique la possibilité d'avoir pu fournir aux membres de la Commission des renseignements statistiques impressionnants quant au nombre de jours maladie, absences, etc. Un autre facteur important est le fait que le directeur des finances, alors qu'il était rendu à l'Hôpital Charles Lemoyne, a dû préparer la rétroactivité de salaire due aux employés qui travaillaient antérieurement à l'Hôpital St-Lambert. Par suite de différentes interprétations gouvernementales, ce travail a été refait au moins à trois (3) reprises, occasionnant à chaque fois un surcroît de travail important.

Le transfert d'une bonne partie de l'équipement et du matériel de l'Hôpital St-Lambert au nouvel Hôpital Charles Lemoyne a obligé le directeur des finances à vérifier la valeur de cet équipement et de ce matériel, afin d'établir les sommes dues à l'Hôpital St-Lambert.

Depuis l'ouverture de l'hôpital jusqu'au début de l'enquête, aucun rapport n'a été fourni aux différents services pour les informer des dépenses chargées

à leur service ainsi que du budget accepté et des comparaisons entre les deux; seuls les chefs de service qui en faisaient la demande pouvaient obtenir des explications. Monsieur Rondeau explique cette situation par le fait que lorsque le budget était accepté par le S.A.H.Q. pour un nombre donné de lits, l'hôpital avait ouvert d'autres lits additionnels, ce qui causait une discordance entre le budget accepté et les dépenses requises.

Pour les budgets des années 1966-67 et 1968, le directeur des finances les prépara sous l'autorité du directeur général. Il y avait eu à quelques occasions des rencontres avec les chefs de service pour obtenir certaines précisions, mais ce n'est que pour le budget 1968 que des questionnaires furent remis aux chefs de service et au cours d'une assemblée on leur expliqua leur rôle dans la préparation du budget.

Il importe ici de déclarer que tous les budgets de l'hôpital ont toujours été étudiés en détail par le comité des finances du conseil d'administration, avant d'être approuvés et transmis au S.A.H.Q.

Ce n'est que le 11 juillet 1968 que le conseil d'administration forma un comité de budget et le président de ce comité travailla activement à la révision du budget 1968 et aux prémices du budget 1969.

Les commissaires sont d'avis que les cadres supérieurs et les chefs de service auraient dû être invités à participer plus activement à la préparation des budgets mais que, en raison de certains facteurs, tels l'ouverture de nouveaux lits et le "rapport St-Georges", le directeur des finances, le directeur général et le

conseil d'administration ont fait du très bon travail dans la préparation et l'approbation des budgets.

L'Hôpital Charles Lemoyne n'a aucune source de fonds autre que les montants donnés par le budget accepté du S.A.H.Q. et l'excédent du montant des chambres privées et semi-privées payé par les malades. Cette dernière partie des revenus constituait ce qu'il a été convenu d'appeler le loyer à être payé au gouvernement mais, de fait, ce loyer n'a pas été payé depuis plus de deux (2) ans. Il s'ensuit donc que l'Hôpital Charles Lemoyne ne pouvait, sans encourir de déficit important, dépenser des sommes plus élevées que celles qui lui étaient accordées.

Pour opérer efficacement l'hôpital, l'administration a décidé de dépenser les argents lorsque, suivant son appréciation, les sommes étaient des montants raisonnables et seraient sûrement remboursées par le S.A.H.Q. plus tard; la même politique s'est appliquée quant à l'engagement d'employés pour de nouveaux poste, alors, même s'ils n'étaient pas approuvés au budget accepté par le S.A.H.Q. Cette façon de procéder explique les dépassements budgétaires très importants des années 1966-67 et 1968.

La situation financière à l'Hôpital Charles Lemoyne est semblable à celle de nombreux hôpitaux de la province où des dépenses sont encourues sans nécessairement avoir été approuvées au budget par le S.A.H.Q. dans le but d'assurer des soins adéquats aux malades qui y ont droit ou encore pour traiter un plus grand nombre de malades que celui prévu au budget.

L'Hôpital Charles Lemoyne, percevant des fonds en quantité inférieure à ses besoins véritables,

doit, pour se financer, retarder le paiement des comptes aux fournisseurs; en conséquence ces comptes impayés datent parfois de plus de douze (12) mois, et certains fournisseurs refusent de vendre de la marchandise à l'hôpital à moins d'être payés sur livraison. Les témoignages suivants le prouvent: (J. Rondeau, volume 70, page 48)

"Q.- Est-ce que des fournisseurs ont refusé de vous livrer de la marchandise?

R.- Oui, des fournisseurs ont refusé de livrer de la marchandise, même on a été obligé d'accepter la marchandise C.O.D., ça se présente surtout dans les compagnies qui ont des produits exclusifs, dont on ne peut se passer, il y a beaucoup de pressions qui sont faites actuellement pour arrêter les livraisons et actuellement beaucoup de fournisseurs à chaque commande, nous demandent un chèque ou sinon ne livrent pas."

(C. Chouinard, volume 76, pages 68 et 69):

"Q.- Maintenant avez-vous de la difficulté à faire vos achats pour les besoins de l'hôpital et comme la nourriture et ces choses-là?

R.- La nourriture des fois ils veulent couper les crédits mais on vient à bout de l'avoir.

Q.- Savez-vous pourquoi ils veulent couper le crédit?

R.- Bien ça devient, parce que les paiements sont très lents.

Q.- Vous êtes-vous aperçu, à un certain moment, que les prix avaient monté assez radicalement?

R.- Là, on change de fournisseurs".

Monsieur Rondeau déclare, avec raison, que le directeur des finances ne peut contrôler efficacement les dépenses en médicaments et en fournitures médicales, car la prescription médicale est du domaine exclusif du médecin traitant.

La Commission souligne le fait qu'il n'existe pas de comité de pharmacologie et de thérapeutique à l'Hôpital Charles Lemoyne.

L'Hôpital Charles Lemoyne avait un poste accepté comme chef comptable mais vu le salaire autorisé par le S.A.H.Q., le directeur des finances n'a pu recruter une personne compétente pour occuper ce poste. Nous avons ici une autre raison du retard apporté dans la préparation des budgets et de la non présentation de rapports mensuels aux différents chefs de service.

Privé d'assistant compétent, surchargé de travail, tant pour l'Hôpital Saint-Lambert que pour l'Hôpital Charles Lemoyne, le directeur des finances n'a pu, comme il l'aurait désiré, comparer les résultats de certains services de son hôpital avec ceux d'autres hôpitaux de la région métropolitaine.

A l'été 1968, il a même dû, à la demande de son directeur général, interrompre ses vacances annuelles et revenir pour préparer un budget supplémentaire à la suite d'une directive reçue en juillet 1968 du docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la Santé, réclamant l'ouverture d'autres lits à l'Hôpital Charles Lemoyne. C'est pourquoi monsieur Rondeau a reçu un chèque correspondant au travail qu'il a donné et puisqu'il n'a pu reprendre ses vacances, il a donc reçu plus, en salaire pour l'année 1968, que le montant qui lui était alloué au budget accepté par le S.A.H.Q.

La Commission est d'avis que les membres du personnel des cadres supérieurs ne doivent pas recevoir plus que le montant qui a été décidé par le conseil d'adminis-

tration, même s'ils doivent parfois interrompre, réduire ou annuler complètement leurs vacances. Ils auraient dû tout simplement réserver leurs vacances pour une autre période et ne pas être payés en double.

Le directeur des finances n'a pas à s'occuper des assurances vu que le gouvernement s'en charge complètement.

Pour confirmer ce fait, le témoignage de monsieur Rondeau est clair: (volume 71, pages 18 et 19)

"Q.- Est-ce que vous avez une responsabilité dans l'administration des programmes d'assurances ou dans l'administration du porte-feuille d'assurances de l'hôpital?

R.- Ma responsabilité se limite à payer les primes d'assurances et à, disons... à comptabiliser les dépenses payées d'avance, parce que les assurances sont prises par le service d'assurance-hospitalisation. Ce n'est pas nous qui...

Q.- Ce n'est pas vous qui assurez?

Q.- Vous n'êtes pas propriétaire de la bâtisse?

R.- On n'est pas propriétaire de la bâtisse, c'est pas nous qui décident des assurances. On nous dit on a pris telle assurance.

Q.- Ca va pour la bouilloire et ces choses-là, mais l'assurance responsabilité, par exemple, est-ce que vous devez, à l'hôpital comme tel, administrer un plan d'assurance responsabilité publique, patronale, "malpractice"?

R.- Ca rentre dans la même catégorie que les autres.

Q.- C'est tout le gouvernement qui choisit la compagnie qui doit assurer?

R.- Oui, on reçoit simplement, si je me rappelle bien...là je dis le ministère de la Santé...

Q.- Etes-vous sûr de ça?

R.- Je sais, ce que je sais, c'est qu'on reçoit une police et un état de compte qu'on nous demande de payer".

La Commission déclare que l'ouverture d'un hôpital important, comme l'Hôpital Charles Lemoyne, n'aurait pas dû se faire sans que les personnes, nécessaires au bon fonctionnement de cette partie administrative traitant des finances, soient en place au moins deux à trois mois avant l'ouverture, afin de permettre l'établissement par écrit des contrôles nécessaires à la bonne organisation de l'hôpital.

La Commission blâme les personnes responsables de l'ouverture de l'Hôpital Charles Lemoyne de ne pas s'être assurées de l'engagement au préalable du personnel qualifié et en nombre suffisant pour une saine administration financière et à des barèmes de salaires acceptables pour la grandeur prévue de l'institution.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

e) La direction du personnel

Le directeur du personnel, monsieur Marcel Provost, est entré en fonction le 14 février 1966, soit cinq (5) semaines seulement avant l'ouverture de l'hôpital; ce poste n'existait pas à l'Hôpital St-Lambert.

Comme d'autres chefs de service nous l'ont déclaré, monsieur Provost n'a pu rédiger et appliquer toutes les politiques et tous les règlements qu'il aurait voulu à cause du travail intense d'organisation qu'il a dû fournir depuis l'ouverture de l'hôpital.

Le directeur du personnel a fait face aux mêmes difficultés qu'a rencontrées le directeur des finances dans la préparation des listes de salaires, de rétroactivité, de jours de maladie de l'Hôpital St-Lambert et également pour l'Hôpital Charles Lemoyne jusqu'à l'installation du système E.T.D. en 1967.

La Commission trouve que malgré ce travail considérable, le directeur du personnel a élaboré de très bonnes structures pour son service. Pour compléter ces structures, il a, le 12 janvier 1968, établi un comité de promotion et de transferts composé du directeur général, de la directrice des soins infirmiers, de trois (3) médecins, et de lui-même; ce comité s'est réuni très régulièrement jusqu'à l'ouverture de la présente enquête.

Monsieur Provost a une grande expérience dans la direction du personnel car, avant d'entrer en fonction à l'Hôpital Charles Lemoyne, il avait occupé le même poste à l'Hôpital de la Miséricorde, à Montréal, durant treize (13) années.

Cette longue expérience explique la facilité avec laquelle il a pu élaborer les nombreux règlements de son service et sa facilité à dialoguer avec les représentants syndicaux.

Il a d'ailleurs établi sa philosophie comme suit: (volume 76, page 21)

"Si on en discute avec eux, nous finissons par trouver une solution, et si on n'en trouve pas, il est arrivé des cas, ça ne veut pas dire qu'on trouve des solutions à chaque fois. Evidemment la partie syndicale est satisfaisante jusqu'à certains points, même s'ils ne sont pas d'accord, ils me font un grief et le grief est rarement rédigé dans le même sens que si la présentation du cas n'avait pas été faite. Ceci explique une politique d'ensemble et un point de vue général".

Les problèmes rencontrés par le directeur du personnel dans l'exécution de son travail ont été presque exclusivement avec les directrices des soins infirmiers. Les premiers troubles concernaient les critères affichés par la partie patronale relativement à des postes à remplir. Lorsque, de l'avis des syndicats, ces critères dépassaient les exigences convenues pour accomplir la tâche, il a fallu les retirer de l'affichage.

En une autre circonstance, au comité des promotions et de transferts, il y a eu un accrochage avec madame Larouche au sujet des critères, exigés par elle, dans le cas des réceptionnistes. La directrice exigeait une dixième année et refusait d'admettre toute autre considération si la candidate n'avait pas cette scolarité.  
(volume 75, page 19).

Cette prise de position intransigeante de la directrice a dégénéré en une discussion assez orageuse entre le directeur général, le directeur du personnel et elle-même, à la suite d'une séance avec les représentants syndicaux alors que madame Larouche leur disait, selon le directeur du personnel, ce qui suit: (volume 75, page 19)

"Je n'ai aucun support de votre part, vous prenez la part des syndicats et vous cédez devant leurs pressions et ainsi de suite, vous faites le jeu des syndicats".

En une autre circonstance durant les négociations provinciales actuelles pour le renouvellement des conventions, le président du comité des relations de travail de l'Association des Hôpitaux avait demandé aux hôpitaux d'accorder des libérations syndicales sur avis de vingt-quatre (24) heures. Bien que le directeur général, monsieur Lanoue, se soit déclaré favorable à cette recommandation, la directrice des soins infirmiers refusait de l'accepter et il a fallu que monsieur Provost discute avec elle à plusieurs reprises pour obtenir son assentiment.

Dans le tableau approprié, madame Larouche avait fait afficher des postes pour aides-infirmiers alors que la convention ne mentionne que infirmiers.

Tous ces incidents ont finalement conduit à la réunion du 31 août 1968 avec les représentants des syndicats et du gouvernement, dont il sera fait mention au chapitre cinquième intitulé: "Les soins infirmiers".

Même s'il a été établi au témoignage de monsieur Provost (volume 75, page 44) que le directeur général aurait dit à la directrice des soins infirmiers qu'il

fallait "vivre avec cette convention collective, qu'elle devait être appliquée d'une façon convenable à la définition qu'il y a dans les articles", la Commission est d'avis que monsieur Lanoue a manqué d'autorité et de fermeté envers la directrice des soins infirmiers dans l'application des clauses de la convention collective.

En résumé, la Commission reconnaît que la direction du personnel est très bien organisée et que, mis à part les griefs dus à l'intransigence de la directrice des soins infirmiers, les quelques accrochages qui se sont produits avec les syndicats sont "monnaie courante" dans un hôpital de l'importance de Charles Lemoyne.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

f) Le bureau de santé du personnel

Le 1er avril 1967, le docteur Guy DeSerres fut nommé médecin chef du bureau de santé alors qu'aucun règlement n'avait été établi par qui que ce soit.

En plus du médecin qui travaille à temps partiel, il y a une infirmière et une secrétaire à temps complet.

Les témoignages reçus par la Commission (cf. docteur Letellier, volume 28, pages 21 et 22 - docteur DeSerres, volume 63, page 16) établissent qu'il n'y a aucune politique ni aucun règlement. En conséquence, le médecin chef du bureau de santé agit plus souvent qu'autrement comme médecin traitant alors que ce n'est aucunement le rôle du médecin du bureau de santé.

Les examens d'embauchage ne sont pas faits d'une façon suivie et, parce qu'il traite médicalement des employés, il ne lui reste pas assez de temps pour faire tous les examens qui devraient être faits.

Toujours selon le docteur G. DeSerres, il faudrait un médecin à temps complet assisté de un ou deux médecins à temps partiel, deux infirmières et une secrétaire à temps complet pour faire fonctionner efficacement le bureau de santé à l'hôpital.

Dû à la politique suivie par le docteur DeSerres, en traitant des employés, il s'est cru obligé de se faire assister par un autre médecin et il lui remet

la moitié des honoraires qui lui sont versés par l'hôpital comme médecin chef du bureau de santé.

De l'avis de la Commission, le médecin chef du bureau de santé devrait restreindre ses activités à l'examen des employés et non à les traiter, et un minimum de vingt (20) heures par semaine devrait être consacré à cette fin en autant qu'il soit assisté par deux (2) infirmières et une (1) secrétaire à temps complet.

Suivant l'exhibit C-57, le travail fait par le personnel du Bureau de Santé pour l'année 1968 est assez important, sauf en ce qui concerne les examens de laboratoire (779) et les examens de radiologie (704) (volume 28, pages 21 et 22 et volume 63, page 9).

Il fut établi qu'il y avait eu pour l'année 1968, quatre mille neuf cent douze (4912) journées d'absences pour des absences de moins de trois (3) jours, et un total de six mille neuf cent quarante (6940) jours d'absences pour des absences de trois (3) jours et plus.

Aucun contrôle ne peut être exercé sur des absences de moins de trois (3) jours, et ce d'après les termes mêmes de la convention syndicale, vu que l'employé n'a pas à produire de certificat médical; pour les absences de plus de trois (3) jours, le contrôle à l'Hôpital Charles Lemoyne n'a pas été possible. A ce sujet, le témoignage du Docteur G. DeSerres est assez révélateur: (volume 63, page 20)

"Q.- Parmi ces mesures, est-ce que vous faites venir les employés pour les examiner vous-même, quand ils sont absents plus que trois jours?

- R.- Quand ils sont absents plus que trois jours, selon la fameuse convention collective, il est dit ceci: que le médecin du bureau de santé peut faire revenir l'employé, mais je le fais revenir lorsque lui est revenu au travail; nécessairement il est en bonne santé.
- Q.- Mais vous ne le faites jamais venir pendant qu'il est absent pour l'examiner?
- R.- Il pourrait ne pas se présenter et je n'aurais aucun mot à dire.
- Q.- Vous ne le convoquez pas?
- R.- Si je le convoquais, je perdrais du temps.
- Q.- Est-ce que ça vous est déjà arrivé, par exemple, comme je l'ai fait moi-même, quand, par exemple, ma secrétaire ne rentrait pas pour cause de maladie et que j'appelais chez elle et qu'elle n'était pas là?
- R.- C'est déjà arrivé.
- Q.- Vous avez fait ça?
- R.- Oui, mon infirmière a appelé assez souvent chez des employés qui s'étaient absentés et ça ne répondait pas. Il y a même mieux que ça, monsieur le Président, parce que de temps en temps, il y a des employés qui sont absents avec certificat médical et qu'on voit dans l'hôpital, mais qui ne travaillent pas."(\*)

L'étude de ce service a démontré qu'il existe de nombreux et sérieux problèmes qu'il importe de corriger.

La Commission estime que la première solution consiste à organiser un contrôle efficace et juste des absences pour cause de maladie. En particulier, pour toute absence maladie de trois (3) jours et plus, l'employé devrait être obligé de passer au Bureau de Santé à son retour au travail, ce qui n'est pas fait systématiquement à l'Hôpital Charles Lemoyne.

La Commission suggère comme moyen de contrôle la mise en pratique des procédures suivantes:

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

Pour toute absence maladie dépassant trois (3) jours, un contrôle par appels téléphoniques, avec l'employé d'abord, avec son médecin traitant occasionnellement, et dans le cas de malades ambulants, une convocation pour examen de contrôle au bureau de santé de l'hôpital.

La Commission trouverait juste que de telles modalités soient prévues dans les conventions collectives, et ce pour le plus grand bien des employés malades... et des contribuables.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

g) Le service des achats

Il y a lieu de distinguer à l'Hôpital Charles Lemoyne les achats pour dépenses courantes et les achats pour dépenses d'immobilisations.

Comme cet hôpital est la propriété complète du gouvernement, tout le mobilier est acheté directement par le service des achats du gouvernement du Québec (volume 3, page 146):

"Tout ce qui est capitalisable doit être acheté par la province".

La procédure est très laborieuse et amène des délais parfois très longs entre la date où l'hôpital fait sa réquisition et la date où les articles sont reçus.

Etapes de la procédure généralement suivie:

- a) Préparation d'une liste d'équipement par le chef de service;
- b) Vérification par l'acheteur de l'hôpital qui y inscrit les prix unitaires;
- c) Approbation par le directeur général;
- d) Transmission de la liste au S.A.H.Q. et au service général des achats à Québec;
- e) Le S.A.H.Q. approuve les montants demandés et transmet les listes au service d'étude technique;

- f) Ce service prépare les réquisitions à transmettre au service général des achats;
- g) Le service général des achats demande alors des soumissions publiques;
- h) Le contrat est accordé et l'hôpital reçoit une copie de la commande;
- i) Lorsque l'hôpital reçoit les articles, il les vérifie et remet au service des achats une formule les informant de cette réception;
- j) Le service des achats informe le S.A.H.Q. pour le paiement;
- k) Un chèque est émis au nom du fournisseur et de l'hôpital et transmis à l'Hôpital Charles Lemoyne pour être remis au fournisseur;
- l) L'hôpital doit endosser le chèque et le transmettre avec une formule au fournisseur.

Il a été établi, lors du témoignage du directeur du S.A.H.Q., monsieur Jean-Paul Marcoux (volume 102, page 18) que:

"Certaines demandes peuvent prendre un peu plus de temps à notre service, j'ai à l'idée certaines pièces d'équipement de laboratoire ou l'équipement de radiologie pour lesquels nous transférons l'étude à un comité spécial".

Comme ce n'est pas l'hôpital qui achète, il arrive que les articles reçus par l'hôpital ne correspondent pas aux spécifications demandées ou soient d'une qualité différente de celle demandée; alors l'hôpital doit refuser et retourner les articles et correspondre avec le service des achats qui doit alors recommencer son travail:  
(volume 33, page 83)

"Q.- Monsieur Lanoue, quand vous faites une réquisition pour matériel avec ce qu'on appelle communément les grades, la qualité avec numéros de catalogue, ce que vous recevez, est-ce que ça correspond à votre demande, ou si c'est modifié dans l'intervalle?

R.- Il arrive que c'est modifié monsieur le président et des fois très modifié.

"Q.- Est-ce qu'il y a des explications pourquoi c'est modifié?

R.- C'est que les réquisitions qui sont envoyées pour les demandes de soumissions c'est toujours marqué "ou équivalent" et c'est à nous ici, quand nous recevons la marchandise, d'établir si c'est oui ou non l'équivalent.

Q.- Si ça ne l'est pas qu'est-ce qui arrive?

R.- On les retourne.

Q.- Et là, qu'est-ce qui arrive?

R.- Bien, là on recommence".

En attendant de recevoir tout le matériel qui avait été réquisitionné au service des achats, l'hôpital a acheté à diverses reprises des articles disponibles. Le témoignage de mademoiselle M. Perron, première directrice des soins infirmiers, qui quittait ses fonctions dix mois après l'ouverture, est éloquent à cet égard: (volume 64, page 15)

"R.- Au début nous n'avions pratiquement rien pour fonctionner. Monsieur Lanoue m'a permis d'acheter les choses disponibles en quantité suffisante.

Q.- Vous voulez dire par là des gants disponibles des choses comme ça?

R.- Des cabarets utilisés pour les soins des malades. Lorsque je suis partie, les choses commençaient à arriver en assez grande quantité.

Q.- Est-ce qu'on vous a donné une explication pour le retard à obtenir le matériel dont vous aviez besoin?

R.- On me disait que c'était lent aux achats à Québec".

La Commission ne peut qu'être d'accord sur la lenteur de la procédure, comme le démontre ce qui suit: (volume 34, pages 73 et 74)

"R.- Il y a eu d'autres lettres du ministère disant qu'ils avaient accepté \$12,000.00 pour l'ophtalmologie, l'O.R.L. c'était approuvé je crois, en entier.

"Q.- Pour l'ophtalmo, c'était à quelle date?

R.- En juillet, je crois.

Q.- Et vous n'avez reçu que tout récemment une confirmation à l'effet que c'était commandé?

R.- Oui.

Q.- Sept (7) mois après?

R.- Oui sept (7) mois après".

Et plus loin, monsieur Lanoue déclare:

"R.- Pour l'orthopédie, nos listes avaient été faites en mil neuf cent soixante-cinq (1965).

Q.- Avez-vous tout l'équipement nécessaire en orthopédie?

R.- Disons que c'est un service plutôt chanceux. Il manque encore des "balkans", encore quelques item mais c'est un service chanceux".

D'ailleurs, le tableau détaillé produit comme exhibit C-58 nous donne une image assez claire de cet état de chose, et nous y remarquons que certains articles ont été demandés en mars 1966 et reçu par l'hôpital en novembre 1968! Il y a même plus, l'hôpital a demandé le 13 novembre 1967 l'autorisation d'acheter des extincteurs suivant l'ordre du service des incendies de la ville de Greenfield Park et ces appareils n'ont été reçus par l'hôpital que le 10 octobre 1968...onze (11) mois plus tard!

Dans un cas d'urgence alors que le système de climatisation a cessé de fonctionner à l'été 1968, monsieur Lanoue a dû se rendre à Québec pour obtenir l'approbation nécessaire pour acheter trois appareils de climatisation (volume 33, page 86):

"J'ai passé une veillée et une journée complète à Québec à me battre, pour réussir à acheter trois appareils. J'ai réussi à les acheter; il a fallu que je passe par la filière".

Pour confirmer l'importance de la longueur des délais occasionnés par la procédure générale des achats, la Commission a même trouvé dans les dossiers du ministère de la Santé (exhibit C-172) la note suivante issue du service des études techniques en date du 2 novembre 1966:

"Si l'on compare le délai et si tout marche tel que prévu en novembre 1966 il aura eu un délai de six (6) mois entre la réquisition que j'ai envoyée au service général des achats et la date que la commande aura été émise par le service".

La Commission souligne que le délai décrit ne touche qu'une des douze (12) étapes de la procédure générale mentionnée plus haut.

La Commission trouve que cette procédure est absolument inadmissible. Elle ne peut que nuire au bon fonctionnement de l'hôpital et mettre en danger la sécurité des malades et du personnel. Cette procédure a occasionné des dépenses plus élevées, comme en fait foi le témoignage de madame L. Larouche, volume 2, pages 174 et 175:

"Je peux dire que j'ai trouvé que l'hôpital était équipé de toute sortes de matériels disponibles, il y avait un luxe énorme, tellement il y a de compresses qu'on a dû détruire tant elles étaient vieilles, on ne pouvait plus s'en servir et, par contre, on manquait d'autres choses. Il y avait un déséquilibre dans l'usage du matériel et dans le quota départemental.

D.- Voulez-vous préciser les choses accumulées?

R.- Les compresses, les irrigateurs, les sacs à drainage urinaire, ces choses-là.

D.- Et vous avez dit que par contre d'autres choses manquaient?

R.- Oui.

D.- Voulez-vous préciser?

R.- Oui. Il manquait des aiguilles, des choses dans ce genre-là.

D.- Avez-vous d'autres exemples à donner?

R.- Au point de vue matériel?

D.- Oui, qui manquait.

R.- Je n'en ai pas à la mémoire, vous me prenez pas mal au dépourvu".

La Commission se doit de conclure que le service des achats du Québec n'est pas organisé pour s'occuper des achats pour les hôpitaux. Comment peut-on expliquer autrement qu'à maintes reprises monsieur Lanoue et d'autres employés de l'Hôpital Charles Lemoyne aient dû se rendre à Québec pour aider le service des achats dans ce travail.

(Mademoiselle M. Perron, volume 64, page 17):

"R.- La première fois c'était lors d'un congrès à Québec, j'ai rencontré le directeur des achats au congrès et il m'a demandé d'aller pour reviser la liste de pédiatrie. Les choses sont arrivées vite, après".

(Monsieur G. Lanoue, volume 33, page 77):

"Le service général des achats, dans certains cas, je parle toujours d'instrumentation médicale ou d'équipement médical, dans certains cas formait des comités d'étude. Des comités d'étude ont siégé, je pense à un en particulier, au laboratoire, où j'ai amené avec moi le chef du laboratoire, le docteur Léo Sénécal ainsi que d'autres personnes de l'hôpital et l'on a fait l'étude comparative de nos demandes avec les soumissions, pour chaque item individuellement".

(Monsieur G. Lanoue, volume 85, page 5):

"Maintenant pour ce qui est des achats de l'équipement, je ne sais pas à qui je l'aurais référé parce que monsieur l'ex-Ministre de la Santé m'avait demandé à un moment donné, parce qu'au ministère il n'y avait personne pour aller faire une étude comparative et une étude des soumissions qui étaient entrées et on m'a demandé d'aller la faire pour eux".

Durant la construction de l'hôpital, le ministère des travaux publics, en accord avec le Ministre de la Santé, avait délégué à l'Hôpital Charles Lemoyne une personne chargée de contrôler l'arrivée de l'équipement et des appareils dont l'installation devait se faire avant l'ouverture de l'hôpital.

Cette personne n'avait aucune expérience comme acheteur et n'avait non plus jamais travaillé dans un hôpital; pourtant cette personne fut engagée pour s'occuper des achats de l'hôpital.

Le témoignage de cet employé n'a vraiment pas impressionné la Commission et il est heureux qu'il ne soit pas le directeur des achats de l'hôpital.

Cette personne a passé la majeure partie de son temps à continuer le travail qu'elle faisait durant la construction et n'est même pas au courant du total des achats qui émane de son service dans une année:

"Q.- Je veux savoir quand vous avez tout ramassé ça pour une année, combien avez-vous proposé d'acheter, je ne dis pas le gouvernement a acheté?"

R.- Je n'en ai jamais fait la compilation".  
(volume 76, page 55)

Tous les achats pour articles d'usage courant se font par ce service, sauf les médicaments, mais il est évident pour la Commission que ce service manque de direction.

L'acheteur actuel devrait plutôt être le chef magasinier, rôle qu'il semble jouer presque continuellement.

La Commission doute fortement que l'addition d'une deuxième secrétaire, tel que l'acheteur l'avait réclamée, puisse améliorer ce service.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

h) Les contrats

1- Le contrat de location de télévisions

Pour l'octroi du contrat de télévision, le conseil d'administration a semblé prendre beaucoup de précautions car il est question de ce contrat à une quinzaine de reprises dans les procès-verbaux.

Il avait formé, le 19 novembre 1964, un comité de télévision dont le mandat était d'étudier toute la question du contrat de télévision existant à l'Hôpital St-Lambert et son transfert à Charles Lemoyne, après avoir reçu l'opinion légale de Me Jean-Paul Dansereau.

Ayant obtenu l'avis légal, le conseil d'administration, à sa réunion du 8 décembre 1965, déclare que le travail du comité de télévision est terminé et décide à l'unanimité de dissoudre ce comité.

Un modèle de demande de soumission fut préparé par le directeur général et étudié lors d'une assemblée spéciale du conseil d'administration, le 24 février 1966. C'est à cette même assemblée qu'il fut décidé de demander des soumissions publiques dans les journaux de la rive sud et dans les journaux de Montréal.

Bien que déjà dissout depuis cinq (5)\* mois, le comité de télévision se réunit à nouveau le 5 mai 1966\* pour étudier les soumissions reçues.

A cette réunion où étaient présents messieurs A. Desmarais, R. Soucie et G. Lanoue, "il fut unanime-

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

ment entendu que les critères de base pour étudier les soumissions seront d'abord:

- "a) Que la soumission soit présentée en bonne et due forme;
- b) Que les signatures apposées sur les soumissions soient autorisées;
- c) Qu'il ne prendra pas comme seul et unique point principal la commission payée mais surtout le service efficace fourni par les soumissionnaires;
- d) Le service technique fourni par les compagnies;
- e) La solvabilité des soumissionnaires.  
(exhibit C-41)."

Après l'étude des six (6) soumissions reçues, le comité décide de tenir compte du service technique et de la solvabilité et ne retient que deux (2) soumissions de Roch & René Ste-Marie et de Beaulne Télévision Inc. Il faut noter ici que ce comité avait établi dans son rapport (exhibit C-41 - page 1) que messieurs Roch et René Ste-Marie n'avaient aucune expérience dans le domaine de location de télévisions; ils n'avaient donc aucun technicien à leur emploi et l'engagement du technicien mentionné dans leur soumission était sûrement conditionnel à l'acceptation de leur soumission.

Le lendemain, 6 mai 1966, le conseil d'administration étudie le rapport du comité de télévision et deux (2) directeurs membres de ce comité ont donné leur opinion sur l'importance de la solvabilité du soumissionnaire et de son expérience dans le domaine de location de télévisions.

Sur votes partagés, le conseil d'administration accepte la soumission de Roch et René Ste-Marie. Il faut noter ici que seuls le président et le vice-président ont voté pour Beaulne Télévision Inc. Nous retrouvons au témoignage de monsieur A. Desmarais, volume 52, page 36, que:

"Les arguments qui ont été employés, qui ont gagné pour donner le contrat à monsieur Ste-Marie étaient les suivants:

Que nous étions un hôpital de la rive sud, et puis qu'il fallait donc lui donner une chance, et puis que si nous ne permettions jamais à quelqu'un de commencer en affaires, personne ne pourrait jamais commencer et puis que nous devrions lui laisser le contrat.

Ces arguments-là pouvaient être excellents mais comme administrateur et comme président je ne pouvais pas les accepter".

Cependant monsieur R. Soucie déclare:

(volume 96, page 17)

"J'ai fait valoir surtout que monsieur Ste-Marie était le seul qui se conformait à peu près à toutes les normes exigées et surtout les normes les plus importantes ou les exigences, si vous aimez mieux, les plus importantes.

Il a été le seul d'ailleurs entre Beaulne Télévision et monsieur Ste-Marie à produire un bilan et un état financier, une preuve de solvabilité, chose qui n'a pas été produite par Beaulne Télévision".

Il a été prouvé par l'exhibit C-41 que Beaulne Télévision a donné des références de banque, des références de crédit de la Cie R.C.A. Victor et même une preuve de propriété suivant une lettre de la Compagnie R.C.A. Victor.

Un peu plus loin (volume 97, page 22)

monsieur R. Soucie admet qu'il a déclaré favoriser un citoyen de la rive sud:

"Q.- Avez-vous présenté d'autres raisons, d'autres remarques aux membres du conseil d'administration?

R.- Non remarquez bien...que j'ai fait peut-être si vous pouvez appeler ça un plaidoyer à peu près quoi cinq six minutes. J'ai peut-être mentionné qu'à qualité égale, prix égal, enfin tout ça, qu'il serait peut-être de préférence d'octroyer ça à un citoyen de la rive sud..."

La Commission tient à noter que dans les critères utilisés par le comité de télévision et par le conseil d'administration on n'a jamais fait mention de donner une préférence à un citoyen de la rive sud.

Malgré le fait que l'entreprise de messieurs Roch et René Ste-Marie semble, selon les témoignages reçus, avoir fourni un service acceptable, la Commission déclare que l'adjudication de ce contrat a été faite d'une façon très irrégulière.

CHAPITRE DEUXIEME

L'ADMINISTRATION

h) Les contrats

2- Le bail du restaurant

Le restaurant et le comptoir de cadeaux situés à l'entrée principale de l'hôpital sont administrés par mademoiselle Annie Michaluck en vertu d'un bail signé le 23 juin 1960 par l'Hôpital St-Lambert.

Le gouvernement provincial, le 25 octobre 1962, lorsqu'il a acheté tous les biens de l'Hôpital St-Lambert, s'est engagé à respecter ce bail.

Parmi les clauses dudit bail, nous trouvons les deux (2) stipulations suivantes:

- "1o- Bail de vingt ans, renouvelable automatiquement pour un autre terme de vingt (20) ans suivant le désir du locataire;
- 2o- Loyer mensuel de base de \$50.00 pour les 150 premiers lits et \$10.00 de plus pour chaque 25 lits additionnels."

Suivant ce taux de location, le loyer mensuel, pour le comptoir de cadeaux et le restaurant à l'Hôpital Charles Lemoyne, ne dépassera pas \$190.00, même lorsque tous les lits seront dressés; il faut noter que l'entretien, l'électricité et le chauffage sont inclus dans le loyer.

La Commission ne peut comprendre pourquoi le restaurant a été installé au rez-de-chaussée, face à l'entrée principale, alors qu'on ne semble pas avoir de local approprié pour la bibliothèque médicale et administrative. L'Administration actuelle aurait dû réserver ce local à des fins plus utiles pour les patients de l'hôpital et ne pas accorder de si grands locaux à ce concessionnaire.

Dans les circonstances, la Commission suggère à la corporation d'étudier la relocalisation du restaurant.

CHAPITRE TROISIEME

LE MINISTERE DE LA SANTE ET L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE

L'étude des exhibits et l'audition des témoignages prouvent à maintes reprises l'importance des relations entre le ministère de la Santé et l'Hôpital Charles Lemoyne. Il est normal que l'analyse de l'administration de l'hôpital comporte un chapitre important sur cet aspect, d'autant plus que plusieurs problèmes soulevés au cours de l'enquête impliquent directement le ministère et même le gouvernement (v.g. unité des soins intensifs, système d'achats, locaux et équipement, financement et budget, statut légal de la corporation, etc). Certaines de ces questions sont traitées ailleurs dans ce rapport mais la Commission veut traiter ici de la part de responsabilité qui échoit au ministère de la Santé.

A- Le service des normes du S.A.H.Q.

L'hôpital a entretenu des relations avec le service des normes du S.A.H.Q. pour bien des choses, entre autres pour les archives, pour la pouponnière et pour les soins intensifs.

L'Hôpital Charles Lemoyne a semblé apprécier l'utilité de la visite et du rapport de mademoiselle Couture, infirmière-conseil pour les pouponnières; en effet, monsieur Lanoue, dans le procès-verbal du conseil d'administration du 12 juillet 1966 signale au conseil que mademoiselle Couture s'est donnée la peine de rencontrer le personnel de jour, de soir et de nuit et de lui donner des explications et des démonstrations pour certaines techniques. Le rapport de mademoiselle Couture est d'ailleurs très détaillé et pratique.

La Commission a apprécié la valeur des suggestions de mademoiselle Morin, archiviste-conseil, contenues dans son rapport du 19 juillet 1967. Il s'agit là d'un rapport concret

pertinent et détaillé.

Les contacts entre l'Hôpital Charles Lemoyne et le service des normes du S.A.H.Q. ne furent toutefois pas toujours heureux. Ainsi, à la suite d'une invitation de l'hôpital, en date du 4 octobre 1966, mademoiselle Claire Gagnon, responsable des soins infirmiers au service des normes du S.A.H.Q., écrit le 11 mai à monsieur Lanoue lui annonçant sa visite à l'hôpital pour le 15 mai. Malheureusement, la directrice des soins infirmiers de l'hôpital, mademoiselle Monique Perron, est alors absente. Aussi, mademoiselle M. Perron écrit-elle le 25 mai à mademoiselle C. Gagnon pour lui exprimer son regret pour cette visite en son absence et pour lui offrir de se rendre à Québec afin de discuter avec elle. Mademoiselle Claire Gagnon lui répond le 6 juin en précisant: "Je vous inviterai à venir discuter des recommandations que je préparerai à la suite de mon rapport". Or, d'après le témoignage de Garde Perron, en date du 17 mars (volume 65, page 42), ce rapport n'est jamais parvenu à l'hôpital. Considérant l'ampleur des problèmes qui se sont développés dans le secteur des soins infirmiers à l'Hôpital Charles Lemoyne, la Commission trouve regrettable l'absence de "follow-up" du service des normes dans ce cas. La Commission n'a d'ailleurs trouvé dans la documentation complète du ministère de la Santé aucune trace de rapport faisant suite à cette visite de mademoiselle Claire Gagnon (exhibit C-172).

Un sujet qui a inquiété la Commission fut l'absence de consistance entre les témoins entendus sur la définition des normes utilisées dans le domaine des soins infirmiers. D'une part, mademoiselle Rita Milord, infirmière du service des normes, interprète la norme d'heures de soins (ex. 4.5 h. en médecine, etc) comme signifiant le nombre d'heures de soins dont un malade a besoin au cours d'une période de 24 heures. D'autre part, le service des finances du S.A.H.Q. interprète la même norme comme signifiant le nombre

d'heures payées par jour-patient. Connaissant l'ampleur du phénomène de l'absentéisme, des absences-maladies, des vacances et des congés, il y a un écart manifeste entre ces interprétations; il y a même contradiction alors sur la définition et l'interprétation de la norme.

Recherchant la source de telles normes, la Commission n'a jamais réussi à la connaître avec exactitude. D'après le docteur Clément Carter, directeur du service des normes (volume 4, page 31), les normes sont fondées sur "la littérature" mais il n'a pu donner les références précises et la Commission put encore moins étudier la valeur et l'objectivité de ces normes.

Mais il y a pis encore, car il y a une forte présomption que le service des normes n'y a été que pour peu dans l'établissement des normes. Mademoiselle R. Milord déclare en effet (volume 81, page 16) en parlant des normes que constituent les heures de soins:

"Le nombre est calculé du côté du service de la comptabilité, et le chiffre nous est donné et, à partir de là, nous établissons la répartition".

Monsieur Jean-Paul Marcoux, directeur général du S.A.H.Q., déclare de sa part (volume 104, page 1) que les normes d'heures de soins ont été établies par le service des normes en collaboration avec le service des finances.

Il spécifie (volume 103, page 46):

"C'est la responsabilité de ce service des normes hospitalières d'établir les normes ou critères qu'affectent ou qui concernent la qualité de soins dans les hôpitaux, certains critères de coûts sont établis par un autre service, le service des finances, mais les normes relativement au personnel infirmier sont établies par cette division".

Comme on peut le constater par de tels témoignages, lorsque la Commission a cherché la provenance de ces normes et quels en sont les auteurs, on a nagé en pleine ambiguïté et même dans la contradiction. Le sujet

est d'une importance majeure car il touche au travail d'un très grand nombre d'employés et le fardeau des tâches est reflété par ces normes.

Il y a lieu de signaler que le docteur Clément Carter lui-même a établi que les normes en matière de personnel (volume 4, pages 99 et 100) et que les normes d'espace sont la responsabilité du service des études techniques qui ne fait partie ni du service des normes, ni même du S.A.H.Q. Puisque les normes d'espace ne sont pas du ressort du service des normes, puisqu'il n'existe pas de normes pour le personnel autre que celui des soins infirmiers et si les normes en soins infirmiers ont été le fait du service des finances plutôt que celui des normes, il y a là une sérieuse lacune d'organisation au sein même du ministère de la Santé et la Commission doute que le service des normes hospitalières porte un titre qui lui convienne.

La Commission a aussi été frappée par la déclaration de mademoiselle R. Milord à l'effet que tout le budget des soins infirmiers est fondé sur le taux d'occupation de l'année écoulée (volume 81, page 17) et également sur une occupation moyenne de 75 ou 80% (J.P. Marcoux, 8 mai 1969, volume 103, page 57).

Si tel est le cas, il est évident qu'un hôpital qui chercherait à accroître son taux d'occupation serait pénalisé, en devenant déficitaire. Or si l'on se rappelle qu'en vertu de l'arrêté en conseil 874, de mars 1968, il est interdit de faire des dépassements budgétaires, cela signifie que l'hôpital qui hausserait son taux d'occupation ne pourrait le faire qu'en surchargeant son personnel de soins (pour respecter le budget) ou en se mettant dans l'illégalité (en dépassant son budget). Mademoiselle Milord

répond à ceci qu'il y a possibilité d'aller en revision de budget. Il n'en demeure pas moins, aux yeux de la Commission, que l'administration de l'hôpital Charles Lemoyne a été dans le dilemme décrit ci-dessus.

Au cours de l'enquête, la Commission a pris connaissance des difficultés que l'hôpital rencontrait pour placer les malades dans les institutions pour maladie à longue durée (exhibit C-72). Aussi, fut-il question du contrôle effectué par le ministère pour les malades dont le séjour se prolonge au-delà d'un mois. Interrogé sur les raisons de ce contrôle, monsieur J.P. Marcoux, directeur général du S.A.H.Q., répond que les séjours prolongés sont acceptés si des efforts de placement ont été faits (volume 104, page 25). La Commission doute de la valeur et de la portée de ce contrôle car le S.A.H.Q. ne semble pas à même de vérifier adéquatement les efforts de placement faits par l'hôpital. D'ailleurs la Commission s'interroge sur la compétence du personnel vérificateur de ces formules de séjours prolongés, vu la description qu'en a faite le docteur Clément Carter dans son témoignage (volume 7, pages 143 à 145). En effet, sur cinq (5) médecins vérificateurs à temps complet, deux (2) sont d'anciens omnipraticiens, un hygiéniste, un autre obstétricien; quant à l'autre, le docteur Carter ignore ses qualifications.

Toutes ces lacunes du service des normes tiennent en bonne part à l'ambiguïté du statut de ce service. S'agit-il d'un service jouissant d'une autorité de commandement ou d'un service de consultation?

Voyons quelques cas illustrant cette ambiguïté:

- 1- Lettre du docteur Clément Carter à monsieur Gérard Lanoue, 16 août 1968, (exhibit C-172):

"En ce qui concerne le budget du personnel infirmier pour les unités non ouvertes, une étude par nos consultants sera faite, aussitôt qu'une décision nous parviendra concernant l'orientation future de l'unité des soins intensifs".

Commentaire de la Commission:

Par cette lettre, le docteur C. Carter conditionne clairement l'étude du budget du service des soins infirmiers par la réponse que l'hôpital lui fera concernant l'unité des soins intensifs, unité qu'il désire voir situer ailleurs qu'à l'endroit où elle se situe.

- 2- Lettre du docteur Clément Carter à monsieur Gérard Lanoue, 4 septembre 1968, (exhibit C-172):

"Il y aurait lieu d'étudier la possibilité de loger vos soins intensifs au 2<sup>ème</sup> sud. Les plans devront être soumis au service pour évaluation et acceptation. (\*)

Les tâches des infirmières de la salle d'accouchement et du personnel infirmier au niveau des unités doivent (\*) (être conformes aux directives contenues dans le manuel...

Espérant que vous donnerez suite à ces recommandations, (\*) nous apprécierions recevoir vos commentaires..."

Commentaire de la Commission:

Il y a de tout: des ordres et des recommandations!

- 3- Lettre du docteur Clément Carter à monsieur Gérard Lanoue, 7 novembre 1968, (exhibit C-172):

(\*) les soulignés sont de la Commission.

"Il ne me sera pas possible de me rendre à votre invitation du 7 novembre prochain. Nous vous demandons donc de faire en sorte d'appliquer le plus tôt possible les directives (\*) qui vous ont été adressées récemment, afin de vous assurer de la meilleure qualité des soins... Nous nous excusons pour ce délai et nous espérons recevoir vos commentaires sur ces directives (\*) avant notre prochaine visite que nous pourrons fixer plus tard..."

La Commission estime que ce style de correspondance du docteur Clément Carter ajouté aux "réponses normandes" lors de son témoignage illustre qu'il mêlait constamment dans ses relations avec cet hôpital un statut de conseil à un statut d'autorité. Il est facile à la Commission de constater combien il était pénible pour l'administration de l'hôpital de discerner si elle recevait des ordres ou des conseils du service des normes. Le cas suivant illustre les conséquences malheureuses d'une telle ambiguïté.

#### B- L'unité des soins intensifs

Les responsables de la construction de l'hôpital ont prévu et aménagé à l'Hôpital Charles Lemoyne une unité de soins intensifs, spécialement conçue et aménagée pour le type de malades que reçoit une telle unité.

Comme le déclare monsieur G. Lanoue (volume 3, page 124):

"C'était dans les plans originaux".

Il faut ici noter que ces plans ont été sanctionnés officiellement par le ministère des travaux publics, le ministère de la Santé et les architectes. Il faut aussi noter que le ministère de la Santé, le S.A.H.Q. et le service général des achats ont approuvé l'équipement spécialisé pour cette unité (volume 3, page 185).

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

Il faut aussi se rappeler que le gouvernement est propriétaire de l'immeuble et qu'aucun changement ne peut y être apporté sans l'approbation du ministère des travaux publics (volume 3, page 183).

Le 6 juin 1968, à la suite d'une visite à Québec de madame L. Larouche, alors directrice des soins infirmiers de l'hôpital, mademoiselle Rita Milord du service des normes rédige à l'intention de son directeur, le docteur C. Carter, une "note de service" à l'effet que "le local présentement prévu pour l'unité des soins intensifs n'est pas adéquat" (exhibit C-172). Cette opinion fut émise à la suite de cette seule entrevue, car à cette date mademoiselle Milord n'avait jamais visité l'hôpital.

Le 4 juillet 1968, se fondant sur la seule "note de service" de mademoiselle R. Milord, le docteur Clément Carter, directeur du service des normes, écrit à monsieur Gérard Lanoue:

"Comme nous considérons que cet endroit, où arrivent les ascenseurs, n'est pas adéquat, nous suggérons d'étudier la possibilité de localiser ces lits dans une de vos unités de soins que vous avez l'intention d'ouvrir sous peu".

Encore ici il faut noter que cette lettre est expédiée par le directeur du service des normes sans aucune visite sur les lieux!

Les normes, dont copie était alors envoyée à monsieur Lanoue, sont des normes auxquelles "aucune des unités de soins visitées" par mademoiselle R. Milord dans une dizaine d'hôpitaux de la province "ne répond" (volume 81, page 14).

Mademoiselle R. Milord a par la suite effectué une visite et esquissé un plan de relocalisation pour l'unité des soins intensifs. Lors de son même témoignage (volume 81), elle esquissa au tableau noir son plan de relocalisation pour l'unité des soins intensifs, lequel n'a pas impressionné la Commission.

L'esquisse en question, faite au tableau noir, devait être produite comme exhibit C-171, mais n'a pas été reçue à la date de ce rapport. Entre autres, le plan esquissé ne comportait aucune place pour les cas infectés (même témoignage, page 42).

Quant au type de malade d'une telle unité et à la norme qui spécifie qu'un hôpital peut avoir 2% de ses lits affectés à l'unité des soins intensifs, voici une réponse de conséquence!...(volume 81, page 22):

"Q.- Le 2% des lits pour soins intensifs inclut-il les malades d'une unité coronarienne?

R.- Je ne serais pas en mesure de vous répondre."

Le personnel du service des normes n'a pas non plus prévu une autre conséquence possible de son insistance à relocaliser l'unité des soins intensifs avec les délais additionnels d'une telle relocalisation.

En effet, l'unité actuellement est couverte par le générateur d'urgence alors que les chambres des malades, où sans doute se sont donnés des soins intensifs, et les locaux suggérés par mademoiselle M. Milord, n'ont pas cette protection. Or, déclare monsieur Cousineau, le chef de la maintenance (volume 85, page 42):

"Assez souvent, on a eu plusieurs pannes".

Au cours de l'enquête, la Commission a eu l'occasion de visiter l'unité des soins intensifs en compagnie de monsieur J.P. Marcoux, directeur général du S.A.H.Q. et du docteur Carter, directeur du service des normes. A cette occasion, devant l'organisation matérielle déjà installée, la Commission a immédiatement recommandé à monsieur J.P. Marcoux d'autoriser l'ouverture de cette unité, pour le plus grand bien des malades. Monsieur Marcoux se déclarait du même avis et autorisait l'hôpital à compléter l'organisation de cette unité, ce qui fut rapporté au public par le président de la Commission au début de la séance d'enquête du 16 décembre 1968 (volume 5, page 5).

C- Le S.A.H.Q. et le budget de l'hôpital

Le respect intégral du budget tel qu'approuvé par le S.A.H.Q. est une des clauses du bail de la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne. Toutefois, l'hôpital n'a pu respecter cette clause, pas plus d'ailleurs qu'il n'a pu payer son loyer mensuel à même les argents provenant des suppléments des chambres privées et semi-privées.

Le directeur général répétait à maintes reprises aux cadres, aux syndicats, etc, qu'il ne pouvait rien faire sans l'approbation expresse du ministère et il explique à la Commission que dans le cas des dépenses de nature capitale, il ne pouvait effectuer un achat de plus de \$25.00 (volume 32, pages 41-43), ou encore qu'il ne pouvait rien changer des locaux sans l'autorisation du ministère des travaux publics (volume 3, pages 182 et 183).

A quelques reprises, le conseil d'administration s'est efforcé d'accroître son fonds de roulement et d'effacer ses déficits antérieurs. Ce qui fait dire à monsieur A. Desmarais, président du conseil de 1964 à 1967 (volume 59, page 9):

"J'ai vu le temps où l'argent reçu du gouvernement tous les 15 jours n'était pas suffisant pour couvrir la paie".

Monsieur A. Desmarais explique dans ce témoignage que le conseil devait, soit respecter le budget et fermer des lits, soit fonctionner et se battre pour le déficit. Il ajoute que le conseil a décidé de fonctionner et de se battre pour le déficit.

Un des items du budget où il existe un écart appréciable entre le budget demandé et le budget approuvé est celui des médicaments. Monsieur J.P. Marcoux a expliqué que dans les hôpitaux où il y a de saines procédures d'achats et un contrôle interne sur les stocks, le budget approuvé correspond de près au budget demandé. La Commission comprend mal alors l'écart dans le cas des médicaments pour l'Hôpital Charles Lemoyne car il n'y a aucune évidence de contrôle par Québec concernant les deux conditions fournies par monsieur J.P. Marcoux (volume 105, pages 7 à 10). Pour le conseil d'administration, dont le budget "médicaments" est fortement coupé, il y a conflit entre le respect du budget et la responsabilité civile de fournir aux malades ce dont ils ont besoin, ce besoin étant déterminé par les ordonnances médicales.

En ce qui concerne la psychiatrie, la Commission trouve étrange qu'il y ait un apparent divorce dans les façons de procéder entre les services psychiatriques et le S.A.H.Q. D'une part, le chef du service de psychiatrie

de l'hôpital communique directement avec le docteur D. Bédard, directeur des services psychiatriques du ministère. (v.g. salaires des psychiatres). D'autre part, certains éléments du budget suivent la procédure normale du S.A.H.Q. De l'avis de la Commission, l'administration n'aurait pas dû tolérer que le chef de psychiatrie transige directement avec Québec.

A l'Hôpital Charles Lemoyne, il y a un fonds pour les travaux scientifiques et la recherche clinique. Ce fonds provient des revenus que perçoit l'hôpital pour la location de télévisions. Interrogé sur la liberté d'action de l'hôpital avec les fonds prévus, monsieur J.P. Marcoux répond: (volume 105, page 16)

"S'il y a un revenu qui revient à l'hôpital, mon opinion est que c'est un revenu déductible du budget de l'hôpital".

Il ajoute ailleurs, au sujet des fonds privés (item, volume 105, page 21):

"L'hôpital peut les utiliser après en avoir obtenu la permission du gouvernement, du ministre".

La Commission regrette une telle philosophie centralisatrice qui enlève à une institution le goût des initiatives et qui brise chez ses dirigeants l'intérêt à améliorer certaines situations. Cette philosophie sous-entend une politique tacite de considérer l'hôpital comme un établissement nationalisé "de facto" et non pas comme une corporation reliée par contrat à un organisme qui s'appelle Service ASSURANCE Hospitalisation.

Cette même philosophie centralisatrice se reflète d'ailleurs dans plusieurs autres réponses fournies par le directeur général du S.A.H.Q., que ce soit pour le

financement des réparations d'urgence ou pour des problèmes de rémunération, etc. Dans toutes les situations, il est nécessaire d'obtenir une autorisation préalable et surtout spécifique d'un ministère.

D- Le ministère de la Santé et les enquêtes sur les abus possibles

Le 7 mars 1967, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec suggérait au ministère d'enquêter sur l'organisation médicale de l'Hôpital Charles Lemoyne et le docteur Augustin Roy terminait sa lettre en ajoutant: "Il serait bon que tous sachent que tout hôpital est construit pour les malades". (exhibit C-172 et volume 51, page 26).

Le 10 mars 1967, le sous-ministre de la Santé, le docteur Jacques Gélinas, s'informait auprès du docteur A. Roy:

"...La dernière phrase de votre deuxième paragraphe laisse entendre que les médecins tentent d'organiser dans les cadres de cet hôpital de petits empires. Si tel est le cas, je crois que vous devrez exercer votre rôle qui est de voir à ce que le public soit protégé. Advenant le cas que vous ne le puissiez pas, veuillez nous en aviser..."  
(exhibit C-172 et volume 51, page 30).

Le 28 mars 1967, l'exécutif du Collège écrit au sous-ministre que "le ministère seul peut agir, le Collège n'ayant aucun pouvoir sur le bureau médical d'un hôpital, ni évidemment sur le conseil d'administration, même dans les cas où ces deux organismes agissent en collusion. Le ministère a non seulement le pouvoir mais le devoir de s'assurer que tout hôpital possède des structures administratives...susceptibles de procurer aux malades les meilleurs soins médicaux possibles". (exhibit C-172 et volume 51, page 32).

A partir de cette date, le silence s'installe. La Commission blâme le ministère de ne pas avoir enquêté à la suite d'informations qui tout en étant globales n'en étaient pas moins graves...surtout qu'elles provenaient d'un organisme aussi officiel que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Il est regrettable que le ministère qui, par le service des normes du S.A.H.Q., enquête sur des plaintes individuelles, parfois banales, n'ait pas jugé opportun de vérifier sur place les assertions faites par écrit par le Collège des Médecins et Chirurgiens.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ORGANISATION MEDICALE

a) L'analyse des statuts et règlements du conseil des médecins.

Les statuts et règlements ont été élaborés par le bureau médical provisoire sous la direction du docteur Pierre Chalut, secrétaire. Celui-ci les a présentés au conseil d'administration le 19 mars 1966 et ils ont été ratifiés par ledit conseil d'une façon temporaire, le 31 mars 1966 (exhibit C-1).

Le conseil des médecins s'était inspiré des projets de règlements préparés alors par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et les associations hospitalières, en l'absence de règlements des articles 20 et 21 de la Loi des Hôpitaux (exhibit C-1, assemblée du 7 septembre 1965):

"Le Directeur général, Monsieur Gérard Lanoue, informe l'assemblée que ces Statuts et Règlements ont été composés à la suite d'entrevues avec le Docteur Taylor, secrétaire permanent de la Commission Canadienne d'Accréditation; ils ont été également inspirés par les recommandations faites par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, les associations hospitalières de la Province de Québec au Gouvernement de la Province de Québec et après une étude de Statuts et Règlements déjà en vigueur dans des hôpitaux d'importance de la métropole et des environs. Chaque directeur reçoit une copie de ces Statuts et Règlements pour qu'ils en fassent l'étude et en discutent lors d'une prochaine assemblée. Toutefois, à cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons dans le moment, tant et aussi longtemps que le Bill 74 n'aura pas été sanctionné et publié certains points de ces Statuts et Règlements demeurent encore incertains".

La Commission, tout en étant fermement convaincue que la majorité des irrégularités constatées dans ces règlements seront corrigées par l'application intégrale

des Règlements de la Loi des Hôpitaux récemment publiés après sanction par l'arrêté en conseil numéro 288 du 31 janvier 1969, croit nécessaire cependant d'insister sur les points suivants:

Article 17: L'intervention du chef de département ou de service à tous les comités et à tous les niveaux, avec pouvoir de veto, favorise le développement et/ou le maintien de "chasses-gardées".

Articles 13 à 19:

Les articles 13 à 19, qui ont trait aux procédures de nomination et de promotion des membres du personnel médical et dentaire, ne reconnaissent aucun rôle au directeur médical.

La Commission souligne la gravité de cette lacune dans ces Statuts et Règlements. On ne définit pas son poste, on ne parle pas de la procédure de sa nomination, ni de ses fonctions.

La chose est d'autant plus étonnante qu'il s'agissait d'un nouvel hôpital prévu pour cinq cents (500) lits et que le directeur médical était déjà en fonction depuis le début de l'hôpital et faisait même partie du Bureau Médical Provisoire chargé d'élaborer ces mêmes Statuts et Règlements.

Article 25: Cet article prévoit qu'un médecin actif

demeure en fonction jusqu'à révocation.

La Commission constate que le fait de ne pas avoir de terme à la nomination d'un médecin est contraire aux recommandations du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux.

Article 29: Cet article a trait aux privilèges cliniques des médecins pratiquant dans l'hôpital. Ces privilèges "seront toujours indiqués par écrit et déposés dans les dossiers des médecins au Secrétariat du Conseil des Médecins" et "seront toujours signifiés par écrit aux intéressés par le directeur général de l'hôpital..."

Les témoignages du directeur général, du directeur médical, des présidents et du secrétaire de l'Exécutif du Conseil des Médecins démontrent que ces exigences n'ont jamais été respectées. Voir plus spécialement les témoignages du Docteur Chalut, volume 41, page 34; docteur Bonenfant, volume 28, pages 44, 46 et suivantes; Docteur Letellier, volume 27, pages 2 et suivantes.

La Commission est d'avis que la direction de l'hôpital s'est ainsi privée d'un instrument valable pour le contrôle de la qualité de l'acte médical.

Article 45: Cet article donne à chaque chef de service "le privilège d'engager et de retenir les services de résidents, d'internes ou de médecins d'établissement" acceptés par le conseil d'administration sans l'assentiment du conseil des médecins.

De cette façon, se sont créés dans certains services, de petits hôpitaux privés dans un grand hôpital public.

Article 50: Malgré les prévisions du paragraphe onze (11) de l'article 50 exigeant un rapport annuel sur les activités du personnel médical, la preuve soumise devant la Commission souligne que les rapports étaient presque exclusivement des commentaires verbaux occasionnels faits par les médecins siégeant au Conseil d'Administration. (témoignage du Docteur Chalut, volume 41, pages 43 et suivantes).

Article 60: Cet article, qui prévoit que le conseil des médecins désigne les membres des comités du conseil des médecins lors de son assemblée générale annuelle, est contraire à l'article 88 et à la pratique courante.

Article 77: Le secrétaire était "le gardien de tous les dossiers du Comité Exécutif et du conseil des médecins".  
La Commission se demande comment cette attribution peut être respectée lorsque le secrétariat du conseil des médecins n'existe pas si ce n'est que comme "accessoire" dans le bureau du directeur médical.

Articles 73 et 79:

Ces articles prévoient que certains membres de l'Exécutif du conseil des médecins peuvent siéger de façon permanente sur ce Comité en servant trois (3) ans comme dirigeants, puis une année comme membres; ensuite le cycle peut recommencer.

La Commission se demande si de tels règlements ont leur place dans un hôpital où le conseil des médecins compte plus de soixante (60) membres actifs.

Articles 96 et 99:

Ces articles prévoient le nombre de réunions obligatoires pour le comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers et pour le comité des normes d'admission et de séjour. Ces articles n'ont pas été respectés.

Article 110: Cet article est inadéquat parce qu'il permet au chef de service, en ce qui a trait à ses pouvoirs et à ses fonctions, de s'adresser, et au chef de département et au conseil des médecins, alors qu'il devrait tout d'abord répondre de son service à son chef de département. Ce n'est qu'en cas de conflit qu'il devrait pouvoir s'adresser au conseil des médecins.

Articles 113 à 116:

Ces articles, qui prévoient la durée d'un contrat de chef de service, ont été déterminés par les intéressés et par le conseil d'administration.

Ceci fait comprendre à la Commission le bien-fondé de l'article 183 des Règlements de la Loi des Hôpitaux promulgués durant la tenue de cette enquête.

Article 118: Cet article, qui prévoit insubordination, négligence ou accident, laisse trop de latitude aux chefs de services et ignore le rôle qu'un directeur médical se doit de remplir dans des cas de cette gravité.

Article 125: Cet article décrit trois (3) services qui ne sont pas intégrés dans un départe-

ment: pédiatrie, psychiatrie, physiothérapie et médecine physique.

Or, la Commission croit que de tels services doivent être intégrés dans un département, ou encore suffisamment développés pour devenir département.

Article 137: Le délai de quatre (4) semaines prévu pour la signature du dossier d'un malade après son congé est beaucoup trop long. La tâche de surveiller l'application de ce règlement aurait dû être attribuée au directeur médical et non à l'archiviste exclusivement.

Articles 178 et 179:

Ces articles ont été adoptés à l'assemblée générale du conseil des médecins, en date du 13 janvier 1966.

La Commission n'a pu retracer le texte de ces articles qui ne figurent pas dans les statuts et règlements du conseil des médecins déposés sous la rubrique C-3.

#### REVISION

Les statuts et règlements du conseil des médecins de l'Hôpital Charles Lemoyne ne contiennent aucun article ayant trait à l'obligation de reviser les statuts et règlements à une date déterminée, comme il en existe dans la pratique courante, et de fait ils n'ont jamais été révisés.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ORGANISATION MEDICALE

b) Le conseil des médecins et ses comités.

A l'assemblée du conseil d'administration du 24 février 1964, il fut décidé "de nommer les personnes suivantes chefs des services suivants:

Dr. Albert Gaudet.....	Orthopédie et traumatologie.
Dr. Pierre CHALUT.....	Chirurgie générale.
Dr. André PELTIER.....	Neuro-chirurgie et traumatologie.
Dr. Nelio RENZI.....	Médecine interne.
Dr. Jean-Claude ARBOUR.....	Radiologie.
Dr. Gabriel DESMARAIS.....	Gynécologie et obstétrique pathologique.
Dr. Fernand SMOONER.....	Anesthésie
Dr. Roch HUOT.....	Médecine générale et obstétrique.
Dr. Gilles LAURIN.....	Chef-adjoint en chirurgie générale".

Par la suite, à la même assemblée, le conseil d'administration adoptait la résolution suivante:

"Il est aussi proposé, secondé et résolu à l'unanimité qu'un comité de cinq (5) médecins composé des trois (3) médecins faisant partie du conseil d'administration, docteurs Pierre Chalut, André Peltier et Albert Gaudet ainsi que le Directeur Médical et le Directeur des Cliniques Externes devront se réunir pour étudier les demandes de certains médecins au poste de chefs de services dans les diverses

spécialités que comprendront le nouvel hôpital.

Le Directeur Général devra rapporter le résultat des discussions et les recommandations de ce comité".

Le docteur Roger Lamarre a décliné la nomination comme directeur des "Services des Cliniques Externes" et comme membre du "Comité des Nominations" (c.f. assemblée conseil d'administration 4 juin 1964, exhibit C-1). A la même assemblée, il est décidé de nommer les docteurs André Peltier et Albert Gaudet conjointement directeurs des "Services des Cliniques Externes" mais le conseil n'a pas jugé bon de remplacer le docteur Lamarre au "Comité de Nominations".

Le 19 novembre 1964, ce comité, qui avait pris le nom de "comité de nominations", demandait au conseil d'administration, par l'intermédiaire du directeur général qui en faisait partie, de changer son nom en celui de "Bureau Médical Provisoire", ce qui fut fait. Lors de la même assemblée, le docteur Pierre Chalut a été nommé chef du département de chirurgie "après consultation entre les chirurgiens de l'hôpital" (exhibit C-1).

La Commission trouve anormal que le "Bureau Médical Provisoire" ait été limité à trois (3) médecins alors que déjà deux (2) mois auparavant huit (8) médecins avaient été nommés chefs de services et un autre chef adjoint.

La lecture des procès-verbaux de l'année

1964 a convaincu la Commission que les trois (3) médecins, à la fois membres du conseil d'administration, membres de la corporation, membres du Bureau Médical Provisoire et membres de l'Exécutif se sont organisés une chasse-gardée.

En effet, dans les procès-verbaux du conseil d'administration (exhibit C-1) et notamment à celui de l'assemblée régulière du conseil tenue le 4 juin 1964, à l'item "comité des nominations", il est écrit:

"Conformément à une résolution passée à l'assemblée du 24 février 1964, monsieur Lanoue fait rapport du travail effectué depuis la dernière assemblée par ce Comité des nominations.

Monsieur Lanoue rapporte que le comité a siégé à plusieurs reprises et donne la méthode de procéder de ce comité et fait les recommandations au conseil d'administration de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Monsieur Lanoue informe ensuite l'assemblée que le docteur Roger Lamarre avait été nommé pour faire partie du Comité des nominations.

Monsieur Lanoue, à deux reprises, a communiqué avec le docteur Lamarre qui lui a manifesté son intention de ne pas accepter le poste de directeur des "Services des Cliniques externes".

Après étude des recommandations contenues dans le rapport du "comité des nominations", il est alors proposé, appuyé et résolu à l'unanimité de créer un service de cardiologie avec comme chef de service: le docteur Pierre Legault, spécialiste en cardiologie.

Il est également proposé de créer un service d'oto-rhino-laryngologie avec comme chef de service: le docteur Lucien Huot, m.d.

Il est également proposé, appuyé et résolu à l'unanimité de nommer les docteurs André Peltier et Albert Gaudet, m.d. conjointement directeurs des "services des cliniques externes" en remplacement du docteur Roger Lamarre, qui a refusé le poste qui lui avait été offert.

A ce moment, monsieur Lanoue fait lecture des définitions de certains termes, tels que le bureau médical, comité exécutif, directeur médical, chef de service. Il présente un organigramme de l'organisation

médicale d'un hôpital de l'envergure de Charles Lemoyne et il continue pour donner avec un tableau schématique une idée assez précise de l'organisation médicale.

Monsieur Lanoue demande ensuite s'il n'y aurait pas lieu d'autoriser le même comité des nominations à commencer l'étude des règlements devant régir le bureau médical de l'Hôpital Charles Lemoyne.

Il est alors proposé, appuyé et résolu à l'unanimité que le comité des nominations soit autorisé à entreprendre le projet de Statuts et Règlements".

Deux ans plus tard, soit le 16 mars 1966, le docteur Pierre Chalut soumet le projet des statuts et règlements et demande l'acceptation de ces règlements dans le but de permettre au bureau médical de fonctionner normalement.

Après discussion, il est proposé et adopté que le projet de règlements soit accepté provisoirement jusqu'à une prochaine assemblée.

Le 24 mars 1966, page 3, exhibit C-1, on lit:

"Que les règlements acceptés la semaine dernière d'une façon temporaire continueront d'être étudiés d'une façon définitive".

Le 31 mars, lors d'assemblée spéciale, par un vote de sept (7) en faveur, et deux (2) contre, les statuts et règlements sont acceptés encore une fois

d'une façon temporaire. On note aussi la formation d'un comité de revision sous la présidence de monsieur Gilbert Latour. La revision portera surtout sur la forme de ces Statuts et Règlements.

Quelque temps après, monsieur Gilbert Latour démissionne. A partir de ce moment jusqu'au 4 avril 1968, la Commission n'a pu retracer de mention de ces fameux Statuts et Règlements.

L'hôpital Charles Lemoyne a reçu ses lettres patentes le 4 juin 1963.

Le 22 août 1964, les règlements généraux de la Corporation étaient publiés dans la Gazette Officielle du Canada (assemblée du conseil d'administration le 19 novembre 1964, exhibit C-1).

Le bureau médical provisoire avait été formé pour élaborer les règlements internes, procéder à l'élection des membres de son comité exécutif et nommer son délégué au conseil d'administration.

Il est toujours resté composé de trois (3) ou quatre (4) médecins, tel qu'en fait foi la première assemblée du bureau médical provisoire de l'hôpital Charles Lemoyne, tenue à la résidence privée du docteur Chalut, le 15 décembre 1964:

"Sont présents: Docteur Albert Gaudet,  
Docteur André Peltier,  
Monsieur Gérard Lanoue,  
Docteur Pierre Chaput.

Election d'un Président et d'un secrétaire:

Sur proposition de Gérard Lanoue, secondée

par André Peltier, docteur Albert Gaudet est nommé président et docteur Pierre Chalut, secrétaire du bureau médical provisoire de l'hôpital Charles Lemoyne .

Ainsi, ce bureau médical provisoire désigné par le conseil d'administration pour installer les cadres du bureau médical se compose de:

Docteur Albert Gaudet, président  
Docteur André Peltier, conseiller  
Docteur Pierre Chalut, secrétaire  
Docteur Henri Letellier, directeur médical  
Monsieur Gérard Lanoue, directeur général.

Le président, docteur Gaudet rappelle alors que les membres vont continuer, au cours des prochains mois, à interviewer les candidats aptes à devenir chefs de services. Il en reste encore à désigner.

Le bureau médical provisoire prend connaissance de la liste des chefs de services déjà nommés par le conseil d'administration:

Roch Huot, chef médecine générale et obstétrique;

Nélio Renzi, chef médecine interne;

Pierre Chalut, chef chirurgie générale et département de chirurgie;

Gabriel Desmarais, chef gynécologie et obstétrique pathologique;

Albert Gaudet, chef orthopédie, traumatologie et co-directeur des cliniques d'urgence et des cliniques externes;

André Peltier, chef neuro-chirurgie; traumatologie et co-directeur des cliniques d'urgence et des cliniques externes;

Fernand Shooner, anesthésie;

Jean-Claude Arbour, radiologie;

Victor Marchesseault, pédiatrie;

Pierre Legault, cardiologie;

Léo Sénécal, anatomie pathologique et département des laboratoires;

Lucien Huot, oto-rhino-laryngologie;

Henri Letellier, directeur médical.

Sur proposition du docteur Peltier, secondée par docteur Chalut, est résolu d'envoyer une lettre au secrétaire du conseil d'administration pour signifier que tous ces chefs de services sont été nommés sur la recommandation des membres du bureau médical (provisoire) et que toutes ces nominations sont maintenant approuvées à l'unanimité par le bureau médical provisoire et le conseil des médecins provisoire commence à préparer ses règlements. Il s'inspire des projets fournis par

le Collège des Médecins, des renseignements fournis par une entrevue avec le docteur Taylor, du conseil canadien d'accréditation, (exhibit C-4 lettre du 3 mars 1965) et des informations recueillies dans d'autres hôpitaux de la région (exhibit C-4 assemblée du 15 décembre 1964)".

## Section 2 - Comité exécutif

La Commission cependant désire dès maintenant faire le commentaire suivant: le président, le vice-président et le secrétaire du bureau médical ont été durant plusieurs termes et à tour de rôle les mêmes médecins, qui étaient membres de la corporation, membres du conseil d'administration, membres du comité des nominations et membres du bureau médical provisoire.

Le 12 octobre 1965, lors de l'assemblée du bureau médical provisoire, alors que sont présents: les docteurs Albert Gaudet, Henri Letellier et Pierre Chalut et monsieur Gérard Lanoue, il est proposé par le docteur Gaudet, secondé par le docteur Chalut que le docteur Roch Huot soit accepté et nommé membre du bureau médical provisoire à titre de premier vice-président.

A la même assemblée, et par les mêmes personnes, le docteur Roch Huot est nommé délégué du bureau médical au conseil d'administration.

Le 5 novembre 1965, en plus des six (6) membres du bureau médical provisoire, neuf (9) médecins qui ont déjà été nommés par le conseil d'administration sont invités à assister à l'assemblée du bureau médical comme membres invités, et à cette même assemblée

"Il est décidé d'accepter comme membres réguliers et actifs du bureau médical tous les chefs de services qui ont été nommés pour l'Hôpital Charles Lemoyne qui ne sont pas membres actifs et réguliers dans un autre hôpital (hôpital Saint-Lambert excepté) ainsi que quatre (4) praticiens généraux qui devront représenter différentes parties du comté de Chambly et qui ont été choisis et approuvés par le chef du service, le docteur Roch Huot".

Finalement, ce n'est que le 9 juin 1966 que le bureau médical tient sa première assemblée générale annuelle.

Depuis ce temps, le docteur Roch Huot a toujours été le délégué du conseil des médecins et de l'exécutif du conseil des médecins au conseil d'administration.

La Commission s'étonne que pendant une période d'environ trois (3) ans, la direction médicale ait été laissée aux mains de quatre (4) médecins intéressés et qui choisissaient, lorsqu'ils siégeaient au conseil d'administration, le chapeau qu'ils devaient porter dans la solution d'un problème.

La Commission souligne aussi le fait que les rapports sur les activités médicales de l'Hôpital Charles Lemoyne ont été faits à certaines reprises au conseil d'administration, mais toujours d'une façon verbale.

En effet, elle n'a pu retracer de rapport écrit. De plus, le conseil d'administration, qui a l'obligation de s'assurer que le contrôle de la pratique médicale est dûment exercé par le conseil des médecins, n'a jamais lui-même demandé des copies des procès-verbaux.

L'exécutif du conseil des médecins n'a pas rempli adéquatement son rôle; la lenteur et les délais dont il a fait preuve pour insister sur les recommandations faites au conseil d'administration notamment en ce qui

concerne certaines nominations, n'a pas été dans le meilleur intérêt des malades.

Le manque de respect pour l'obligation qu'il avait d'exercer le contrôle nécessaire sur l'incidence médicale des activités du personnel para-médical et infirmier, sa négligence à voir à ce que fonctionne normalement le comité médico-nursing, l'inertie qu'il a manifestée à l'égard du différend Renzi-Huot a nuí considérablement à ce climat de bonne entente qu'il est obligé de maintenir au sein du personnel médical.

En résumé, la Commission constate que le délégué du bureau médical au conseil d'administration et les trois (3) médecins membres du conseil d'administration n'ont pas informé adéquatement les membres du conseil d'administration sur les activités et les problèmes de l'organisation médicale.

### Section 3 - Comités du conseil des médecins

Conformément à ses Statuts et Règlements, le conseil des médecins de l'Hôpital Charles Lemoyne a créé les comités suivants:

#### A- Comités permanents obligatoires:

- 1- Comité d'Examen des Titres
- 2- Comité d'Appréciation des Actes Médicaux et Dossiers
- 3- Comité des Normes d'Admission et de Séjour.

Ces trois (3) comités sont des comités permanents obligatoires.

#### 1- Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a été celui qui était le plus actif à l'Hôpital Charles Lemoyne.

Du 7 février 1966 au 7 novembre 1968, 11

a tenu vingt (20) assemblées. Plus de cent (100) candidatures de médecins ont été étudiées pour recommander leurs admissions au sein du personnel médical.

La Commission note cependant que durant cette période, neuf (9) candidats ont été refusés. Toutes les autres applications ont été acceptées. Le comité a suivi la procédure régulière habituelle, a fait ses recommandations au comité exécutif du conseil des médecins qui, lui, les transmet au conseil d'administration.

A l'assemblée du 17 janvier 1968, le docteur Chalut fait lecture d'un document intitulé: "Le Choix des Médecins" - par le docteur Charles U. Létourneau.

Le procès-verbal conclut alors:

"Nous ne devons plus choisir un médecin à la légère, mais selon une inquisition, soit par un examen minutieux de chaque candidat".

La décision d'établir une procédure, qui devrait être soumise au comité exécutif pour approbation, n'a pu être retrouvée et il n'en est pas fait mention dans les procès-verbaux du comité exécutif du conseil des médecins.

La Commission note en commentaire:

- 1 - En aucun temps le refus de neuf (9) candidats n'a été signalé au conseil d'administration d'une façon ou d'une autre;
- 2 - Il ne semble pas que la procédure suggérée dans l'article du docteur Létourneau ait été suivie.

2 - Comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers

Suivant l'article 96 des Statuts et Règlements du bureau médical (exhibit C-3) ce comité doit se réunir au moins dix (10) fois l'an.

Du 19 juillet 1966 au 16 octobre 1968, soit durant deux (2) ans et trois (3) mois, on note que ce comité s'est réuni dix-huit (18) fois.

Les réunions se sont déroulées tant bien que mal et plutôt de façon sporadique jusqu'au mois de septembre 1967.

Le comité était alors composé de sept (7) membres y compris le pathologiste.

La lecture des procès-verbaux de l'exécutif qui recevait les rapports de ce comité, nous permet de prendre connaissance des plaintes de ce comité:

- 1 - Il a constaté des déficiences assez importantes dans les dossiers;
- 2 - Les rapports qu'il fait au comité exécutif du conseil des médecins restent souvent sans réponses;
- 3 - Les membres du comité se plaignent que certains de leurs confrères ne prennent pas toute la responsabilité qui leur revient.

Après la lecture des procès-verbaux de ce comité et après avoir entendu et étudié certains témoignages rendus plus spécialement à huis clos, la Commission, dont une partie du mandat consiste à étudier le fonctionnement médical de l'Hôpital Charles Lemoyne, a jugé nécessaire que les commissaires médecins vérifient le mécanisme de contrôle de la qualité des soins, qui existait à cet hôpital, et ceci en raison des irrégularités nombreuses constatées.

1 - Pour ces fins, trois cent cinquante-sept (357) dossiers de malades hospitalisés ont été révisés de même que cent soixante-quinze (175) dossiers de malades traités aux clinique externes. Chacun de ces dossiers a été analysé de la même façon pour contrôler s'il rencontrait les exigences suivantes:

- a) Celles établies par les statuts et règlements du conseil des médecins de l'Hôpital Charles Lemoyne (exhibit C-3);
- b) Celles qui sont à la base des procédures d'audition des dossiers médicaux et recon- nues par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et le conseil canadien d'accréditation des hôpitaux.

2- De plus, tous les procès-verbraux du comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers ont été relus dans leur totalité.

La Commission limite ici ses commentaires à l'évaluation du fonctionnement du comité d'appréciation des actes médicaux, car elle réserve, pour le chapitre qui traite plus précisément des dossiers des malades, les autres commentaires qui s'imposent.

La Commission veut néanmoins souligner dès maintenant les faits suivants:

1- Depuis le début de l'hôpital jusqu'à la réorganisa- tion ou la restructuration du comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers, ce comité a fonctionné de façon tout à fait boiteuse.

2- Au cours de l'année 1967, l'étude de certains dossiers a été différée d'assemblée en assemblée, sous le prétexte que certains cas particuliers exigeaient la pré- sence de tous les membres du comité.

3- Les recommandations de ce comité faites au comité exécutif semblent avoir été tout simplement ignorées,

ou leur mise à exécution a subi des retards considérables.

4- les procès-verbaux du comité exécutif ne font mention d'aucune sanction imposée en vertu de l'article 137 qui dit: "le comité exécutif verra alors à corriger la situation et à sanctionner s'il y a lieu.

5- Depuis novembre 1967, malgré la restructuration faite sous la présidence du docteur Chalut, les procès-verbaux du grand comité et des sous-comités sont peu ou pas détaillés et insuffisants. Seuls les sous-comités responsables du contrôle des dossiers de l'urgence et des cliniques externes et celui chargé du contrôle des dossiers d'obstétrique physiologique semblent être ceux qui ont le mieux fonctionné.

6- Le grand comité est actuellement trop subdivisé pour accomplir un bon travail.

7- Les procès-verbaux des sous-comités (médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie, urgence et cliniques externes, tissus et décès) devraient être transmis par écrit au grand comité et au comité exécutif du conseil des médecins.

La Commission note, depuis le début de 1968, une amélioration dans le fonctionnement de ce comité et croit que les membres qui le composent sont convaincus de l'importance de leur mandat et conscients de leurs responsabilités. Le mécanisme existe et peut fonctionner d'une façon satisfaisante.

### 3- Comité des normes d'admission et de séjour

Ce comité est composé de trois (3) médecins et a pour fonction de surveiller l'application des

règlements de l'hôpital concernant l'admission, le séjour et la sortie des patients.

Du 5 octobre 1966 au 26 mars 1968, ce comité s'est réuni à cinq (5) reprises.

Ce comité a eu une besogne difficile à accomplir. En effet, les statistiques fournies par l'exhibit C-191 démontrent qu'en réalité cinquante et un pour cent (51%) des admissions de malades proviennent chaque jour de la clinique d'urgence, et ce chiffre ne comprend pas les cas d'obstétrique qui s'adressent à cette clinique.

Malgré tout le comité a fait tout ce qu'il a pu pour établir les politiques qui respectent l'observance des articles 127, 128 et 129 des statuts et règlements (exhibit C-9).

En commentaire, la Commission souligne (même en dehors du terme de son mandat) que les pourcentages fournis par l'exhibit 191, datant de l'automne 1968, se sont accrus à tel point qu'en avril 1969 la clinique d'urgence fournit 66% des malades hospitalisés, sans comprendre, encore, les cas d'obstétrique.

La Commission est heureuse de souligner que le comité des normes d'admission et de séjour a fait un excellent travail dans l'établissement des politiques.

Toutefois, le petit nombre de réunions tenues n'a pas été suffisant pour contrôler d'une façon efficace l'application de ces politiques.

Les comités suivants: le comité exécutif, le comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers,

le comité d'examen des titres, le comité de vérification des dossiers médicaux, le comité des normes d'admission et de séjour sont des comités permanents obligatoires que l'on retrouve dans tous les hôpitaux généraux organisés.

#### Comité médical aviseur

L'Hôpital Charles Lemoyne n'avait pas prévu dans ses statuts et règlements un comité médical aviseur.

La Commission croit que dans un hôpital de cette envergure ce comité est indispensable et aurait dû être créé.

#### Comité des soins infirmiers

Le comité des soins infirmiers est un comité formé en vertu de l'article 100 des statuts et règlements du conseil des médecins.

Il est formé de trois (3) médecins nommés annuellement par l'exécutif. Ils s'adjoignent à titre consultatif la directrice du nursing et toutes autres personnes qu'ils jugent utiles à leur information.

Du 23 octobre 1966 au 9 octobre 1968, le comité des soins infirmiers a projeté huit (8) réunions. Sur les huit (8), quatre (4) ont été annulées faute de quorum. Une des quatre autres comporte tout simplement la lecture du procès-verbal d'une assemblée antérieure, sans aucun commentaire.

Une autre étudie un rapport préparé pour

l'assemblée générale annuelle du conseil des médecins le 2 mai 1968; elle traite du congé des infirmières, de l'assistance des infirmières en salles d'opérations, de l'anesthésie à la salle d'accouchements, des prescriptions aux dossiers et de la question des uniformes.

A la dernière assemblée en date du 9 octobre 1968, on a omis l'enregistrement des présences.

Bref, ce comité des soins infirmiers, qui relève du conseil des médecins, n'a pas rempli son rôle.

La Commission se permet de souligner qu'il s'agit d'un comité très important dont le rôle est d'établir les directives dans le soin des malades, d'étudier l'application des techniques nouvelles, la préparation, la rédaction et la diffusion de ces techniques.

La Commission ne peut qu'insister sur le mauvais fonctionnement du comité des soins infirmiers et le tient responsable de l'un des problèmes majeurs qui a existé à l'Hôpital Charles Lemoyne depuis sa fondation; le manque de communications et les mauvaises relations qui ont existé entre les officiers supérieurs du personnel médical et la direction des soins infirmiers.

#### Le comité de prévention des infections

Ce comité n'apparaît pas à l'heure actuelle parmi la liste des comités statutaires du conseil des médecins.

Il a été créé au mois de juin 1966, soit

quelque temps après l'adoption temporaire des statuts et règlements.

Du 15 juin 1967 au 9 octobre 1968, ce comité a tenu six (6) réunions importantes.

Il a fait preuve d'une activité considérable en établissant et en recommandant à l'administration les règlements d'asepsie au bloc obstétrical et au bloc chirurgical.

Il a collaboré au dépistage des infections chez les membres du personnel.

Il a aussi offert son appui au bureau de santé du personnel pour établir les procédures à l'embauchage et en cours d'emploi.

#### Comité de sécurité et d'urgence

La Commission réalise que cet hôpital est en continuelle évolution, mais que pour la sécurité des malades, il est urgent de voir à l'organisation immédiate d'un comité de sécurité et d'urgence.

#### Le comité de conciliation

Ce comité est prévu à l'article 103 des statuts et règlements qui se lit comme suit:

"Le comité de conciliation est formé de trois représentants du conseil d'administration et de trois représentants du conseil des médecins".

L'article 104 définit ses fonctions:

"Le comité examine et tente de régler tout conflit survenu entre le conseil d'administration et le conseil des médecins, sur une question médicale ou scientifique, y compris la nomination, le renouvellement de nomination, la réinstallation ou le congédiement des membres du personnel médical ou dentaire".

L'article 105 détermine les réunions:

"Le comité se réunit à la demande du conseil d'administration ou à la demande du conseil des médecins".

La Commission n'a trouvé nulle part dans les procès-verbaux du conseil d'administration une proposition ou une résolution relativement à la nomination des trois représentants du conseil d'administration sur ce comité de conciliation.

Ce comité était le comité tout désigné pour étudier le différend Huot-Renzi, tant au point de vue familial que du point de vue du chef de département.

Cependant, la Commission a constaté que l'un de ces conflits avait été référé au "comité du personnel" du conseil d'administration qui avait un tout autre mandat.

La Commission discutera <sup>C'</sup> ceci à fond dans un autre chapitre; le différend Huot-Renzi.

#### Le comité de discipline

Le comité exécutif du conseil des médecins a jugé bon de soumettre le cas de quatre (4) médecins à ce comité dans la période du 15 mars 1967, date de création de ce comité, jusqu'au 13 novembre 1968, début du mandat de la Commission.

La lecture des procès-verbaux, qui sont bien rédigés, a impressionné les membres de la Commission; ils ont pu se rendre compte de l'attitude des membres du comité devant les manques à l'éthique professionnelle et à ceux du conseil des médecins de l'hôpital.

En commentaire, la Commission ne peut que féliciter les membres du comité de discipline pour la diligence qu'ils ont toujours apportée à se rendre aux demandes du comité exécutif du conseil des médecins.

La Commission, après étude d'un grand nombre de dossiers médicaux, croit que le comité exécutif aurait pu faire étudier un plus grand nombre de cas par ce comité.

En commentaire, lors de l'assemblée annuelle du conseil d'administration tenue le 30 mai 1968, on trouve dans le procès-verbal le fait que ledit conseil n'a pas entériné la recommandation du comité de discipline et du comité exécutif du conseil des médecins.

#### Le comité de la bibliothèque

Dès sa formation, ce comité se réunit plusieurs fois pour demander un local et préparer un budget.

A date, les autorités de l'hôpital et celles du service de l'assurance hospitalisation ne se sont pas rendues à leurs demandes.

Un tout petit local adjacent aux archives sert actuellement d'entrepôt pour les quelques volumes, qui représentent l'embryon de cette bibliothèque médicale.

En commentaire, la Commission croit qu'un hôpital de l'envergure de Charles Lemoyne doit organiser le plus tôt possible une bibliothèque.

## CHAPITRE QUATRIEME

### L'ORGANISATION MEDICALE

#### c) L'analyse des dossiers médicaux.

Afin de vérifier la qualité des soins dispensés aux malades et le fonctionnement du contrôle de l'acte médical effectué par les responsables, la Commission a révisé en détail cinq cent cinquante-six (556) dossiers médicaux que l'on peut diviser en trois (3) groupes:

- A) Ceux-là ayant déjà fait l'objet d'études par le comité d'appréciation des actes médicaux du conseil des médecins, soit au total cinq cent trente-deux (532), dont trois cent cinquante-sept (357) de malades hospitalisés et le reste concernant des malades ayant été traités à la clinique d'urgence et aux cliniques externes;
- B) Ceux qui sont mentionnés dans le mémoire de l'Alliance des infirmières (section Charles Lemoyne) (exhibit C-9) au nombre de dix (10);
- C) D'autres portés à l'attention de la Commission par le public au nombre de quatorze (14).

Chacun de ces dossiers a été vérifié

quant à:

- 1- sa facture;
- 2- sa tenue;
- 3- la concordance des diagnostics, tant d'admission et de sortie que pré et post-opératoires;
- 4- la conformité des actes médicaux posés aux exigences des statuts et règlements de l'hôpital, ainsi qu'à celles des règlements du Collège des Médecins de la Province de Québec.

A) Dossiers étudiés par le comité d'appréciation des Actes médicaux:

1- Qualité des soins dispensés:

La Commission est d'opinion que les soins aux malades hospitalisés ont été en général bons, compte-tenu des difficultés matérielles et inter-personnelles analysées ailleurs dans ce rapport. Les médecins, sauf rares exceptions, ont prescrit selon des normes comparables à d'autres hôpitaux de la province.

La Commission a trouvé qu'environ dix pour cent (10%) des dossiers analysés seraient inacceptables quant à l'histoire de cas, les notes d'admission, les consultations ou la concordance entre les diagnostic d'admission et de sortie. A l'envers de la médaille, on doit conclure que cette facture du dossier était acceptable dans quatre-vingt-dix pour cent (90%) de l'échantillonnage.

La tenue des dossiers, quant aux notes d'évolution, à l'examen génital et rectal obligatoire et aux protocoles opératoires, s'est avérée acceptable dans une proportion d'environ quatre-vingt dix-huit pour cent (98%).

Les observations d'infirmières sont toutefois trop souvent sans détails précis, notamment durant le service de nuit, pour avoir une idée juste de l'évolution du malade.

Chaque dossier analysé comporte un nombre adéquat d'analyses de laboratoire et de radiologie, quoique la facture de ces dossiers n'est pas "chronologique" et il n'est pas possible de déterminer l'ordre chronologique de ces analyses en regard des actes médicaux posés. Il n'est

donc possible que de conclure que les analyses retrouvées étaient justifiées par les observations des médecins et la maladie en cause.

La qualité des soins fournis aux malades externes par contre est presque impossible à déterminer par l'analyse seule des dossiers, vu la facture très incomplète de ces mêmes dossiers. Il y aurait là une grande amélioration à apporter. La Commission est d'avis, de plus, que la qualité des soins en général serait grandement améliorée par l'installation du dossier unique à cet hôpital, et ce, le plus tôt possible.

## 2- Fonctionnement du contrôle de l'acte médical:

Jusqu'à l'automne 1967, le comité d'appréciation des actes médicaux comptait peu de membres et fut singulièrement inactif. Durant cette période, ce comité s'est intéressé plutôt à l'analyse des tissus prélevés et a manifesté peu d'intérêt pour les autres composantes des dossiers, exception faite des décès qui cependant étaient analysés sommairement.

A l'automne 1967, le conseil des médecins restructurait le comité et quelque vingt-cinq (25) médecins se divisaient la tâche en six (6) sous-comités, chacun ayant une responsabilité particulière. Le choix des dossiers à vérifier était la responsabilité des archivistes et chaque sous-comité devait se réunir "en moyenne à tous les deux mois", puis présenter un rapport en réunion plénière du comité principal fixée à "environ une fois par deux mois".

Les procès-verbaux de ces divers sous-comités varient dans leurs détails: les réunions ont été

tenues environ aux sept (7) à huit (8) semaines. La plupart des dossiers retournés aux médecins l'ont été pour facture incomplète v.g.: sommaires insuffisants, congés non signés, diagnostic à vérifier avec la classification internationale, etc. Certains autres furent retournés pour explications insuffisantes et appropriées de la part du médecin traitant relativement à des examens de laboratoire anormaux.

Un dossier ainsi retourné devait être soit corrigé, soit complété, soit expliqué par le médecin traitant pour être ensuite reconsidéré, avant acceptation, par le sous-comité composé d'au moins trois (3) médecins et présidé par un médecin d'une autre discipline que celle en cause.

La Commission a constaté, toutefois, dans ce mécanisme de contrôle:

- A ) Une discordance entre certaines recommandations des sous-comités et les procès-verbaux desdits sous-comités. Trop souvent, on a l'impression que la recommandation au comité principal n'est qu'une idée du président, exprimée verbalement;
- B ) L'inaction, à quelques exceptions près, de l'exécutif du conseil des médecins dans la mise en pratique de beaucoup de recommandations du comité principal;
- C ) L'absence de participation du directeur médical dans ce mécanisme de contrôle, et ceci malgré son contrat qui, comme nous l'avons vu, lui assigne ce contrôle comme une de ses rares fonctions dans cet hôpital. Son seul rôle a consisté à assister à la réunion plénière du comité principal;
- D ) L'étude forcément incomplète de certains dossiers-problèmes par le comité principal, alors que celui-ci a négligé, comme c'était son devoir, de faire comparaître à ce moment tout le personnel médical impliqué dans ces dossiers-problèmes, ainsi que tout autre membre du personnel para-médical ayant participé au traitement du malade en question.

B) Dossiers mentionnés dans le "mémoire" de l'alliance des infirmières présenté au ministre, le 7 novembre 1968, comme étant: (exhibit C-9 page 5)

"Quelques situations tragiques dont plusieurs infirmières ont eu connaissance".

Ces dossiers, (à l'exception du numéro 8 du mémoire, qui n'a pas été identifié par l'alliance et est donc demeuré introuvable) ont fait l'objet de la même étude que les précédents, mais, par surcroît, le personnel médical et para-médical intéressé à chaque dossier a été interrogé à huis-clos par la Commission. Chaque témoin a de plus été contre-interrogé par tous ceux des procureurs au dossier qui l'ont voulu. La preuve est inscrite dans les témoignages entendus du 7 au 27 janvier 1969 inclusivement (volumes 8 à 25 inclusivement).

Pour bien comprendre les faits, il semble à la Commission utile de citer textuellement les allégations du mémoire de l'alliance des infirmières dans chaque cas, puis de faire suivre la preuve avec références appropriées aux témoignages.

1.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Un enfant de huit ans est hospitalisé pour simple extraction dentaire sous anesthésie. Par accident, le tube endo-trachéal -trop petit peut-être, glisse dans la trachée. On doit faire une trachéotomie à l'enfant uniquement pour aller chercher le tube parce que le personnel de la salle d'opération ne savait pas qu'il y avait un bronchoscope dans l'hôpital. Aucune note n'apparaît au dossier sur les raisons de la trachéotomie".

b) PREUVE:

L'enfant avait douze (12) ans (volume 8, page 32). Il était à l'hôpital depuis 9 jours à la date de son extraction dentaire (volume 8, pages 31 et 37). Il était admis pour investigation de douleurs abdominales et céphalées (volume 8, page 35) et examen de contrôle ré: foyer épileptique cérébral persistant à la suite d'un accident (volume 8, page 33).

Les douleurs abdominales furent expliquées

par la constatation de vers intestinaux dans les selles (volume 8, pages 34 et 35) et l'électro-encéphalogramme fut trouvé normal. A la demande des parents, une consultation fut faite au dentiste pour caries dentaires et l'extraction fut décidée.

On notait de plus chez cet enfant une anomalie de l'articulation de la mâchoire gauche (volume 8, pages 38 et 43) conséquence probable de son accident antérieur.

Lors de l'opération et pour cette dernière raison, un tube plus petit que "normal" dut être utilisé (volume 9, pages 41, 42 et 43). Il se détacha (volume 9, pages 45 et seq.) accidentellement du conduit le raccordant à l'appareil anesthésique et glissait dans la trachée au-delà des cordes vocales, vers la fin de l'extraction des dents, (volume 9, pages 5 et seq.).

L'anesthésiste, après des essais infructueux pour le retirer, demandait en même temps: l'aide de ses confrères, un cabaret à trachéotomie, un bistouri et un bronchoscope (volume 9, page 48, volume 11, page 65). L'anesthésiste en chef tentait de repêcher le tube sans succès (volume 9, page 50) et le chirurgien, le cabaret à trachéotomie (volume 9, pages 62 et 63), ainsi qu'un gastroscopie (au lieu d'un bronchoscope) arrivaient simultanément. Plusieurs témoins ont établi qu'un bronchoscope, à cause de l'anomalie de la mâchoire et du sang dans l'arrière-gorge provenant des extractions dentaires, ne pouvait sauver la vie de l'enfant et, sur le champ, il fut décidé de faire pratiquer la trachéotomie par le chirurgien mandé d'urgence.

La trachéotomie a eu pour résultat de récupérer le tube échappé (volume 10, page 5) et de sau-

ver la vie du patient. La canule métallique ne resta en place que deux (2) jours (volume 9, page 55) et fut retirée juste avant la fermeture de la petite plaie par le même chirurgien.

Les faits ci-haut décrits sont confirmés par écrit dans le protocole de l'anesthésiste ainsi que dans celui du chirurgien et font partie du dossier médical contenu dans les archives de l'hôpital (volumes 8,9 et 10).

2.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"une infirmière amène à l'hôpital son enfant qui vient de se fracturer l'humérus. Le médecin de garde à l'urgence trouve la radiographie douteuse. Comme il lui est impossible de rejoindre le radiologiste de garde, il fait reprendre des films sous d'autres angles. Le résident en orthopédie qui vient faire le plâtre laisse entendre que c'est seulement parce que c'est l'enfant d'une infirmière qu'on fait le plâtre le soir. Autrement les malades attendant au lendemain pour faire faire leur plâtre".

b) PREUVE:

Les témoignages entendus (volume 11, pages 2 à 62 inclusivement) ont confirmé que la fillette de 9 ans, enfant d'une infirmière de l'hôpital, fut amenée par sa mère à l'urgence vers 22 heures, souffrant d'une fracture du bras droit avec léger déplacement, conséquence d'une chute survenue environ quatre (4) heures auparavant. Le praticien de garde demandait des radiographies additionnelles après que des rayons-x initiaux lui laissaient entretenir des doutes sur l'existence ou non de fracture. Les témoignages du praticien (volume 11, pages 2 à 11), de l'infirmière en devoir (volume 11, pages 53 à 62) et du résident en orthopédie (volume 11, pages 12 à 29) font preuve que:

- a) la mère insistait pour qu'un radiologiste se présente à l'hôpital;
- b) la mère insistait qu'un plâtre soit fait "car sa fille avait déjà eu fracture au même bras traité par plâtre";

- c) l'enfant quittait l'hôpital peu après minuit porteuse d'un plâtre;
- d) le résident en orthopédie répondait à l'appel du praticien en peu de temps après lui avoir conseillé, par téléphone, de faire des radiographies de comparaison du bras opposé, lesquelles ont démontré une zone lacunaire, signature d'une ancienne fracture du bras opposé subie environ un an auparavant. Toutes ces radiographies furent produites devant la Commission et les procureurs.

3.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Une malade s'introduit plusieurs aiguilles à laine dans le thorax. Elle est amenée à l'urgence à 2 heures a.m. Elle est hospitalisée vers 1 heure p.m. Au cours de l'après-midi, un chirurgien entreprend seul avec une infirmière la thoracotomie et péricardotomie. Il ne réussit pas à extraire toutes les aiguilles et doit transporter la malade à un autre hôpital".

b) PREUVE:

Les témoignages ont établi (volume 17, pages 28 et seq. et 18 in toto) que cette malade arrivait en marchant à 2:20 heures, ayant elle-même implanté les aiguilles vers 20;00 heures la veille. Son état clinique était et restait toujours bon. Le chirurgien a opté pour une thoracotomie antérieure gauche, technique peu compliquée, convaincu après les examens cliniques et radiologiques que les aiguilles pourraient ainsi être enlevées de façon fort simple. Deux consultants: un cardiologue et un chirurgien, tous deux de grande expérience, étaient d'accord pour cette procédure.

Le chirurgien a constaté à l'opération que 4 des 9 aiguilles étaient intra-cardiaques et inaccessibles sans chirurgie à coeur ouvert. Après en avoir enlevé cinq, il fermait donc sa malade et l'accompagnait dans l'ambulance qui l'amenait à l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour

que la chirurgie à coeur ouvert permette l'ablation des aiguilles restantes sans complications post-opératoires.

4.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Un enfant de quatorze ans se présente à l'urgence en crise d'appendicite. Il est retourné chez lui pour revenir en péritonite et décéder en quelques jours après".

b) PREUVE:

Il a été établi (volumes 12 et 13 et volume 15, pages 118 à 121) qu' en effet un adolescent de 14 ans s'est présenté à l'urgence, le soir vers 18:15 heures, et qu'après examen fait par le praticien de garde, le chirurgien fut appelé par l'auxiliaire en nursing qui était de faction ce soir-là. Face aux renseignements qui lui ont été fournis par cette personne, le chirurgien concluait à un cas peu grave et permettait le retour du malade chez lui avec avis de revenir le lendemain. Les témoignages ont établi que le jeune homme fut renvoyé sur-le-champ en dehors de la connaissance du praticien. L'auxiliaire de faction qui avait parlé au chirurgien par téléphone ne s'occupa pas de rappeler au praticien qu'il devait communiquer lui-même avec le chirurgien, malgré son diagnostic inscrit au dossier.

Le lendemain, le malade revenait à l'hôpital et était opéré. On trouvait une appendicite suppurée qui se compliqua par la suite de multiples infections péritonéales, d'une éventuelle éventration et d'abcès intra-abdominaux nombreux. Trois semaines et demie plus tard, malgré des traitements intensifs et malgré plusieurs interventions, il décédait des complications de sa péritonite.

Ce dossier a fait l'objet d'études par le comité d'appréciation des actes médicaux du conseil des médecins.

Par la suite des changements furent initiés dans la procédure et la situation à l'urgence pour obvier à ce que le chirurgien ne soit appelé que par l'infirmière, mais aussi par le praticien de garde, afin d'empêcher le départ hâtif d'un tel cas. Il demeure incertain et difficile à démontrer si, de fait, le délai d'environ 16 heures à opérer ce jeune homme a été la cause principale des complications infectieuses fatales ou si encore elles furent le résultat de son infection appendiculaire elle-même.

5.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Une malade se présente à l'urgence vers minuit. Elle reçoit un calmant et est référée en gynécologie par le médecin de garde. Elle continue d'être très souffrante. Sa température monte. Les infirmières appellent à plusieurs reprises le gynécologue qui ne vient qu'à 2 heures p.m. pour constater que la malade est en péritonite".

b) PREUVE:

Dès l'arrivée de cette malade à minuit, le médecin de garde l'examinait (volume 14, page 18). Puis, une fois les analyses en main, le gynécologue était appelé à 1:45 heure et, après entente avec le praticien, prescrivait par téléphone (volume 14, pages 22 et 38-39).

Les notes de l'infirmière n'ont aucunement attiré l'attention du médecin pour le reste de la nuit (volume 14, pages 24, 25 et 26). La température était normale et l'infirmière de nuit, à son départ le matin notait "bonne nuit" (volume 14, page 26). Vers 9:00 heures la température montait à 102° F.

Les témoignages, de plus, révèlent qu'il n'y eut aucun appel au gynécologue entre celui de 1:45 heure et celui de 9:00 heures le même jour (volume 14, page 40 et 41). Les notes d'observations de l'infirmière nous

apprennent que le gynécologue la voyait à midi (volume 14, pages 9 et 10) et que la consultation au chirurgien général, demandée par le gynécologue pour éliminer une cause infectieuse extra-génitale (volume 14, page 11) était complétée à 13:40 heures, selon les observations mêmes de l'infirmière de service inscrites au dossier (volume 14, pages 31 et 32).

Après cette consultation en chirurgie générale, l'intervention gynécologique est décidée et pratiquée à 16:30 heures le même jour avec résultat heureux.

6.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Une enfant arrive à l'urgence la jambe sectionnée. Elle doit attendre quatre heures avant qu'un médecin ne la prenne en charge. Pendant ce temps, elle saigne et est très souffrante. Elle décède quelques jours après."

b) PREUVE:

Les témoignages (volume 15, pages 105 à 121) ont établi qu'il s'agissait d'une malade de 18 ans (volume 15, page 106) admise en choc à 21:00 heures. Un traitement de choc fut institué immédiatement (volume 15, page 107). On notait, en plus d'un traumatisme cérébral important, une fracture ouverte avec section quasi-complète de la cuisse gauche (volume 15, page 109).

Deux heures après l'admission, (volume 15, page 111) elle avait reçu presque 6,000 cc. de solutés et de sang pour traiter le choc (volume 15, pages 111 et 112) et une équipe chirurgicale composée d'un anesthésiste, d'un orthopédiste et d'un neuro-chirurgien avait pris charge de la malade peu après l'admission (page 112).

Les témoignages établissent, de plus, que seul le traitement immédiat, par des "volumes extraordinaires"

de solutés ou médicaments de remplacement, a eu raison du choc et a permis un traitement chirurgical ultérieur (volume 15; pages 114 à 115) qui, malgré tout, s'est avéré inefficace quant à la survie éventuelle de la jeune fille.

7.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"La veille de Noël, une multipare est référée à un gynécologue pour césarienne d'urgence. Le chirurgien retarde l'intervention et la malade finit par accoucher de son 10e enfant dans l'ascenseur en se rendant à la salle d'opération. Elle fait ensuite un arrêt cardiaque et décède peu de temps après."

b) PREUVE:

Les témoignages (volume 15, pages 123 à 152 et volume 16, page 5) révèlent que la malade arrivait le 18 décembre et était transférée à 6:40 heures (volume 15, page 126) immédiatement à un gynécologue (volume 15, pages 124 et 125). Le médecin traitant, en effet, préférait la transférer à un gynécologue dès l'admission (volume 15, page 129). Les premières observations de l'infirmière en service ne commencent que cinq (5) heures après l'admission (volume 15, page 131). La malade évoluait de façon satisfaisante (volume 15, pages 136 à 138). Le médecin surveillait le traitement de la toxémie gravidique, bien que la malade demeurait sous la responsabilité du gynécologue (volume 15, pages 142 et 143) qui la voyait régulièrement.

La veille de Noël, le travail commençait et le gynécologue averti (volume 16, page 9) avisait la salle d'opération de préparer pour césarienne et se rendait en salle d'opération pour y attendre sa patiente (volume 15, page 145). Il s'agissait là du plan thérapeutique préparé au préalable par le gynécologue et le médecin de famille (volume 15, page 144). La malade, toutefois, à son dix-huitième (18e) travail, accouchait "entre l'ascenseur et la porte du bloc opératoire" (volume 15, page 146). Le gynécologue, par après, s'occupait d'aider l'expulsion du placenta dans la salle d'opération où il la gardait sous surveillance par après (volume 15, page 147). Cette observation se justifie, car l'hémorragie nécessitait un tamponnement vaginal effectué sur le champ (volume 15, page 147).

De retour en salle de réveil, et toujours sous surveillance, en raison de la persistance de saignement, le gynécologue décidait de procéder à une hystérectomie, laquelle fut effectuée immédiatement et sans tarder. (volume 15, page 148).

Par après, elle retournait en salle de réveil où elle évoluait normalement. Un peu plus tard et subitement, elle présentait un état de choc accompagné d'un arrêt cardiaque irréversible (volume 15, page 149). Le gynécologue a cru, entre autres, à une hémorragie intra-abdominale et croyait devoir réintervenir, mais la malade décédait trop tôt (volume 15, page 150). Le décès était constaté à 22 heures (vol.15, pages 150 et 151).

Le gynécologue entretenait trois (3) possibilités, par ordre d'importance, pour expliquer le décès dramatique, soit:

- 1) hémorragie interne;
- 2) embolie pulmonaire;
- 3) défaillance cardiaque.

L'autopsie demandée au mari fut d'abord acceptée (volume 15, page 152) mais, avant qu'elle ne se fasse, fut refusée (volume 16, page 2).

La preuve, de plus, a été établie (volume 17, pages 3 à 21) que le gynécologue, se posant des questions sur ce cas (page 15) et en présence de l'anesthésiste, des deux infirmières de la salle d'opération et du pathologiste en chef, enlevait les agraffes de son incision abdominale, dans la salle d'autopsie, pour vérifier s'il y avait ou non hémorragie abondante intra-abdominale mais il n'en retrouvait pas (volume 17, page 15). Il constata des hématomes suffisants pour expliquer le choc (page 15). Après cette vérification, l'abdomen fut refermé.

8.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Une infirmière appelle un médecin à 8 heures p.m. pour l'aviser qu'elle n'arrive plus à prendre le pouls et la tension artérielle de son malade. Le médecin lui répond qu'il a plusieurs malades à son bureau et ne se rend à l'hôpital que vers 11 heures. Il institue le traitement à l'Aramine mais le malade décède".

b) PREUVE:

Impossible à faire, car l'Alliance des Infirmières, Section Charles Lemoyne, n'a pu identifier ce dossier pour la Commission.

9.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Une parturiente de 21ans, enceinte de jumeaux est admise à l'hôpital peu avant terme pour vomissements. Elle a un drôle de comportement. Après l'accouchement, elle continue de vomir, ne mange pas, parle peu, est très affaissée. Le médecin traitant demande une consultation en psychiatrie. Le médecin prescrit un sédatif et conseille de laisser dormir la malade. A 1 heure a.m., l'infirmière de nuit trouve la malade en coma profond, les yeux vitrés, la tension artérielle à 40, pas de pulsation,

aucun réflexe. Le médecin traitant la fait voir en gynécologie. Le gynécologue la réfère en médecine interne. On institue un traitement intensif mais la malade ne reprend jamais conscience".

b) PREUVE:

Les témoignages (volume 17) ont appris à la Commission que cette femme était suivie et bien connue de son médecin de famille qui la voyait depuis le début de sa grossesse gemellaire et elle recevait des traitements contre l'anxiété. Environ une semaine avant son admission, elle manifestait déjà des signes d'intoxication gravidique, et comme elle ne répondait pas au traitement à domicile, son médecin demanda de l'hospitaliser.

Le traitement immédiat fut heureux et permettait l'accouchement normal 48 heures après l'admission (page 9). Cependant, déjà à l'admission, l'urée sanguine était élevée et ses urines infectées. Le lendemain, elle semblait plus endormie (volume 17, page 10) devenait nauséuse le jour et agitée avec confusion la nuit. A ce moment, son médecin, croyant à une psychose post-partum (page 10) à cause de sa connaissance antérieure de la malade (page 42) demandait le psychiatre en consultation. Ce dernier a cru qu'il s'agissait d'une urémie plutôt que d'une psychose et ceci fut confirmé par l'analyse du sang qui a démontré une ascension rapide de l'urée sanguine (page 14).

La malade en quelques heures entra en coma urémique. Toutefois, le rapport du laboratoire, démontrant cette accumulation rapide de l'urée dans le sang n'arrivait au dossier qu'une fois le coma installé et le lendemain de la consultation au psychiatre (page 14). C'est ainsi que le coma s'installait brutalement durant

la nuit et malgré un traitement intense et héroïque de l'interniste qui en prenait charge dès l'installation du coma (page 15), la malade devait s'acheminer vers l'issue fatale qui fut provoquée par une hémorragie gastrique secondaire à son urémie (pages 19 et 20).

Le témoignage a établi de plus qu'il s'est agi d'une hépatite infectieuse probable à évolution rapide, chez cette malade (pages 39 et 40).

10.- a) ALLEGATIONS DU "MEMOIRE":

"Un malade de dix-neuf ans, accidenté ayant subi un traumatisme crânien, avait aussi une fracture du poignet. Le consultant appelé à son chevet juge que le malade ne survivra pas et ne lui répare pas le poignet. Mais le malade survit et est transféré dans un autre hôpital avec sa fracture."

b) PREUVE:

Les témoignages révèlent bien des lésions cérébrales crâniennes compliquées et très graves chez ce jeune homme (volume 20, page 97).

Il devait subir une opération cérébrale dès l'admission, étant inconscient, et présenta par la suite des crises de décérébration avec convulsions (volume 20, pages 97 et 98). La fracture du poignet n'était qu'immobilisée sans réduction en prévention de déplacements (volume 21, page 8) plus graves et possibles à cause des convulsions. La lésion plus importante au cerveau était traitée (pages 100 et 101), car c'est cette lésion qui mettait la vie en danger (page 103).

Le témoignage (pages 104, 105 et 106) nous apprend de plus que la lésion cérébrale de prime abord

faisait douter de la survie possible (page 109) du malade et contre-indiquait toute manoeuvre additionnelle au poignet qui ajouterait au choc existant (pages 104 à 109 inclusivement).

Il devait quitter l'hôpital pour un centre de réhabilitation six (6) semaines après son admission, en raison de difficultés qu'il avait à parler et à marcher (page 108). On espérait ainsi obtenir un maximum de récupération cérébrale. Il avait dû subir deux opérations cérébrales dont la première la journée de l'arrivée et la deuxième, trois (3) semaines plus tard. Entre les deux interventions, le neuro-chirurgien n'aurait pas permis que le malade subisse une réduction du poignet (page 120) à cause de son état cérébral précaire.

Quant à l'orthopédiste, le témoignage révèle que quinze (15) jours après l'admission, il existait une plaie infectée du poignet sous le plâtre de sorte que l'opération indiquée pour corriger la fracture du poignet était reportée "après guérison de la plaie" (volume 21, page 10). Au départ, l'orthopédiste, de plus, notait le vice de consolidation du poignet et écrivait "étant donné l'état général, nous optons pour ostéotomie de correction plus tard, soit dans six mois ou un an" (volume 21, page 11). Le malade était revu pour son poignet onze mois plus tard alors qu'il avait déjà été prévu de l'opérer six (6) mois auparavant, lors d'une visite en clinique externe. A ce moment, à la demande du malade (page 15), l'opération était différée et ne fut finalement pratiquée à l'Hôpital Charles Lemoyne que quelques jours seulement avant le début de cette enquête (page 15).

Il a de plus été établi que le malade n'avait subi aucun traitement du poignet ailleurs qu'à Charles Lemoyne. (page 17).

#### CONCLUSIONS

La preuve, présentée devant la Commission, permet de conclure que les "situations tragiques" alléguées dans ce "mémoire" n'ont été que des allégations, le plus souvent fautives, inexactes et même tendancieuses. Ces allégations ont originé, semble-t-il, lors de deux assemblées de l'alliance des infirmières (section Charles Lemoyne) qui ont suivi la conférence de presse de madame Larouche. Ce même "mémoire" a fait l'objet d'une étude détaillée ailleurs dans ce rapport. Le procureur de l'alliance des infirmières (section Charles Lemoyne) et de la Confédération des Syndicats Nationaux, Me. Roger Thibodeau, a même déclaré à une reprise (volume 15, page 118):

"Je ne sais pas comment est venu ce cas-là, ces trois gardes-là n'en ont parlé à personne".

Lors d'un autre témoignage, le même procureur et ses confrères étaient d'accord avec le président qui disait: (volume 19, pages 43 et 44):

"Les informations fournies par..... démontrent que tous les soins nécessaires ont été donnés à cette malade et les faits dénotaient le progrès de la maladie purement et simplement".

Après cette preuve, la Commission ne peut que regretter cette attitude tendancieuse d'un groupe d'infirmières rapportant dans un "mémoire" officiel au Ministre des faits pour la plupart basés sur du ouï-dire de tierces personnes mal renseignées. Elle blâme, de plus, l'alliance des infirmières (section Charles Lemoyne) ainsi que le con-

seiller technique de la C.S.N. d'avoir ainsi procédé. Elle suggère, de plus, au ministère une étude plus attentive d'allégations de la sorte avant que d'accepter ces choses comme griefs fondés. La très grande majorité des faits rapportés dans ces dix (10) cas ont été prouvés contraires à la vérité.

C- Dossiers portés à l'attention de la Commission par le public au nombre de quatorze (14):

Quelques personnes ont voulu écrire à/ou comparaître devant la Commission pour rappeler les bons soins reçus à l'Hôpital Charles Lemoyne.

D'autres avaient trait à des supposés griefs, qui, après étude approfondie des dossiers médicaux, ont retrouvé leur explication dans des réactions interpersonnelles entre malade et infirmière ou médecin.

Malgré l'invitation de la Commission et la tenue d'une séance spéciale pour entendre le public qui avait pris peine d'écrire, deux (2) personnes seulement se sont rendues à l'invitation et ont ainsi présenté leurs cas aux médecins commissaires devant le procureur de la Commission.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ORGANISATION MEDICALE

d) Le personnel médical

1- Les contrats des chefs de services médicaux

Dans l'organisation médicale de l'hôpital, il y a lieu de confier une place spéciale au chapitre des contrats des chefs de services médicaux, vu le caractère singulier de ceux-ci.

"Ce sont les chefs de service eux-mêmes qui ont demandé d'avoir des contrats" (Monsieur Lanoue, volume 35, page 21). Il fut expliqué lors de ce témoignage que les docteurs P. Chalut, A. Gaudet, A. Peltier et autres, alors actifs à l'Hôpital St-Lambert, ont cherché ainsi à s'assurer qu'ils ne travailleraient pas inutilement au projet de l'Hôpital Charles Lemoyne. La Commission note en effet que l'octroi de ces contrats fut un des tout premiers gestes du conseil d'administration et huit (8) de ces contrats furent signés le 20 août 1964:

Docteur Jean-Claude Arbour pour le service de radiologie;

Docteur Pierre Chalut pour le service de chirurgie;

Docteur Gabriel Desmarais pour le service de gynéco-obstétrique;

Docteur Albert Gaudet pour le service d'orthopédie et traumatologie;

Docteur Roch Huot pour le service de médecine générale et  
d'obstétrique;

Docteur André Peltier pour le service de neuro-chirurgie et  
traumatologie;

Docteur Nélío Renzi pour le service de médecine interne;

Docteur Fernand Shooner pour le service d'anesthésie.

Non seulement l'existence de ces contrats mais aussi leur substance est venue des médecins intéressés. C'est d'ailleurs ce qui ressort du témoignage de monsieur Antoine Desmarais: (volume 53, page 37)

"Q.- Pourriez-vous me dire si dans votre esprit les contrats qui ont été signés, les différents contrats dont on a parlé, qui ont été signés, les chefs de services, les directeurs du personnel vous aviez l'impression d'être entre les mains du gouvernement pour ces contrats-là est-ce que la substance de ces contrats-là est venue du conseil d'administration ou est venue du gouvernement?

R.- Ni l'un ni l'autre, elle n'est pas venue du gouvernement et puis elle n'est pas venue du conseil d'administration.

Q.- Elle est venue d'où?

R.- Elle est venue dans le cas des contrats des médecins, elle est venue des médecins eux-mêmes et dans le cas de monsieur Lanoue et du docteur Letellier, ils sont venus d'eux-mêmes également ils en ont discuté avec nous, mais enfin la substance du contrat est venue d'eux."

La Commission trouve étrange que ni les médecins membres du conseil d'administration, ni le directeur général, ni le directeur médical n'aient signalé aux autres membres du conseil d'administration que l'octroi de tels contrats constituait une hérésie en administration hospitalière et privait le conseil d'administration d'un élément précieux de ses pouvoirs de gestion. Voyons, par exemple, un autre extrait du témoignage de monsieur A. Desmarais: (volume 53, page 13)

"Q.- Est-ce que les médecins qui siégeaient avec vous vous ont dit que c'était la politique habituelle?

R.- Oui.

Q.- De signer des contrats avec des médecins non rémunérés?

R.- Oui, définitivement".

Me L. Demers-Pelletier, conseiller juridique du ministère de la santé remarquait dans une "note de service" en date du 1er octobre 1968, adressée au sous-ministre de la Santé: "La forme de ces contrats est très mauvaise. Les "attendu que" sont inutiles et le reste est à l'avenant". (Exhibit C-172). La Commission note sur ce plan qu'un de ces "attendu que" surprend car on y lit, alors que l'Hôpital Charles Lemoyne est encore loin d'ouvrir ses porte, "Attendu que la corporation exploite l'hôpital connu sous le nom de l'Hôpital Charles Lemoyne". D'autre part, la résolution pour la signature des contrats indique que la signature des dits contrats se fera après publication des règlements de la corporation dans la Gazette Officielle de Québec, or on voit, dans le procès-verbal de l'assemblée du conseil d'administration du 19 novembre 1964, que les règlements ont paru dans la Gazette Officielle du 22 août 1964\* mais les contrats avaient été signés le 20 août 1964\*. Les communications semblent très rapides et l'empressement à signer ces contrats est pour le moins surprenante.

Considérons maintenant la légalité même des contrats des chefs de services.

Prenons un des contrats qui servira d'exemple pour tous les autres, puisqu'ils sont pratiquement identiques. L'étude portera donc de façon plus précise sur le contrat du chef du service de cardiologie (partie de l'exhibit C-19).

La première clause qui nous frappe du point de vue juridique dans ce type de contrat est contenue à l'article 3, dont la première partie se lit comme suit:

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

"Si la quantité de malades à traiter et à examiner et le travail à accomplir dans le service de cardiologie rendent nécessaire l'addition d'un nouveau médecin, la corporation permet au chef de service de cardiologie de faire le choix de ce nouveau médecin en collaboration avec les autres médecins de son service. Après que le comité des créances du bureau médical a étudié la candidature du nouveau médecin, après que le comité exécutif du bureau médical a pris une décision concernant l'acceptation du nouveau médecin, le chef de service informe par écrit le conseil d'administration de l'entrée de ce médecin dans son service."

Il apparaît donc clairement de ce texte que la corporation s'est départie complètement de son pouvoir d'engager les médecins en permettant au chef de service de choisir le médecin et de n'informer le conseil d'administration que de son entrée à l'hôpital. De plus, la corporation s'était engagée à n'accepter aucun médecin qui n'a pas reçu l'autorisation écrite du chef de service.

Certaines personnes pourraient peut-être prétendre, malgré ce texte assez radical, qu'il s'agit d'un texte qui a été mal rédigé ou qui a été mal compris par les médecins.

Quant aux chefs de services et à l'administration il ne semble pas y avoir de doute qu'ils ont bien compris le sens du contrat. Ainsi, par exemple:

a) Docteur Albert Gaudet: (volume 77, pages 22 et 23)

"D.- Docteur Gaudet, ce n'est pas l'exécutif du bureau médical qui fait la recommandation pour nommer les médecins?

R.- L'exécutif le fait mais si vous vous souvenez, au contrat, c'est après l'approbation du chef de service, s'il n'y a pas d'approbation du chef de service, on n'était pas en mesure de procéder en vertu des contrats."

Docteur Albert Gaudet: (volume 77, pages 66 et 67)

"R.- Non, non, il aurait pu très bien faire application au secrétaire et le secrétaire aurait pu le rapporter au docteur Renzi parce qu'à ce moment-là le chef de service devait donner son approbation avant que cela apparaisse à l'exécutif. Il suffisait d'un refus du chef de service et le cas n'était pas présenté à l'exécutif parce que, si vous vous rappelez du contrat, le chef de service à ce moment-là avait autorité sur ses membres et, si le chef de service ne signait pas une formule d'application d'un membre, à ce moment-là cette formule n'apparaissait pas à l'exécutif. (\*) Elle aurait pu être très bien entre les mains du secrétaire et ne jamais parvenir à l'exécutif parce que le chef de service ne signait pas cette réquisition-là.

D.- Vous trouvez ça bon, cette clause dans le contrat?

R.- Je ne suis pas avocat, monsieur le président.

D.- Non, mais c'est dans votre contrat à vous aussi, cette clause-là?

R.- Ça dépend du point de vue où on se place.

D.- Est-ce que ceci veut dire que dans votre service d'orthopédie, si un orthopédiste veut faire partie de votre service et pratiquer à l'hôpital en orthopédie, si vous n'autorisez pas son application, ça finit là?

R.- Avant le premier (1er) avril mil neuf cent soixante-neuf (1969), oui.

b) Gérard Lanoue: (volume 35, pages 24 et seq.)

"Q.- Est-ce que ce contrat, d'après vous, lie l'institution, de sorte que le chef de service contrôle totalement l'addition d'un nouveau personnel médical dans son service?

R.- Je crois que le texte est clair là-dessus. Ce que vous venez de lire, disons que c'est un veto de part et d'autre.

Q.- De part et d'autre?

R.- De part et d'autre.

Q.- Un veto de quelle part?

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

- R.- Un veto oui ou non des deux parts.  
Supposons que le médecin dise: je vais vous imposer tel médecin dans mon service, ou que l'administration dit au chef de service: je vais vous imposer tel médecin, monsieur le docteur, dans votre service. Je crois qu'il y a un veto de part et d'autre.
- Q.- Ca veut donc dire qu'un médecin chef de service avec un tel contrat, à votre interprétation, comme directeur général, peut absolument bloquer, par exemple, ou admettre, selon sa décision, l'entrée d'un nouveau médecin?
- R.- Oui.
- Q.- D'accord, le droit de veto existe sur le blocage. Un chef de service peut bloquer la décision d'un nouveau médecin avec ça?
- R.- Il peut s'y opposer.
- Q.- Trouvez-vous que c'est contre la Loi des Hôpitaux, monsieur Lanoue?
- R.- Est-ce qu'il y a une loi là-dessus?
- Q.- La Loi des Hôpitaux dit que le conseil d'administration a autorité complète sur la gestion de l'hôpital?
- R.- Ca peut venir en contradiction."

c) Docteur Pierre Chalut: (Volume 41, page 41)

- R.- "Le conseil d'administration reçoit seulement les recommandations.
- Q.- Il n'a donc pas connaissance des candidats qui peuvent ne pas avoir été recommandés?
- R.- Il n'a pas connaissance des candidats qui peuvent ne pas être recommandés.
- Q.- Le chef du service, est-ce que l'approbation du chef de service est nécessaire pour la recommandation d'un médecin au soin du personnel?
- R.- Oui c'est nécessaire.
- Q.- Elle est essentielle? Si le chef du service s'oppose à une nomination, l'exécutif décidera de ne pas recommander tel médecin?
- R.- Oui. Elle est essentielle...

d) Docteur Henri Letellier: (volume 27, page 9)

"Q.- ...Est-ce que un chef de service a le pouvoir reconnu de refuser un médecin faisant application?

R.- Oui.

Q.- Un chef de service peut refuser?

R.- Oui."

Partant du sens clair du texte, confirmé par le témoignage de plusieurs personnes, il se pose une question bien précise. Est-ce que l'hôpital pouvait se départir d'un tel pouvoir et donner aux chefs de service le pouvoir d'engager des médecins et le conseil d'administration se priver du droit d'engager lui-même sans l'approbation du directeur du service?

Evidemment, ici, il faut se placer avant la publication des derniers règlements en vertu des articles 20 et 21 de la Loi des Hôpitaux.

Cependant, en examinant attentivement la Loi des Hôpitaux (S.R.Q. 1964, chap. 164), il ressort clairement de la Loi que le conseil d'administration est l'autorité suprême dans l'hôpital et que c'est lui qui doit décider en dernière analyse, même de la nomination des médecins.

Nous citons à ce sujet le paragraphe e) de l'article 1, qui se lit comme suit:

"e) "conseil d'administration": le bureau des gouverneurs ou autre organisme investi de l'autorité sur la gestion d'un hôpital public".

et également le premier paragraphe de l'article 7:

"7.- 1.- toute corporation qui maintient un hôpital public doit avoir un conseil d'administration ayant autorité complète sur la gestion de l'hôpital".

Ces textes sont clairs et significatifs.

Comme nous l'avons dit précédemment, c'est le conseil d'administration qui a, en dernier lieu, la décision finale pour toute question. Dans le cas d'engagement de médecins, par exemple, ceci est bien confirmé par l'article 11 de la loi qui permet dans certains cas de conflit un arbitrage, et lorsqu'on mentionne la possibilité de cet arbitrage, on y dit que:

"Tout conflit entre le conseil d'administration et le comité exécutif du bureau médical d'un hôpital public...y compris la nomination, la réinstallation...du personnel médical....".

Ce dernier article confirme bien que la décision finale à l'intérieur de l'hôpital appartient au conseil d'administration. Evidemment, si l'exécutif du conseil des médecins n'est pas satisfait, il peut demander l'arbitrage dans certains cas.

Le conseil d'administration de Charles Lemoyne ne pouvait donc pas se départir de ses pouvoirs en faveur du chef de service, et permettre à ce dernier d'empêcher, le cas échéant, l'admission de nouveaux médecins à l'hôpital.

Cet article 3<sup>\*</sup> du contrat "type des chefs de service" est<sup>\*</sup> donc illégal<sup>\*</sup> et contraire au texte de la Loi des Hôpitaux, particulièrement à la définition de "conseil d'administration", au premier paragraphe de l'article 7, et à l'article 11.

Mentionnons également que, en vertu de l'article 11, il n'aurait pas été possible d'avoir d'arbitrage dans le cas de refus ou d'admission d'un médecin, puisque, par ces contrats, il n'y avait pas, à strictement parler, une décision finale du conseil d'administration qui aurait pu être contraire à la recommandation du comité exécutif du bureau médical.

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

Un deuxième article du même contrat a attiré particulièrement l'attention de la Commission. Il s'agit de l'article 6 qui se lit comme suit:

"La corporation s'engage à ne créer aucun nouveau service, sous-département ou section au dépens du service de cardiologie sans entente préalable et autorisation écrite du chef de service."

Nous ne répéterons pas ici toute l'argumentation déjà faite quant à l'article 3 du même contrat concernant l'admission des médecins. Il s'agit d'une situation analogue qui permet au chef de service d'empêcher le développement de l'hôpital.

Encore ici, c'est une décision qui relève en définitive du conseil d'administration, l'autorité suprême dans l'hôpital, et le conseil d'administration ne pouvait se départir de ce pouvoir en faveur du chef de service.

La Commission considère donc que l'article 6 du contrat des chefs de service est également illégal et contraire à la Loi des Hôpitaux.

Comme il a été établi par le docteur H. Letellier (volume 30, pages 8 et 9) et d'autres témoignages similaires, ainsi que par les procès-verbaux du conseil d'administration, le conseil d'administration se reposait sur les avis de Me Jean-Paul Dansereau pour la signature de tout document légal. La Commission trouve regrettable et blâmable que Me J.P. Dansereau se soit prononcé en faveur des contrats des chefs de service, contraire à la coutume en ces cas et contraire même à la Loi des Hôpitaux qui date de 1962.

Si l'on examine le contenu même du contrat, il est évident qu'il y a là preuve du désir des médecins responsables de se constituer une chasse-gardée. Voyons surtout l'article a) 3):

"Si la quantité de malades à traiter, à examiner et le travail à accomplir dans le service de.....rendent nécessaire l'addition de nouveaux médecins, la corporation permet au chef du service de.....faire le choix de ce nouveau médecin en collaboration avec les autres médecins de son service. Après que le comité des créances du bureau médical a étudié la candidature du nouveau médecin, après que le comité exécutif du bureau médical a pris une décision concernant l'acceptation du nouveau médecin, le chef de service informe\* par écrit le conseil d'administration de l'entrée de ce médecin dans son service. Par ailleurs la corporation s'engage à n'accepter aucun médecin dans le service de.....sans avoir reçu l'autorisation écrite du chef de service."(\*)

Non seulement la chasse-gardée est-elle ainsi établie, mais les témoignages de monsieur G. Lanoue (volume 35, page 25), du docteur H. Letellier (volume 27, page 9), du docteur P. Chalut (volume 41, page 41) et du docteur A. Gaudet (volume 77, pages 23 et 68) confirment le caractère absolu de cette clause contractuelle.

Ceci a eu comme conséquence de permettre, aussi à certains médecins de pratiquer à l'hôpital sans l'autorisation du conseil d'administration. C'est le cas de certains médecins attachés au service de médecine interne, dirigé par le docteur Nélío Renzi (voir "différend Huot-Renzi").

En outre, signalons que le contrat permet aux chefs de services d'établir des règlements de service, sans référence au bureau médical et à l'administration, car une clause se lit:

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

"La corporation s'engage à mettre à sa disposition toutes les facilités disponibles au sein de l'hôpital tant en ce qui concerne le service interne que le service externe."

Plus encore:

"La corporation confie au chef du service l'organisation, la responsabilité et le contrôle de l'admission des malades dans son service, et la corporation s'engage à ne créer aucun nouveau service, sous-département ou section aux dépens du service de.....sans entente préalable et l'autorisation écrite du chef de service." (\*)

D'autre part, dans les engagements du chef de service envers l'hôpital, rien n'indique qui contrôlera et comment se contrôlera le travail du chef de service, à part des vœux pieux, vagues et vides de sens comme:

"Le docteur..... s'engage à voir à ce que les malades de son service reçoivent un traitement adéquat de même qualité que celui donné dans les autres hôpitaux de la Province de Québec."

Un tel contrat favorise, et a favorisé(\*) de fait la création de chasses-gardées en accordant aux chefs de service un droit de veto sur leur service. Une des plus graves erreurs du personnel de direction de l'hôpital a sans doute été de ne pas avoir signalé l'anomalie et l'absolutisme de ce contrat. La seule explication logique semble être: qu'eux-mêmes étaient déjà à la merci des médecins membres du conseil d'administration et ne faisaient que leurs volontés.

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ORGANISATION MEDICALE

d) Le personnel médical

2- Le différend Huot-Renzi

La Commission croit nécessaire de consacrer une section spéciale à ce conflit mettant aux prises le docteur Roch Huot, chef du service de médecine générale et le docteur Nélío Renzi, chef du service de médecine interne. Comprendre le conflit devient plus facile, face aux faits suivants dont la preuve fut faite devant la Commission:

- 10- Malgré leurs nominations par le conseil d'administration en décembre 1964, et leurs contrats antédating leurs nominations de 4 mois (août 1964), ces deux médecins ne devenaient membres du "bureau médical provisoire" que le 5 novembre 1965.
- 20- A la date où il devenait membre du "bureau médical provisoire", docteur Huot était, depuis un mois (et sur nomination des médecins du conseil d'administration constitués en "comité médical provisoire") vice-président de l'exécutif du conseil des médecins et délégué au conseil d'administration. Le groupe se trouvait ainsi complet et le cercle se fermait pour quelques années à venir, car tous les médecins de l'exécutif du conseil des médecins siégeaient aussi au conseil d'administration!
- 30- Or docteur Huot tenait au principe qu'un service de médecine générale devait être un service clinique indépendant à tout point de vue de la médecine interne, nonobstant les opinions contraires des organismes consultés à ce moment par docteur Renzi.

Docteur Renzi, par contre, avait la sympathie du docteur G. Desmarais, chef en gynécologie-obstétrique, car docteur Huot prônait la même scission pour ce qui regardait l'obstétrique.

Le "conflit" en obstétrique fut toutefois réglé assez rapidement, car le docteur Desmarais "philosophe" et n'ayant pas de résidents, a vite fait de s'entendre avec docteur Huot. Dans cette entente, la gynécologie ne s'occupait que de l'obstétrique pathologique, laissant l'obstétrique normale à la médecine générale. Une entente\* signée entre ces deux médecins était sanctionnée par le conseil des médecins et ratifiée rapidement\* par le conseil d'administration.

40- Quant au docteur Renzi, il soutenait son principe en maintenant que la médecine générale ne devait être qu'un service d'ordre administratif. Malgré l'appui d'opinions obtenues de l'Association des Bureaux Médicaux de la Province de Québec (exhibit C-109) et de la Fédération des Omnipraticiens du Québec (exhibit C-105), docteur Huot, lui, maintenant son opinion. Docteur Renzi avait peine à faire valoir son point de vue, car il n'avait pas de voix au conseil d'administration, ni à l'exécutif du conseil des médecins. Même au sein du conseil des médecins, il ne pouvait trouver d'appui, car il était seul contre six (6) praticiens (exhibit C-4, assemblée du 9 décembre 1965). Il avait peu d'espoir de plus de voir changer la proportion, car la nomination de plusieurs médecins qu'il avait recommandée en vertu de son contrat et selon les statuts et règlements du conseil des médecins, restaient sans action définitive au conseil d'administration.

La Commission est en droit de se demander s'il n'y avait pas là un complot, ne fût que tacite, entre

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

confrères, pour assurer le "statu quo", et protéger la chasse-gardée de chacun. On constate même que, d'abord quatre (4), puis sept (7) lits seulement étaient à la disposition de la médecine interne (volume 60, page 42) tandis que plus de dix fois ce nombre étaient assignés à la médecine générale. Ceci, semble-t-il, nonobstant le fait que le conseil d'administration, dans une décision de "zonage" des lits, contenue dans les procès-verbaux, (exhibit C-1, assemblée spéciale 31 mars 1966, page 7) accordait trente (30) lits à la médecine interne et cinq (5) lits à la cardiologie, au sixième étage. Or, ces lits n'étaient pas encore tous ouverts "pour le moment" !

50- La chirurgie générale, les laboratoires, la radiologie et l'anesthésie ont vite été créés en départements, la plupart avant même l'ouverture de l'hôpital. Quant à la médecine interne, docteur Renzi avait envoyé à monsieur Lanoue, en date du 3 septembre 1965, un résumé "de l'organisation future de mon département. Vous voudrez bien s'il vous plaît présenter ceci à l'administration". (Exhibit C-104). Dans l'avant-propos de ce plan d'organisation, docteur Renzi explique l'équivalence pour lui et "dans les hôpitaux du Canada" des mots "département" et "service". C'est ainsi que sur une même page de son texte, il mettait en titre: "Organisation du Service de Médecine Interne..." et il terminait le même avant-propos sur la phrase suivante:

"Avec ces préambules, nous soumettons au conseil d'administration notre plan et nos idées sur l'organisation du département de médecine de l'Hôpital Charles Lemoyne".

Le conseil d'administration devait tenir trois assemblées spéciales après le 3 septembre 1965 (7 septembre,

14 octobre et 8 décembre 1965, exhibit C-1), mais le plan du docteur Renzi ne fut jamais présenté par monsieur Lanoue, malgré qu'à l'assemblée du 8 décembre 1965 le conseil d'administration discutait des règlements du bureau médical et qu'on y ratifiait les nominations de nombreux médecins comme membres actifs, dont les chefs de service récemment intégrés au bureau médical, y compris le docteur Renzi lui-même.

60- Le plan d'organisation d'un département de médecine dont le docteur Renzi se considérait chef fut donc rejeté, premièrement par l'administration, qui lui accordait le mépris du silence, puis par le conseil des médecins à leur assemblée du 9 décembre 1965, alors qu'une proposition du docteur Renzi d'accepter ce même plan, expliqué par lui au conseil, était battue par un vote de 11 à 2.

70- Docteur Renzi décidait dès ce moment (volume 60, pages 39 et 40) de fonctionner "comme deux départements complètement séparés" car "il n'y a pas d'autre chose à faire: c'est accepté de l'administration, c'est accepté du bureau médical".

80- Une fois l'hôpital ouvert (21 mars 1966), le conseil d'administration, avec l'appui des médecins qui y siégeaient (qui étaient en même temps les membres du comité exécutif du conseil des médecins) et l'encouragement de certains autres administrateur (dont monsieur John Gravel) établissait une ligne de conduite à l'égard du docteur Renzi, qui semble à la Commission avoir eu pour buts:

- a) De différer\* la plupart des nominations de médecins dans son service (volume 60, page 56), malgré l'approbation du chef, du comité d'examen des titres et du conseil des médecins, exception faite du docteur L. Cassidy qui passait par toute la filière (volume 61, page 51) rapidement\*, parrainé\* qu'il était par docteur Roch Huot et\* étant le protégé\* de monsieur Gravel.

Ainsi, il fut recommandé comme médecin-conseil par le comité exécutif du conseil des médecins à l'assemblée du 24 mars 1966 (exhibit C-4) et nommé à ce titre par le conseil d'administration sept (7) jours plus tard\*. Le directeur général l'avisait d'ailleurs de sa nomination par écrit en date du 4 mai 1966 (volume 79, page 23 et exhibit C-166).

Docteur Cassidy exposait devant la Commission (volume 79, pages 27 et 28) que son but, en appliquant à Charles Lemoyne, était de mieux traiter sa clientèle ("50% de langue française") de la rive sud. Il est donc étrange qu'il acceptait un poste de médecin-conseil, même sachant que cette nomination ne lui donnait pas le privilège d'hospitaliser des malades (statuts et règlements, article 24). Le complot est plus facile à comprendre alors qu'on apprend, du docteur Cassidy lui-même, qu'il avait été demandé par docteur Huot, qu'il ne connaissait pas docteur Renzi et ne sait même pas si ce dernier l'aurait recommandé! (volume 79, pages 30, 31 et 32)

- b) De faire nommer\* docteur Cassidy chef du département de médecine, toujours parrainé par docteur Huot et nonobstant le fait qu'on n'acceptait pas encore un tel département. Etrange coïncidence que le docteur

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

Cassidy, alors qu'il était étudiant, avait travaillé pour monsieur Gravel et qu'il était considéré son protégé! (volume 79, pages 4 et 5)

- c) De préparer la nomination\* du docteur Cassidy en le sollicitant (exhibit C-169 - lettre du docteur Huot au docteur Cassidy - novembre 1966) de l'aider "dans la formation et l'organisation de mon service et cela dans le plus grand bien des praticiens généraux", ce que docteur Cassidy acceptait avec plaisir.

Il est clair à la Commission que le docteur Huot voulait faire jouer au docteur Cassidy le rôle qu'avait joué docteur Laurence à l'hôpital St-Lambert, soit: consultant en médecine interne dans le service de médecine générale (volume 78, pages 7 et 8) - De là, il n'y avait qu'un pas pour le faire nommer chef de département.

90- Le rôle de monsieur John Gravel, administrateur, dans cette lutte "anti-Renzi" n'a pas été des moindres à l'avis de la Commission (volume 61, page 51). Plusieurs faits viennent à l'appui de cet énoncé dont:

- a) Sa nomination comme président du comité du personnel\* du conseil d'administration (exhibit C-1, assemblée spéciale du 26 mai 1966). Le mandat de ce comité était: "discuter des problèmes émanant des relations entre patron et employés et les questions syndicales". Comme membres de ce comité, on retrouvait: monsieur O. Dubois, docteur Roch Huot et docteur Albert Gaudet.

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

- b) Lors d'une assemblée spéciale du conseil d'administration du 12 juillet 1966 (exhibit C-1) monsieur Lanoue rappelle à l'attention des membres présents la liste des noms de médecins différée depuis le mois de mai 1966. Le procès-verbal continue:

"Toutefois monsieur Gravel aurait aimé s'informer et obtenir des précisions sur certains cas. Vu que monsieur Gravel est absent, il est alors proposé, appuyé et résolu à l'unanimité de remettre à la prochaine assemblée l'acceptation de ces noms".

- c) A une assemblée spéciale tenue le 6 octobre 1966, après une longue discussion quant à la nomination, recommandée par docteur N. Renzi et le conseil des médecins, de deux médecins dans son service et dont la nomination était constamment différée, parce qu'il s'agissait du frère et d'une belle-soeur du docteur Renzi, le conseil d'administration demande au comité du personnel, formé depuis mai 1966 et qui n'avait jamais siégé:

"D'étudier la question du docteur Nélío Renzi, docteur Gildo Renzi et du docteur Suzanne Laurin et de faire rapport à une prochaine assemblée."

- d) Dans son témoignage, monsieur Gravel apprenait toutefois à la Commission (volume 79, pages 5 et 6) qu'il croyait que son mandat était d'étudier le cas d'un certain docteur Laurence, seul médecin de l'Hôpital St-Lambert qui, selon lui:

"N'a jamais été transféré et n'a jamais été accepté. On nous a demandé d'avoir une entrevue avec le docteur Renzi pour lui demander des raisons".

Monsieur Gravel a aussi révélé devant la Commission que, selon lui, (volume 79, page 6) le président, monsieur Desmarais:

"avait formé le comité du personnel pour voir ce qu'on devait faire avec le docteur Laurence, si on devait l'accepter ou non".

Par contre, monsieur Gravel avouait à la Commission qu'il ne savait pas et n'a pas demandé si le docteur Laurence avait fait application à l'Hôpital Charles Lemoyne.

- e) Le Comité du personnel\* tenait sa seule et unique réunion (volume 79, pages 8 et 9, volume 77, page 6) le 19 octobre 1966. Le procès-verbal est daté du 2 novembre 1966 et fut rédigé et signé par docteur A. Gaudet (exhibit C-130). Docteur R. Huot assistait comme autre membre, mais monsieur O. Dubois n'y était pas.

Dans son témoignage, docteur Renzi disait à la Commission que, lors de cette assemblée, il avait reçu des menaces de la part de monsieur Gravel (volume 69, page 34):

"Monsieur Gravel m'a insulté, même menacé, en disant, par exemple, que si je n'acceptais pas un tel médecin, aussi longtemps que lui serait sur le conseil d'administration, moi, je ne serais jamais chef de département et mon frère n'entrerait jamais ici".

Le témoignage du docteur Gaudet, présent à cette réunion, confirme que ce fut lui qui a préparé le procès-verbal (exhibit C-130) qui toutefois ne semble pas conforme aux faits, car les menaces de monsieur

(\*) Les soulignés sont de la commission.

Gravel n'y sont pas consignées. Ces menaces furent confirmées par contre, devant la Commission, par le docteur Huot (volume 78, page 11).

100- De tout ceci, la Commission se croit justifiée de conclure que le refus catégorique du docteur Renzi d'entretenir même une candidature du docteur Laurence, parce qu'il pratiquait la même spécialité (et qu'il en avait souffert déjà à l'Hôpital St-Lambert fort probablement) a porté docteur Huot à solliciter l'aide du docteur Cassidy, car c'est peu de temps après (exhibit C-169) qu'il lui écrivait, lui demandant de l'aider dans son service.

110- La Commission trouve le comportement du conseil d'administration incompréhensible dans tout ce conflit. L'attitude des trois membres du comité du personnel, lors de cette rencontre, dépasse l'imagination. Si l'administrateur "laïque", monsieur Gravel, veut plaider ignorance, cette ignorance des faits et, plus particulièrement, du mandat de son comité constitue une ignorance coupable. Les deux médecins participants sont, sans contredit, plus blâmables car, eux, auraient dû corriger les faits, mais il semble très clair que ni l'un ni l'autre ne désirait autre chose que ce qui s'est produit.

Docteur Gaudet partage une plus lourde responsabilité de blâme que les autres, car, au moment de la tenue de cette assemblée, il était président du conseil des médecins, mais a jugé bon de ne rien dire à monsieur Gravel pour le renseigner, et n'a pas informé son comité exécutif du conseil des médecins. Le

conflit d'intérêt des deux médecins apparaît clairement à la Commission, nonobstant le fait qu'il est nié par le docteur Gaudet (volume 77, pages 19 et 20). Le même conflit d'intérêt, d'ailleurs, durait depuis le début de l'hôpital, non seulement pour ces médecins, mais aussi pour les autres médecins à "double mandat".

120- Après l'assemblée du comité du personnel, le prochain pas fut la tenue d'une assemblée du conseil des médecins "pour nommer un chef du département de médecine". L'avis de convocation était daté du début février 1967; l'assemblée devait se tenir le 23 février 1967 et devait aboutir à la recommandation du docteur Cassidy, sur proposition du docteur Huot. A cette assemblée, docteur Renzi avait fait état de sa position mais ne fut pas écouté. Un amendement proposé par docteur Desmarais fut refusé par le président du conseil des médecins, le docteur Gaudet (exhibit C-4).

130- Face au geste du conseil des médecins, docteur Renzi protestait par l'entremise de son procureur et de plus obtenait, le 30 mars 1967, un autre avis légal (Me Paul A. Crépeau) confirmant son attitude qu'il était bel et bien chef du département de médecine (exhibit 109, volume 60, pages 67 et 68) depuis le début.

140- Docteur Cassidy, interrogé par la Commission (volume 79, page 31), n'a trouvé rien d'anormal à sa candidature car, selon lui:

"Quand on nomme quelqu'un chef,  
il est automatiquement actif".

Et un peu plus loin, il dit:

"Ca ne me dérangeait pas".

- 150- Un des faits les plus curieux de cette affaire est peut-être la lettre que le docteur Renzi envoyait au docteur Cassidy, en date du 20 février 1967, (soit trois (3) jours avant l'assemblée prévue pour "nommer un chef") et dans laquelle il lui annonçait sa nomination comme médecin-conseil\*. Or, par l'étude des procès-verbaux, on sait que le docteur Cassidy était déjà nommé depuis mars 1966\*. Docteur Renzi avait-il arrièrè-pensée en envoyant cette lettre si tardivement et juste avant l'assemblée de nomination? La Commission pourrait ici se perdre en conjectures mais préfère s'en abstenir.
- 160- Par contre, informé des difficultés créées par sa "nomination" docteur Cassidy retirait sa candidature et le conseil d'administration en était avisé (exhibit C-1).
- 170- Le dénouement de cet imbroglio ne s'amorçait que le 12 mars 1968, alors que les docteurs Huot et Renzi signaient une entente, reconnaissant, entre autre, au docteur Renzi le poste de chef du département de médecine. Cette entente fut ratifiée par le conseil des médecins neuf (9) jours plus tard (exhibit C-4).

Pour autant, il a fallu des manoeuvres politiques et des tergiversations pour "régler le problème et sauver la face de beaucoup d'administrateurs" (Docteur Renzi, volume 61, page 9). C'est ainsi que le docteur Huot devait recommander la nomination du docteur Renzi à l'administration. Malgré l'entente signée et malgré l'acceptation du conseil des médecins, la nomination du docteur Renzi devait continuer d'attendre pour toutes sortes de raisons, de sorte que la Commission se demande si le conseil d'administration est de bonne foi dans cette affaire.

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

En effet, docteur Renzi n'a reçu sa lettre de nomination de l'administration que le 22 janvier 1969\* (volume 61, page 11 et exhibit C-110) nonobstant le fait que les procès-verbaux du conseil d'administration (exhibit C-1) nous révèlent que la nomination était faite à une assemblée spéciale convoquée pour cette raison le 11 avril 1968\*. Entre ces deux (2) dates, et durant les neuf (9) mois écoulés, il est permis de se demander ce que faisaient le directeur général, le directeur médical, l'exécutif du conseil des médecins, les médecins administrateurs, y compris le docteur Huot et... finalement le docteur Renzi lui-même!

180- La Commission se permet d'avoir des doutes sur le développement harmonieux ou même louable d'un département de médecine dont la période de gestation fut si longue et la période d'enfantement si orageuse et mouvementée. Elle croit que seuls des changements radicaux dans le personnel administratif et au conseil d'administration sauront amener une solution convenable.

En effet, la Commission croit que ce différend aurait dû être réglé beaucoup plus tôt, et ce, en faisant appel au comité de conciliation du conseil des médecins. Ce comité, prévu pour étudier des conflits de la sorte (Articles 103, 104 et 105 des statuts et règlements), était composé de trois (3) médecins et durant au moins deux (2) ans présidé par docteur Shooner.

L'administration devait aussi y nommer trois (3) membres, mais ceci ne fut jamais fait. Ce qui est plus lamentable encore est d'apprendre (docteur Shooner volume 89, page 38) que le comité n'a jamais été appelé à siéger pour quoi que ce soit durant les deux (2) années où le docteur Shooner le présidait.

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ORGANISATION MEDICALE

d) Le personnel médical

3- L'organisation des services et des départements médicaux

Cet hôpital compte trois (3) services qui sont: la cardiologie, la pédiatrie et la chirurgie dentaire. A ces trois (3) services on peut sans doute ajouter un quatrième (4e) service d'urgence et des cliniques externes, pour les raisons ci-après exposées. Il y a en plus sept (7) départements dont certains comptent plusieurs services.

SERVICES:

CARDIOLOGIE:

En existence depuis le début de l'hôpital on lui assigne environ vingt (20) lits. Son chef en est le docteur Pierre Legault, à contrat avec les privilèges contractuels déjà étudiés. Il fonctionne indépendamment des services de médecine interne ou générale et ne ferait pas partie du département de médecine interne (Docteur N. Renzi, volume 60, pages 41 et 42). En plus du chef, il y a un deuxième cardiologue, membre actif du service.

La Commission trouve curieux que la cardiologie, une sous-spécialité de la médecine interne, soit ainsi organisée, avec, semble-t-il, l'assentiment du chef du département de médecine interne. Docteur Legault, ayant contrat "exclusif" sur son service comme nous l'avons vu, on s'explique cet arrangement qui, à l'avis de la Commission, ne devrait pas exister.

Les témoignages ont de plus établi qu'il n'existe pas de système d'appel général avec équipe entraînée pour répondre à la réanimation cardiaque, si besoin. Plus

loin dans ce chapitre, il sera établi (département anesthésie) que la centrale de communication ne fonctionne pas après minuit jusqu'au matin, ce qui rend un système d'appel pour réanimation boiteux au départ. Malgré ceci la Commission croit qu'il est du ressort d'un service de cardiologie dans un hôpital de voir à ce que soit organisé un tel système. Or la Commission n'a vu aucune trace d'une demande ou même une protestation, pour le service de cardiologie, à l'exécutif du conseil des médecins, à ce sujet. Ceci est pour le moins étonnant.

PEDIATRIE:

Quoique le docteur M. Rochette se dit chef de ce service, elle ne l'est qu'aux yeux du conseil des médecins, (volume 24, page 43) ayant été recommandée à ce poste après le départ du docteur Marchessault au début de 1968, mais l'administration toutefois tarde à accepter (comme pour bien d'autres) la nomination du docteur Rochette. Le service est un peu particulier en ce sens que tous les médecins ont le droit d'hospitaliser et suivre leurs bébés (volume 24, page 43 et volume 47, pages 50 et 51) soit en pédiatrie, soit aux pouponnières, docteur Rochette étant la seule spécialiste en pédiatrie.

Cette organisation de la pédiatrie semble déficiente à la Commission. Sans vouloir nuire aux médecins praticiens, il est légitime de croire que de meilleurs soins seraient assurés aux enfants, surtout à la pouponnière, par une responsabilité accrue des pédiatres, qui devraient être au nombre minimum de trois (3) et, fort probablement, être un des services importants du département de médecine interne.

CHIRURGIE DENTAIRE:

Quoiqu'il s'agisse d'un service qui fonctionne indépendamment, il est au nombre des sections dans le service de chirurgie générale. En conséquence, toutes les nominations comme dentistes doivent être recommandées par le chef du service de chirurgie qui, de ce fait, a responsabilité envers ce service. La Commission toutefois n'a pu retrouver d'évidence que ce service ne fonctionnait pas de façon indépendante.

La preuve inverse est plutôt la vérité car un dentiste questionné ignorait même les règles de procédure pour les protocoles opératoires et les règlements du département de chirurgie ou même du conseil des médecins (Docteur St-Jean, volume 9, pages 6 à 10 incl.)

Il y a un membre actif et plusieurs membres agréés. La responsabilité médicale des cas qui doivent être anesthésiés, selon les exigences des règlements de l'hôpital, doit être assumée par un médecin autre qu'un anesthésiste. Ceci, selon le témoignage du chef en anesthésie, se faisait "le plus souvent", les exceptions étant les cas qui arrivaient en salle d'opération sans examen par un médecin, et qui ne pouvaient payer cet examen additionnel, alors seulement l'anesthésiste servait de médecin pour le cas. (Docteur Shooner, volume 90, pages 4 et 5).

L'URGENCE ET LES CLINIQUES EXTERNES:

Par décision de la première assemblée du "bureau médical provisoire" de l'hôpital tenue le 15 décembre 1964, à la résidence privée du docteur Chalut, il était recommandé: (exhibit C-4)

"Le docteur Roger Lamarre, M.D. ayant refusé le poste de directeur des cliniques externes, le comité suggère deux (2) directeurs de cliniques externes: le comité recommande à ce poste les deux (2) médecins dont les services sont les plus impliqués dans les cliniques externes: docteur André Peltier et le docteur Albert Gaudet".

C'est ainsi que cliniques externes et urgence tombaient sous la direction de ces deux (2) chefs de services. Par ce geste on mettait deux (2) membres du conseil d'administration, et deux (2) officiers de l'exécutif du conseil des médecins, en charge des cliniques externes. A la même assemblée plusieurs autres chefs de services étaient choisis dont docteur Pierre Legault en cardiologie et docteur Lucien Huot en O.R.L.

La Commission a peine à comprendre, comment, dans son témoignage, le directeur médical docteur Letellier (volume 27, pages 54 et 55) peut dire:

Q.- .....j'ai entendu un mot tout-à-l'heure disant que vous n'aviez pas de clinique externe proprement dite?

R.- C'est-à-dire que nous n'avons pas de clinique organisée telle que, par exemple, pour recevoir des cas de gynéco, des cas d'obstétrique, comme il se fait dans les dispensaires de nos hôpitaux,...

Q.- Qui est responsable de l'urgence, du service d'urgence?

R.- Le service de la clinique externe..."

Alors que la preuve démontre (exhibit C-29) qu'il y eut 68,985 visites aux cliniques externes pour la seule année 1968 réparties ainsi:

"Urgence	29,568
C.A.T.	3,867
Ortho.	10,658
Chir.	2,314
Neuro.	977
Plastie.	3,129
Uro.	492
Médecins (autres)	<u>21,031</u>
Total:	68,985

(N.B.- Le total devrait se lire 72,036)

Il s'agit d'un nombre impressionnant de visites en clinique externe pour un service externe où le directeur médical témoigne: "Nous n'avons pas de clinique organisée".

La Commission conclut que la clinique externe est comparable à beaucoup de cliniques externes dans des hôpitaux de la région métropolitaine, tout en n'étant "pas organisée". Il est à noter que seules les cliniques externes d'aspect chirurgical semblent mieux structurées, mais ceci se comprend car le chirurgien orthopédiste et le neuro-chirurgien, par nature et tempérament, ont encouragé, même inconsciemment un développement à outrance des cliniques externes dans leurs spécialités.

Les réponses aux urgences sont assurées par un médecin du service de médecine générale, et ce, depuis le début de l'hôpital: (Docteur Huot, volume 47, pages 42 et seq.)

"Q.- Pouvez-vous expliquer à la Commission comment vous assurer ce service?

R.- Voilà. Le docteur Gaudet et le docteur Peltier sont les chefs de l'urgence et de la clinique externe. Le service de médecine générale fournit les effectifs. Donc, les médecins font la garde à l'urgence".

et plus loin, il dit:

"Q.- Mais les médecins assignés à la garde?

R.- Relèvent de moi.

Q.- Relèvent de vous?

R.- Oui."

Le système de garde, à la salle d'urgence et des problèmes est décrit, mieux que la Commission ne peut le faire, par le docteur Roch Huot dans les phrases suivantes: (volume 47, pages 43 à 46)

- "Q.- Pourriez-vous nous expliquer votre système de garde ou de soins de garde?
- R.- Oui. Nous avons de jour deux médecins de garde qui commencent à huit heures (8.00) le matin, à neuf heures (9.00) le matin jusqu'à neuf heures (9.00) le soir. Maintenant, pour la clinique externe, il y a un autre médecin qui est nommé de huit heures (8.00) à onze heures (11.00) et dans les deux médecins qui sont de garde de jour, il y en a un qui va donner un coup de main à celui pour les "follow-up" à la clinique externe.
- Q.- Quelle distinction faite-vous entre urgence et clinique externe, parce qu'il y a, on nous a déjà dit que les cliniques externes étaient pas organisées et là vous dites qu'il y a un médecin assigné aux cliniques externes, à part le médecin assigné pour l'urgence.
- R.- En réalité, c'est le follow-up de l'urgence. Les gens, par exemple, à qui on fait des points de sutures et qu'on veut révérifier, on les fait venir deux ou trois jours après.
- Q.- Et ça, il y a un médecin désigné seulement pour ça?
- R.- Pour ça.
- Q.- Pour voir les visites de contrôle en somme?
- R.- Exactement.
- Q.- Ce n'est pas lui qui répond pour un nouveau cas qui arrive à l'urgence?
- R.- Non, ce sont les deux médecins. Le premier et le deuxième de garde qui font ça.
- Q.- Et de neuf heures (9.00) du matin à neuf heures (9.00) du soir, est-ce que les deux médecins qui assurent la garde pour les nouveaux cas d'urgence sont dans l'hôpital?
- R.- Sont dans l'hôpital et à la salle d'urgence.
- Q.- Vous exigez qu'ils restent dans l'hôpital tous les deux?
- R.- Dans l'hôpital tous les deux.
- Q.- Sept jours par semaine?
- R.- Oui, le deuxième de garde ne part pas nécessairement à neuf heures (9.00) le soir. Si c'est surchargé, il reste pour donner un coup de main à celui qui le remplace de neuf heures (9.00) du soir à neuf heures (9.00) le matin.
- Q.- Alors, il y a un autre médecin qui arrive pour le "shift" de douze (12) heures, de neuf heures (9.00) p.m. à neuf heures (9.00) a.m.?
- R.- C'est ça et puis l'autre qui s'en va chez lui reste disponible sur appel pour venir donner un coup de main, si c'est surchargé la nuit.

"Q.- Il est en deuxième appel?

R.- Exactement.

Q.- Est-ce que ce système là est variable selon les heures d'affluence ou de pointe, parce qu'on sait tous dans les hôpitaux, les salles d'urgence, il faut tout le personnel le samedi soir, quand les gars se saoulent et tout ça?

R.- Au début, disons en soixante-six (66), il y avait seulement qu'un médecin de garde et puis à cause de l'augmentation de l'urgence, on a mis deux médecins de garde.

Q.- Pour quels soirs?

R.- C'est toujours la même chose, peu importe qu'il y ait quelque chose à faire ou non, mais ce n'est jamais arrivé qu'ils ont eu rien à faire.

Q.- Mais ceci, est-ce que ceci veut dire qu'avez-vous fait une étude depuis soixante-six (66) pour voir les moments où vous avez besoin de deux, que les deux médecins y soient le soir après neuf heures (9.00), ou si vous laissez ça au hasard du médecin qui serait de garde, qui va appeler son confrère pour venir lui aider, s'il est surchargé?

R.- C'est un peu comme ça que ça se passe. Si, supposons que le médecin qui est de garde le soir arrive facilement dans son travail, il ne fait pas appel à celui qui est chez lui disponible. Mais s'il arrive un accident où il y a trois ou quatre personnes d'impliquées, là, le deuxième est immédiatement appelé pour venir."

Ce témoignage, rendu sous serment devant la Commission, confond les allégations du mémoire de l'Alliance des Infirmières (exhibit C-9, page 8) quant au système de garde par lequel deux (2) médecins sont en faction à l'urgence de 09.00 heures à 21.00 heures, et un seul par après, l'autre restant en appel. Ce que le mémoire "oublie" d'ajouter, en effet, est que le médecin de deuxième garde revient lorsque appelé par son confrère s'il y a surcroît de besogne. La preuve fut faite, de plus, qu'au cours de l'année 1968, face au nombre croissant de polytraumatisés à la salle d'urgence, le conseil des médecins a formé une équipe comprenant un chirurgien général, un orthopédiste et un neurochirurgien, accessible sur appel en tout temps. Mandée par le praticien de garde, l'équipe mentionnée prend charge d'un blessé libérant ainsi le praticien qui peut continuer ses fonctions

à l'urgence. Ce système a démontré sa valeur à de multiples reprises et un exemple frappant en est la preuve citée dans ce rapport à la page 192 et seq. (cas numéro 6 du mémoire de l'Alliance, exhibit C-9).

DEPARTEMENTS:

LABORATOIRES:

Docteur Sénécal fut chef d'un service\* des laboratoires jusqu'à 1968 alors qu'on en faisait un département, seulement, toutefois, après que le docteur Sénécal l'eut réclamé. Fait curieux retrouvé par la Commission: le dit département des laboratoires existait "de facto" presque depuis le début de l'hôpital (exhibit C-1), mais personne n'a cru important d'en informer le chef. Il semble que ce n'est qu'au moment du conflit des nominations en médecine interne que le docteur Sénécal a réclamé ses droits et privilèges qui, à l'encontre du docteur Renzi, ont été reconnus d'emblée et sans discussion.

A noter de plus que durant son témoignage le docteur Sénécal a révélé que la nomination du docteur Suzanne Laurin (belle-soeur du docteur Renzi), comme hémato-logiste-conseil, était non seulement recommandée par lui mais l'était avec enthousiasme et ce dès le mois de mars 1966 (Docteur Sénécal, volume 83, pages 11 et seq.). On retrouve donc ici un facteur additionnel pointant vers le parti-pris du conseil d'administration dans ce cas (cf. "différend Huot-Renzi", chapitre 4, d-2).

La Commission se doit de souligner, en plus, que si certains services ou départements ont été bien servis quant à l'équipement obtenu du ministère de la Santé, le département des laboratoires n'a pas été un des heureux élus. A preuve, les témoignages du docteur Sénécal (volume 83, pages 31 et 32):

(\* ) Le souligné est de la Commission.

"Q.- Est-ce qu'il vous manque de l'équipement dans le laboratoire de biochimie?

R.- De biochimie...bien évidemment, il manque de l'équipement".

"Q.- Je voudrais revenir aux locaux, juste pour une dernière question: est-ce que vous auriez eu de la difficulté avec le service du Ministère des Travaux Publics en ce qui concerne des locaux du laboratoire, auriez-vous fait des demandes qu'ils auraient refusées, pour des modifications de locaux?

R.- Voici: tout à l'heure, j'ai dit que les locaux au point de vue grandeur étaient insuffisants. alors, nous avons révisé, nous avons écrit quelques fois à l'administration demandant de considérer un projet pour que la bactériologie soit placée dans un autre local de l'hôpital. Je dois vous dire que je ne sais pas, ce n'est pas moi à ce moment-là qui peut avoir eu des difficultés avec le Ministère des Travaux Publics, mais ça peut être l'administration....."

et celui du docteur Jean Fontaine, bactériologiste-conseil (volume 89, pages 20, 21 et 22):

"R.- ...ces laboratoires, le laboratoire car en fait, c'est une pièce avec une petite laverie à côté, c'est ça le laboratoire de bactériologie, comme je dis souvent, il n'y aurait pas un autoclave dans cette pièce, on se croirait avant l'ère pasteurienne pour ce qui est de l'espace réservé à la bactériologie dans cet hôpital, je ne sais pas qui a fait les plans, je n'ai pas été consulté pour les plans, je ne sais pas quels sont les responsables, mais ceux qui étaient responsables de la construction des laboratoires se sont trompés grossièrement. Je n'ai pas peur de le dire publiquement et c'est par honnêteté pour ma discipline et cet hôpital qui serait un hôpital de quatre cents (400) lits, si je ne me trompe..."

"Q.- Il n'y a pas de bureau pour le bactériologiste?

R.- Mais non, pensez donc, un bureau!!!!!! il y en avait un pour l'hématologiste, quand même, on a pensé à l'hématologiste, on a surtout pensé à la pathologie que je ne blâme pas, elle n'a pas trop de place, il ne s'agit pas d'en rapetisser un pour agrandir un autre, ce n'est pas ça mon but, mais manifestement, il y a une erreur et je pense que cette erreur d'ailleurs, monsieur Lanoue en discutait avec le docteur Sénécal à plusieurs reprises..."

RADIOLOGIE:

Ce département, sous la direction du docteur J.C. Arbour depuis son ouverture, a semblé à la Commission favorisé quant à l'équipement et quant au personnel médical (trois (3) actifs, un (1) agréé, un (1) médecin-conseil en isotope et un (1) médecin-conseil en radiothérapie).

L'enquête de la Commission s'est orientée ici plus particulièrement à établir les faits relatifs aux allégations du mémoire de l'Alliance des Infirmières (exhibit C-9) et à celles de madame Larouche durant sa conférence de presse, quant aux services d'urgence des radiologistes.

Les témoignages ont été entendus (volumes 62, 63 et 74) de la part du chef du département et d'un médecin d'établissement. A ceci se sont ajoutés les témoignages de plusieurs chefs d'autres services particulièrement celui du chef de médecine générale (volume 47, pages 46 à 50):

"Q.- Nous avons lu aussi dans les procès-verbaux, et on en a parlé dans d'autres témoignages, qu'à un moment donné, au comité exécutif du conseil des médecins, le docteur Deserres qui, vous venez de dire, est votre adjoint?

R.- C'est ça.

Q.- Semble-t-il, s'est plaint des mauvais services assurés par les radiologistes pour les cas d'urgence. Pouvez-vous nous expliquer ce dont il s'agissait?

R.- Je crois qu'à cette assemblée de l'exécutif, j'étais en vacances. Quand je m'absente, c'est docteur Deserres qui me remplace. Maintenant, docteur Deserres a pris la chose comme telle, mais il n'était pas au courant de ma façon de procéder. Généralement, quand il y a une plainte à l'urgence, que ce soit contre un radiologiste ou contre qui que ce soit, je vais voir le chef de service concerné et on s'organise et c'est toujours des plaintes très minimes qu'il y a eues. Maintenant docteur, je crois, a voulu s'acquitter de sa tâche d'après sa façon de procéder, ne sachant pas que l'affaire était déjà en marche.

- "Q.- Est-ce que vous personnellement, à titre de chef du service de médecine et d'obstétrique, assurant l'urgence ou les soins d'urgence, vous avez eu des plaintes des membres de votre service?
- R.- Oui.
- Q.- Des difficultés d'obtenir des radiologistes?
- R.- Oui, des plaintes, il y en a toujours, mais je crois qu'il y en aura toujours aussi, peu importe à quel sujet, mais on s'est toujours occupé de les régler. Maintenant, par plaintes, ce n'est jamais des choses graves, parce que les radiologistes, on peut les avoir n'importe quand, vingt-quatre (24) heures par jour. Il s'agit de les appeler.
- Q.- Et vous avez réglé le problème, vous dites, personnellement vous-même avec le chef de service; comment l'avez-vous fait?
- R.- Supposons qu'il arrive un cas où un médecin se plaint à moi qu'il a eu de la difficulté à avoir un radiologiste. Je vais voir le chef du service de radiologie. Souvent, je vais voir le docteur Gaudet et Peltier aussi pour faire, pour m'informer du bien-fondé de cette chose là et puis on apporte les amendements nécessaires pour ça.
- Q.- Si je comprends bien, vous faites en somme une enquête?
- R.- Une enquête sommaire, si vous voulez.
- Q.- Quand vous avez eu ces plaintes et que vous avez fait enquête, est-ce que vous avez trouvé que c'était des plaintes bien fondées?
- R.- C'est des choses minimes, des choses, je n'ai pas de cas précis à la mémoire, mais c'est des choses je dirais banales, si vous voulez.
- Q.- Je vais rephraser ma question d'une autre façon, docteur. A votre opinion, à titre de chef de ce service là, est-ce que le fait que dans certains cas, vous avez, vous ou vos assistants ont eu à déplorer l'absence de radiologiste a pu nuire au traitement du malade ou non?
- R.- Non.
- Q.- Ca n'a jamais été des plaintes suffisamment sérieuses pour nuire au traitement du malade; c'est ça que vous voulez dire?
- R.- Définitivement pas ça. Sûrement pas.
- Q.- Est-ce qu'après les plaintes et vos enquêtes et votre discussion avec le chef de radiologie, les plaintes ont diminué et les corrections ont été apportées pour plus qu'il y en ait?
- R.- De l'aveu même des membres de mon service.
- Q.- Et ça a daté à peu près quand, est-ce que vous pourriez mettre une période, sans date exacte?

"R.- Disons que si on se place en soixante-six (66), par exemple, ou c'est nouveau un service de médecine générale de l'envergure de celui qu'on peut avoir ici, disons qu'à ce moment-là, il y avait plus de plaintes qui pouvaient peut-être être attribuées, je ne sais pas, une chose nouvelle qui s'initialait et ça été toujours en diminuant, et même encore, on s'est rencontré y a à peine un mois pour discuter d'amélioration possible à apporter."

Tous ces témoignages ont révélé à la Commission

a) qu'il existait un manque de contact flagrant entre l'exécutif du conseil des médecins et la radiologie car des lettres de plaintes d'un chef adjoint du service de médecine générale, malgré l'approbation par l'exécutif du conseil des médecins, n'ont, semble-t-il, jamais atteint le chef du département ni l'administration (volume 62, pages 35, 36 et 37

Dans ce département, comme dans les autres, la "toute-puissance" du contrat que détient un chef est illustrée pour ce qui a trait au médecin d'établissement que le chef de radiologie engageait en octobre 1968 (volume 62, pages 47, 48 et 49):

"D.- Avez-vous répondu tantôt que le médecin d'établissement, à votre connaissance, vous ne savez pas s'il a été accepté par le conseil d'administration?

R.- Je n'ai pas eu connaissance qu'il ait reçu, du conseil d'administration ou du directeur général, de lettre d'acceptation. Ce que je veux dire c'est que moi j'ai fait la demande pour obtenir pour lui un statut d'établissement.

D.- Et il travaille comme médecin d'établissement depuis quand?

R.- Il fait de la garde en radiologie d'urgence, depuis le mois d'octobre et j'ai fait sa demande comme médecin d'établissement au début de mil neuf cent soixante-neuf (1969), exactement quand, je ne sais pas, mais comme c'était un médecin étranger, il a immigré ici au Canada, nous voulions apprendre à le connaître un peu avant de lui donner un poste.

D.- Dès son entrée, est-ce que l'exécutif du bureau médical a été informé de la présence d'un médecin d'établissement?

- "R.- C'est-à-dire j'ai informé le directeur médical de sa présence. Il n'avait pas officiellement de statut.
- D.- Est-ce que vous lui avez délégué des responsabilités?
- R.- Non, pas de responsabilités, sauf de répondre en premier aux appels d'urgence pour les consultations d'urgence le soir et les fins de semaine, quitte à appeler un des radiologistes certifiés si lui ne se sentait pas capable de faire ça. Comme dans beaucoup d'hôpitaux où il y a des résidents, il y a des résidents de garde en premier et il y a un radiologiste affilié en deuxième.
- D.- Ceux-là sont résidents?
- R.- Oui, ils sont résidents.
- D.- Est-ce qu'il était ici à titre d'éligible ou s'il n'a pas fini sa résidence?
- R.- Non, il n'a pas fini, il termine au mois de mai."

On peut donc conclure que la radiologie, comme les autres services et départements, pouvait se créer son propre personnel n'ayant pas statut\* officiel dans l'institution, à l'insu du conseil des médecins et du conseil d'administration mais à la connaissance du directeur médical.

ANESTHESIE:

Le département compte quatre (4) membres actifs, un (1) agréé et un (1) associé. La nomination et le contrat du chef remontent à 1964, avant l'ouverture de l'hôpital. Le service fut donc déménagé de toute pièce. C'est un des départements où le chef disait à la Commission: (volume 89, page 29)

"R.- Dès le début nous avions ce qu'il nous fallait".

Certains allégués du mémoire de l'Alliance des Infirmières ont trait (exhibit C-9, page 8) à l'absence d'anesthésiste, "chez lui" le soir, la nuit et les fins de semaine et qu'une fin de semaine cinq (5) parturientes ont dû accoucher sans anesthésiste".

(\* ) Le souligné est de la Commission.

Quant à ces allégations, le chef d'anesthésie établit que pour l'année 1968:

- 1) il y eut 1896 accouchements;
- 2) l'anesthésie générale fut administrée par le service 1598 fois, soit dans 85% des cas (volume 91, page 3). Or des 298 sans la présence d'anesthésiste qui restent, la preuve démontre que 160 furent faits sous anesthésie locale ou analgésie par le praticien tandis que des 138 qui n'ont rien reçu, 96 ont été des accouchements "naturels" volontaires;
- 3) l'anesthésiste arrivait trop tard dans 44 cas (2.6% du total) en raison des causes suivantes:
  - a) rapidité de l'accouchement;
  - b) arrivée tardive de la malade;
  - c) le système d'information et de communication de la maison qui est déficient.

A ce dernier propos, docteur Shooner dit: (volume 91, page 5)

"Q.- Est-ce que vous avez...?"

R.- Parce qu'à ce moment-là ça prendrait quelqu'un qui fait le tour de l'hôpital pour voir où il est.

Q.- Avez-vous protesté contre ce système?

R.- Depuis le début que l'on a demandé quelqu'un après minuit et c'est pour ça que, pour les anesthésistes qui demeurent près, il est plus facile de les rejoindre à domicile que de les rejoindre à travers l'hôpital."

.....

Q.- Ça durait de minuit à quelle heure?

R.- De minuit à sept heures (7.00) le matin."

et docteur Shooner ajoute: (page 7)

"R.- ...., il n'y a pas de système non plus de radio, de "bell-boy" à travers l'hôpital, qui serait pour nous autres la chose idéale, si c'est réalisable.

Q.- Vous n'avez pas pensé d'en acheter un pour le service d'anesthésie?

R.- Oui, mais il ne fonctionne pas partout à travers l'hôpital, il y a des zones où on ne l'entend pas du tout."

Ses demandes ont été adressées au directeur général qui, selon docteur Shooner, répondait: "C'est toujours sur le budget".

Il ressort donc du témoignage que ce département ne peut être trouvé blâmable pour les soins accordés aux malades. Le service entier toutefois est victime des problèmes d'organisation matérielle, pas autant en équipement qu'en communication. La Commission croit que les allégations de l'Alliance des Infirmières, à l'égard du service d'anesthésie, sont contraires aux faits et seulement "partiellement" vrais. S'il est exact que cinq (5) malades ont accouché sans anesthésiste la même fin de semaine, ces cinq (5) malades doivent être comptées parmi les quarante-quatre (44) cas mentionnés au témoignage, et pour les raisons élaborées.

#### GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE PATHOLOGIQUE:

Il y a cinq (5) membres dans ce service, dont trois (3) sont des membres actifs, les autres étant "agréés"

Les témoignages ici n'ont révélé que peu de choses anormales dans l'organisation depuis qu'une entente fut conclue rapidement entre ce service et la médecine générale. Au dire même du chef de gynécologie, cette entente s'imposait par "philosophie" et parce que la gynécologie n'avait aucun résident.

La Commission trouve l'argument logique, car de cette façon le gynécologue s'occuperait de sa spécialité lorsque jugé nécessaire par le médecin traitant, et, jusque là, le praticien agirait de lui-même. Les détails de construction du bloc obstétrical, préparés avant l'ouverture, n'auraient pas apparemment été suivis, de sorte que l'hôpital présente aujourd'hui des déficiences de ce côté. (Docteur C. Desmarais, volume 90, pages 19 et 20) ce qui porte le témoin à dire:

"Si l'enquête pouvait finir par nous faire avoir quelque chose, on serait bien content".

De plus, le témoignage du docteur Desmarais, chef gynécologue confirme: (volume 90)

- a) l'absence de consultation pour les plans de son service. (page 49);
- b) les retards et les complexités pour modifier même des lumières (pages 48 et 49);
- c) le fait que la centrale d'information ferme après minuit (pages 53, 54 et 55):
  - "Q.- Ca veut dire que l'anesthésiste, même s'il est dans la maison après minuit?  
R.- Il est au même étage, juste à l'autre poste et je ne suis pas capable de le retrouver, mais je vais le chercher pareil, je finis par le trouver...";
- d) qu'il avait contrôle et direction du bloc obstétrical, tout en n'étant pas le chef en obstétrique (page 62).

PSYCHIATRIE:

Ce département ouvrait ses portes en novembre 1966 avec la nomination du chef du service qui, à la tenue de l'enquête, était le seul membre actif, assisté de quatre (4) médecins d'établissement. Il y a vingt-cinq (25) lits et, dans son témoignage, le chef déclare qu'il en faudrait deux-cents (200)! (volume 91, page 14).

On peut encore constater le retard indu à effectuer des réparations car les modifications à la passerelle du service n'ont été effectuées qu'à la Noël 1968, ayant été conçues\* peu après la nomination du chef du département. (volume 91, pages 18 et 19).

L'organisation budgétaire et du personnel de ce service a été grandement facilitée et, semble-t-il, accélérée par le contact direct avec la section de psychiatrie du ministère de la Santé (volume 91, page 21):

"R.- C'est plus facile d'obtenir les psychiatres parce que lui (Docteur D. Bédard à Québec) comprend facilement ce dont on a besoin, parce que l'autre personnel dépend du ministère de la Santé et ça c'est long".

La permission de sortir en fin de semaine, accordée aux malades de son département par le chef, est en contradiction flagrante avec la directive générale du S.A.H.Q. donnée en février 1966 à ce sujet.

MEDECINE GENERALE:

Dans ce service, sous la direction du docteur Roch Huot, la Commission a pu constater un bel exemple d'une "chasse-gardée", laquelle est analysée en détail au chapitre "le différend Huot-Renzi" et nul n'est besoin d'y revenir.

(\* ) Le souligné est de la Commission.

Le système de garde de ce service à, par contre, fait l'objet de commentaires alors que le service d'urgence et de cliniques externes a été analysé précédemment.

CHIRURGIE:

Ce département groupe, sous un directeur, qui ne fait qu'agir comme co-ordonnateur des services chirurgicaux (Docteur Chalut, volume 40, page 46):

"R.- ....Ici, un chef de département, c'est surtout un coordonnateur. Il n'a pas l'autorité d'un chef de service. L'ordre, la discipline, le respect des règlements, c'est le chef du service qui doit voir à faire observer ces choses et le chef du département, c'est un coordonnateur, pour éviter les frictions entre les différents services..."

Le chef du département, docteur Chalut, a donc devoirs de coordination sur trois (3) services qui sont: orthopédie, neuro-chirurgie et chirurgie générale. Les deux (2) premiers services ne sont pas divisés en sections mais par contre la chirurgie générale compte six (6) sections qui sont, avec leur personnel: (exhibit C-17)

Section chirurgie générale:	2 actifs 4 agréés 1 conseil 1 visiteur
Section urologie:	3 agréés
Section O.R.L.:	3 agréés
Section chirurgie plastique:	2 associés
Section chirurgie dentaire:	1 actif 1 agréé 5 conseils
Section ophtalmologie:	4 conseils.

La Commission retrouve encore ici l'ambiguïté des termes qui est caractéristique de l'organisation de l'hôpital. En effet, l'exhibit produit alloue six (6) sections dans le service de chirurgie générale, alors qu'à la lecture des procès-verbaux du conseil d'administration (exhibit C-1) on voit que l'O.R.L., l'ophtalmologie et la chirurgie dentaire sont créées en services\*, certains même depuis 1964 (O.R.L.) avec chef du service nommé en même temps.

En somme, il semble bien à la Commission que les structures "sur papier" sont belles mais qu'à toute fin pratique il y a trois (3) services:- orthopédie, neuro-chirurgie et chirurgie générale, et que toutes les autres spécialités ne sont nullement organisées en service. Le docteur Chalut semble heureux de cet arrangement par lequel des chefs de service sont nommés à ce titre, par lui, mais restent médecins agréés seulement, et continuent avec leurs confrères à pratiquer dans d'autres hôpitaux en plus de Charles Lemoyne. C'est sans doute la raison pour laquelle ils continuent tous comme médecins agréés car docteur Chalut disait à la Commission: (volume 40, page 29)

"R.- ....Alors, en général, on a comme politique usuelle d'accepter un nouveau médecin qu'on ne connaît pas parfaitement bien comme médecin agréé d'abord, de le laisser un an ou deux comme médecin agréé et un an ou deux comme médecin associé et, finalement, médecin actif".

L'article 116 des règlements de l'hôpital dit bien (exhibit C-3, page 43):

"Le chef de service est un membre actif du conseil des médecins qui est nommé par le conseil d'administration sur la recommandation du conseil des médecins".

(\* ) Le souligné est de la Commission.

La Commission ne peut que s'étonner en constatant que dans les "sections" énumérées dans l'exhibit C-17, le docteur Chalut continue de laisser ces médecins comme membres agréés alors qu'un certain nombre de ces médecins étaient déjà avec lui à l'Hôpital St-Lambert et au moins trois (3) d'entre eux ont été nommés chefs de services par le conseil d'administration, certains même depuis le début de l'hôpital.

La Commission est forcée de conclure qu'en agissant ainsi le docteur Chalut, certainement avec le consentement de ses chefs de services "à contrat" (les médecins agréés nommés chef n'en ont pas) protégeait ses lits, au nombre de cent quarante (140) (volume 40, page 45) et empêchait le développement des services spécialisés en les gardant sous tutelle\*.

Les commissaires, toutefois, doivent reconnaître que le chef du département de chirurgie et du service de chirurgie générale a fait preuve d'un dévouement de chaque instant dans la gouverne de son service, dans la direction du bloc opératoire et à son poste de meneur d'équipe. Eut-il été mieux et, en même temps, moins intransigent de s'assurer la collaboration d'un plus grand nombre d'assistants "actifs"? La Commission se permet de répondre dans l'affirmative.

Il est jugé important dans cette section du rapport, qui traite du département de chirurgie dont le chef avait la charge du bloc chirurgical, de traiter de la matière de l'assistance en chirurgie par les infirmières. En effet, tant la conférence de presse de madame Larouche que le mémoire de l'Alliance faisaient grand état de ce sujet.

(\* ) Les soulignés sont de la Commission.

La Commission juge nécessaire, avant que d'entreprendre ce sujet, d'établir quelques définitions pour éviter l'équivoque dans ce qui va suivre:

- 10- ASSISTANT: est dit de la personne qui, face au chirurgien opérateur, met les mains dans la plaie, attache des ligatures, etc., en un mot: une extension immédiate des mains de l'opérateur. Dans certaines opérations d'envergure il y a un deuxième et même parfois un troisième assistant. \_\_\_\_\_
- 20- INFIRMIERE EN SERVICE INTERNE: celle qui, brossée et stérile, est préposée à la table d'instruments, à côté du chirurgien et passe à ce dernier, ainsi qu'à l'assistant, les instruments requis ou demandés.
- 30- INSTRUMENTISTE: terme ambigu, voulant dire, selon l'école française, une infirmière employée d'un chirurgien qui non seulement a la garde et la responsabilité des instruments de son patron, mais en plus l'assiste le plus souvent. Pour d'autres, surtout de l'école américaine, il s'agit d'une personne, infirmière ou même technicienne entraînée, qui agit toujours comme infirmière de service interne mais n'assiste pas.

Ces définitions étant données, il sera peut-être plus facile de réaliser les problèmes présentés à l'Hôpital Charles Lemoyne. Le problème fut exposé surtout lors de l'interrogatoire du docteur Chalut (volume 40) et sera exposé en grande partie par son témoignage. Il y eut plusieurs étapes dans le déroulement de cette affaire:

ETAPE I-

On ne peut faire mieux que de reproduire  
ici les pages 55 à 63 du volume 40:

"Q.- ...Voulez-vous expliquer à la Commission chronologiquement, si vous voulez, ou à la façon que vous voudrez, nous expliquer qu'est-ce qui s'est passé au juste à propos de l'assistance à la chirurgie, à l'assistance des chirurgiens à la salle d'opération?

R.- En fait, en lisant les procès-verbaux du conseil des médecins, je pense qu'on peut voir dans les différentes réglementations qui ont été adoptées à ce sujet là, les problèmes que les chirurgiens de l'hôpital ici ont eu à étudier successivement et progressivement concernant l'assistance à la salle d'opération.

Dans un hôpital qui n'est pas universitaire qui ne comprend pas dans son personnel des résidents et des internes en grand nombre, c'est sûr que nous ne pouvons pas avoir dans les salles d'opération de façon constante pour toutes sortes d'interventions, que ce soit ce qu'on est convenu d'appeler mineures ou majeures, des internes et des résidents. Alors, évidemment, les chirurgiens sont souvent obligés de s'assister entre eux. Depuis l'ouverture de l'hôpital, il y a eu des services qui ont eu l'avantage d'avoir des résidents, d'autres qui n'en ont pas eu. La présence des résidents dans les différents services a été irrégulière et c'était un peu ceci qui nous a amenés, au conseil du comité exécutif, à discuter ce problème et à élaborer des règlements qui répondaient aux problèmes, au moment où on les discutaient. La situation a changé au cours des années soixante-six (66), soixante-sept (67) et soixante-huit (68)."

.....  
"Q.- Vous faites allusion, docteur Chalut, à la page deux de ce procès-verbal, du dix-neuf (19) juillet mil neuf cent soixante-sept, (1967), sans doute à la motion que vous avez fait, c'est ça?

R.- C'est ça.

Q.- Voulez-vous la lire?

R.- "Le chef du département de chirurgie, docteur Pierre Chalut, soumet devant l'exécutif une motion qui se lit comme suit: et les chirurgiens de l'Hôpital Charles Lemoyne pourront, lorsqu'ils en auront besoin, se faire assister à la salle d'opération par une garde-malade. Cette motion est acceptée à l'unanimité, sur proposition du docteur André Peltier, secondée par le docteur Jean-Louis Rochon. L'adoption de cette motion est faite à l'unanimité, et sans aucun commentaire.

Il est à noter qu'il s'agit simplement de faire approuver officiellement par le comité exécutif un état de choses qui existe depuis sept ou huit ans dans notre milieu médical et qui existe dans plusieurs autres hopitaux de la province de Québec."

Q.- Voulez-vous nous expliquer l'idée de la motion et plus particulièrement les trois dernières lignes où vous dites que cette motion ne fait qu'approuver officiellement un état de choses qui existait depuis sept ou huit ans dans notre milieu médical et qui même existait dans plusieurs autres hôpitaux de la province. Pouvez-vous nous expliquer ça?

R.- D'abord, quand on parle du milieu médical, dans les procès-verbaux, on fait allusion à l'Hôpital de St-Lambert et à l'Hôpital Charles Lemoyne.

Q.- Notre milieu médical, vous voulez dire St-Lambert et Charles Lemoyne?

R.- Exactement. Et à l'Hôpital St-Lambert depuis mil neuf cent cinquante-neuf (1959) et à l'Hôpital Charles Lemoyne depuis l'ouverture de l'hôpital, il y avait des chirurgiens, de temps à autres qui se faisaient assister par des infirmières.

Q.- Pour les raisons que vous avez données tout à l'heure?

R.- Pour les raisons que j'ai données tout à l'heure, parce qu'ils avaient des difficultés à se trouver des médecins de façon constante pour se faire assister et lorsque ça ne comportait pas de danger, lorsque c'était une chose qui était réalisable sans affecter d'aucune façon la sécurité du patient, ces médecins se faisaient assister par des infirmières.

Q.- Si je comprends bien, c'est chaque chirurgien qui décidait quel cas il devait se faire assister par un médecin et quel cas c'était possible et sans danger, de se faire assister par une garde-malade. Est-ce ça que vous dites?

R.- Oui.

Q.- Continuez.

R.- Maintenant comme c'était un état de chose qui existait et que le comité exécutif n'avait jamais discuté du problème, personnellement je trouvais que c'était mieux d'aborder le problème au comité exécutif et si les médecins du conseil des médecins, du comité exécutif étaient d'accord de donner une permission officielle au lieu de laisser un état de choses qui existait et qui n'avait jamais été discuté, à ce moment-là j'ai apporté la motion, pas comme chef de département ou chef de service, mais simplement comme membre du comité exécutif. C'était un problème que je n'avais absolument pas dans mon service, parce que j'avais toujours eu l'avantage d'avoir des résidents, mais c'est un problème qui existait dans un ou deux, c'était pas un problème, c'était un état de choses qui existait dans un ou deux services et j'aimais mieux personnellement, comme membre du conseil des médecins, que cet état de chose soit discuté ou présenté devant le comité exécutif et qu'elle soit approuvée, s'il y avait lieu.

Et c'est dans ces conditions-là qu'au mois de juillet soixante-sept (67), les chirurgiens ont été autorisés, lorsqu'ils le jugeaient réalisable, de se faire assister par une infirmière à la salle d'opération."

.....

"Q.- Est-ce que avant de présenter ça au comité, au comité exécutif du conseil des médecins, vous avez, vous vous êtes renseigné auprès des autorités, tel que le collège des médecins ou autres organismes tels ou le ministère de la Santé ou je ne sais pas, pour vous renseigner des normes ou des directives, ou s'il existait des règlements de ces divers organismes, lorsque vous avez fait cette motion, ou lorsque cette motion a été passée, parce que ce n'est pas vous qui l'avez fait, c'est le docteur Peltier. Est-ce que vous vous étiez renseigné?

R.- En juillet mil neuf cent soixante-sept (1967), j'avais à l'esprit qu'à ma connaissance personnelle, il n'existait pas dans la province de Québec aucune loi ou aucun règlement précisant de façon très précise qui devrait assister un chirurgien dans une salle d'opération, dans tel et tel genre d'intervention.

Q.- Après que cette motion eut été acceptée à l'unanimité et sans aucun commentaire, qu'est-ce qui s'est passé, docteur Chalut?

R.- Il ne s'est rien passé de spécial, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu ni plus ni moins de chirurgiens qui ont été assistés par des infirmières de temps à autres. Les chirurgiens, lorsque c'était nécessaire, ont continué à s'assister entre eux ou à être assisté par un autre médecin et il y a eu, comme il y avait avant, le règlement, les résidents ou les médecins d'établissement qui travaillaient dans l'hôpital ont continué à travailler à assister des chirurgiens. Autrement dit, ça n'a absolument rien changé à la situation, mais ça a simplement mis sur papier un état de faits qui existait déjà."

#### ETAPE II-

Après ce temps, arrivait une décision du Collège des médecins qui allait changer la situation en la compliquant: (volume 40, pages 63 à 66 incl.)

"Q.- Et par la suite?

R.- Par la suite, au cours de l'année mil neuf cent soixante-huit (1968), nous avons reçu une lettre du Collège des Médecins qui est d'ailleurs déposée comme document devant la Commission, si je me souviens bien.

Q.- La lettre du Collège des Médecins?

"R.- Moi, je n'en ai pas copie en ma possession, mais je sais qu'il semble qu'il a été déposé par Me Lapointe devant la Commission il y a déjà un bon moment."

.....

"Q.- Quelle était la lettre?"

R.- La lettre, je ne l'ai pas en ma possession, mais je peux vous en donner un peu le sens de mémoire...

Q.- Allez-y.

R.- Cette lettre là signifie que dans les hôpitaux qui ne sont pas enseignants, qui ne sont pas universitaires, à partir du premier (1er) juillet mil neuf cent soixante-huit (1968), il ne sera plus possible de retenir les services d'un médecin résident, à moins que ce médecin ait passé tous les examens du Collège de la Province de Québec, du Collège des Médecins et qui l'autorisent à l'exercice de la médecine dans la province.

Q.- Ce n'est pas un dépliant du Collège des Médecins plutôt qu'une lettre?"

R.- C'est une lettre . Alors, en recevant cette lettre, disons que nous avons été pris un peu de court et décontenancés, parce que, comme je vous l'ai expliqué, depuis le début, depuis mil neuf cent cinquante-neuf (1959), c'était relativement facile de retenir les services d'un médecin étranger qui avait toutes les qualités voulues pour travailler dans un service de chirurgie, par exemple, qui n'avait pas le droit de pratique dans la province. Mais si le Collège, en exigeant tous les examens qui permettent d'obtenir la licence, à ce moment-là, subitement, le nombre de médecins susceptibles de pouvoir venir travailler avec nous est tombé presque à zéro.

Q.- Vous souvenez-vous de la date approximative de cette lettre-là, vous avez dit en soixante-huit (68)?"

R.- Fin soixante-sept (67), début soixante-huit (68)."

La lettre en question avait été adressée au directeur médical en date du 23 mai 1967 et fut produite comme exhibit C-69. Il est donc surprenant de voir que le conseil des médecins et son exécutif pouvaient en juillet de la même année ne pas avoir été mis au courant de cette lettre par le directeur médical. En effet, (volume 40, pages 68 et 69) on a dit:

"Q.- Mais lors de votre assemblée de l'exécutif du conseil des médecins du dix-neuf (19) juillet mil neuf cent soixante-sept (1967), cette lettre-là avait déjà été reçue à l'hôpital. Vous avez dit que la date c'est mai soixante-sept (67)?"

R.- Oui.

Q.- Donc, c'est deux mois avant?

R.- Maintenant...

Q.- Vous n'étiez pas au courant, lorsque vous avez fait cette motion-là, tous ceux qui étaient présents, dont le docteur Letellier?

R.- En juillet soixante-sept (67), je crois que je n'étais vraiment pas au courant de cette lettre-là.

Q.- Mais le docteur Letellier n'a pas attiré votre attention sur cette lettre-là à ce moment-là?

R.- A ma connaissance, non."

La Commission voit ici une évidence additionnelle du rôle inefficace du directeur médical à cet hôpital. Le chef du département et les autres membres de l'exécutif passaient donc leur résolution de l'étape I, dans l'ignorance de l'étape II. La lettre du Collège parvenait plus tard au docteur Chalut et lui apprenait qu'à compter de 1968 il n'aurait plus de résident ou médecin d'établissement: (volume 40, pages 70 et 71)

"Q.- Et qu'est-ce qui est arrivé?

R.- J'ai pris connaissance rapidement de la lettre et j'ai reçu une lettre, comme chirurgien ici, qui contient le même sens que celle-là et qui n'est pas exactement le même texte. Je l'ai reçue un peu plus tard.

Q.- Vous n'avez pas cette lettre en votre possession?

R.- Je pourrai la retrouver, le Collège me fournirait sûrement, pour la déposer.

Q.- Est-ce que c'est une lettre que le Collège des Médecins, sous la signature du registraire, vous adressait à vous comme chirurgien licencié de pratique ou comme chef du département ici?

R.- Je ne peux pas vous répondre.

Q.- Le registraire du Collège pourrait nous répondre?

R.- Oui.

LE PRESIDENT:

Q.- Vous avez, à votre assemblée du vingt (20) mai mil neuf cent soixante-huit (1968), comité exécutif du conseil des médecins, à la page quatre (4), règlements d'assistance à la salle d'opération; voulez-vous nous lire ce que vous avez fait à ce moment-là?"

ETAPE III-

Nonobstant ce fait, s'étant renseigné auprès d'autorités compétentes, v.g. le conseil canadien d'accréditation et le collège des médecins, le docteur Chalut faisait volte-face et, au comité exécutif du conseil des médecins le 20 mai 1968, s'exprimait ainsi: (volume 40, pages 71, 72 et 73)

"R.- "Le docteur Chalut fait remarquer qu'il y a un an, le comité exécutif acceptait un règlement par lequel des médecins chirurgiens pouvaient se faire assister par des infirmières à la salle d'opération. Selon les règlements du Collège des Médecins, ainsi que le demande le comité d'accréditation, il serait bon d'accepter un nouveau règlement pour les salles d'opération, ou du moins pour l'assistance dans les salles d'opération. Ainsi, docteur Chalut formule comme ceci sa proposition: les chirurgiens de l'Hôpital Charles Lemoyne devront, lorsque cela sera nécessaire pour les interventions chirurgicales majeures, se faire assister par un autre médecin devant être soit, un chirurgien, soit un omnipraticien, soit un médecin d'établissement, soit un résident. Par ailleurs, il sera permis au chirurgien de retenir les services d'une infirmière à titre privé, comme aide-technicienne ou instrumentiste à la salle d'opération. Cette infirmière ne sera pas autorisée à agir comme première assistante au cours du temps principal d'une intervention majeure et on entend comme intervention majeure ce que le Comité Canadien d'Accréditation définit de la façon suivante: "Une intervention où il existe un risque sérieux, ou toute intervention où l'une des grandes cavités de l'organisme est exploré". Cette proposition est secondée par le docteur André Peltier et acceptée unanimement par les membres du comité exécutif".

Malgré cette nouvelle façon d'agir, il appert qu'il ne fut pas possible, selon docteur Chalut, d'éviter que des infirmières agissent comme premières (lère) assistantes: (volume 41, pages 1, 2 et 3)

"PAR LE PRESIDENT:

Q.- A partir de cette date-là, est-ce que ça a été mis en application?

R.- Ça a été mis en application mais ça n'a pas été suivi intégralement.

Q.- Qu'est-ce que vous voulez dire par ça?

"R.- Je veux dire que ce règlement, d'abord, nous cause un problème assez important. Et c'est le même problème qui se retrouve, je pense bien, dans tous les hôpitaux: C'est qu'il est très difficile de départager entre une intervention chirurgicale majeure et une intervention chirurgicale mineure. Et, deuxièmement, au cours de l'été "68" il s'est présenté une situation locale un peu spéciale qui a conduit à ce que de temps en temps, parfois, une infirmière assiste un chirurgien lorsqu'il s'agissait vraiment d'une intervention chirurgicale majeure. Et je m'explique. C'est que au tout début du mois de juillet, le système de climatisation de l'hôpital est tombé en panne, jusqu'au mois d'octobre ou novembre. Et à ce moment-là la chaleur dans les salles d'opérations est devenue très intense et il est devenu excessivement fatiguant pour les chirurgiens de travailler à la journée longue dans les salles d'opérations. Tellement, que fin juillet et pour tout le mois d'août, nous avons essayé autant que possible de limiter notre travail aux interventions d'urgence et aux interventions semi-urgentes. Et en plus de ça il y avait des chirurgiens qui étaient en vacances. Alors le système que nous avons préconisé au mois de mai: lorsqu'il y avait une intervention chirurgicale majeure de s'assister surtout entre nous, est devenu difficile à réaliser. Et c'est de cette façon, je dis bien, que quelquefois une infirmière a assisté un chirurgien pour une intervention chirurgicale majeure et à un moment où il y avait d'autres chirurgiens dans les salles voisines et d'autres chirurgiens dans l'hôpital. Alors c'est de cette façon-là que le règlement n'a pas été suivi intégralement..."

#### ETAPE IV-

En date du 28 août 1968, madame Larouche écrivait au docteur Chalut quant à l'assistance en salle d'opération et reproduisait dans sa lettre (exhibit C-71) un tableau extrait d'une brochure de vingt-trois (23) pages émanant du ministère de la Santé portant date: août 1967 et intitulé: "Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux". (exhibit C-18). Du nombre de brochures produites pour l'enquête comme exhibit, la Commission fait remarquer qu'un certain nombre avait, en première page, la reproduction d'une lettre en date du 15 novembre 1967, à l'adresse des directeurs généraux et des directrices des soins infirmiers, expliquant que la brochure devenait "la directive du ministère dans ce domaine" et était le résultat du travail d'un comité groupant, en plus de ceux du ministère, des représentants du Collège des médecins,

ainsi que de trois (3) groupements d'infirmières, et de deux (2) associations hospitalières.

Aux pages 16 et 17 de cette brochure, quand on y classifie: "Assistance aux interventions chirurgicales", il est inscrit dans la colonne appropriée que seul un médecin peut agir comme premier assistant. C'est ce qui était à l'origine, semble-t-il, de la lettre de madame Larouche.

Or des exhibits produits devant la Commission prouvent bien que ce problème occupe les autorités chirurgicales de plusieurs pays. La recommandation du conseil canadien d'accréditation veut qu'il y ait définition d'intervention majeure et que seulement là doit-on exiger l'assistance par un médecin. Par contre, le conseil d'accréditation aux Etats-Unis exige un médecin-assistant seulement lorsqu'il y a un danger inusité pour la vie du malade (exhibit C-70 = "in any procedure with unusual hazard to life"). Le "American College of Surgeons" accepte ce dernier point de vue et maintient que le "danger" inusité pour la vie du malade" demeure à être déterminé selon la conscience du chirurgien.

Le problème de l'hôpital Charles Lemoyne dans ce domaine n'est donc pas unique, si ce n'est que l'application intégrale d'une directive contenue dans une brochure a été demandée par les infirmières, sans doute guère plus au courant de toutes les modalités que les gens du comité du ministère qui ont voulu trancher la question par un petit tableau contenant un trait à l'encre comme solution à tous les maux.

D'ailleurs, à ce propos, la Commission croit que le conseil des médecins était plus conscient des modalités en cause: (volume 41, page 10)

"R.- ...Toute cette question d'assistance en chirurgie a toujours été discutée au Comité Exécutif du Conseil des Médecins plutôt en fonction des recommandations de l'Accréditation Canadienne, en fonction des inquiétudes du Syndicat des Infirmières et pour s'orienter graduellement vers une réglementation qui serait réalisable et qui pourrait satisfaire tous ces organismes."

Toutefois, la Commission est d'avis que le bruit soudainement fait autour du problème de l'assistance relève bien plus du fait qu'à compter de mai 1968, par résolution du conseil des médecins, il était permis aux chirurgiens d'engager à leurs frais des infirmières "instrumentistes", (volume 41, pages 14 et 15)

"Q.- Je demande au témoin si dans la motion passée au comité exécutif du Conseil des Médecins, à la réunion du 28 mai 1968, où il est dit: "Il sera permis aux chirurgiens de retenir les services d'une infirmière à titre privé, comme aide-technicienne ou instrumentiste", si ceci veut dire que le chirurgien, il lui est permis de payer cette infirmière-là qui travaille seulement pour lui en-dehors des cadres du budget de l'hôpital, ou payée par l'hôpital; est-ce ça que ça veut dire?

R.- Oui.

Q.- A partir de mai "68"?

R.- Oui.

Q.- Est-ce que ça se pratique encore?

R.- Non.

Q.- Est-ce que cette résolution a été portée à la connaissance du Conseil d'Administration?

R.- A ma connaissance, non."

mais qui de fait étaient assistantes: (volume 68, pages 13, 14 et 15, Madame Falls)

"Q.- Did they have any responsibility for the care of instruments, for instance?

A.- No.

- Q.- Did they have any responsibility for the care of patients or handling of patients in and out of the operating room?
- A.- You mean transporting them?
- Q.- Well, no, handling, I said. "Handling" means a lot of things, including the dossier and checking them on the right basis. As you know, these responsibilities were nursing personnel.
- A.- Yes.
- Q.- Did you consider these nurses, then, not nursing personnel?
- A.- They were nurses.
- Q.- But were they your nursing personnel?
- A.- No.
- Q.- They were not?
- A.- No.
- Q.- What did you consider them as: nurses that were doing other work or --or what?
- A.- Just, I --I was told they were hired by the surgeon.
- Q.- Well, did these nurses, then, appear to-- when a case was posted, just go in and scrub with the surgeon? Is this correct?
- A.- That is correct.
- Q.- And they would assist the surgeon and after that they would leave the operating room?
- A.- Yes, that is correct."

En effet, ce n'est qu'après ce temps que le service des soins infirmiers et, semble-t-il, le syndicat se plaignaient, ayant permis, toléré en silence et donc, sans doute, approuvé ce qui s'était fait depuis l'ouverture de l'hôpital et ce qui même était l'usage à St-Lambert, mais avec du personnel salarié de l'hôpital.

Par contre, encore une fois, les médecins usurpaient des droits au conseil d'administration, car, nous venons de le voir, le conseil responsable de la gestion n'avait pas été avisé.

A toute fin pratique le système d' "instrumentiste en service privé" ne devait guère durer au-delà de septembre 1968 au dire même du docteur Chalut.

La Commission doit tout de même conclure:

- 10- Le problème de l'assistance aux interventions chirurgicales ne peut être solutionné par les "directives" trop simplistes de la brochure "classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux", émanant du ministère de la Santé.
  
- 20- L'aspect du problème à Charles Lemoyne était déjà réglé depuis septembre 1968, alors que conférence de presse et mémoire de l'Alliance en faisaient état en fin octobre et début novembre 1968, démontrant par là l'esprit de mésentente qui régnait au sein de l'hôpital.

CHAPITRE CINQUIEME

LES SOINS INFIRMIERS

Avant même l'ouverture du nouvel hôpital, mademoiselle M. Perron, directrice du service des soins infirmiers de l'Hôpital St-Lambert depuis le 3 juin 1963, avait préparé un organigramme du service des soins infirmiers de l'Hôpital Charles Lemoyne (exhibit C-118) et en avait remis une copie au directeur général le 3 mars 1966.

A l'ouverture de l'Hôpital Charles Lemoyne, le 21 mars 1966, la majorité des employés de l'Hôpital St-Lambert a été transférée au nouvel hôpital, y compris mademoiselle M. Perron.

Sans doute préoccupé par les problèmes matériels qui se sont présentés au moment de l'ouverture de l'hôpital, le directeur général a négligé de vérifier cet organigramme; à ce sujet, écoutons le témoignage de mademoiselle Perron (volume 64, pages 10 et 11):

"Q.- Avez-vous demandé les raisons pour lesquelles on ne l'a pas mis en pratique? (l'organigramme)

R.- Si je peux demander les raisons?

Q.- Non, avez-vous demandé à l'administration des raisons pourquoi l'organigramme, que vous proposiez pour votre département des soins infirmiers, n'était pas mis en pratique?

R.- J'ai été le chercher, je suis allée dans le bureau de monsieur Lanoue une fois pour savoir si on avait eu le temps de le regarder, et on m'a répondu qu'on n'avait pas eu le temps de le regarder.

Q.- C'était longtemps après que vous l'aviez soumis?

R.- Quelques mois.

Q.- Quelques mois?

R.- Oui".

Il est évident que Mlle M. Perron a été laissée à elle-même sans directive générale comme elle le déclare dans son même témoignage (17 mars 1969, volume 64, page 11):

"Q.- Avez-vous pu fonctionner sans cette organisation-là?

R.- J'ai fonctionné du mieux que j'ai pu.

Q.- Voulez-vous conter à la Commission comment vous avez fonctionné durant le temps où vous avez été ici, si votre organigramme n'était pas accepté ni même accusé réception?

R.- J'ai organisé les départements en fonction du nombre de malades et de chaque spécialité sur les départements de façon à ce que ça fonctionne. Il ne manquait pas de personnel pour m'aider".

En plus de l'organigramme des soins infirmiers, la directrice avait également préparé et remis à Monsieur G. Lanoue "toute l'organisation du nursing avec la description des tâches, les politiques" (volume 64, page 32).

De l'ouverture de l'hôpital jusqu'à son départ, le 25 octobre 1967, Mlle M. Perron a dû travailler dans des conditions difficiles à plusieurs points de vue: (volume 64, page 21):

"Q.- Alors si le personnel était en nombre suffisant est-ce que c'était le matériel qui manquait, est-ce que c'était des choses matérielles, vos difficultés?

R.- Disons que c'était au point de vue peut-être matériel. C'était au point de vue communication, c'était au point de vue collaboration aussi.

"Q.- Collaboration avec vos hospitalières, et vos surveillantes, vos assistantes, ou avec la direction de l'hôpital?

R.- C'était peut-être avec deux parties.

Q.- Lesquelles?

R.- Avec l'administration et les syndicats". (\*)

Il a été établi au début de son témoignage (volume 64, page 18) qu'elle n'avait pas toujours la collaboration de l'administration, qu'on ne répondait pas toujours à ses demandes et en ce qui concerne les syndicats, elle se sentait vraiment brimée dans sa tâche comme elle le déclare (volume 64, page 24):

"R.- Bien on essayait d'édifier quelque chose de bien du mieux que l'on pouvait, avec les facilités que l'on avait. Par exemple, j'affiche un poste, je pose un ou deux critères. Et, le lendemain, il y avait une feuille, à côté du poste affiché, et c'était signé en rouge, de ne pas soumettre des critères qui avaient été indiqués sur la feuille, des choses comme ça.

Q.- Cette feuille, placée à côté de votre poste d'affichage, qui était écrite en rouge, était-elle signée, cette feuille?

R.- Oui.

Q.- C'était signée par qui?

R.- Si je me souviens bien, c'était la présidente d'un syndicat.

Q.- Qui s'appelait? Qui était mademoiselle?

R.- Je pense que c'est mademoiselle Dupuis.

Q.- Alors à côté d'un poste que vous aviez affiché comme étant vacant, et vous demandiez des applications, est-ce que c'est ça?

R.- Oui.

Q.- Donnant des critères pour ce poste, il y avait une autre feuille, le lendemain, à côté signée par la présidente de l'Alliance des Infirmières, mademoiselle Dupuis disant de ne pas s'en occuper?

R.- De ne pas s'occuper des critères de sélection.

Q.- De ne pas s'occuper des critères de sélection?

R.- Oui".

(\*) Les soulignés sont de la Commission.

La Commission reconnaît ici que cette situation ne se serait pas produite s'il y avait eu plus de communications au sein de l'administration, plus spécifiquement entre le directeur du personnel et la directrice des soins infirmiers. Ce sujet a été analysé au chapitre intitulé: "La direction du personnel", chapitre premier, paragraphe (e).

Ces divergences entre la directrice des soins infirmiers et les représentants syndicaux, ajoutées au manque constant de matériel et d'équipement suscitait un conflit pour lequel le docteur St-Georges fut nommé arbitre, le 5 juillet 1967, et soumettait sa sentence le 24 novembre 1967.

Les principales récriminations syndicales portaient sur le manque de personnel alors que mademoiselle M. Perron nous a déclaré à quelques reprises, au cours de son témoignage, qu'elle avait suffisamment de personnel (volume 64, page 21), qu'elle ne manquait pas de personnel (volume 64, page 68). D'ailleurs, au cours du même témoignage, elle déclare ne pas être d'accord avec le "rapport St-Georges" (volume 64, page 77):

"Par exemple, au point de vue du personnel. Alors que Québec nous accordait un nombre minimum de personnel, lui en demandait une quantité à mon avis exagérée".

Ne pouvant tolérer ce climat et ne se sentant pas tellement appuyée par l'administration, elle décida de quitter l'hôpital le 25 octobre 1967 et elle apportait avec elle tous les travaux qu'elle avait préparés concernant l'organisation des soins infirmiers, la description des tâches, l'organigramme et même les procès-verbaux de ses réunions avec les hospitalières. Suivant sa déclaration

(volume 64, pages 87 et 88) monsieur Lanoue avait une copie de ces documents mais elle n'en laissait pas au bureau de la direction des soins infirmiers.

La Commission blâme d'abord le directeur général de n'avoir pas accordé à la première directrice du nursing toute l'attention et la collaboration que son poste et ses fonctions réclamaient, mais elle blâme également mademoiselle M. Perron de n'avoir pas su utiliser le personnel administratif en fonction à ce moment-là à l'hôpital. Elle a agi seule et a constamment décidé d'elle-même ce qu'elle devait faire; elle n'aurait pas dû sortir de l'hôpital la documentation qu'elle avait élaborée et qui était la propriété de l'hôpital.

La deuxième directrice des soins infirmiers, madame Laurette Larouche, est entrée en fonctions le 9 janvier 1968. N'ayant trouvé au bureau des soins infirmiers aucune description des tâches, elle s'est appliquée à établir les fonctions de tout le personnel des soins infirmiers, tel qu'établi dans son témoignage rapporté au chapitre premier, paragraphe (c). Elle avait également écrit ses propres fonctions mais elle ne les a jamais données à personne, parce que personne ne les lui avait jamais demandées (volume 2, pages 31 et 45).

Madame L. Larouche a préféré établir les fonctions de son personnel plutôt que d'établir les techniques et les procédures pour traiter les malades. Elle déclare bien dans son témoignage (volume 2, page 50) que "du travail avait été fait sur cela mais que ce n'était pas encore écrit parce qu'elle n'avait pas eu le temps":

"Je suis ici seulement depuis le mois de janvier 1968".

Il existait cependant des techniques écrites dans certains cas et elle le reconnaît dans son témoignage en page 57:

" ...il y a déjà une technique d'habitude, de roulement qui se fait, il y a certains étages, certaines unités de soins d'ailleurs qui ont une technique particulière, à la salle d'opération, en neuro-chirurgie, ils ont une technique particulière.

Q.- Ce n'est pas écrit, cela?

R.- Celle de la neuro-chirurgie je ne sais pas si c'est fini, je suis partie à ce moment-là. Il y a des routines de service en obstétrique, il y a des soins qui se donnent, qui sont de routine, la même chose qu'à la pouponnière et ils ont des choses écrites qui sont locales, c'est écrit sur un papier dans le département, ces choses-là ce sont des choses pour une unité de soins".

La Commission souligne ici que madame L. Larouche aurait très bien pu utiliser ce qui existait déjà dans son service pour commencer son cahier des techniques et former des comités pour les reviser et compléter celles qui manquaient. Elle s'est attaquée à bien d'autres sujets plutôt que de corriger ses propres lacunes.

Elle a accepté difficilement la convention syndicale surtout en ce qui concerne l'affichage des postes et également l'application intégrale du "rapport St-Georges."

Les représentants syndicaux se sont plaints de l'attitude de madame Larouche à leur égard et le témoignage de monsieur Jacques Olivier, représentant syndical, est assez éloquent à ce sujet (volume 97, page 19):

" Nous avons tenté, depuis la sortie du rapport St-Georges, de le faire mettre en application..."

Et à la page suivante du même témoignage:

"Mais lorsqu'est arrivée l'ancienne directrice du nursing, madame Larouche, elle a refusé carrément de le mettre en pratique, disant que ce n'était pas un médecin de l'extérieur qui viendrait gérer son nursing. Et après l'avoir rencontrée assez souvent et puis m'avoir fait sortir assez souvent de son bureau ça n'a rien apporté, ça n'a rien donné".

Pour tenter d'éclaircir la situation il y eut une rencontre le 31 août 1968 entre deux représentants syndicaux, le directeur général, la directrice du nursing et deux représentants du ministère de la Santé. A la fin de cette longue rencontre, une entente fut signée par toutes les parties, sauf madame Larouche qui avait quitté avant la fin de la réunion. Cette entente réaffirmait certains principes déjà énoncés dans la convention syndicale ainsi que l'application intégrale du "rapport St-Georges".

Madame Larouche travaillait en vase clos puisqu'elle n'a même pas respecté l'entente du 31 août 1968 signée par le directeur général (volume 97, page 32):

"Q.- Et après le 31 août?

R.- Il y a eu d'autres rencontres parce que même l'entente que l'on a signée le 31 août n'a jamais été respectée par garde Larouche, après ça elle n'a jamais voulu la mettre en application".

La situation dans le service des soins infirmiers ne s'était pas améliorée au contraire et l'attitude de la directrice n'avait pas changé (témoignage de madame Larouche, volume 92, page 64):

"R.- Il y avait d'abord si vous vous rappelez que monsieur Provost a mentionné qu'il y avait eu une assemblée assez orageuse au comité de nomination et que je trouvais que je n'avais pas de support de monsieur Lanoue et monsieur Provost pour certaines choses au sujet des critères et différentes choses.

Alors, le lendemain, moi je ne viens pas travailler je décide de rester chez nous, de ne plus venir travailler. Ca faisait plusieurs fois que je ne voulais plus venir travailler à l'Hôpital Charles Lemoyne. Je décide de rester à la maison et de ne plus venir travailler. Alors ce matin-là, j'étais chez moi et puis on est venu à la maison et puis on a fait des mises au point.

Q.- Qui ça on?

R.- Les gens du bureau des soins infirmiers ainsi que monsieur Lanoue.

Q.- Qui ça les gens?

R.- Je vais vous les nommer; mademoiselle Robidas, mon assistante, mademoiselle Gravel qui était une surveillante, madame Tremblay, madame St-Onge ainsi que mademoiselle Bisailon et puis monsieur Lanoue et le docteur Letellier.

Q.- Ils sont tous allés chez vous?

R.- Ils sont venus chez nous et après, en fin de compte, on m'a demandé de revenir à l'hôpital".

La Commission considère que cette intervention de l'administration fut malheureuse puisque c'est après cette rencontre que madame Larouche a semblé durcir ses positions, poussée par le groupe des infirmières plus haut mentionnées qui avec elle ont préparé l'ordre du jour d'une assemblée qui devait avoir lieu le lendemain.

En effet, le lendemain, 10 octobre 1968, au cours d'une assemblée de son exécutif, elle élaborait avec ses assistantes une longue série de questions à poser à l'administration et exiger une réponse au plus tard le 16 octobre (exhibit C-12). Cette date limite fut éventuellement reportée au 25 octobre 1968 lors de leur rencontre avec l'administration, le lendemain 11 octobre. (chapitre premier, paragraphe (c) "La conférence de presse".

Madame Larouche a été malhonnête avec ses compagnes puisqu'il avait été décidé à l'assemblée de l'exécutif des soins infirmiers qu'il y aurait des journées

d'étude, à moins de recevoir une réponse favorable aux demandes. Or les journées d'étude ont été remplacées, sans avertissement, par la conférence de presse.

L'honnêteté de madame L. Larouche est aussi mise en doute lorsqu'elle déclare: (volume 2, page 37)

"R.- Oui nous avons rencontré monsieur Spickler et monsieur Lanoue toute une journée.

Q.- Qu'est-ce qui en est advenu?

R.- C'a été non, on n'a rien eu de positif, ç'a été non tout le temps".

Et pourtant le compte rendu de cette rencontre (exhibit C-13) établit que:

"Madame Larouche remercie monsieur Spickler d'avoir bien voulu venir nous rencontrer et d'avoir répondu à nos questions".

Il existait certes des conditions de travail très difficiles par suite du manque d'équipement et de matériel, et du "rapport St-Georges" en fonction du budget accepté par le S.A.H.Q., mais madame Larouche aurait dû imposer son autorité à ses assistantes et à l'exécutif des soins infirmiers pour contenir leur impatience et maintenir le dialogue entre son service, l'administration et les représentants syndicaux.

## VIII - CONCLUSIONS

Pour faciliter la compréhension du travail de la Commission et pour préparer l'esprit aux recommandations qui suivront, nous avons jugé utile de tirer certaines conclusions sur chacun des chapitres apparaissant à la table des matières.

10- Sans que la preuve l'ait démontré de façon péremptoire, la Commission reste convaincue que la politique et les intérêts particuliers ont joué un rôle prépondérant dans les origines et le développement de l'Hôpital Charles Lemoyne.

(CHAPITRE PREMIER - a).

20- L'enquête a établi que l'organisation matérielle, à tous les points de vue, était incomplète et insuffisante pour justifier l'ouverture précipitée de l'hôpital le 21 mars 1966. La Commission conclut que le conseil d'administration et les autorités gouvernementales ont alors fait une erreur qui, par la suite, a contribué largement au climat de méfiance et de tension entre tous les groupes de diverses disciplines qui oeuvrent en milieu hospitalier. La Commission déclare que les responsables de la construction n'ont pas su utiliser suffisamment les conseils des utilisateurs futurs de l'hôpital durant la période de la construction. La complexité des procédures gouvernementales a considérablement ralenti les décisions qui s'imposaient pour terminer l'hôpital et réparer les déficiences qui se sont présentées dès les premiers temps.

(CHAPITRE PREMIER - b).

30- Les commissaires affirment que madame Laurette Larouche, directrice des soins infirmiers, a commis une grave erreur de jugement en se laissant guider, au milieu des circonstances malheureuses qui prévalaient à ce moment, vers l'oubli de ses devoirs professionnels envers les malades et des responsabilités de son poste, jusqu'à convoquer et tenir une conférence de presse.

(CHAPITRE PREMIER - c).

40- L'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne), affiliée à la C.S.N., a exploité et amplifié le sentiment d'inquiétude provoqué par la conférence de presse de madame L. Larouche et a préparé précipitamment un mémoire visant à obtenir une enquête publique sur l'Hôpital Charles Lemoyne. Le ouï-dire a joué un rôle prépondérant dans la préparation du document.

(CHAPITRE PREMIER - d).

50- Locataire impuissant d'un hôpital appartenant au gouvernement, dominé par les intérêts de quelques médecins, membres du conseil d'administration, celui-ci s'est avéré non qualifié et incapable d'administrer une institution de cette importance.

CHAPITRE DEUXIEME - a).

De plus, le conseil d'administration a eu régulièrement recours à des avis légaux qui, souventefois, se sont avérés inadéquats v.g. les contrats des chefs de service.

(CHAPITRE QUATRIEME - d-1).

60- La Commission, tout en reconnaissant les nombreux services rendus par le directeur général pour la construction de cet hôpital, déplore que, consciemment

ou non, il ait consacré la plus grande partie de ses activités à accomplir le travail du propriétaire et qu'il ait ainsi négligé ses véritables fonctions. Le peu d'intérêt qu'il a manifesté pour l'organisation et la direction médicale constitue sa faiblesse majeure.

(CHAPITRE DEUXIEME - b).

70- Quant au directeur médical, la Commission conclut, comme l'a démontré la preuve, qu'il n'a pas rempli le rôle qu'un hôpital est en droit d'attendre du titulaire d'un tel poste.

(CHAPITRE PREMIER - c).

80- Le directeur des finances, malgré ses qualifications, n'a pu donner son plein rendement à cause des restrictions imposées par le S.A.H.Q. sur le budget de l'hôpital ainsi que sur l'équipement et le personnel mis à sa disposition.

(CHAPITRE DEUXIEME - d).

90- Le budget approuvé par le S.A.H.Q. a été nettement insuffisant et pour cette raison, l'hôpital devait se financer en retardant le paiement des comptes aux fournisseurs pour des périodes dépassant parfois douze (12) mois; il y a même des fournisseurs qui ont refusé de vendre à l'hôpital à moins d'être payés sur livraison.

(CHAPITRE DEUXIEME - d).

100- Les commissaires félicitent le directeur du personnel de l'organisation de son département et de la diplomatie dont il a fait preuve dans ses relations humaines, tant individuelles que collectives.

(CHAPITRE DEUXIEME - a).

110- N'ayant aucun mandat ni aucune politique établis, le bureau de santé a mal joué son rôle. En traitant les employés, le médecin responsable de ce service a converti le bureau de santé en clinique de traitements.

(CHAPITRE DEUXIEME - f).

120- En ce qui concerne le service des achats, la Commission conclut qu'il n'y a pas de véritable acheteur en charge de ce service, car de fait, les achats sont la responsabilité soit du gouvernement, soit du directeur général.

(CHAPITRE DEUXIEME - g).

130- Comme il a déjà été dit dans ce rapport, les commissaires déclarent que la procédure suivie au service des achats du gouvernement est très laborieuse et amène parfois des délais très longs entre la date où l'hôpital fait sa réquisition et la date où les articles sont reçus.

(CHAPITRE DEUXIEME - g).

140- L'adjudication du contrat de télévision a été faite d'une façon très irrégulière.

(CHAPITRE DEUXIEME - h-1).

150- Le gouvernement a commis un impair le 25 octobre 1962 en s'engageant à respecter le bail du restaurant lors de l'achat des biens de l'Hôpital St-Lambert.

La Commission se demande pourquoi le gouvernement a décidé de respecter ce bail de vingt (20) ans alors qu'il n'accorda à l'Hôpital Charles Lemoyne qu'un bail mensuel résiliable à dix (10) jours d'avis.

(CHAPITRE DEUXIEME - h-2).

16o- La Commission s'interroge sur le rôle véritable joué par le service des normes à l'intérieur des cadres du S.A.H.Q. Les témoignages entendus des représentants de ce service illustrent qu'il y a là une sérieuse lacune d'organisation au sein même du ministère de la Santé.

(CHAPITRE TROISIEME).

17o- L'ambiguïté du rôle du service des normes hospitalières dans ses relations avec l'Hôpital Charles Lemoyne, où il mêlait un statut de conseil à un statut d'autorité, fait comprendre à la Commission combien il était pénible à l'hôpital de discerner s'il recevait un ordre ou un conseil.

(CHAPITRE TROISIEME).

18o- L'inconsistance et l'imprécision des témoignages font douter à la Commission de l'objectivité des normes prônées par le service des normes hospitalières.

(CHAPITRE TROISIEME).

19o- Comme résultat de l'attitude du service des normes hospitalières (cf. 16, 17, 18 ci-haut), l'unité des soins intensifs de l'Hôpital Charles Lemoyne n'était pas ouverte au début de l'enquête et la Commission conclut que le retard à l'ouvrir a été préjudiciable à la qualité des soins fournis à certains malades.

(CHAPITRE TROISIEME).

20o- La Commission estime que le bail imposé à la corporation par lequel l'hôpital s'engageait à respecter intégralement le budget accepté par le S.A.H.Q., est abusif et ne tient aucunement compte des besoins réels de cette institution hospitalière.

(CHAPITRE TROISIEME).

- 21o- La Commission blâme le ministère de la Santé de n'avoir pas jugé opportun de vérifier les assertions faites par écrit le 7 mars 1967 par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec qui suggérait au ministère d'enquêter sur l'organisation médicale de l'Hôpital Charles Lemoyne.  
(CHAPITRE TROISIEME).
- 22o- Les statuts et règlements du conseil des médecins ont présenté des lacunes basées sans doute sur les contrats des chefs de service, signés bien avant l'élaboration de ces règlements. L'absence de définition du rôle et des pouvoirs du directeur médical est une déficience flagrante. Un certain nombre de règlements n'ont pas été respectés. La Commission conclut toutefois que la majorité des irrégularités existant dans ces statuts et règlements seront corrigées par les nouveaux règlements se rattachant aux articles 20 et 21 de la Loi des Hôpitaux promulgués pendant que la Commission remplissait son mandat.  
(CHAPITRE QUATRIEME - a).
- 23o- Quant au conseil des médecins, la Commission doit conclure que du début de l'hôpital jusqu'à la tenue de la présente enquête, les postes de commande du conseil des médecins ont été monopolisés par quatre (4) médecins; de cette façon s'est créé et maintenu un "certain" empire.  
(CHAPITRE QUATRIEME - b).
- 24o- La plupart des comités du conseil des médecins ont été pratiquement inopérants sauf le comité de discipline, le comité de prévention des infections

et le comité d'appréciation des actes médicaux et des dossiers lequel devint efficace à compter d'octobre 1967.

(CHAPITRE QUATRIEME - b).

250- Après analyse des dossiers médicaux, la Commission déclare que dans quatre-vingt dix pour cent (90%) des cas, la qualité des dossiers est acceptable et ne présente pas d'irrégularité. Les soins aux malades ont été en général bons, compte tenu des difficultés matérielles et inter-personnelles analysées ailleurs dans le rapport. Toutefois, quarante (40) dossiers ont été signalés à l'attention du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

(CHAPITRE QUATRIEME - c).

260- La Commission déplore l'absence du système de dossier unique, ce qui peut constituer occasionnellement une entrave au traitement adéquat des malades.

(CHAPITRE QUATRIEME - c).

270- Quant aux cas cités dans le mémoire de l'Alliance des Infirmières, la preuve présentée devant la Commission permet de conclure que les "situations tragiques" alléguées n'ont été que des allégations, le plus souvent fautives, inexactes et même tendancieuses. La Commission ne peut que regretter l'attitude tendancieuse d'un groupe d'infirmières rapportant dans un mémoire officiel au Ministre de la Santé, des faits pour la plupart basés sur du ouï-dire de tierces personnes mal renseignées. Elle blâme l'Alliance des Infirmières (Section Charles Lemoyne) ainsi que le conseiller technique de la C.S.N. d'avoir ainsi procédé.

(CHAPITRE QUATRIEME - c).

28o- Pour ce qui est des contrats des chefs de service médicaux, la Commission les trouve contraires à la Loi des Hôpitaux et conçus pour favoriser et maintenir une "chasse-gardée".

(CHAPITRE QUATRIEME - d-1).

29o- Le différend Huot-Renzi n'aurait jamais dû exister. Sa durée et son développement ont été favorisés par l'inaction concertée et du conseil d'administration et du conseil des médecins, voulue probablement par le service de médecine générale et le département de chirurgie.

(CHAPITRE QUATRIEME - d-2).

30o- La Commission soumet que l'Hôpital Charles Lemoyne est classifié comme hôpital général mais que l'organisation de ses services et départements médicaux le classifierait mieux comme un hôpital de médecine générale et de quelques spécialités chirurgicales. Toutefois, il y a un déséquilibre qui favorise la chirurgie générale, l'orthopédie et la neuro-chirurgie alors que des chefs de service sont déjà nommés depuis plusieurs années dans d'autres spécialités chirurgicales dont les services ne sont pas développés. Quant à la médecine interne, le différend Huot-Renzi explique l'absence de son développement.

(CHAPITRE QUATRIEME - d-3).

31o- La Commission blâme le directeur général de ne pas avoir accordé suffisamment d'attention à l'organisation du service des soins infirmiers.

(CHAPITRE CINQUIEME).

320- La Commission constate, par la preuve présentée, que les deux (2) directrices des soins infirmiers ont rencontré des difficultés majeures dans leurs fonctions face à l'intransigeance des représentants de l'Alliance des Infirmières.

(CHAPITRE CINQUIEME).

IX- RECOMMANDATIONS

La Commission s'appuyant sur la preuve établie est à même de dégager ses recommandations. Celles-ci sont de deux (2) types: la première série de recommandations s'applique directement à l'Hôpital Charles Lemoyne, tandis que la seconde série vise à éviter la répétition des imbroglios et des erreurs qui se sont produits à cet hôpital.

A- Recommandations spécifiques à l'Hôpital Charles Lemoyne:

- 1o- Que les membres actuels de la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne soient remplacés et que le nombre de membres soit multiplié pour permettre un choix d'administrateurs compétents et d'expérience.
  
- 2o- Que la corporation de l'Hôpital Charles Lemoyne devienne une corporation hospitalière semblable aux autres corporations, représentative de la collectivité desservie par cet hôpital et propriétaire de l'hôpital même. Qu'à cette fin, le gouvernement cède la propriété de l'établissement à la corporation ainsi constituée et annule le bail présentement en vigueur.
  
- 3o- Que le conseil d'administration actuel soit remplacé et qu'au moins un tiers (1/3) des nouveaux administrateurs aient une expérience suffisante de l'administration des hôpitaux; que les médecins-administrateurs en place démissionnent et que de

nouveaux médecins soient élus annuellement mais que le nombre de leurs mandats successifs soit limité à trois (3) ans et que ces médecins soient de départements médicaux différents.

La Commission croit qu'il serait avantageux qu'un des membres de la corporation et du conseil <sup>Trois</sup> d'administration soit <sup>des</sup> un <sup>de trois hospitaliers différents</sup> médecin n'ayant aucun lien avec l'organisation médicale et n'étant en aucune façon membre du personnel médical de l'hôpital et reconnu pour <sup>leur</sup> sa compétence administrative. *ged fl SB FW Edk*

- 40- Que le directeur général mette immédiatement sur pied un comité de régie.
  
- 50- Que le directeur général, afin de jouer le rôle qui lui est propre, délègue plus d'autorité tout en assurant un contrôle et s'intéresse pleinement à l'organisation médicale. Il doit de plus structurer et définir spécifiquement le rôle des directeurs et des chefs de services. Il doit faire au conseil d'administration, par écrit, un rapport systématique et régulier des activités et de tous les problèmes en cours à l'hôpital.
  
- 60- Que le directeur général mette sur pied le plus tôt possible un plan hospitalier d'urgence.
  
- 70- Que la direction médicale soit confiée à un médecin qualifié en la matière.
  
- 80- Qu'un budget réaliste soit accordé à l'hôpital pour éviter les dépassements budgétaires et pour ouvrir l'hôpital à pleine capacité dans le plus bref délai.

- 90- Que des politiques claires et définies soient établies au sujet du service de santé du personnel afin d'assurer les examens de pré-emploi, les examens périodiques et le contrôle de l'absentéisme.
- 100- Que le service des achats soit restructuré avec un responsable qualifié.
- 110- Que le bail du restaurant soit révisé afin d'établir le loyer à un montant plus réaliste et le rendre rentable pour l'hôpital; qu'en outre le restaurant soit localisé ailleurs et qu'il y ait dans l'hôpital certaines machines distributrices pour suppléer durant les heures où le restaurant est fermé.
- 120- Que les statuts et règlements du conseil des médecins soient révisés et soumis au nouveau conseil d'administration pour approbation.
- 130- Que tous les comités statutaires du conseil des médecins soient établis et opèrent régulièrement.
- 140- Que soient établis le plus tôt possible un comité médical aviseur et un comité de pharmacologie et de thérapeutique.
- 150- Que les contrats des chefs de services médicaux soient déclarés nuls et sans effet et que tous les intéressés en soient avisé formellement.
- 160- Que les tergiversations du "différend Huot-Renzi" soient oubliées afin de favoriser un développement harmonieux du département de médecine de l'hôpital.

- 17o- Que soit favorisé le développement des spécialités chirurgicales comme services plutôt que comme "sections", dans le service de chirurgie générale.
- 18o- Que la distribution des lits entre les services soit établie et périodiquement révisé par un comité conjoint ad hoc, constitué de trois (3) membres du conseil d'administration, de trois (3) membres du conseil des médecins, du directeur général et du directeur médical.
- 19o- Qu'il y ait un directeur nommé comme responsable des cliniques externes et de l'urgence; ce directeur devrait être engagé par l'hôpital et relever du directeur médical.
- 20o- Que le système de dossier unique et chronologique soit établi le plus tôt possible.
- 21o- Qu'un local et qu'une secrétaire soient prévus et affectés spécifiquement pour constituer un secrétariat du conseil des médecins.
- 22o- Que pour chaque médecin soit constitué un index contenant son curriculum vitae à jour, la délimitation de ses privilèges et son évaluation médicale, cet index permanent étant sous la garde du directeur médical.
- 23o- Que les chefs des départements médicaux soient assurés d'un bureau et de l'organisation de secrétariat nécessaire pour mener à bonnes fins leurs fonctions de chefs.

- 24o- Qu'un organigramme des cadres des soins infirmiers soit établi et communiqué à tous les intéressés; que les fonctions de tous les cadres des soins infirmiers soient définies et connues; que la directrice des soins infirmiers participe activement au comité médico-nursing.
- 25o- Que l'hôpital établisse lui-même un service de location de béquilles pour assurer un meilleur service aux malades.

B- Recommandations générales découlant de l'enquête:

- 26o- Qu'aucun autre hôpital ne soit construit par le gouvernement lui-même mais qu'il fournisse plutôt les fonds nécessaires aux corporations hospitalières, de préférence par l'entremise d'une "régie" des hôpitaux.
- 27o- Qu'il ne soit permis à aucun hôpital de commencer ses opérations sans que tout le personnel et l'équipement soient en place.
- 28o- Que le personnel cadre de tout nouvel établissement hospitalier soit engagé et en place environ deux (2) mois à l'avance et que les budgets approuvés le soient pour le fonctionnement à plein rendement de l'hôpital.
- 29o- Que le ministère de la Santé établisse des normes afin que les hôpitaux et leur personnel médical et para-médical soient en mesure d'assurer aux malades les soins immédiats commandés par l'urgence et ce vingt-quatre (24) heures par jour.

- 30o- Qu'en regard de la construction d'un hôpital, le directeur général soit nommé et en fonction dès l'élaboration des plans initiaux; qu'il fasse pleinement partie du comité de construction et qu'il fasse rapport régulièrement et périodiquement au conseil d'administration.
- 31o- Que le S.A.H.Q. accorde aux hôpitaux des budgets réalistes et globaux, ou tout au moins globaux par service.
- 32o- Que le gouvernement prenne les moyens nécessaires pour que les revisions de fins d'année du S.A.H.Q. se fassent dans les douze (12) mois qui suivent la fin d'une année financière, de sorte que les fournisseurs soient payés régulièrement.
- 33o- Que le conseil des ministres n'ordonne plus d'enquête publique comme celle-ci sans faire effectuer au préalable une "pré-enquête" par une ou des personnes intègres et qualifiées, pour vérifier la véracité des allégations portées. Cette ou ces personnes pourraient jouer un rôle comparable à celui que l'on reconnaît à un "ombudsman".
- 34o- Que les achats pour les hôpitaux ne soient pas confiés au service des achats du gouvernement, vu son incompétence en ce domaine et la lourdeur des procédures.
- 35o- Qu'une étude exhaustive du ministère de la santé soit effectuée par des gens hautement qualifiés et indépendants, pour clarifier les juridictions et les interrelations des divers services au sein du ministère ainsi que leur autorité et leurs pouvoirs par rapport aux hôpitaux.

360- Que le ministère expédie aux hôpitaux une circulaire expliquant les complexités du problème de l'assistance chirurgicale et les diverses applications possibles.

370- A la lumière des faits mis à jour quant aux origines et au développement de l'Hôpital Charles Lemoyne, tout autant qu'à la prépondérance des "chasses-gardées" découvertes, le tout rattaché à la complexité extrême des relations entre l'hôpital et le ministère de la Santé, la Commission ne peut que réitérer la recommandation générale issue des enquêtes conduites par le Juge Tellier, le Juge Chabot et le Juge J. Trahan (1968) quant à l'institution dans la province de Québec d'un organisme de régie des hôpitaux pour vraiment dépolitiser toutes les décisions à prendre dans le domaine de la santé.

En effet, contrairement à certaines opinions courantes dans le Québec à l'effet que la Commission des Services Hospitaliers d'Ontario est en défaveur, notre Commission a obtenu un écrit de la dite Commission de l'Ontario, en date du 28 janvier 1969, où le président lui-même disait entre autres:

"I am not aware of any decision or intent on the part of the Provincial Government of Ontario to abolish or disband the Ontario Hospital Services Commission. In fact, I think we will continue for many years to act as an independent agency serving the people of Ontario."

.....

" The Commission, however, still carries its principal responsibility -

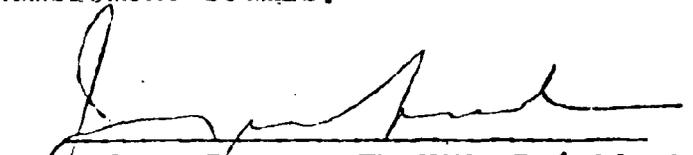
- a) To promote the development throughout Ontario of a balanced and integrated system of hospitals and related health facilities;
- b) To approve the establishment of new and additional hospital and related health facilities and to determine the amount of and pay grants for hospital construction and maintenance;
- c) To administer and enforce The Public Hospitals Act and the regulations thereunder;
- d) To establish and operate institutes and centers for the training of hospital and related personnel;
- e) To determine the amounts to be paid to hospitals and to pay hospitals for insured services provided to insured persons under the plan of hospital care insurance and to make retroactive adjustments with hospitals for underpayment or overpayment for insured services according to the cost as determined in accordance with The Hospital Services Commission Act and the regulations."

.....

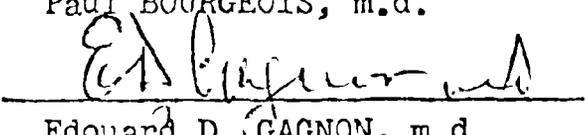
" I do not think the Provincial Government will lessen the autonomy of the Hospital Services Commission, as the principles on which it was established as a separate agency are perhaps even more relative to-day than when originally established."

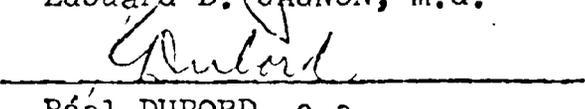
La Commission émet le voeu que le présent rapport soit rendu public le plus tôt possible, pour que les enquêtes dites publiques n'affectent en aucune façon la confiance que la population doit, à juste titre, manifester aux institutions hospitalières et pour rendre les administrateurs et les médecins d'hôpitaux de plus en plus conscients de leurs devoirs professionnels.

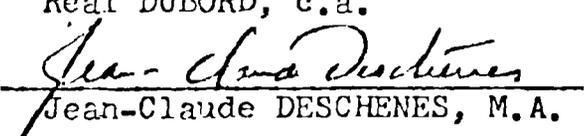
Le tout humblement soumis.

  
 \_\_\_\_\_  
 Juge Jacques TRAHAN, Président

  
 \_\_\_\_\_  
 Paul BOURGEOIS, m.d.

  
 \_\_\_\_\_  
 Edouard D. GAGNON, m.d.

  
 \_\_\_\_\_  
 Réal DUBORD, c.a.

  
 \_\_\_\_\_  
 Jean-Claude DESCHENES, M.A.

Montréal, ce 17 juillet 1969.

COMPTE-RENDU DE LA RENCONTRE DE LA DIRECTRICE  
DES SOINS INFIRMIERS ET DE SES SURVEILLANTES  
AVEC LE PRESIDENT DE LA CORPORATION ET LE  
DIRECTEUR GENERAL DE L'HOPITAL CHARLES LEMOYNE.  
TENUE A LA SALLE DE CONFERENCE DE L'HOPITAL  
CHARLES LEMOYNE, le 11 OCTOBRE 1968.

---

Etaient présents:

Monsieur Antoine Spickler, président de la Corporation  
de L'H.C.L.M.

M. Gérard Lanoue, Directeur général de l'H.C.L.M.

Mme Laurette Larouche, Directrice des Soins Infirmiers.

Mlle Michelle Gravel, surveillante de jour.

Mme Suzanne St-Onge, surveillante de jour.

Mme Gisèle Lorion, surveillante de jour.

Mme Lise Bisailon, surveillante de jour.

Mme Jeannine Tremblay, surveillante de jour.

Mme Marie-Claire Carbonneau, surveillante de soir.

Mlle Marina Pelletier, surveillante de nuit.

Mlle Claudette Pitre, secrétaire au Bureau des Soins  
Infirmiers.

Ouverture de l'assemblée à 12.20 heures.

Monsieur Spickler exprime son plaisir  
à venir rencontrer la Direction du Service des Soins Infirmiers.

Mlle Robidas, présidente de l'assemblée  
antérieure étant absente, Madame Laurette Larouche explique le  
pourquoi de cette réunion.

10- ETUDE DE L'ADMINISTRATION DU DIRECTEUR GENERAL:

A. Exécutif de la Corporation:

Son rôle, ses membres, ses pouvoirs,  
ses privilèges.

En d'autres mots, de qui la Corporation dépend-elle? demande  
Madame Larouche.

Monsieur Spickler répond à cette question:

Pour cela il faut remonter à l'historique de l'hôpital  
Charles Lemoyne, c'est-à-dire, reculer d'au moins vingt (20)  
ans à l'arrière. Plusieurs voulaient alors promouvoir la  
construction d'un hôpital sur la Rive Sud, ce qui n'était  
pas sans difficulté. L'Hôpital Charles Lemoyne est le  
premier hôpital sur la Rive sud; bien entendu, il y eut  
précédemment beaucoup de pelletées de terre qui n'avaient  
jamais abouti par l'opposition de certains médecins.  
Par évolution, l'hôpital Charles Lemoyne origine de l'hôpital  
de St-Lambert.

Hôpital de St-Lambert (bâtie avec un intérêt privé) plus l'intérêt gouvernemental = l'hôpital Charles Lemoyne.  
La Corporation de l'hôpital Charles Lemoyne provient:  
..des membres de la Corporation de l'hôpital de St-Lambert  
..de membres de d'autres Corporations fondées pour l'obtention d'un hôpital sur la Rive sud.  
La Corporation de l'hôpital Charles Lemoyne existait donc, lors même que l'hôpital Charles Lemoyne était encore en construction.

L'autorité de la Corporation est définie par le Bill II, art. 3, loi de la Corporation par l'Assurance-Santé.

Monsieur Spickler fait le parallèle en citant comme exemple: Le Ministère de l'Education et la Commission Scolaire.  
La différence: la Corporation de l'Hôpital n'est pas formée par élection. C'est le Directeur de la Corporation qui nomme les nouveaux membres.  
Les membres de la Corporation sont-ils nommés à vie, demande Madame Bisailon.  
La réponse est référencée à la Loi des Compagnies, partie 3. Oui, mais ici, y a-t-il mise de fonds?  
Non, deuxième partie de la loi = formée et permanente tant que l'hôpital existe. Si vous désirez abolir le conseil de la Corporation, il n'y a que de deux façons:

1. Que les directeurs eux-mêmes résignent.
- ou 2. Que le législateur passe une loi pour abolir cette Corporation!..

Invitez-vous des gens à la Corporation?

Absolument, ils sont choisis et amenés au sein de la Corporation. Faire partie de la Corporation étant un but non lucratif, il faut solliciter une personne à venir y donner de son temps. (On devrait même dire: implorer les gens)

Qui sollicite ces gens, demande Madame Bisailon.  
Les membres de la Corporation.

N'y a-t-il pas cependant un intérêt à faire partie de la Corporation?

Il y a certainement un intérêt, non un intérêt de fonds évidemment, mais souvent un très fort intérêt politique, comme c'est le cas pour notre hôpital. Cependant pour la majorité, il ne s'agit tout au plus qu'un titre honorifique.

Monsieur Spickler explique que la majorité des membres sont des hommes d'affaires très occupés, il ajoute que lui-même est un (1) des cinq (5) Directeurs de l'Hôpital de St-Lambert et que les quatre autres font aussi partie de la Corporation de l'hôpital Charles Lemoyne.

L'Exécutif de la Corporation sort-il du groupe? demande Madame Larouche.  
L'Exécutif est élu annuellement.

Quelles sont les fonctions de la Corporation?  
La Corporation voit au bon fonctionnement de l'hôpital.

Est-elle mandaté? Et par qui?  
Elle est mandatée par Québec.

Combien y a-t-il de membres dans la Corporation de l'hôpital Charles Lemoyne? Combien de membres dans l'Exécutif?  
La Corporation est formée de quinze (15) membres, les mêmes quinze faisant tous partie de l'Exécutif. Le pouvoir de décision reste entre les quinze réunis autour d'une table.

Quels sont ses pouvoirs?

Tous les pouvoirs établis par le Bill II ou XLIV (selon le cas), tant au niveau administratif, médical ou autres.

Qui vous met au courant des problèmes du Service des Soins Infirmier demande Mademoiselle Gravel.

Le Directeur Général est nommé pour cela.

Et si le Directeur général ne vous les transmet pas?

.....

On nous parle toujours de "Québec", vous nous représentez "Québec"?

Non, c'est un peu trop fort; nous sommes mandatés, mais "Québec" tout en donnant certaines libertés, retient toujours les câbles. Monsieur Spickler fait le parallèle avec la Commission Scolaire, en réponse à la question posée: "Mais, qui est-ce donc ce "Québec", dont tout le monde parle?"

A ce moment-là, vous nous représentez, leur faites-vous part de nos problèmes, à la longue, on vous écouterait.

Même si on leur en faisait constamment part, cela ne changerait rien.

Vous avez fait allusion à l'Hôpital Notre-Dame, mais il s'agit là d'une Corporation privée qui peut pourvoir aux besoins de fonds. Ici, c'est le premier hôpital qui appartient complètement et qui relève directement de "Québec".

Vos privilèges étant très limités, ce ne doit pas être très intéressant?

Non, le gouvernement veut laisser ce point de vue démocratique, cependant vu ses mises de fonds, il reste très près.

Les hommes faisant partie de la Corporation sont des hommes intègres, travaillant pour le malade.

Monsieur Lanoue confirme par la lecture du texte de la Loi, article 3.

Il ajoute que même les Corporations privées comme celle de l'Hôpital Notre-Dame ou autre, doivent au préalable étudier leurs projets avec le Ministère.

Le Directeur Général, continue Monsieur Spickler, n'est pas autorisé par Québec à dépenser plus de \$25.00 pour un article donné. Chaque achat dépassant \$25.00 doit être autorisé par Québec, obligatoirement.

Monsieur Spickler explique alors le système de financement de l'Assurance-Hospitalisation: les taxes, les chambres privées et semi-privées.

Il explique que l'hôpital ne retire rien de tout cela, si ce n'est qu'un budget à administrer.

La Corporation d'ici est mandatée par Québec, mais qui est-ce "Québec" qui vous donne un mandat et quasi aucune liberté d'action? "Québec" c'est l'Assurance-Hospitalisation.

A part le point de vue financier et le montant de \$25.00 comme plafond des dépenses autorisées, n'y a-t-il pas d'autres problèmes, demande Madame Saint-Onge.

Oui, il y a plus que cela, il y a le point de vue administratif dans tous les domaines, médical ou autres.

Etes-vous au courant des problèmes que nous avons, demande Mademoiselle Gravel.

Nous avons quatre (4) médecins, membres de la Corporation.

La Corporation ne doit-elle pas avoir un tiers des membres, employés de l'hôpital? Qui est notre tiers?

La Corporation peut en effet avoir jusqu'à un tiers de ses membres, des employés de l'hôpital. Cependant, pour l'Hôpital il n'y a personne, sauf le Directeur général qui représente tout l'hôpital.

Monsieur Lanoue précise à cela, que la Corporation peut et non doit être formée avec ce tiers.

Monsieur Spickler avoue que ce sont eux, de la Corporation, qui poussent Monsieur Lanoue à exiger que tous les degrés de l'hôpital soient ouverts.

Si l'hôpital est déjà infirme en petit, qu'arrivera-t-il lorsqu'elle sera ouverte en entier, dit Madame Larouche.

Monsieur Spickler demande alors si nous ne dépassons pas le problème actuel, "ce sujet sera repris plus loin je crois,"dit-il.

Vous êtes donc sans aucun privilège, d'être membre de la Corporation est un titre honorifique, un point c'est tout!...

Quand vous vous déménagez, vous siégez à l'extérieur, vous ne recevez rien, demande Madame Bisaillon.

Non, et même lorsque nous visitons ou voyageons, nous le faisons à nos frais. Monsieur Lanoue lit ensuite un article à ce sujet.

Ceci nous amène:

B. Le Directeur Général:

Par qui est-il mandaté?  
Quelle est son autorité?  
Quels sont ses pouvoirs?  
Quel est son champ d'action?  
Doit-il déléguer ses fonctions? Lesquelles?  
Quelles sont ses limites?

Par qui est-il mandaté? Il est nommé par le conseil de l'administration de la Corporation.

Lors des réunions, le Directeur Général fait part des problèmes encourus au cours du mois. Les minutes de ces réunions sont envoyées à Québec.

Québec lui donne son salaire, Québec est donc son patron: il est mandaté par Québec.

Cependant, il est nommé par la Corporation, il a donc à rendre des comptes à cette dernière. Sa situation est donc vraiment difficile, puisqu'il doit satisfaire: Québec d'une part et la Corporation de l'autre.

Ainsi donc, la Corporation suggère le Directeur Général et fait approuver sa suggestion par Québec.

Quels sont ses pouvoirs?

La Loi lui donne tous les pouvoirs, mais lui fixe aussi une certaine ligne de conduite assez restreinte.

Exemple: Si le budget accepté est dépassé, il s'agit automatiquement d'une illégalité à expliquer avec beaucoup de précisions.

Vous, Monsieur Lanoue, vous devez rapporter tout ce qui se passe à la Corporation, demande Madame Bisaillon, c'est donc eux qui endossent toutes les responsabilités?

Oui, et en exemple, la panne de certains de nos appareils.

A ce moment-là, il s'agit d'une mauvaise administration du gouvernement, leur en faites-vous part?

Oui, nous avons même envoyé certains Directeurs pour les rencontrer.

A part la climatisation, la fournaise, etc., les autres problèmes leur communiquez-vous?

Si personne ne s'en plaint, on va continuer comme cela!...

On s'en plaint, de répondre Monsieur Spickler, on a des volumes de plaintes mais il se passe ici la même chose qu'ailleurs, il faut passer par le "Red Tape".

Il faut admettre cependant, qu'au point de vue administration publique, soit l'Assurance-Hospitalisation, nous sommes des co-bayes, nous sommes à titre expérimental.

Aujourd'hui, on ne peut plus prendre des moyens correctifs pour boucler ses budgets.

Donc, le Directeur Général est très dépourvu lui aussi; mais à l'intérieur de son budget, peut-il jouer, demande Madame Bisailon.

Oui, il est en effet très dépourvu car si Monsieur Lanoue a \$5.00 pour la cuisine, qu'il n'en prend que \$4.00, le \$1.00 qui reste est gelé, il ne peut être transféré ailleurs, dans un autre comité.

Monsieur Spickler cite alors en exemple le budget dans la Commission Scolaire, tout est divisé: pour les livres, les bureaux, etc..

Votre budget Monsieur Lanoue, n'est donc pas global?

Non, chaque partie a son budget d'environ deux cents pages, ce qui est très volumineux, avant d'avoir pris connaissance de tout cela.

Si rien ne peut être changé, il faudra donc se socialiser, demande Madame Larouche. Tout le continent nord-américain vit au-delà de ses moyens, c'est bien connu.

En effet, de répondre Monsieur Spickler.

Ses fonctions?

Le Directeur Général peut prendre des décisions, en autant qu'il ne dépasse pas les limites de la Loi.

Je pense, ajoute Monsieur Spickler, que Monsieur Lanoue a vraiment une tâche très ingrate.

Doit-il déléguer ses fonctions? lesquelles?

Le Directeur Général peut déléguer ses fonctions dans les détails, mais ne le peut dans les grandes lignes.

Lorsque l'hôpital sera organisé, c'est-à-dire, lorsqu'elle sera ouverte en entier, continue Monsieur Spickler, le Directeur Général demandera à un chef de Services, de lui rendre compte de tout ce qui se fait.

Pourquoi ne peut-il pas le faire dès maintenant, demande Mme St-Onge. En effet, il pourrait le faire, mais ce serait un poste vraiment très difficile.

Avez-vous le chef de Services, de la qualité nécessaire?

Madame Larouche, de répondre Monsieur Lanoue, vu votre capital, on vous donne carte-blanc, n'est-ce pas?

Est-ce que tous vos Directeurs sont en mesure de vous aider?

Monsieur Spickler répond qu'il est impossible à Monsieur Lanoue de répondre immédiatement, car chaque chef de service endosse une partie du travail de l'autre.

Mais, hors le point de vue budget, au point de vue administration simplement, demande Madame Saint-Onge.

Monsieur Lanoue répond à Madame Larouche: Actuellement, la

grande difficulté et la grande poussée: ouvrir le reste des départements. Certaines qualités de gens ne peuvent être embauchées par manque de fonds que nous aurons lorsque nous aurons nos cinq cents (500) lits, c'est-à-dire, lorsque l'hôpital sera ouvert en entier.

Au point de vue humain, déclare Monsieur Spickler, chacun a ses difficultés dans la vie et souvent cela influence tout le reste.

Pourquoi pénaliser le reste et vous-même, Monsieur Lanoue?

Madame Larouche explique que lors de son embauchage, il n'y a pas eu de question de salaire.

Madame Bisailon exprime que son désir est d'avoir d'autres réunions comme celle d'aujourd'hui. Nous n'avons aucune information et nous devons nous débattre contre des problèmes sans explication.

Monsieur Spickler avoue que vraiment il manque de communications, mais qu'il ne peut demander à Monsieur Lanoue de travailler vingt-cinq (25) heures sur vingt-quatre (24).

Lorsque l'hôpital sera au maximum, nous demanderons à Monsieur Lanoue, continue Monsieur Spickler, d'avoir un rapport de chaque service.

Mais les gens incompetents acquièrent de l'ancienneté, ils accumulent les responsabilités, les problèmes, ne pourriez-vous pas y voir dès maintenant?

Monsieur Lanoue fait lecture de différentes échelles de salaire, accordé en augmentation selon le nombre de lits augmenté. Ainsi donc, lorsque l'hôpital aura cinq cents (500) lits, le montant du salaire sera augmenté pour certains chefs de service et alors nous pourrions demander davantage à certains chefs actuels ou du moins les remplacer par des personnes plus compétentes, les salaires accordés étant augmentés.

Dans quelles sections trouvez-vous des lacunes, demande Monsieur Spickler.  
Nous y viendrons plus tard.

Comité de Régie Interne:

Est-il formé?

Avec détermination de ses pouvoirs et de ses fonctions.

Demandes: a. Présentation de l'organigramme sous peu.  
b. Formation immédiate du Comité de Régie Interne.

N.B.: Un Directeur des Services est indispensable dans la formation du Comité de Régie Interne.

Ne peut-on pas avoir un Comité de Régie Interne?

Lorsque nos cinq cent (500) lits seront ouverts: oui.  
Maintenant, non c'est impossible.

Monsieur Lanoue assure que tout est pensé et mis sur brouillon, nous attendons d'avoir nos cinq cents (500) lits pour le mettre sur pied.

Monsieur Lanoue, actuellement, sert à toutes les sauces.

Mademoiselle Gravel explique que d'ouvrir des départements par brides, non organisés, le personnel l'a déjà fait, mais qu'il refusera de le faire à nouveau tout ce qui s'est déjà fait.

Elle relate le déménagement de l'hôpital de St-Lambert à l'hôpital Charles Lemoyne effectué quasi en entier par le personnel, patients et instruments y compris, alors que l'hôpital n'était pas encore terminé et que les unités de soins n'étaient pas montées.

Monsieur Spickler dit être au courant de tout cela et que les membres de la Corporation le sont aussi, ils admirent le courage de tous ces gens.

Les départements ne seront pas ouverts tant que tout le matériel ne sera pas entré, affirme Madame Larouche.

Monsieur Lanoue dit que tout est commandé. Oui, mais quand le recevrons-nous, demande Madame St-Onge, vous dites fréquemment que du matériel est commandé depuis des mois et même parfois plus d'un an et pourtant rien n'est entré, prendrons-nous la chance que la même chose se produise avec ceci.

### C. Organigramme de l'hôpital:

Est-il fait?

Nous avons déjà répondu à cette question et ira avec le Comité de Régie Interne dit Monsieur Lanoue.

En réponse, Monsieur Spckler dit comprendre cela et demande à Monsieur Lanoue, si en attendant il n'y aurait pas moyen de faire un comité responsable.

Il explique que ces responsables devront être rencontrés afin de bien leur expliquer les limites de leurs responsabilités.

Monsieur Spickler demande alors à Monsieur Lanoue de satisfaire notre demande en donnant un organigramme après avoir rencontré les gens impliqués au préalable, il va s'en dire.

Cependant, en attendant, n'auriez-vous pas quelqu'un pour agir en tant que Directeur des Services? Actuellement, Monsieur Provost, directeur du Personnel, cumule trop de fonctions.

Monsieur Lanoue explique le problème des conditions physiques, etc.

### 20- ETUDE SUR L'ADMINISTRATION DU DIRECTEUR DU PERSONNEL:

Quelles sont ses fonctions?  
 Quels sont ses privilèges?  
 Quelle est son autorité?

On y a touché tout à l'heure, et sera modifiée à l'ouverture de l'hôpital à cinq cents (500) lits, déclare Monsieur Lanoue.

### 30- ETUDE SUR L'ADMINISTRATION DE LA DIRECTRICE DES SOINS INFIRMI

Quelles sont ses fonctions?  
 Quels sont ses privilèges?  
 Quelle est son autorité?

Il n'y a aucun problème, elle va même très bien; ainsi qu'au point de vue des surveillantes.

Madame Larouche explique à Monsieur Lanoue la situation actuelle et future avec ses surveillantes.

Mademoiselle Gravel explique à nouveau les difficultés des débuts, Monsieur Spickler dit que la Corporation est au courant et consciente de ce qui se passe.

Mademoiselle Gravel expose le problème et touche le fait que d'autres se poseront, ne pouvant les arrêter, n'étant pas renseignée.

Monsieur Spickler avoue qu'on y a manqué depuis le début, que les Directeurs de la Corporation auraient dû voir à cela, mais on ne peut leur en demander plus qu'ils ne peuvent donner.

Mais à vos assemblées, il n'y a que Monsieur Lanoue pour tout l'hôpital, alors que nous représentons les 90%.

Arrivé à un certain poste, il n'y a plus lieu de dire à quelqu'un ce qu'il doit faire, il doit prendre l'initiative, faire son affaire, déclare Monsieur Lanoue.

Mais, dit Madame Larouche, il faut que ces gens-là aient une certaine préparation, et si l'on s'aperçoit qu'ils n'ont pas cela?

A ce moment-là, le Directeur Général sera humain et essayera de leur aider, discutera avec eux, leur donnera des directives, etc., dit Monsieur Spickler. S'il ne réussit pas, il n'aura pas le choix, sinon cela reflétera sur lui, alors une seule solution: il viendra devant la Corporation et expliquera la situation, et il est certain qu'il aura carte-blanche.

Monsieur Spickler explique que l'étude sur l'administration du Directeur du Personnel sera faite lorsque tout l'hôpital sera ouvert, il ajoute que Monsieur Provost étant d'ailleurs actuellement en négociation collective...

Monsieur Lanoue expose ses problèmes quant aux téléphones, au laboratoire, etc.; il faut que nos cinq cents (500) lits soient ouverts.

Il explique la façon de procéder lors des demandes de matériel.

Madame St-Onge demande alors pourquoi nous avons des instruments et du matériel qui dorment à ne rien faire.

Exemple: la salle de Rectoscopie du Dr Renzi au département du 6e étage.

40- ETUDE SUR L'ADMINISTRATION DU DIRECTEUR MEDICAL:

Quelles sont ses fonctions?  
Quels sont ses privilèges?  
Quelle est son autorité?

Dr Letellier n'étant pas présent, nous passerons cet item, dit Monsieur Spickler.

50- ETUDE SUR L'ADMINISTRATION DU DIRECTEUR DES FINANCES:

Quelles sont ses fonctions?  
 Quels sont ses privilèges?  
 Quelle est son autorité?

(Rien n'a été ajouté à cet item)

60- VUE GENERALE DU FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'HOPITAL:A. Services connexes:

- 1- Pharmacie: Ouverte seulement de 8.30 à 16.30 heures, six (6) jours par semaine.  
 Service assuré par le Bureau des Soins Infirmiers, le reste du temps.

On explique que les surveillantes s'opposent à le faire, parce qu'elles n'ont pas la compétence pour déservir les médicaments et que cela est une insécurité pour le malade.

Monsieur Lanoue avoue que cela n'est pas légal.

Actuellement, il y a deux (2) pharmaciens et 5 ou 6 techniciens, à la pharmacie; n'y aurait-il pas moyen de faire quelque chose. N'y aurait-il pas possibilité d'allonger la journée de service, par une rotation du personnel afin que ce dernier commence à des heures différentes par exemple.

Monsieur Spickler demande à Monsieur Lanoue d'étudier la question avec les responsables de la pharmacie.

La pratique contredit souvent la loi, dit Monsieur Lanoue.

Madame Carbonneau demande à Monsieur Lanoue, s'il est au courant que le soir et la nuit, les portes de la petite et de la grande pharmacie restent grandement ouvertes parce qu'on y fait le ménage à ces heures-là.

- 2- Buanderie: a) Quantité insuffisante de lingerie.  
 b) Service limité à cinq (5) jours par semaine, de 7.30 à 16.00 heures.  
 Le Service des Soins Infirmiers doit assurer la distribution et le partage du peu de linge restant.

Monsieur Lanoue affirme qu'il doit entrer des soumissions cette semaine pour l'achat de lingerie.

Quant au service, il dit que Monsieur Aubry doit lui apporter un rapport afin d'avoir un roulement du personnel, afin que la buanderie travaille le samedi.

3- Cuisine:

## a) Service des Diètes:

Les Unités des Soins Infirmiers assument dans le moment, la distribution des plateaux et le contrôle des diètes, ainsi que des collations.

## b) Service régulier des plateaux:

1) Plateaux incomplets.

2) En plus, perte de temps à cause des nombreuses courses à la cuisine centrale.

Madame Bisailon et Madame St-Onge explique en gros, les problèmes causés par le Service des Diètes.

Monsieur Spickler demande si nous avons une direction à la cuisine.

Nous avons Madame Crête, diététicienne et un nouveau chef entrera mardi prochain, une orientation nouvelle sera alors établie dans la cuisine.

Monsieur Lanoue explique alors les différents problèmes physiques de la cuisine.

Madame Larouche demande si à cause de cela, nous allons continuer à aussi mal fonctionner qu'avant.

Monsieur Lanoue dit être au courant de tout cela et que Québec en a déjà été informé.

A part la diététicienne, il y a quatre techniciennes en nutrition, que font-elles? Elles ne vont jamais sur les départements, s'enquérir à tel ou tel patient et les patients se plaignent de cela, tant et plus.

D'après la nouvelle structure, la diététicienne, Madame Crête, devra voir à l'administration et le cuisinier sera un chef-production, c'est-à-dire qu'il verra à la production de toute la cuisine, explique Monsieur Lanoue.

Il faudrait quelqu'un avec beaucoup de tact, pour surveiller les cuisines, dit Monsieur Spickler.

Que fait la diététicienne actuellement dans la cuisine?  
Monsieur Lanoue répond qu'il n'en sait rien.

Actuellement sur les planchers, les employés des Unités de Soins passent environ 1.30 heure par jour pour le Service de la Cuisine.

Monsieur Lanoue avoue que la diététicienne ne fait sûrement pas ce qu'elle devrait faire.

Madame Larouche explique que Madame Péladeau, professeur théorique et clinique qui travaille actuellement aux techniques est allée à la cuisine centrale pour obtenir certaines précisions et Madame Crête a carrément refusé de lui répondre.

Madame Bisailon fait lecture de lacunes de la cuisine centrale, pour le département du 2e nord, pendant une semaine.

Une chose très déplorable aussi est la façon de présenter les plateaux. Exemples: desserts dans une assiette en métal, trois verres dans un même plateau: un pour la soupe, un pour le café et un pour le jello Café au thé, etc.

Monsieur Lanoue dit qu'il rencontrera Madame Crête et le nouveau cuisinier-producteur mardi prochain.

Les gens n'ont pas le sens des responsabilités; dans tous les hôpitaux, le problème de la cuisine reste un très grave problème, dit Monsieur Spickler.

Il dit ensuite à Monsieur Lanoue: Si on doit prendre son homme par le ventre, vous aurez un chef-producteur qui se présentera dans un milieu déjà plein de laisser-aller. Je me demande si vous prenez entre temps, quelqu'un pour aider le chef-producteur jusqu'à ce qu'on ait rattrapé le temps perdu.

Sans compter que ces gens sont très syndiqués, il faut trouver une suggestion, peut-être une infirmière pour débiter.

5- Laboratoires:

- Divers: . Les unités de Soins assurent le transport des malades.
- . Identification des tubes à prélèvements
  - . Les Unités de Soins font les prélèvements en fin de semaine et des cas d'urgence.

Si avec notre nouveau budget, nous ne faisons que du nursing, dit Madame Larouche, il n'y a pas de problème; cependant, il ne peut être question de continuer à faire tout.

Monsieur Lanoue explique vaguement ce qui se passe ailleurs. Il avoue qu'il n'a pas d'idée faite, définition conçue là-dessus. Selon le nouveau budget, seulement deux personnes sont affectées pour les prélèvements. Le problème: une grosse masse de travail doit être faite en très peu de temps.

Madame Larouche dit que l'on préconise beaucoup maintenant, que les techniciennes aillent piquer sur les départements. Tout ce que l'on fait ne pourraient-elles pas le faire?

Madame Bisailon explique à Monsieur Spickler que c'est le Service des Soins Infirmiers, de nuit, qui complète les réquisitions et identifie les tubes à prélèvements. Il existe un très grand danger d'erreurs, par ce procédé.

Elle suggère que, tout comme la Radiologie, elles étiquettent leurs tubes et pour cela, qu'elles refusent les réquisitions après 14.00 heures.

Laboratoire de cytologie: est censé être de routine, cependant très peu de patiente peuvent passer cet examen. D'ailleurs, on s'est aperçu qu'elles utilisaient le même spéculum pour deux ou trois patientes, peut-être préférable à ce moment-là, que les patientes ne le passent pas.

Pour le hyperglycémie provoquée: les patients doivent être descendus au laboratoire pour chaque prise de sang.

Monsieur Spickler dit avoir déjà lu: Si un nursing est efficace, l'hôpital par le fait même, est efficace dans ses opérations. Monsieur Lanoue dit qu'il ne faut pas que ce soit le "nursing" qui encaisse tout.

Cette question sera donc à discuter avec les Dr Perron et Sénécal.

6- Admission: Les admissions sont un fardeau de tâches pour le Personnel du Service des Soins Infirmiers.

- . Il faudra un billet d'accueil remis au malade, à son arrivée.

Pour ce qui est du billet d'accueil, Monsieur Lanoue dit y avoir déjà travaillé, mais il attendait pour le remettre à un comité qui n'a malheureusement pas encore siégé.

Madame Larouche explique "le fardeau des tâches". Le dimanche, entre 7.00 et 7.30 heures, sept (?) patients sont admis, donc, sept (?) bains dans une demi-heure. N'oubliez pas que le personnel de soir et les fins de semaine, le personnel est en moins.

N'avait-on pas donné des ordres:

Le dimanche, les admissions entre: 14.00 et 16.00 heures  
et 19.00 et 21.00 heures.

Imaginez la situation, sept (7) patients admis, les patients qui partent, les nouveaux qui n'ont pas soupé, la cuisine qui est fermée, etc...

Madame Bisailon demande s'il n'y aurait pas possibilité de standardiser les heures, c'est-à-dire: réquisition de R.X., labo., salle d'opération, etc., pour toute la même heure, en autant de possible.

Les avis de congés devraient être notés aux moins 24 heures d'avance.

Monsieur Spickler déclare qu'il semble manquer de beaucoup de collaboration de la part des médecins.

Le billet d'accueil, Monsieur Lanoue dit qu'il le sortira sans attendre le comité à cet effet.

Au bureau d'admission, elles font un nombre fantastique d'erreurs, mais d'après elles, cela est impossible, jamais elle ne font des erreurs.

Les visites:   chambres privées: n'importe quelle heure.  
                  chambres semi-privées: 14.00 à 16.00 heures  
  et 19.00 à 21.00 heures.

Longue discussion sur l'interdiction à un enfant de voir sa mère ou son père hospitalisé et du traumatisme psychologique de l'enfant par cette interdiction.

Enfin, de conclure Monsieur Spickler, cette question reste à étudier.

#### 7- Entretien ménager:

- . Heures: 7.30 à 15.45, cinq (5) jours par semaine. Equipe volante insuffisante.
- . De soirée: les départs sont effectués par le personnel des Unités de Soins.
- . Mauvaise distribution du personnel et des tâches.
- . La propreté laisse à désirer.

Tous un programme a été fait et envoyé au surintendant.

Monsieur Lanoue assure qu'il exigera qu'il soit mis à l'oeuvre.

#### 8- Imprimerie: Ne répond pas aux besoins des Unités de Soins.

Monsieur Lanoue assure que Monsieur Boissonneault a reçu son dernier avertissement la semaine dernière et selon la secrétaire du Bureau des Soins Infirmiers, il semble y avoir eu amélioration.

#### 9- Bureau de Santé: Assurance d'un service fonctionnel.

Tous nos gens ont eu leurs vacances cette année, explique Madame Larouche, et pourtant beaucoup partent maintenant en congé-maladie signé par complaisance très et trop fréquemment.

A une assemblée, soit celle du 24 septembre, nous avons rencontré Dr Guy DeSerres, ce dernier nous a assuré qu'il n'était pas suffisamment payé pour en faire plus qu'il ne fait actuellement. Il passe deux heures par jour au bureau de santé, après ces heures le personnel doit être vu à l'urgence et payé les honoraires du médecin de l'urgence.

Monsieur Lanoue dit être très étonné de cette réponse, puisque Dr Deserres est payé \$5.00 par employé régulier dans la maison. Alors, s'il évalue que son salaire équivaut à deux (2) heures par jour,.....

Pharmacie de base au bureau de santé:

Il a été accepté par Monsieur Lanoue et Monsieur Spickler qui ont vu la nécessité d'avoir les médicaments de base au bureau de santé. Garde Tessier, infirmière licenciée au bureau de santé devra voir Madame Couture, pharmacienne en chef à cet effet.

Examen médical annuel: le syndicat y verra sûrement.

Le laboratoire refuse de faire les tests de laboratoire pour l'examen médical annuel des employés, pourtant Garde Tessier pique elle-même les employés.

B. Service médical:

- 1- Difficulté à rejoindre les médecins.  
(Aucun code d'appel établi en cas d'urgence, plaçant les infirmières dans des situations difficiles).

Les médecins qui sont de garde ne sont pas de garde dans l'hôpital, etc..

Un médecin-spécialiste a déclaré que deux (2) heures pour qu'un spécialité réponde à un appel, c'est très rapide et même parmi les records.

La nuit, le médecin de l'urgence ne monte pas sur les départements, sauf exceptions, par gentillesse. Cependant, il faut dans ce cas-là qu'il parle au médecin traitant avant de faire quoi que ce soit.

Il faut cependant noter que les neuro-chirurgiens répondent toujours très prestement aux appels, même la nuit. Mais, dans le cas de plusieurs autres, son patient est mort et voici la réponse: "Moi je suis vivant, je suis donc plus important."

L'idéal serait un médecin de garde qui répondrait aux étages, mais ce médecin, il faudrait le payer, dit Monsieur Lanoue.

Le Gouvernement devra donc socialiser, par le Plan de l'Assurance-Santé, c'est pourquoi la course à la spécialisation, ne pas être dérangé la nuit, etc...; c'est donc celui en service général qui continue.

Même plusieurs parmi eux sont désintéressés. On admet cependant que certains médecins ont encore le sens de leur profession.

Ne pourrait-il pas y avoir un règlement au Bureau Médical que tous médecins qui veulent pratiquer ici, doivent faire la garde par rotation et coucher ici ce soir-là.

De quoi cela dépend-il?

On porte la suggestion au statut et règlements de la Fédération des Médecins.

Ne pourriez-vous pas demander au Dr Letellier d'organiser une chose semblable?

Monsieur Spickler dit que Monsieur Lanoue le suggèrera au Conseil des médecins.

Vous avez raison, dit Monsieur Lanoue, cependant le Collège des Médecins ne nous aide pas du tout.

Un conseil: Chaque fois que vous appelez un médecin, prenez note de l'heure de l'appel et de l'heure de la réponse.

Ne pourrait-on pas faire la revision de ces cas, une fois par semaine, afin de leur remettre au Conseil des Médecins.

Il faut que je protège mon personnel, dit Madame Larouche. Sont-ils des Intouchables, ces gens-là?

Monsieur Lanoue dit avoir discuté avec deux médecins sur le fait de monayer des vies humaines tel qu'ils le font.

Il faudra cependant que le directeur médical ait aussi un volume, afin de savoir lui aussi à ce qu'il a droit.

Heures des visites: nous en avons déjà discuté.

Consultations: Le patient est descendu dans le département en question où est le spécialiste: gynéco., o.r.l., etc...pour tout l'hôpital. Si cela demeure comme tel, il faudra des filles fixées à cela.

Pour les patients externes, même chose.

Ne pourrait-il pas y avoir des consultations à la clinique externe?

Chaque département, pour les consultations, a sa politique individuelle, ne pourrait-on pas standardiser tout cela?

Il faudra écrire au Directeur Médical, dit Monsieur Lanoue, lui expliquer tout cela, afin qu'il donne des règles fixes et précises.

La difficulté pour le Directeur Médical est que son rôle n'est pas établi nulle part, dit Monsieur Lanoue.

## 70- ETUDE DES RELATIONS HUMAINES:

### A. Communications:

- 1) Que les directives soient données par écrit, à qui de droit.
- 2) Qu'une demande faite par écrit reçoive une réponse écrite dans un délai donné.

Je suis bien d'accord que cela devrait être fait. Monsieur Lanoue, dit Monsieur Spickler, dorénavant, si vous pouvez donner des directives à vos secrétaires afin que tout soit écrit.

A cela, Madame St-Onge donne comme exemple, le déménagement des cas externes, alors que nous n'en avons pas été avisé, et pourtant il s'agit de notre personnel.

Monsieur Lanoue dit avoir averti le Directeur Médical.



80+ ETUDE DES PROBLEMES DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS:

1. Locaux: Pour l'assistante-directrice pour les surveillantes  
Pour les hospitalières  
(Une salle de comités)  
Une salle de repos, avec distributrices pour le personnel ouverte vingt-quatre (24) heures par jour.

Nous comprenons la situation, dit Monsieur Spickler, et la réorganisation se prépare.

Monsieur Lanoue assure qu'il a averti des sections externes, que dès que nous aurons besoin de leurs locaux, ils devront vider les lieux.

Par contre, dit Madame Larouche, j'ai su que certains médecins ont peur que le Service des Soins Infirmiers envahisse l'hôpital.

De ce côté-là, dit Monsieur Spickler, si vous voulez nous donner quelques temps.

Nous avons été frustrées par les médecins du 7e sud; mais là, les psychiatres ont des études à faire. Nous n'en avons plus parlé ensuite et nous vous avons fait d'autre suggestions.

Mais, dit Monsieur Lanoue, ces bureaux ont été prêtés pour quelque temps. Vous avez demandé les bureaux de l'administration jusqu'au Bureau du Personnel: Monsieur Fillion descend en effet au sous-sol, mais Monsieur Viau, le paie-maître doit changer de bureau.

D'après les plans, combien a-t-on de pièces pour le Service des Soins Infirmiers? demande Madame Larouche.

Aucune place pour les hospitalières, aucune place...

Mais, vous savez, continue Madame Larouche, que d'après le programme éducationnel, il nous faudra de la place.

Je sais Garde, dit Monsieur Lanoue.

Nous voulons quelque chose pour administrer, continue Madame Larouche.

Monsieur Spickler demande à Monsieur Lanoue de prendre cela en note pour l'agenda de la prochaine assemblée de la Corporation.

Nous n'avons pas de stylos pour notre personnel, mais d'autres ne se privent pas, continue Madame Larouche.

Je comprends le problème, dit Monsieur Spickler, mais vous allez attendre quelque temps, nous allons en discuter afin de pouvoir remédier à cela.

Il se fait des indiscretions foudroyantes, tout est entendu d'un bureau à l'autre. Les surveillantes ont accepté d'être deux par bureau, mais tout de même. Il faudrait aussi une salle de repos, tout le personnel en uniforme, qui s'amasse là, à la cantine à l'entrée de l'hôpital, continue Madame Larouche.

Oui, dit Monsieur Spickler, il serait important d'avoir une salle de repos. Le problème des locaux, on leur donnera une étude prioritaire. L'Ecole des G.M.A. aussi, ajoute Madame Larouche a besoin de locaux. Etes-vous consentante d'attendre à la prochaine réunion du Comité de la Corporation, le 24 octobre 1968, demande Monsieur Spickler.

.....

2. Bibliothèque:

Une seule bibliothèque, accessible à tous, ou deux (2) différentes dont une pour les médecins, explique Madame Tremblay.

Le gouvernement a refusé cette demande, de répondre Monsieur Lanoue. Il ajoute toutefois, le service médical a reçu ses volumes, le laboratoire a obtenu les siens, faites une liste, vous aussi, des livres que vous avez de besoin, par ordre prioritaire.

3. Vote de fonds pour le programme éducationnel, administré par la Directrice des Soins Infirmiers.

Madame Larouche explique ce point de vue, elle ajoute aussi qu'ici à l'hôpital, nous ne recevons jamais de communications des congrès, des expositions, etc., enfin toutes les choses à l'extérieur, pouvant intéresser le personnel infirmier.

Cela sera sûrement sur le budget 1969, mais pour les Soins Infirmiers, nous n'avons encore rien reçu à ce sujet et les sorties extérieures, j'entends les sorties lointaines, doivent être acceptées.

Tant et aussi longtemps que vous n'aurez pas de fonds, nous ne serons pas sur les listes d'invitations.

4. Projets d'ouverture du 4e nord, du 5e nord et du 5e sud et des soins intensifs:

Il faudra voir à procurer le personnel suffisant et tout le matériel et l'équipement en quantité nécessaire, avant l'ouverture globale.

Monsieur Lanoue, dit Garde Larouche, vous désirez ouvrir encore par embryon? Oui, avec ce qu'on a déjà comme quantité, de répondre Monsieur Lanoue. Non, cela serait vraiment trop difficile, reprend Madame Larouche.

Il ne faut pas oublier non plus, que depuis quelques temps, de plus en plus de gens sont au courant de ce qui se passe, dit Monsieur Spickler. Alors, actuellement il y a une critique assez sérieuse de ce côté-là, plus d'une fois, il y a eu une publicité assez mauvaise.

La Corporation est sur les épaules de Monsieur Lanoue afin que le reste de l'hôpital soit ouvert.

Madame Larouche, êtes-vous prête à ouvrir par embryon, demande Madame Tremblay.

Non, de répondre Madame Larouche, je ne surchargerai pas mon personnel.

C'est inacceptable de procéder de la même manière encore une fois.

Mais, tout est commandé, dit Monsieur Lanoue.

Si nous n'avons pas le nécessaire, nous n'ouvrons pas.

Si on a le matériel, on est prêt à collaborer.

La semaine prochaine, demande Monsieur Lanoue.  
Définitivement, le syndicat n'acceptera pas qu'on ouvre dans de telles conditions, termine Madame Larouche.

5. Réorganisation des cas externes: Local - nombre - heures  
jours -  
Division: des cas d'anesthésie  
locale des cas d'anesthésie  
générale.

Nous en avons déjà parlé, dit Monsieur Spickler.

6. Analyse des tâches par des spécialistes reconnus.

Suggestions: Wood & Gordon  
Samson - Bélair - Simpson Riddell

Pour quel endroit, demande Monsieur Spickler.

Partout où cela ne va pas!

Vous en avez faite une, pourquoi dépenser \$10,000.00 pour cela.

7. Equilibre dans la répartition du matériel déjà existant:

N'y a-t-il pas quelqu'un, à l'heure actuelle, qui est en autorité de voir à cela? demande Madame Tremblay.

Qui est responsable de tout le matériel?

Monsieur Chouinard, de répondre Monsieur Lanoue.

8. Politiques des règlements affichées dans chaque chambre des Unités de Soins:

Nous en avons déjà touché un mot, plus avant, dit Monsieur Spickler.

Permettez-vous aux patients de fumer dans leur lit?

Non, de répondre Monsieur Lanoue, s'ils ont reçu des médicaments.

Pourriez-vous l'inscrire: défense de fumer dans le lit, après médication.

9. Etude de l'entente signée le 31 août 1968.

Re: Rapport St-Georges et autres items.

Que fait-on? Doit-on en faire l'application?

Oui, il s'agit d'une entente avec le syndicat et nous devons en faire l'application, de dire Monsieur Lanoue.

10. Restaurant à l'entrée de l'hôpital:

Déménagé de la vue du public.

Il est impossible de faire ce changement, la Corporation elle-même ne peut rien y faire, assure Monsieur Lanoue.

Comment se fait-il que cette personne à qui appartient le restaurant détient le droit de ne pas installer de machines distributrices dans l'hôpital, demande Madame Bisailon.

Monsieur Lanoue répond qu'il étudiera à nouveau ce contrat, avant de vraiment pouvoir affirmer quelque chose.

### LECTURE DE LA CONCLUSION

Proposition de Madame Bisailon de retarder la date du 17 pour le 25 octobre 1968.

Proposition secondée par Madame Laurette Larouche.

Monsieur Spickler explique que des réponses écrites, ce sera probablement impossible par la Corporation; mais, quant à la réponse écrite de Monsieur Lanoue, la Corporation ne peut rien décider pour lui.

Monsieur Spickler ne peut prendre d'engagement de la part de la Corporation; nous prendrons note de vos demandes. Cependant, pour les choses simples, ça ira; mais pour les points les plus complexes, ce sera plus difficile.

Vous, Monsieur Lanoue, le pourrez-vous pour le 25 octobre 1968? Oui, en autant que mes fonctions me le permettront.

Madame Larouche explique la situation présente.

Vous pensez que les médecins sont plus favorisés que les autres, demande Monsieur Spickler, mais je ne crois pas. Admettez qu'il y a eu des améliorations.

Oui, mais les améliorations encourues ont toujours été aidées par les demandes des médecins, reprend Mademoiselle Gravel.

Tout cela va peut-être un peu loin, de répondre Monsieur Lanoue.

Tout a déjà été pensé!..

Il y a des coïncidences qui peuvent arriver comme cela.

Il m'est impossible pour moi, avant de rencontrer la Corporation, de dire à l'avance, les conclusions, explique Monsieur Spickler.

Explication de Monsieur Spickler, résumant tous les points qui ont été abordés autour de cette table.

Madame Bisailon explique que ce dont elle a peur, c'est que sans date, cette étude donne le même résultat que celle du rapport St-Georges.

Monsieur Spickler, dit remercier de la confiance qu'on lui accorde. Il ajoute, qu'au sujet de l'analyse des tâches, de prime abord, il la rejète et n'en parlera même pas à la Corporation.

Pourquoi est-ce nous qui avons eu à faire ce sujet?

Monsieur Lanoue répond qu'à tous ces problèmes il en a déjà pris connaissances, mais puisqu'il faut attendre après ceci ou cela.

Mais omettez le point de vue argent!

Madame Larouche déclare qu'elle veut agir franchement, que si vous ne donnez réponse à tout cela elle devra continuer car le nursing couvre l'hôpital vingt-quatre (24) heures par jour, c'est donc lui, l'éponge de tout.

Ce n'est pas la politique à suivre en 1968.

Monsieur Lanoue prouvera donc par des écrits et par des actes.

Mon opinion, continue ce dernier, est que le Service des Soins Infirmiers est allé trop vite pour la possibilité des autres à le suivre.

Finie cette question de tout remettre au lendemain, déclare Monsieur Spickler.

Monsieur Lanoue, y a-t-il d'autres services qui se sont posé des problèmes?

Vous savez, de répondre Monsieur Spickler, certains favorisent une certaine stagnation.

Je peux vous dire ceci, j'ai reçu de nombreux appels, et si un homme veut à tout prix faire un succès de l'hôpital, il n'y a pas plus que Monsieur Lanoue.

Madame Larouche remercie Monsieur Spickler d'avoir bien voulu venir nous rencontrer et d'avoir répondu à nos questions.

En réponse à cela, Monsieur Spickler déclare qu'il est heureux d'avoir rencontré Madame Larouche et ses Surveillantes, son seul regret, est de ne pas l'avoir fait plus tôt.

Il félicite ensuite la présentation du rapport. Il accorde que les demandes sont justifiées et justifiées. Nous essayerons, dit-il, de répondre le plus tôt possible à vos demandes.

On détient un mandat en autant que l'on ne le dépasse pas, ajoute-t-il.

Je vous remercie.

Monsieur Lanoue explique ces problèmes, à savoir qu'il commandait certains articles d'une marque X et qu'on lui en présentait une Y, de qualité inférieure, du matériel de seconde classe.

Séance levée à 23.20 heures.

Par: Madame Laurette Larouche i.l. Bscl.  
Directrice des Soins Infirmiers.

Rapport par: Claudette Pitre, Secrétaire  
Bureau des Soins Infirmiers de l'H.C.L.M.

A N N E X E "B"

Arrêtés en conseil (Historique)

Contrat bail

Liste des item non complétés à  
l'Hôpital Charles Lemoyne en  
date du 20 octobre 1965.

ARRÊTÉ EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro 296

Québec, le 16 FEV 1963

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT les travaux de construction de L'Hôpital  
Général de la Rive-Sud, comté de Chambly

-----000000-----

ATTENDU QUE suivant l'arrêté en conseil numéro 1740, en date du 17 octobre 1962, ainsi que suivant demande au Conseil de la trésorerie numéro 3155, approuvée le 31 octobre 1962, le ministre de la santé a été autorisé à conclure une entente avec la Corporation de l'Hôpital de St-Lambert relative à l'acquisition de cet hôpital au coût de \$1.00 et à la charge de sa dette obligatoire, et à signer au nom du gouvernement de la province le contrat d'achat suivant la teneur annexée à l'arrêté en conseil;

ATTENDU QUE l'acte passé devant Me Claude Tessier, notaire, en date du 25 octobre 1962, stipule l'obligation pour l'acquéreur de respecter les conventions passées entre le vendeur et Désourdy Construction Ltée relativement à la construction du nouvel hôpital;

ATTENDU QU'en date du 21 novembre 1962, une convention supplémentaire a été signée entre Désourdy Construction Ltée, d'une part, et le ministère des travaux publics ainsi que le ministère de la santé, d'autre part;

ATTENDU QUE cette convention prévoit des travaux nécessitant, suivant le devis, l'emploi de sous-contrats et en l'occurrence l'obligation pour l'entrepreneur d'obtenir des commissions en se conformant aux directives du ministère des travaux publics, telles soumissions devant par la suite être incorporées au contrat général pour être exécutées sous la responsabilité de l'entrepreneur général;

ATTENDU QU'une demande au Conseil de la trésorerie a été approuvée, en date du 31 octobre 1962, concernant cet hôpital et prévoyant une somme de \$7,000,000.00 à \$8,000,000.00;

ATTENDU QUE depuis, suivant les directives du ministère de la santé, un étage a été ajouté à cet hôpital, ce qui porte le montant de la construction proprement dite, y compris les honoraires professionnels et autres contingences, à \$2,500,000.00;

A cette somme, il convient d'ajouter pour aménagements fixes et autres aménagements, accessoires, instruments et équipement, un montant de \$3,000,000.00, laquelle somme de \$3,000,000.00 est requise par le ministre de la santé et demeure sous son contrôle, portant le coût total du projet à \$11,500,000.00

ATTENDU QU'il a fallu coordonner et réviser les travaux afin d'éviter des délais qui auraient certainement augmenté le coût du projet;

ATTENDU QUE des sous-contrats ont été octroyés et que quelques autres sous-contrats doivent l'être incessamment;

ATTENDU QUE certains travaux formant une partie du contrat doivent continuer à être exécutés sur une base de temps et de matériaux, cependant que, dans le plupart des cas, des soumissions ont été demandées par voie des journaux;

IL EST ORDONNÉ en conséquence, sur la proposition du Ministre des travaux publics, avec le consentement du ministre de la santé:

A) QUE tous les sous-contrats déjà octroyés par le ministre des travaux publics ou par le ministre de la santé soient ratifiés;

B) QUE les sommes déjà versées soient approuvées;

C) QUE le ministre des travaux publics soit autorisé, pour et au nom de la province, à parachever les travaux de construction de l'Hôpital Général de la Rive-Sud, comté de Chambly, ces travaux devant se poursuivre au cours de la présente année et se terminer au cours de l'année 1955-56; et à continuer l'exécution des sous-contrats déjà en cours, de même qu'à octroyer d'autres sous-contrats suivant la procédure habituelle, ou à autoriser l'entrepreneur général à accorder des sous-contrats qui seront exécutés au cours des années précitées en rapport avec la construction de l'Hôpital Général de la Rive-Sud; ces sous-contrats ont été exécutés et seront exécutés sous la responsabilité de l'entrepreneur général;

A disposer de la somme de \$8,500,000.00 aux fins précitées;

E) QUE la somme de \$3,000,000.00 soit mise à la disposition du ministre de la santé pour ameublements fixes et autres ameublements, ainsi que les accessoires, instruments et équipement;

F) QUE la dite somme de \$11,500,000.00 couvrant l'ensemble du projet, dont une grande partie a déjà été déboursée et prise à même le budget ou immobilisation du ministre de la santé, soit imputée au même budget de ce ministre pour l'exercice financier 1954-55 et à même les crédits votés annuellement à ces fins par la Législature pour les années subséquentes.

  
Greffier Adjoint du Conseil Exécutif

ARRÊTÉ EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro 1833

Québec, le 19 AOU 1955

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT l'acquisition de terrains nécessaires à l'Hôpital Charles Lemoyne, de Greenfield Park, comté Chambly.

-----ooo0ooo-----

ATTENDU QUE l'Hôpital Charles Lemoyne, autrefois appelé Hôpital Général de la Rive Sud, d'une capacité de 480 lits, situé à Greenfield Park, comté de Chambly, appartient à Sa Majesté, du droit de la province de Québec;

ATTENDU QUE pour y organiser les services se rattachant au fonctionnement général de cet hôpital, agrandir son terrain de stationnement et prévoir la construction d'une école d'infirmières, d'une école de gardes-malades auxiliaires, le cas échéant, il est urgent d'acquérir certains immeubles avoisinants;

ATTENDU QUE, vu la nécessité d'acquérir plusieurs immeubles et qu'il n'a pas été possible d'en venir à des ententes acceptables avec les propriétaires de ces immeubles nécessaires à l'expansion de l'hôpital et des services s'y rattachant, il faut prévoir qu'il y aura lieu de procéder par voie d'expropriation;

ATTENDU QU'en vertu de la loi 9 Geo VI, chap. 8, et ses amendements, en particulier la loi 3-4 Elizabeth II, chap 24 (1954/55), le lieutenant-gouverneur en conseil peut autoriser le ministre des Travaux publics à acquérir de gré à gré ou par expropriation des immeubles situés dans la province et qu'il juge utiles pour fins d'hospitalisation, de construction et d'aménagement d'édifices à ces mêmes fins;

ATTENDU QUE la loi 9-10 Elizabeth II (1960/61), chap. 8, art. 73, par. 2, stipule que les dépenses encourues pour l'application de cette loi sont payées sur les deniers votés annuellement, à cette fin, par la législature;

ATTENDU QU'en vertu du chap. 148, S.R.Q. 1962, le ministre des Travaux publics a, en tout temps, le pouvoir de faire l'acquisition et de prendre possession, pour et au nom de Sa Majesté, des propriétés immobilières dont il croit l'appropriation nécessaire pour l'usage, la construction d'édifices publics ou pour l'agrandissement ou l'amélioration de ces ouvrages ou pour en rendre l'accès plus facile, et il peut à cet effet acquérir ces immeubles de gré à gré ou par expropriation;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition du ministre des Travaux publics et du ministre de la santé: -

QUE le ministre des Travaux publics soit autorisé, pour et au nom de Sa Majesté, du droit de la province de Québec, à acquérir de gré à gré ou par expropriation les immeubles nécessaires pour fins d'hospitalisation ou pour toutes autres fins utiles au bon fonctionnement des édifices construits ou à construire sur les terrains ainsi acquis, y aménager et loger des services se rattachant au fonctionnement général de l'Hôpital Charles Lemoine, agrandir son terrain de stationnement, et en vue de prévoir la construction d'une école d'infirmières, d'une école de gardes-malades auxiliaires, le cas échéant, et tous autres édifices, y faire tous ouvrages de construction qui seront jugés nécessaires à la province;

QU'il soit autorisé à acquérir, aux fins susdites, les immeubles avoisinant l'Hôpital Charles Lemoine situés sur la rue St-Charles à Greenfield Park portant les numéros 238-37, 238-38, 238-39, 238-873, 238-874, 238-875, 238-876, 236-1134, 236-1135, partie de 236-1133, 244-30 au cadastre officiel pour la paroisse de St-Antoine de Longueuil, avec bâtisses dessus construites, circonstances et dépendances.

QU'il soit, de plus, autorisé à faire démolir les bâtisses situées sur ces terrains, lorsqu'il le jugera nécessaire;

QU'une somme de \$30,000.00 soit prévue et mise à la disposition du ministre des Travaux publics à ces fins, conformément à la loi 9 Geo. VI, chap. 2, amendée par la loi 3-4 Elizabeth II, chap. 24, et 9-10 Elizabeth II, chap. 73, par. 2, ainsi que le chap. 148, S.R.Q. 1941, et que la dite somme soit imputée à l'article 17-1 du budget en immobilisation du ministère de la santé, pour l'exercice financier 1965/66, et à même les crédits votés annuellement à ces fins par la législature pour les années subséquentes.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif



CHAMBRE - CONSEIL  
CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro: 1714

Québec, le 1 - SEP 1965

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT une entente à être signée entre le gouvernement de la province de Québec et la corporation de l'hôpital Charles Lemoyne, de Greenfield Park, comté Chambly.

-----0000000-----

ATTENDU QU'en vertu de l'article 5 de la Loi des Hôpitaux (19-11 Elizabeth II, chapitre 44), une corporation peut seule être locataire, concessionnaire ou administratrice d'un hôpital appartenant à Sa Majesté;

ATTENDU QUE le gouvernement de la province de Québec est propriétaire de l'hôpital Charles Lemoyne, situé à Greenfield Park, comté Chambly;

ATTENDU QU'il y a lieu pour le gouvernement de louer le dit hôpital à "Hôpital Charles Lemoyne", corporation légalement constituée suivant la troisième partie de la Loi des compagnies de Québec le 4 juin 1963, et de lui en confier la direction, la surveillance et l'administration;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la proposition du ministre de la santé: -

QUE le ministre de la santé soit autorisé à conclure une entente au nom du Gouvernement de la province de Québec avec la corporation "Hôpital Charles Lemoyne" de Greenfield Park, comté Chambly, pour lui louer l'hôpital Charles Lemoyne et lui en confier la direction, la surveillance et l'administration, le tout aux conditions mentionnées dans l'entente ci-annexée;

QU'il soit autorisé à signer au nom du gouvernement de la province de Québec tous les documents requis à cette fin.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif



Entente conclue entre le Gouverne-  
ment de la Province de Québec et  
"Hôpital Charles Lemoyne".

---

SA MAJESTE, la reine Elisabeth II, aux droits de la Province de Québec, ici représentée par l'Honorable Alphonse Couturier, docteur en médecine et ministre de la Santé, agissant aux présentes en cette qualité et spécialement autorisé en vertu de l'arrêté en conseil numéro 1714 en date du 1er septembre mil neuf cent soixante-cinq; dont copie certifiée est annexée aux présentes, ci-après appelé:

LE GOUVERNEMENT

et

"Hôpital Charles Lemoyne" corporation légalement constituée en vertu de lettres patentes émises sous le Sceau de la province de Québec le quatre juin mil neuf cent soixante-trois, ayant son siège social à Greenfield Park, comté Chambly, ici représenté par son président, monsieur Antoine Desmarais et son directeur général, monsieur Gérard Lanoue, dûment autorisés en vertu d'une résolution du conseil d'administration de la dite corporation, ci-après appelée:

LA CORPORATION

Lesquels par ces présentes ont fait entre eux les déclarations et conventions suivantes:

1- Le gouvernement est propriétaire de l'hôpital connu sous le nom de "Hôpital Charles Lemoyne" pour l'avoir construit sur un terrain acquis de la corporation de "Hôpital Général de St-Lambert" en vertu d'un contrat passé devant maître Claude Tessier, notaire, de Greenfield Park, comté Chambly, le 25 octobre 1962 sous le numéro 1094 des minutes dudit notaire;

2- Le gouvernement loue à la corporation les dits immeubles ci-haut décrits, ainsi que le contenu, aux charges et conditions suivantes:

- a) la corporation s'engage à administrer le dit hôpital avec tous les services habituels organisés dans un tel hôpital;
- b) A y hospitaliser et soigner les malades et blessés;

3- Cette location est faite pour une période d'un (1) mois et sera continuée de mois en mois, à moins que le gouvernement ne décide d'y mettre fin; ce qu'il pourra faire sur avis

de dix (10) jours, par lettre recommandée. La corporation, pour sa part, pourra y mettre fin, sur avis de trente (30) jours, par lettre recommandée;

4- Cette location est faite en considération des sommes ci-après désignées;

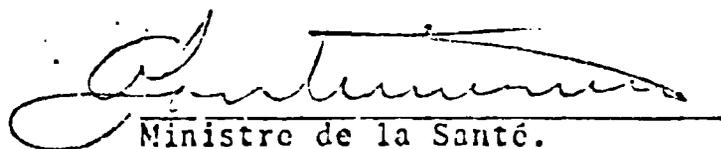
- a) La location des immeubles et bâtiments, ainsi que du matériel fixe non technique et dont le coût est considéré au point de vue de l'Assurance-Hospitalisation comme non partageable, est faite en considération d'une somme représentant quarante pour cent (40%) des recettes provenant des chambres privées et semi-privées de l'hôpital;
- b) Pour ce qui est de la location du matériel dont le coût est considéré comme partageable, au point de vue de l'Assurance-Hospitalisation, la location en est faite en considération d'une somme équivalente à la dépréciation de ce matériel, calculée selon la méthode approuvée par le Service de l'Assurance-Hospitalisation et recommandée par l'Association des Hôpitaux du Canada.

5- Pour ce qui est des quarante pour cent (40%) mentionnés au paragraphe a) de l'article précédent, ils devront être payés par versements mensuels le dix (10) de chaque mois;

6- Pour ce qui est du montant égal à la dépréciation du matériel dont le coût est considéré comme partageable, il sera payé par versements semi-annuels, les trente (30) juin et trente-et-un (31) décembre de chaque année.

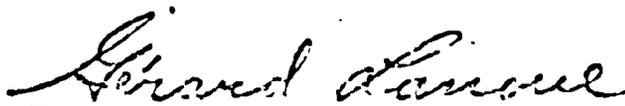
7- La corporation s'engage à administrer le dit hôpital selon le budget établi par le Service de l'Assurance-Hospitalisation.

Fait à Québec, ce 17<sup>e</sup> ième jour de septembre mil neuf cent soixante-cinq.

  
Ministre de la Santé.

Hôpital Charles Leroyne

  
par: Antoine Desmarais, président.

  
Gérard Lanoue, directeur général.

ARRÊTÉ EN CONSEIL  
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

2971

11 SEP 1968

Numéro

PRÉSENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT le consentement du lieutenant-gouverneur en conseil en vertu de la Loi des hôpitaux, pour modifications de la charte de la corporation HOPITAL CHARLES LEMOYNE suivant la troisième partie de la Loi des compagnies.

-----oooOooo-----

ATTENDU QU'en vertu de l'article 6 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164), aucune charte autre qu'une loi de la Législature ne peut être accordée, modifiée, révoquée ou abandonnée sans le consentement du lieutenant-gouverneur en conseil;

ATTENDU QUE la corporation HOPITAL CHARLES LEMOYNE a demandé que des modifications soient apportées à sa charte en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies, par requête dont une copie est annexée au présent arrêté en conseil;

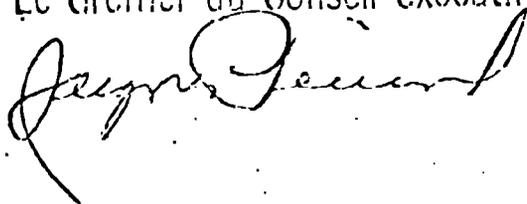
ATTENDU QU'il y a lieu d'accorder cette requête.

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition du ministre de la santé:

QUE le consentement prescrit par l'article 6 de la Loi des hôpitaux soit donné à la corporation HOPITAL CHARLES LEMOYNE pour fins de modifier sa charte en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies (S.R.Q. 1964, chapitre 271), selon la requête dont copie est ci-annexée.

Copie conforme

Le Greffier du Conseil exécutif



P.B. P.B.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1570 rue ST-HUBERT,  
MONTRÉAL.

Le 27 octobre 1965

Monsieur le docteur Jacques Gélinas,  
Sous-ministre de la Santé et Directeur,  
Service de l'Assurance-hospitalisation,  
Ministère de la Santé,  
930 Chemin Ste-Foy,  
Québec, P.Q.

Monsieur le sous-ministre,

Veillez trouver ci-jointe la liste  
des item non complétés à l'Hôpital Charles-Lemoyne, à la date  
du 26 octobre 1965.

Cette liste a été préparée par mon-  
sieur Jean-Paul Jolicoeur, architecte, et elle m'a été remise  
lors du transfert de cet hôpital, du Ministère des Travaux Pu-  
blics au Ministère de la Santé.

Il a été bien entendu avec monsieur  
St-Louis, architecte, représentant du Ministère des Travaux Pu-  
blics, monsieur Jean-Paul Jolicoeur, architecte, monsieur Contois,  
représentant les contracteurs, ainsi que monsieur Gérard Lanoue,  
représentant la Corporation de l'Hôpital Charles-Lemoyne, que le  
Ministère des Travaux Publics, verra à ce que tout soit complété  
à la satisfaction de la Corporation de l'hôpital.

Veillez me croire,  
Votre tout dévoué,

*Napoléon Tremblay M.D.*  
Napoléon Tremblay, M.D.,  
Directeur Général.

NT/1  
inc.

J. P. JOLICOEUR, A.D.B.A.  
A R C H I T E C T E

Le 26 octobre 1965.

A QUI DE DROIT

Il est à noter que les rapports de surveillance # 151, 152, 153, qui vous sont remis ce jour même, comprenant les item non complétés des travaux, et datés du 20 octobre 1965, seront révisés cette semaine, car une grande partie de ces travaux sont déjà terminés. Un rapport corrigé vous sera envoyé aussitôt inspection faite.

JPJ/rb

  
JEAN-PAUL JOLICOEUR  
a r c h i t e c t e

J. P. JOLICOEUR, JR. A.D.S.A.  
ARCHITECTE

5220, RUE MENTANA, MONTRÉAL 34 - TÉLÉPHONE 274-4448

Contrat No. 62-189 Date 20 octobre 1965 SURVEILLANCE No. 151

Re: HOPITAL GENERAL DE LA RIVE SUD

Visité par B. Kutchuk pour J.P. Jolicoeur

G. Vézina pour Désourdy Ctn

Une inspection des travaux a été faite du 1er au 7e étage (3e inspection)

Il reste encore à terminer les travaux suivants:-

- A - Système de téléphone extérieur
- B) - Système d'intercom et d'enregistrement des médecins
- C - Convoyeur vertical
- D - Chambres de mécanique à tous les étages

De plus, les réparations suivantes ne sont pas complétées.

#### APPENTIS

- 1 - Changer porte extérieure droite et installer un seuil.
- 2 - Réparer enduit de ciment
- 3 - Réparer isolation des gaines autour des sorties de prise de température.

#### 7e ETAGE

- 4 - Installer une boîte fixée au niveau du plancher dans l'auditorium
- 5 - Installer poignées sur les portes de l'auditorium et de la chapelle.
- 6 - Installer serrure morte sur porte d'escalier dans le service de psychiatrie.

#### 6e ETAGE

- 7 - Installer cloisons Johl dans solarium
- 8 - Pièce 665: installer lumière sur évier

#### 3e ETAGE

- 9 - Pièce 308B: Installer porte plombée
- 10- Pièce 381 - Terminer l'ouverture de contrôle pour l'E.E.G.
- 11- Installer une passerelle entre la porte et les bords de la tour de refroidissement.

12

J. P. JOLIE JR, architecte,  
M O N T R E A L

SURVEILLANCE No. 151, page 2

2e ETAGE

- 12 - Réparation d'enduit et epoxy sur le mur du corridor nord.
- 13 - Pièce 210A - Poignée de porte
- 14 - Pièce 204A - Peinture de l'armoire chauffante
- 15 - Pièce 210B - Terminer la pièce
- 16 - Pièce 255B - Réparer guichet et le rendre moins bruyant
- 17 - Pièce 207B: Installer porte plombée pour contrôle.
- 18 - Pièce 211B: Compléter porte plombée, peinture, serrure
- 19 - Pièce 213B: Rajuster meuble pour installer cuve à développements.
- 20 - Pièce 240B: Poser base de terrazzo de la cuve.

1er ETAGE

- 21 - Pièce 130B: Globe de lumière
- 22 - Pièce B-148: Changer coin en tuile céramique.

-----

DISTRIBUTION:

M. F. St-Louis  
M. C.E. Chouinard  
Désourdy Ctn Ltée (2)  
Architecte (2)

J. P. JOLIF     C.R. A.D.B.A.  
A R C H I T E C T E

5220, RUE MENTANA, MONTRÉAL 34 - TÉLÉPHONE 274-4149

Contrat No. 62-189     Date 20 octobre 1965     SURVEILLANCE No. 152

Par: HOPITAL GEN. DE LA RIVE SUD

Travaux par: B. Kutchuk et G. Vézina

---

Pour pouvoir faire l'acceptation des travaux, il reste à terminer les items suivants:

BATIMENT "A"

Urgence et Clinique Externe

- 1 - Installer loquets sur porte 107 - à manoeuvrer du corridor.
- 2 - Pièce R-115: réparer plafond autour sorties thérapeutiques et lampe centrale.
- 3 - Nettoyer intérieur des fixtures électriques
- 4 - Serrure sur porte
- 5 - Pièce R-116: Nettoyer et peindre espace entre meuble et fenêtre  
*Changoux*
- 6 - : Changer tuiles de plafonds
- 7 - Pièce R-118: Mêmes remarques que R-115
- 8 - : Craque sur mur
- 9 - Pièce R-112: Fixer tuiles de plafond
- 10- : Ajuster plaque de vacuum
- 11- Pièce R-117: Meme remarque que R-115
- 12- : Nettoyer mur sous négatoscope
- 13- Pièce R-111: Fixer tuiles de plafond
- 14- : Peinture sur cadre de porte
- 15- Pièce R-110: Terminer panneau
- 16- : Fixer tuiles de plafond
- 17- Pièce R-120: Installer armoires
- 18- : Sorties croches sur mur
- 19- : Fixer tuiles de plafonds
- 20 Pièce R-119: Meme remarque que R-120

- 21:- Pièce R-107: Prise à ajuster - Couvercle à boîte
- 22:- : Tuiles de plafond
- 23:- Pièce R-106: Même remarques que R-107
- 24:- Pièce R-105: Fixer solidement boîte de contrôle du dessus du pneumatique et ajuster prises
- 25:- : Lumière témoin à fixer.
- 26:- Pièce R-104: Prises à ajuster
- 27:- Pièce R-103: Nettoyage complet et surtout autour du négatoscope
- 28:- : Plinthes à installer (céramique)
- 29:- : Tuiles de plafond
- 30:- Pièce R-123: Email sur T de plafond
- 31:- Pièce R-128: Plaques de téléphone manquant
- 32:- Pièce R-130: Réparation d'époxy autour de la prise.
- 33:- Pièce R-122: Tuiles au plafond à fixer
- 34:- Pièce R-102: Tuiles au plafond à fixer
- 35:- Pièce R-58 : Terminer la pièce, retouches de peinture.
- 36:- R-97 à R-101: Vérifier prises et plaques.
- 37:- R-94 et R-95 : Taches sur le mur sous prise
- 38:- R-79 : Repeindre mur près interrupteur
- 39:- Pièce R-82 : Réparer craque et repeindre au mur
- 40:- Pièce R-76 : Fixer plafond et nettoyer toilette.
- 41:- Pièce R-83 : Fixer plafond
- 42:- Pièce R-85 : Plaques pour prises à installer
- 43:- Pièce R-90 : Plinthes à poser et reprendre peinture autour interrupteurs.
- 44:- Pièce R-72 : Peinture à reprendre
- 45:- Pièce R-71 : Peinture à reprendre près de la porte 73
- 46:- Pièce R-75 : Epoxy à reprendre après réparation autour du comptoir du poste

J. P. JOLIE JR, architecte,  
M O N T R E A L

BATIMENT "A"

SURVEILLANCE No. 152, page 3

- 47:- Pièce R-75 : Nettoyer le comptoir, repeindre si nécessaire.
- 48:- R-61& R-62 : Plafond à fixer. - renforcer seuils de portes.
- 49:- Tél. pub. : Installer plaque
- 50:- : Loquet dans comptoir d'information.

ADMINISTRATION

- 51:- Pièce R-17 : Partition à installer - plafond
- 52:- Pièce R-49 : Installer prises pour téléphone inter & ext.
- 53:- Pièce R-49 : Tuile de plancher près portes
- 54:- Pièces R-47  
et R-48: Plafonds à fixer
- 55:- Pièce R-46 : Peinturer cadre des porte.
- 56:- Pièce R-45 : Finir la pièce - peinture
- 57:- Pièce R-57 : Installer prise pour téléphone ext. et int.
- 58:- Pièce R-44 : Enlever cordon et réparer tuile de plafond
- 59:- Pièce R-42 : Plancher à terminer
- 60:- R-41& R-40 : Plaques d'interrupteurs à installer.
- 61:- Pièce R-38 : Plafond
- 62:- Pièce R-31 : Terminer tapis
- 63:- Pièce R-36 : Tapis inacceptable, trop de morceaux
- 64:- Pièce R-33: Terminer plancher
- 65:- Pièce R-09A: Reprendre tissus sur mur, décollés.
- 66:- Pièce R-10 : Téléphone, plaque
- 67:- Pièce R-13 : Plinthe à coller
- 68:- Ajouter morceau noir sous porte (Precision Wood)
- 69:- Dans certaines pièces, les couvercles de Rixon manquent.

BATIMENT "B"

- 70:- Pièce R-48 : Plaques, vérifier plaque d'intercom
- 71:- Pièce R-49 : Plaques à installer
- 72:- Pièces R-50 Peinturer cadre de porte  
et R-51:
- 73:- Pièce R-78 : Plaques et lumière sur mur
- 74:- Pièce R-76 : Plaque (par Mob. de Labo.)
- 75:- Pièce R-71 : Cadre de porte 80 à peindre.
- 76:- Pièce R-76 : Serrure à réparer.
- 77:- Pièce R-67 : Globe de lumière à changer
- 78:- : Craque à réparer.
- 79:- R-66 & R-65 : Réparer craque, repeindre murs
- 80:- Pièce R-55 : Enregistreurs pour banques de sang.
- 81:- Pièce R-03 : Terminer cave à isotopes - partie supérieure et peinture  
des pentures.
- 82:- : Grille du radiateur
- 83:- : Guichet (Mob. de Labo.)
- 84:- Pièce R-08 : Installer plaque
- 85:- Pièce " : Ajuster appareil haut-parleur
- 86:- Pièce R-11 : Plaques à poser
- 87:- Pièce R-15: Reprendre peinture et craques
- 88:- R.20, 22,29: Peinturer couvercles des boîtes dans salles de  
R.30, 34,35: rayons x.
- 89:- Pièce R-21 : Terminer installation et store opaque (Philips)
- 90:- Cabines de déshabillage: reprendre les bancs afin de les rendre  
solides (sturdy steel)
- 91:- Pièce R-31 : Installer négatoscope dans comptoir.
- 92:- : Moulures en acier inoxydable autour de la cuve à  
développer.
- 93:- : Peinturer tuyau de ventilation dans chambre noire.

.../...

J. P. JOLIE, architecte,  
M O N T R E A L

SURVEILLANCE No. 152, page 5

- 94:- Pièce R-34 : 2 poignées sur porte coulissante.
- 95:- Pièce R-33: Peinture
- 96:- Pièce R-42 : Plaque sur boîte
- 97:- Pièce R-46 : Cadre de porte 61 à peindre
- 98:- : Négatoscope à installer
- 99:- : Armoire d'archives à compléter
- 100:- : Les indications sur les postes d'intercom aux murs ne sont pas acceptés.

REMARQUES:

Dans toutes les pièces, les plafonds doivent être revisés et les tuiles fixées pour les empêcher de se déplacer par les courants d'air.

De même toutes les plaques de téléphone et intercom devront être vérifiées. Les couvercles de boîtes peints blanc fixés sur les murs doivent être peints couleur ivoire (Nat. Intercom).

DISTRIBUTION:

-----  
Entrepreneur-général (2)  
Architecte (2)

J. P. JOLICOEUR, A.D.B.A.  
ARCHITECTE

5220, RUE MENTANA, MONTRÉAL 34 - TÉLÉPHONE 274-4449

Contract No. 62-189 Date 23 octobre 1965 SURVEILLANCE No. 153  
Re: HOPITAL GEN. DE LA RIVE SUD  
Visé par P.B. Kutchuk, arch.

Pour pouvoir faire l'acceptation des travaux au sous-sol, il reste à terminer les items suivants:-

B A T I M E N T " A "

- 1 - Pièce S-80: Réparer peinture casier métallique
- 2 - : Installer plaque
- 3 - Pièce S-81: Installer panneau au dessus de l'évier.
- 4 - Pièce S-79: Plaque et téléphone
- 5 - : Négatoscope à nettoyer.
- 6.- Pièce S-78: Réparer bloc à côté de l'interrupteur.
- 7 - : Fixer couvercles des panneaux et nettoyer.
- 8 - Pièce S-24: Deux globes de lumière au cafeteria sont brisés.
- 9 - : Installer étagère pour cabarets au guichet (Prowse)
- 10- Pièce S-21: Réparer mur droite, peinture, nettoyage.
- 11- Pièce S-21A: Installer appareil de nettoyage.
- 12- Pièce S-18: Plaque et téléphone
- 13- : Réparation émail des casiers à l'entrée de la pièce.
- 14- Pièce S-15: Tuyau à enlever sur mur gauche et peinture à réparer.
- 15- : Réparer mur et reprendre peinture sous 2e radiateur à partir de la gauche.
- 16- : 3 seuils à fixer et nettoyage de la pièce.
- 17- Corridors : Lumières indicatrices à installer sur les corridors.
- 18- Pièce S-04: Téléphone et tuiles de plafond -/Astragale sur porte
- 19- : double.
- 20- Pièce S-01: Porte et cadre à installer sous escalier # 1. (Il est inclus sur les plans).
- 21- Pièce S-14: Interrupteur, prises et plaques à installer.
- 22- Pièce S-13: Panneau à terminer.
- 23- Pièce S-08: Téléphone
- 24- Pièce S-07: Plinthe sous poignons.

J. P. JOLIC JR, architecte,  
M O N T R E A L

SURVEILLANCE No. 153, page 2

- 25- Pièce S-07A : Fixer seuil
- 26- Pièce S-03 : Peinture des couvercles de trappe.
- 27- : Fixer couvercles des panneaux.
- 28- Pièce S-09 : Plaques
- 29- Pièce S-31 : Globes de lumière
- 30- Pièce S-30 : Retouches peinture de la porte.
- 31- Pièce S-32 : Cloison entre comptoir de lavage et pharmacie
- 32- : Téléphones
- 33- : Terminer meuble et raccords
- 34- Pièce S-28 : Téléphones
- 35- Pièce S-41 : Cadre et poignée pour couvercle de trappe.
- 36- Pièce S-34 : Réparer mur entre tuile céramique et cadre de porte.
- 37- Pièce S-37 : Téléphones
- 38- Pièce S-40 : Prise de courant et téléphones
- 39- Pièce S-77 : Mettre en marche la balance
- 40- : Installer fixtures
- 41- Pièce S-76 : Fixer plaques de trappes au plancher.
- 42- Pièce S-70 : Réparer isolation tuyauterie.
- 43- S-80 & S-81 : Ajuster luminaires
- 44- Pièce S-69 : Réparer guichet de la porte 72.
- 45- Pièce S-68 : Peinturer supports et collecteur à charpie même couleur que sècheuses.
- 46- : Terminer installation de la calandre.
- 47- Pièce S-62 : Peinturer cadre des trappes et plancher (Bouchard)
- 48- Pièce S-71 : Téléphones et fixture au plafond.
- 49- Pièce S.67 : Téléphone - ajuster prises.
- 50- Pièce S-66 : Interrupteur et prise
- 51- Pièce S-47 : Luminaire à changer (carré)
- 52- Pièce S-43 : Reprendre rail au plafond.
- 53 : Installer loquet sur porte 52 et réparer tuile au plancher
- 54- Pièce S-45 : Cadre de porte 53 est endommagé, à réparer.  
 : Cadre d'appui à installer

...../)

- 56: Pièces S-48  
& S-49 : Compléter installation des appareils de physiothérapie
- 57: Pièce S-46 : Prises à rajuster.
- 58: Pièce S-44 : Serrure sur toutes les portes accordéon
- 59: : Installer barre d'appui.
- 60: Pièce S-53 : Plaques à fixer.
- 61: Pièce S-51 : Réparer mur entre cadre et tuile céramique
- 62: Pièce S-55 : Compléter cloisons Johl.
- 63: : Installer tractions cervicales.
- 64: Pièce S-57 : Installer barre d'appui.
- 65: Pièce S-29 : Réparer porte coulissante et plâtre autour. BATIMENT "B"
- 66: Pièce S-28 : Ajuster plaques de tranchée (Bouchard) et réparer ciment du plancher.
- 67: Pièce S-27 : Ajuster porte Kalamain.
- 68: Pièce S-26 : Poser plaque interrupteurs.
- 69: Pièce S-20 : Compléter stérilisateurs à poubelles.
- 70: : Réparer plafond.
- 71: Pièce S-31 : Compléter tableaux de téléphone.
- 72: Pièce S-23 : Ajouter tuile au seuil de porte
- 73: : Réparer cadre de porte
- 74: : Plaques de téléphone.
- 75: Pièce S-16 : Plaques de prises et téléphone
- 76: : Peinture et couvercle de la trappe de plancher.
- 77: : Fermer base des réfrigérateurs pass-through (Prowse)
- 78: Pièce S-09 : Peinture du cadre de porte.
- 79: Pièce S-02 : Retoucher émail des portes coulissantes des panneaux.
- 80: : Réparer fissure sur terrazzo.
- 81: : Fixer seuil de porte 33, 37, 32.
- 82: : Peinturer force-flow du plafond.
- 83: Pièce S-35 : Couvercle de la cave à radium et rosace autour tuyau de ventilation.
- 84: Pièce : Porte et cadre à installer sous l'escalier # 3.

REMARQUES:

La tuile des plafonds doit être vérifiée à nouveau.  
les installations de téléphone et intercom doivent être vérifiées.