

R A P P O R T

D E L A

C O M M I S S I O N D ' E N Q U E T E

S U R

L'HOPITAL SAINT-LOUIS DE WINDSOR INC.

Président: M. JACQUES TRAHAN, Juge

Commissaires: M. PAUL BOURGEOIS, Médecin

M. EDOUARD GAGNON, Médecin

M. YVES LEBOEUF, Médecin

Me MARIN DION
Conseiller juridique



TABLE DES MATIERES

	Pages
PREAMBULE.....	2
ARRETES EN CONSEIL.....	5
ASSERMENTATION.....	10
CONSEILLER JURIDIQUE.....	11
CONTENU DU RAPPORT.....	11
REMERCIEMENTS.....	12
RESUME CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	13
TEMOINS ET PREUVE DOCUMENTAIRE.....	18
DIVISION DU RAPPORT.....	20
Chapitre I:	
De l'historique de l'Hôpital St-Louis et du rôle qu'il a voulu remplir.....	23
Chapitre II:	
De l'organisation administrative de l'Hôpital St-Louis.....	36
Chapitre III:	
De l'organisation médicale de l'Hôpital St-Louis.....	48
Chapitre IV:	
De l'éventail des soins médicaux fournis à l'Hôpital Saint-Louis.....	65
Chapitre V:	
De la qualité de ces soins médicaux....	77
Chapitre VI:	
Du contrôle de la qualité de ces soins	106
Chapitre VII:	
Du conflit créé par l'admission d'un nouveau médecin et de ses répercussions sur la qualité et le genre de soins fournis.....	117

Chapitre VIII:

Des commentaires recueillis du public.. 127

Chapitre IX:

De l'opinion de divers témoins sur
l'Hôpital St-Louis et sur son
avenir..... 132

Chapitre X:

De la place de cet hôpital dans la
région des Cantons de l'Est..... 137

CONCLUSIONS 144

RECOMMANDATIONS 148

TABLE DES MATIERES DETAILLEE

PREAMBULE	-	Historique de la Commission
ARRETES EN CONSEIL	-	Texte complet des trois
ASSERMENTATION	-	Formule d'assermentation
CONSEILLER JURIDIQUE	-	Me Dion
CONTENU DU RAPPORT	-	Double mandat
REMERCIEMENTS	-	Docteur Clovis Dagneau
	-	Administration de l'Hôpital St-Louis
	-	Collège des médecins

RESUME CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION -

- 29 mai: première visite à Windsor;
- du 15 juin au 1er juillet: étude de
2515 dossiers d'hospitalisation;
- 28 juin: Arrêté en conseil numéro: 1893
créant la Commission;
- du 2 au 12 juillet: séances de la Commission
à Sherbrooke et à Windsor;
- du 15 juillet au 1er septembre: étude de
documents et délibérations;
- 4 septembre: Arrêté en conseil numéro: 2888
prolongeant la Commission au 8
novembre 1968;
- les 12, 17 et 18 septembre et le 8 octobre:
séances de la Commission pour au-
dition des témoins;
- du 8 octobre au 25 novembre: étude de docu-
ments, délibérations et rédaction
du rapport;
- le 7 novembre: Arrêté en conseil numéro: 3590
prolongeant la Commission au 4 décembre;

- le 29 novembre 1968: remise officielle du rapport à l'Honorable ministre de la Santé.

TEMOINS ET PREUVE DOCUMENTAIRE -

Témoins:

En tout (72) témoins dont tous les médecins impliqués. Huis clos maintenu mais représentants du public entendus sur convocation (4) ou sur leur demande(4).

Preuve documentaire:

Exhibits: 57 pièces diverses déposées (liste jointe)

Dossiers médicaux: soit 2515 dossiers

Divers documents: registre 'salle d'opération, correspondance du Directeur médical, procès-verbaux des Comités du Bureau médical, statistiques, etc...

Notes sténographiques: 4135 pages réunies en 32 volumes.

DIVISION DU RAPPORT -

Préliminaire: L'arrêté en conseil donne comme mandat: "procéder à une enquête sur tous les médecins du Bureau médical de cet hôpital et ceci portant sur la qualité des soins administrés aux malades durant la période écoulée depuis le 1er janvier 1965..."

"de statuer sur la qualité des soins et de limiter l'éventail des actes médicaux et chirurgicaux qui peuvent être posés dans cette institution, tenant compte de la qualité de matériel et de personnel."

Comme le reconnaît ce texte, la qualité des soins est reliée à la qualité du matériel et du personnel. Aussi fut-il décidé de faire porter l'enquête sur tout le fonctionnement de l'Hôpital mais seulement dans ce qui pouvait avoir une relation avec la qualité des soins passés et éventuels. Ce rapport reflètera donc cette façon de faire.

CHAPITRE I

De l'historique de l'Hôpital Saint-Louis et du rôle qu'il a voulu remplir -

- 1) situation de Windsor
- 2) origines de l'Hôpital St-Louis
- 3) développements successifs
- 4) situation financière
- 5) rôle passé et futur recherché par l'Hôpital

CHAPITRE II

De l'organisation administrative de l'Hôpital Saint-Louis -

- 1) Corporation
- 2) Conseil d'administration
- 3) Directeur général
- 4) Commentaires:
 - a) affaire de famille
 - b) Conseil d'administration d'une petite localité
 - c) Loi des hôpitaux
 - d) nomination des directeurs médicaux

- e) rapport au Conseil Canadien
d'Accréditation des Hôpitaux
(1966)

CHAPITRE III

De l'organisation médicale de l'Hôpital Saint-Louis -

- 1) Directeur médical
- 2) Bureau médical et personnel médical
- 3) Statuts et règlements du bureau médical
- 4) Commentaires:
 - a) Directeurs médicaux
 - b) Statuts et règlements du bureau médical ignorés de ses membres
 - c) règlements du bureau médical qui ne sont pas suivis

CHAPITRE IV

De l'éventail des soins médicaux fournis à l'Hôpital Saint-Louis -

- 1) Sources d'information:
 - a) statistiques
 - b) interrogatoires de médecins, d'infirmières et de l'archiviste
 - c) registres des salles d'opération
 - d) 2515 dossiers médicaux
- 2) nombre d'admissions par année 65-66-67-68
- 3) obstétrique: nombre de cas par année depuis '65
- 4) Médecine: nombre de cas par année depuis '65
- 5) Chirurgie: mineure et majeure, nombre de cas par année depuis '65
- 6) Pédiatrie: nombre de cas par année depuis '65
- 7) O.R.L.: nombre de cas par année depuis '65

- 8) Soins dentaires: extractions: nombre de cas par année depuis '65
- 9) Anesthésie: organisation et fonctionnement
- 10) Radiologie: organisation et fonctionnement
- 11) Laboratoires: organisation et fonctionnement:
 - Hématologie, biochimie, bactériologie, pathologie
 - nombre d'autopsies depuis 1965

CHAPITRE V

De la qualité de ces soins médicaux

- 1) Sources d'information:
 - a) étude de 2515 dossiers d'hospitalisation
 - b) rapports des Comités
 - c) interrogatoires de médecins et d'infirmière
- 2) Remarques générales: Pauvreté de la qualité des dossiers:
 - a) notes des infirmières détruites
 - b) routines
 - c) retards à compléter les dossiers
 - d) dossiers complétés: incomplets et insuffisants
 - e) rapports d'électrocardiogrammes et de consultation non datés
 - f) nombreuses hospitalisations inutiles

Pour savoir si la qualité des soins allait de pair, long interrogatoire de médecins et d'infirmières.

- 3) Obstétrique:
 - a) routines: pré et post-partum
 - b) forceps
 - c) facteur Rh
 - d) cas majeurs

N.B. Dossiers à remettre au Collège.

4) Médecine:

- a) hospitalisations inutiles
- b) gravité de certains cas
- c) diagnostics posés et traitements appliqués

N.B. Dossiers à remettre au Collège.

5) Chirurgie:

- a) chirurgie itinérante
- b) règlements de la salle d'opération
- c) assistance en chirurgie
- d) absence de pathologiste et de radiologiste sur place
- e) indications opératoires et diagnostics pré et post-opératoires discutables

N.B. Dossiers à remettre au Collège.

6) Pédiatrie:

- a) opinion d'un pédiatre
- b) opinion du directeur médical

7) O.R.L.:

- Nombreuses amygdalectomies

8) Soins dentaires:

- admissions et traitements de ces malades à l'Hôpital

N.B. Dossiers à remettre au Collège.

9) Anesthésie:

- a) examen pré-anesthésique
- b) règlements de la salle d'opération
- c) anesthésies simultanées nombreuses
- d) prémédication

e) refus d'un anesthésiste à temps
complet

10) Radiologie:

- usage d'une estampille

11) Laboratoires:

- problème dans les petits hôpitaux
et autopsies.

CHAPITRE VI

Du contrôle de la qualité de ces soins

- 1) Statuts et règlements du bureau médical non appliqués
- 2) Incapacité des directeurs médicaux à remplir leur rôle
- 3) Médecins actifs: - Aucune limite de privilèges
- Absence d'autocontrôle
- 4) Médecins consultants: désintéressés du contrôle
- 5) Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux: contrôle illusoire
- 6) Conseil d'administration: inapte à jouer son rôle.

CHAPITRE VII

Du conflit créé par l'admission d'un nouveau médecin et de ses répercussions sur la qualité et le genre de soins fournis

- 1) Historique du conflit
- 2) Attitude du personnel médical
- 3) Répercussions sur les soins fournis:
 - a) assistance en chirurgie
 - b) cessation de toute chirurgie depuis le 11 janvier 1968
 - c) disponibilité des soins améliorée pour la population

CHAPITRE VIII

Des commentaires recueillis du public

- 1) Disponibilité des médecins durant les fins de semaine
- 2) Public illusionné sur la valeur et la nécessité de son hôpital
- 3) Absence de problème en relation avec l'arrêt de toute chirurgie depuis le 11 janvier 1968
- 4) Besoin urgent pour foyer d'hébergement

CHAPITRE IX

De l'opinion de divers témoins sur l'Hôpital Saint-Louis et sur son avenir

- 1) Les non-médecins
- 2) Les médecins attachés à l'Hôpital Saint-Louis
- 3) Autres témoignages de gens non impliqués

CHAPITRE X

De la place de cet Hôpital dans la région des Cantons de l'Est

- Inventaire des ressources
- Nécessité d'une régionalisation
- Windsor par rapport à Sherbrooke

CONCLUSIONS

RECOMMANDATIONS

LISTE DES EXHIBITS PRODUITS

- C (a) Copie photostat d'une entente intervenue le 11 avril 1968 à la suite de la séance du Comité de Conciliation.
- C (b) Arrêté en conseil no: 1893 daté du 28 juin 1968 se rapportant à la question d'une Commission d'Enquête pour étudier la qualité des soins administrés aux malades hospitalisés à l'Hôpital Saint-Louis par les médecins de cette institution depuis le 1er janvier 1965.
- C (1) Photocopie d'un rapport d'autopsie "histo-pathologie" dossier no: 8827
- C (2) Statuts et règlements du bureau médical de l'Hôpital de Sherbrooke.
- C (3) Rapport sur le nombre des malades des docteurs Houle, Caux, Dikeman, Chaput, Bilodeau et Fréchette admis à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Sherbrooke depuis le 1er janvier 1965.
- C (4) Exemple d'un enregistrement de décès émanant de la Province de Québec, Ministère de la Santé.
- C (4a) Protocole d'autopsie d'un bébé.
- C (4b) Rapport du nombre d'autopsies du 1er janvier 1965 au 4 juillet 1968.
- C (5) Copie des lettres patentes constituant en opération l'Hôpital Saint-Louis de Windsor le 17 mars 1952, y compris les lettres patentes supplémentaires enregistrées le 12 mai 1952.
- C (6) Copie des Règlements de la Corporation de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor.
- C (7) Copie de la requête présentée par les citoyens de Windsor pour appuyer la demande d'un nouveau médecin et au fait que le Docteur Hassan Rayes avait prouvé depuis 6 mois sa capacité à remplir ce poste.
- C (8) Copie photostat des plaintes formulées par différentes personnes.
- C (9) Lettre du docteur Roland Duchesne re: Dr Marcel Côté, anesthésiste.
- C (10) Lettre du docteur Bernard Paradis re: Dr Marcel Côté, anesthésiste.
- C (11) Rapports annuels de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour les années 1965, 1966 et 1967.
- C (12) Liste du personnel médical de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour l'année 1968.
- C (13) Statistiques pour les années 1965, 1966 et 1967 re: demande de transfert à l'Hôpital d'Youville pour malades chroniques à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke attendant placement.

- C (14) Contrat d'engagement entre la Corporation de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor et Paul-Aimé de Bellefeuille, directeur général en date du 18 mai 1965, passé devant Me Paul-André Adam sous le numéro 7937 de ses minutes.
- C (15) Dossier re: Orientation de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor (exhibit déjà remis à l'Hôpital)
- C (16) Rapport du directeur général de l'Hôpital pour l'année 1965 portant la date du 1er juin 1968 ainsi que les états financiers pour les années 1965, 1966 et 1967.
- C (17) Photocopie re: Antécédents dossier no: 5702.
- C (18) Liste préparée par l'archiviste de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor pour le Comité des tissus pour les années 1965, 1966, 1967 et 1968.
- C (19) Lettre du docteur Carter, du service de l'assurance-hospitalisation, adressée à M. Paul-Emile de Bellefeuille le 18 septembre 1967 re: normes hospitalières concernant la pharmacie.
- C (20) Prémédication anesthésique pour les enfants, pour les adultes etc. (3 feuillets) et technique de routine d'accouchement (1 feuillet).
- C (20a) Les techniques du Dr Dykeman, du Dr Bilodeau, du Dr Chaput, du Dr Fréchette.
- C (21) Règlements de la salle d'opération et règlements de la salle de broissage.
- C (22) Document préparé par le bureau médical de Saint-Louis de Windsor re: le docteur Rayes.
- C (23) Statuts et règlements du bureau médical de Saint-Louis de Windsor.
- C (24) Pamphlet publicitaire pour l'année 1967.
- C (25) Photocopie des minutes de la Corporation et du conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor depuis le 8 avril 1952.
- C (26) Rapport préparé par l'Hôpital Saint-Louis de Windsor en 1966 adressé au Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux.
- C (27) Photocopie d'une page du Volume Merck Edition 1966 produits re: traitement de l'asthme par la morphine.
- C (28) Liste des opérations mineures et majeures en 1963, 1964, 1965, 1966 et 1967.
- C (29) Procès-verbaux du bureau médical et des Comités du bureau médical pour les années 1965, 1966, 1967 et 1968.
- C (30) Liasse de documents produits par un témoin re: urgence et chèques. (5 documents).
- C (31) Rapport de l'archiviste pour les années 1965, 1966 et 1967 et 1968 re: admissions internes faites par les différents médecins.
- C (32) Cartes de vérification de dossiers ayant servi à la préparation de C-22.

- C (33) Lettre de Me Blain et Associés, signés Pierre Jolin, renvoyant les documents qui devaient être produits comme exhibits lors de l'enquête tenue à Windsor par le Comité de Conciliation.
- C (34) Copie photostat de la demande d'admission du docteur Rayes.
- C (35) Copie de lettre des syndiqués du nursing de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor au ministère de la Santé.
- C (36) Procès-verbal de l'assemblée du Comité de Nursing de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor tenue le 25 juin 1968 à 23, rue Dearden à Windsor.
- C (37) Lettre en date du 1er juin 1967 du directeur général de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor adressée au Dr Rayes re: Acceptation de sa demande d'admission.
- C (38) Lettre du Dr Gendron, M.D., Chef du Département de Chirurgie au Jeffery Hale's Hospital datée du 9 mai adressée au docteur Hassan Rayes.
- C (39) Formule de demande d'admission à l'Hôpital St-Louis de Windsor.
- C (40) Copie photostat de l'arrêté en conseil no: 2888 en date du 4 septembre 1968 accordant délai à la Commission, vu son rapport au ministère de la Santé sur le conflit, jusqu'au 8 novembre 1968.
- C (41) Règlements du Comité de Planification des services de santé des Cantons de l'Est.
- C (42) Rapport du Comité de Planification sur "Les besoins hospitaliers de Farnham"
- C (43) Procès-verbaux des réunions du Comité de Planification du Service de Santé des Cantons de l'Est.
- C (44) Procès-verbaux des réunions de l'Exécutif de ce Comité.
- C (45) Rapports des administrateurs du Comité de Planification.
- C (46) Rapport d'inventaire de la sous-région de Sherbrooke.
- C (47) Lettre du Dr Gérard Lasalle au Dr Leboeuf et réponse du Dr Leboeuf.
- C (48) Liste des dossiers des docteurs Bilodeau, Caux, Chaput, Fréchette, Gilbert, Houle, Rayes qui ont fait l'objet d'étude de la part des médecins enquêteurs.
- C (49) Statistiques des laboratoires de l'Hôpital St-Louis re: analyses d'histologie, hématologie, biochimie, bactériologie de 1961 à 1968.
- C (50) Objectifs de la faculté de médecine de Sherbrooke.
- C (51) Convention d'internat (résident IV en anesthésie datée du 10/5/65).
- C (52) Sommaire des dossiers incomplets pour 1967-68 eu 23 août 1968, signé: Lise Mercier-Carbonneau, archiviste médical.

- C (53) Sommaire des dossiers incomplets pour 1967-68
en date du 18 septembre 1968 signé: Lise Mercier-
Carbonneau.
- C (54) Exempleaire du mémoire d'opération.
- C (55) Exempleaire de la réquisition re: services, salle
d'opération.
- C (56) Liste des membres de la Corporation de l'Hôpital
Saint-Louis de Windsor Inc.
- C (57) Arrêté en conseil no: 3590 daté du 7 novembre 1968
prolongeant le mandat de la Commission au 4 décembre
1968.

LISTE DES TEMOINS ENTENDUS AU COURS DE L'ENQUETE

<u>Numéro du volume</u>	<u>Témoins</u>	<u>Pages</u>
1	Docteur Léon Demers	131
2	Docteur Léon Demers Docteur Bernard Thérien Docteur Bernard Mongeau Docteur Jacques Crépeau Docteur Gérard L. Larouche Docteur Maurice Bernier Docteur Léo Blais Docteur Gilles Massicotte Docteur Emile Bruneau Docteur Jacques Lefrançois	291
3	Docteur René Vanasse Docteur Clovis Dagneau	168
4	Docteur René Frenette Docteur Paul McMahon Docteur Roger Marchand Docteur Jean-Denis Lemay Docteur Maurice Gladu	211
5	Docteur André D'Etcheverry Docteur Réginald L. Marin Docteur Maurice Gladu Docteur Robert Blackburn	154
6	M. Paul-A. de Bellefeuille M. Valmore Malenfant Mme Pierre Boisvert M. Guy Roberge M. Roland Gauthier M. Robert Poudrier	133
7	Docteur Clovis Dagneau	100
8	Monsieur Lewis Craig	189
9	Monsieur P.A. de Bellefeuille	99
10	" " " " "	84
11	Mme Lise Mercier-Cabonneau Monsieur P.A. de Bellefeuille Mme S. Desrochers-Boisvert	190
12	Mme Michèle Gourdes Garde Odette Pelchat Garde Laurence Thibault	240
13	M. Antoine Boisvert M. Bruno Caron M. Bruno Corbeil M. Léonard Maurice M. Earl Kendall Docteur Gérard Fréchette	206

14	Docteur Gérard Fréchette Docteur Marcel Chaput Docteur Marcel Bilodeau	134
15	Docteur Marcel Bilodeau	94
16	Docteur Claude Gilbert Docteur Réal Caux	173
17	Docteur Réal Caux Docteur Hassan Rayes Docteur Gérald Lasalle Docteur LS-Philippe Lejeune	158
18	M. Charles Ferland M. Achille Maurice M. Omër Bérubé M. J. Léon St-Laurent	93
19	Garde Thibault-Raymond Garde O'Donnell-Doyle Garde Louise St-Cyr Garde M. Claire Naud Mme Thérèse Sherradon	206
20	Docteur Gaston Houle Mme Pauline Morin-Gagné Garde Lise Lemire	172
21	Docteur Gaston Houle	40
22	Garde Francine Rodrigue Garde Laurence Thibault Docteur Hassan Rayes Monsieur Lewis Craig Monsieur P.A. de Bellefeuille	62
23	Docteur Hassan Rayes	89
24	Docteur Dominique Lambert	87
25	M. Thomas J. Boudreau	98
26	M. Jacques Coulombe Docteur Maurice Gladu Docteur René Vanasse	120
27	Docteur René Vanasse Docteur Paul McMahon Docteur Bernard Perey Docteur Clovis Dagneau	114
28	Mme Lise Mercier-Carbonneau Mlle Lise Bolduc Garde Laurence Thibault Mme Lise Boisvert Garde Thelma Doyle Garde C. Langlois-Dubreuil	94
29	M. Paul A. de Bellefeuille Docteur Marcel Bilodeau M. Jean de Bellefeuille	58

30	Docteur Charles E. Gosselin	26
31	M. Philippe Desrochers Docteur Gérard Fréchette	61
32	Garde Laurence Thibault Docteur Hassan Rayes	60

NOMBRE TOTAL DES PAGES DES TRANSCRIPTIONS
DES NOTES STENOGRAPHIQUES

4,135

Au début de l'année 1968, l'honorable ministre de la Santé était saisi d'un conflit existant à l'Hôpital St-Louis de Windsor, conflit qui n'avait pu être réglé par des rencontres entre le conseil d'administration et le bureau médical.

A la demande du conseil et du bureau médical, il décida de se prévaloir de la Loi des hôpitaux et d'appliquer l'article 11 qui se lit comme suit:

"Tout conflit entre le conseil d'administration et le comité exécutif du bureau médical d'un hôpital public sur une question médicale ou scientifique, y compris la nomination, la réinstallation ou le congédiement de personnel médical, doit être soumis à un comité conjoint formé en nombre égal de représentants de chaque partie.

Tout tel conflit qui n'est pas réglé par le comité conjoint doit être soumis à une commission de conciliation formée d'un président et deux autres membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. L'un des membres est nommé sur la recommandation du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et un autre sur la recommandation de l'Association des Hôpitaux du Québec Inc. ou de la Commission générale des hôpitaux catholiques de la province de Québec. Dans chaque cas, la recommandation peut être faite par le comité exécutif du conseil d'administration du corps concerné. A défaut de recommandation le lieutenant-gouverneur en conseil choisit à discrétion.

La décision unanime ou majoritaire de cette Commission est définitive et le conseil d'administration de l'Hôpital est tenu de la mettre à exécution."

Le Juge Jacques Trahan, de Montréal, fut nommé président de cette commission de conciliation par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Le docteur Laurent Archambault, chirurgien de la Cité de Montréal, fut nommé comme représentant du Collège des médecins et monsieur Paul-Emile Olivier, directeur général de l'Hôpital Jean-Talon de Montréal, fut nommé représentant de l'A.H.P.Q.

Cette commission de conciliation nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil a siégé à l'Hôpital St-Louis de Windsor le 11 avril 1968.

Au cours de son enquête, la Commission de conciliation a exprimé bien clairement l'opinion ferme que l'Hôpital doit exister avant tout pour le patient. Ses conclusions se résument ainsi:

"Les parties, de consentement mutuel, conviennent de maintenir le statut accordé par le conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis de Windsor au docteur Hassan Rayes, le tout suivant les résolutions passées les 29 mai et 4 juin 1967 pour une année de calendrier se terminant le 31 décembre 1968 et suivant également les statuts et règlements du bureau médical dudit hôpital.

La Commission de conciliation, à la suggestion des parties en cause, recommande au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec de procéder à une enquête sur tous les membres du bureau médical de cet hôpital, et ceci depuis le 1er janvier 1965, concernant les qualités des soins administrés aux malades, durant cette période. Cette requête, en vue de demander de l'aide au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, provient du fait qu'il semblerait avoir existé et existent des anomalies et des irrégularités d'ordres scientifiques et professionnels dans ledit hôpital."

. Ce rapport fut adressé à l'honorable ministre de la Santé et, quelques jours après, le docteur Jacques Gélinas, m.d., sous-ministre de la Santé, demandait au Collège de nommer des médecins pour se rendre au désir

de la Commission de conciliation.

Le Collège des médecins nomma le docteur Edouard Gagnon, chirurgien de Montréal, le docteur Paul Bourgeois, médecin administrateur de Montréal et le docteur Yves Leboeuf, chargé du service de surveillance de l'exercice de la médecine au Collège des Médecins, comme représentants du Collège.

Le 29 mai 1968, ces trois médecins se rendirent à l'Hôpital St-Louis de Windsor. Ils y ont rencontré des médecins du bureau médical, notamment le docteur Caux, le docteur Bilodeau, le docteur Houle, le docteur Fréchette, directeur médical. De plus, ils ont entendu madame Lise Mercier-Carbonneau, archiviste et monsieur Philippe Desrochers, secrétaire du conseil d'administration (le président du conseil d'administration et le directeur général étant absents).

Ils ont profité de la fin de l'après-midi pour échanger entre eux des commentaires sur cette enquête.

Un plan fut adopté: comme le mandat portait sur l'exercice de la médecine du premier janvier 1965 au mois de juin 1968, il fallait envisager la possibilité de faire un échantillonnage des quelque 7,000 dossiers de patients hospitalisés à l'Hôpital St-Louis durant cette période.

Après discussion, il apparut que 10%, soit 700 dossiers, donneraient un aperçu assez évident de la pratique médicale de cet hôpital.

Une résolution fut préparée par le docteur Yves Leboeuf pour être signée et par le conseil d'administration et par le bureau médical pour obtenir la permission de sortir des archives les originaux de ces 700 dossiers.

De l'avis des trois enquêteurs, il s'agissait d'une enquête d'un caractère spécial surtout face aux contradictions qui leur avaient déjà été présentées par les gens interrogés le 29 mai et devant le fait d'une prise de position du public dans le conflit, tant par des pétitions que par la voix des journaux de la région. C'est pourquoi, le 4 juin, les médecins enquêteurs, sur leur demande, furent reçus par l'Exécutif du Collège des Médecins à qui ils expliquèrent le caractère particulier de cette enquête.

L'Exécutif du Collège entra en communication immédiate avec le ministre d'Etat à la Santé, l'honorable Roch Boivin, pour lui exposer les faits. En attendant la réponse de l'honorable ministre, l'Exécutif pria les médecins enquêteurs de continuer d'élaborer leur programme et de procéder comme ils l'avaient décidé, vu l'urgence de la situation. Par ailleurs, l'autorité gouvernementale donnait suite aux recommandations du Collège peu de temps après, comme en fait preuve l'arrêté en conseil numéro 1893:

**"ARRETE EN CONSEIL
CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF"**

Numéro 1893

28 juin 1968

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT la création d'une commission d'enquête pour étudier la qualité des soins administrés aux malades hospitalisés à l'Hôpital St-Louis de Windsor Inc. par les médecins de cette institution depuis le 1er janvier 1965.

ATTENDU QU'à la suite d'un conflit intervenu entre le conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis de Windsor Inc. et le bureau médical du même hôpital au sujet de l'admission d'un médecin, les parties en cause ont demandé qu'une commission de conciliation soit nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil aux termes de la Loi des hôpitaux;

ATTENDU QU'après audition des parties et des témoins, la commission de conciliation a rendu jugement;

ATTENDU QUE malgré ce jugement et ces recommandations, la situation n'est pas encore réglée;

ATTENDU QU'une des recommandations de la commission de conciliation, faite à la suggestion des parties en cause, recommandait au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec de procéder à une enquête sur tous les médecins du bureau médical de cet hôpital et ceci portant sur la qualité des soins administrés aux malades durant la période écoulée depuis le 1er janvier 1965;

ATTENDU QUE le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec a accepté cette recommandation et a nommé trois membres, soit les docteurs Yves Leboeuf, Paul Bourgeois et Edouard Gagnon;

ATTENDU QUE le Collège, après consultation auprès de ses aviseurs légaux, désire que cette enquête prenne la forme d'une commission d'enquête formée en vertu de l'article 16 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164) et qu'elle soit instituée par ordre du lieutenant-gouverneur en conseil;

ATTENDU QUE le juge Jacques Trahan, de la Cour des Sessions de la Paix, accepte de présider cette enquête;

ATTENDU QU'il est dans l'intérêt public que cette commission procède à l'enquête précitée;

ATTENDU QUE les membres enquêteurs aient tous les pouvoirs des membres d'une commission d'enquête et puissent notamment, assigner des témoins, faire témoigner sous serment et prendre toute autre mesure propre à permettre de régler la situation une fois pour toute et de porter un jugement sur la qualité des soins donnés dans cette institution;

ATTENDU QU'il est opportun de permettre à cette commission d'enquête de statuer sur le rôle de l'hôpital, le contrôle qui doit être exercé sur la qualité des soins et de limiter l'éventail des actes médicaux et chirurgicaux qui peuvent être posés dans cette institution, tenant compte de la qualité de matériel et du personnel;

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

QU'en vertu de l'article 16 de la Loi des hôpitaux, une commission d'enquête soit instituée sous la présidence du juge Jacques Trahan, de la Cour des Sessions de la Paix et qu'en plus du président, les membres soient messieurs les docteurs Yves Leboeuf, Paul Bourgeois et Edouard Gagnon;

QUE cette commission ait tous les pouvoirs d'une commission d'enquête, nommée en vertu de la Loi des commissions d'enquête (S.R.Q. 1964, chapitre 11), notamment celui de convoquer les témoins, de les assermenter et d'obtenir tous témoignages ou documents requis par ladite commission afin qu'elle puisse remplir son mandat;

QUE cette commission soit créée à compter de la date du présent arrêté en conseil et qu'elle fasse rapport au ministre de la Santé au plus tard le 1er septembre 1968.

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT"

Cet arrêté en conseil a été suivi d'un autre en date du 4 septembre 1968 portant le numéro 2888 qui a été produit comme exhibit C-40; cet arrêté en conseil se lisant comme suit:

"ARRETE EN CONSEIL
CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 2888

4 septembre 1968

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT l'arrêté en conseil
1893 du 28 juin 1968 instituant
une commission d'enquête à l'Hô-
pital St-Louis de Windsor Inc.

ATTENDU QU'à la suite d'un conflit intervenu entre le conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis de Windsor Inc. et le bureau médical du même hôpital, une commission d'enquête a été instituée sous la présidence du Juge Jacques Trahan, par l'arrêté en conseil 1893 du 28 juin 1968;

ATTENDU QU'en vertu dudit arrêté en conseil, la Commission d'enquête doit faire rapport au ministre de la Santé au plus tard le 1er septembre 1968;

ATTENDU QU'à cause du nombre de témoins entendus et à entendre, il y a lieu de prolonger jusqu'au 8 novembre 1968 le délai accordé à la commission d'enquête pour faire rapport au ministre de la Santé;

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

QUE le délai accordé à la commission d'enquête pour faire rapport au ministre de la Santé sur le conflit mentionné ci-dessus soit prolongé jusqu'au 8 novembre 1968.

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT"

Enfin, en date du 7 novembre, un troisième arrêté en conseil, portant le numéro 3590, et produit comme exhibit C-57, se lit comme suit:

ARRETE EN CONSEIL
CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 3590

7 novembre 1968

PRESENT:

Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT l'arrêté en conseil numéro 1893, du 28 juin 1968, instituant une Commission d'enquête relative à Saint-Louis de Windsor Inc.

ATTENDU QU'une Commission d'enquête en vue de régler un conflit intervenu entre le conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor Inc. et le bureau médical du même hôpital, a été créée par l'arrêté en conseil numéro 1893, du 28 juin 1968;

ATTENDU QU'en vertu de l'arrêté en conseil 2888, du 4 septembre 1968, la Commission d'enquête devait faire rapport au ministre de la Santé, le 8 novembre 1968;

ATTENDU QU'à cause de circonstances imprévues et indépendantes de la volonté de la Commission, celle-ci a demandé de prolonger le délai, pour faire son rapport, jusqu'au 4 décembre 1968.

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

QUE le délai accordé à la Commission d'enquête pour faire rapport au ministre de la Santé, sur le conflit mentionné ci-dessus, soit prolongé jusqu'au 4 décembre 1968.

COPIE CONFORME

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

JACQUES PREMONT"

ASSERMENTATION

Le 2 juillet, une première assemblée de la commission avait lieu à Sherbrooke, à midi.

Le juge Trahan lut aux docteurs Gagnon, Leboeuf et Bourgeois l'arrêté en conseil et les assermenta.

"Je, soussigné, JACQUES TRAHAN, demeurant au numéro 28, Avenue Courcellette, à Outremont, Juge de la Cour des Sessions de la Paix, jure que je remplirai fidèlement mes fonctions de Président de la Commission d'Enquête formée en vertu de l'article 16 de la Loi des hôpitaux, (S.R.Q. 1964, chapitre 164) nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil en vertu de l'arrêté en conseil daté du 28 juin 1968.

Que Dieu me soit en aide!

Assermenté ce 2 juillet 1968

Devant moi à Sherbrooke

(Signé) Jean Riopel

(Signé) Jacques Trahan

Commissaire à l'assermentation

Je, soussigné, EDOUARD GAGNON, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, 1560 est, rue Sherbrooke, Montréal, jure que je remplirai fidèlement mes fonctions de membre de la Commission d'enquête formée en vertu de l'article 16 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164) nommée par le lieutenant-gouverneur en conseil en vertu de l'arrêté en conseil daté du 28 juin 1968.

Que Dieu me soit en aide!

Assermenté ce 2 juillet 1968

devant moi à Sherbrooke

(Signé) Jacques Trahan

(Signé) E.D. Gagnon, M.d.

J.C.S.P.

Je, soussigné, PAUL BOURGEOIS, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, 1560 est, rue Sherbrooke, Montréal, jure que je remplirai fidèlement mes fonctions de membre de la Commission d'Enquête formée en vertu de l'article 16 de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre 164) nommée par le lieutenant

gouverneur en conseil en vertu de
l'arrêté en conseil daté du 28 juin
1968.

Que Dieu me soit en aide!

Assermenté ce 2 juillet 1968
devant moi à Sherbrooke

(Signé) Jacques Trahan
J.C.S.P.

(Signé) Paul Bourgeois, m.d.

Je, soussigné, YVES LEBOEUF, du Collège des
Médecins, 1896 ouest, Boulevard Dorchester,
Montréal, jure que je remplirai fidèlement
mes fonctions de membre de la Commission
d'Enquête formée en vertu de l'article 16
de la Loi des hôpitaux (S.R.Q. 1964, chapitre
164) nommée par le lieutenant-gouverneur
en conseil en vertu de l'arrêté en conseil
daté du 28 juin 1968.

Que Dieu me soit en aide!

Assermenté ce 2 juillet 1968
devant moi à Sherbrooke

(Signé) Jacques Trahan
J.C.S.P.

(Signé) Yves Leboeuf, m.d.

CONSEILLER JURIDIQUE

Il faut noter également que Me Marin Dion,
avocat, procureur du Collège des médecins dans cette
affaire, agissait comme conseiller juridique auprès de
la Commission suivant une entente préalable avec les
autorités gouvernementales.

Messieurs Jean Riopel et Jean MacKay ont
agi comme sténographes officiels auprès de la Commis-
sion.

CONTENU DU RAPPORT

Devant l'importance de cette enquête et ses

répercussions possibles, il fut établi au départ, à la demande des médecins enquêteurs et commissaires, que le rapport à l'honorable ministre de la Santé ne comprendrait que la substance extraite des témoignages ayant un caractère administratif ou public en relation avec l'Hôpital et la qualité des soins fournis et que les révélations impliquant le secret professionnel ou qui encore pourraient amener des sanctions de la part du Collège pour des actes professionnels non conformes à ses règlements devraient être remises au Collège seulement.

Seul un médecin dûment en règle avec le Collège, et désigné par le ministre de la Santé, pourra avoir accès à la transcription intégrale des témoignages.

Le juge Trahan, président de la Commission, acquiesça à la demande des médecins et vu qu'ils avaient deux mandats, l'un comportant un rapport au ministre et l'autre au Collège des médecins, il poussa même la condescendance à reconnaître comme horaire celui déjà préparé par le docteur Leboeuf assignant des témoins à des jours, dates et heures fixés.

REMERCIEMENTS

Le Président et les membres de la Commission tiennent à exprimer leurs plus sincères remerciements pour la collaboration qu'ils ont reçue notamment de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, en la personne du docteur Clovis Dagneau, directeur médical de cette institution,

qui n'a rien ménagé pour mettre à la disposition de la Commission la salle de réunion du bureau médical.

Nous tenons à lui exprimer nos plus sincères remerciements pour cette collaboration et pour son empressement à nous faciliter les choses par sa magnifique hospitalité et, de plus, nous l'avons prié de transmettre aux autorités administratives de l'hôpital l'expression de notre vive gratitude.

L'Hôpital St-Louis de Windsor, par son directeur général, monsieur Paul A. de Bellefeuille, a également mis à la disposition de la Commission la salle d'assemblée qui sert pour les réunions du conseil d'administration et du bureau médical. La Commission le remercie pour son assistance et sa coopération et le prie de transmettre aux membres du conseil d'administration et à tout le personnel de l'Hôpital la plus vive reconnaissance de chacun des commissaires. De façon particulière, vu l'immense surcroît de travail qu'elle a eu à fournir, des remerciements ont été transmis à madame Lise Mercier-Carbonneau, archiviste.

Nous devons enfin adresser nos remerciements au Collège des Médecins qui n'a rien ménagé pour faciliter notre tâche en mettant très souvent à notre disposition la salle de réunion du conseil des gouverneurs. L'hospitalité du Collège a permis de continuer à Montréal le questionnaire de certains témoins.

RESUME CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

Le 29 mai 1968 -

Première visite: les médecins enquêteurs nommés par le Collège se rendent à l'Hôpital St-

Louis de Windsor. Tel que mentionné plus haut, les entrevues ont eu lieu avec des membres du bureau médical, avec le directeur médical, avec Mme Lise Mercier-Carbonneau, archiviste, et avec monsieur Desrochers, seul représentant disponible de l'administration.

Le 30 mai 1968 -

Le docteur Yves Leboeuf soumet une demande officielle au conseil d'administration et au bureau médical autorisant le transfert en fiducie des dossiers nécessaires à l'enquête au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, 1896, ouest, Boulevard Dorchester, Montréal.

Du 15 juin au 1er juillet 1968 -

Les médecins enquêteurs font l'étude des nombreux dossiers d'hospitalisation fournis par l'Hôpital. Il est à noter ici que le département des archives de cet hôpital a adopté le système du dossier unique. Ceci a permis, tout en ne recevant les dossiers que de 10% des patients hospitalisés, d'avoir en main, de fait, le dossier de toutes les hospitalisations à l'Hôpital St-Louis de 708 patients différents admis depuis le 1er janvier 1965. Et, plusieurs de ces 708 patients ayant été hospitalisés à de nombreuses reprises, l'étude a porté de fait sur 2515 dossiers d'hospitalisation différents. Si l'on sait que, durant l'étendue du

mandat, il y eut 7290 hospitalisations différentes, la Commission se trouve donc à avoir révisé 34.5% de tous les dossiers d'hospitalisation.

Enfin, il faut ajouter qu'à cause du système du dossier unique, 514 dossiers externes furent, par la même occasion soumis à la même étude.

Cette étude longue et harassante permit d'extraire de ce nombre considérable de dossiers près de 500 d'entre eux qui ont nécessité une deuxième et même une troisième révision et discussion. Cette étude a permis au docteur Yves Leboeuf de préparer la cédule des assignations pour une date et heure fixes pour chacun des témoins.

Le 28 juin 1968 -

Arrêté en conseil numéro 1893 créant la Commission.

Du 2 au 12 juillet 1968 - Séances d'enquête de la Commission -

La Commission a tenu ses séances, soit à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, soit à l'Hôpital St-Louis de Windsor, de 9 heures jusqu'à 23 heures pour entendre des témoins.

Après ces séances quotidiennes de la Commission, les médecins commissaires revisaient les dossiers en préparation des témoignages du lendemain.

A compter du 15 juillet 1968 -

Les membres de la Commission ont étudié les différents documents et témoignages jusqu'alors fournis. Cette étude a rapidement démontré la nécessité de demander une prolongation du mandat pour permettre aux sténographes officiels de compléter la transcription des témoignages et aussi pour permettre d'appeler de nouveaux témoins et de questionner à nouveau certains témoins déjà entendus.

Le 4 septembre 1968 -

L'arrêté en conseil numéro 2888, dont le texte apparaît antérieurement, accorde à la Commission une extension de son mandat au 8 novembre. La Commission remercie le gouvernement de cette extension du mandat.

Le 12 septembre 1968 -

Les membres de la Commission se retrouvaient au Collège des médecins pour entendre encore des témoins, échanger des opinions et préparer de nouvelles séances d'enquête à Sherbrooke et Windsor.

Les 17 et 18 septembre 1968 -

Ces deux jours ont été passés à Sherbrooke et à Windsor où, pendant toute la soirée du 17 et toute la journée du 18, les membres de la Commission ont pu éclaircir certains points et même confronter des témoins dont les dépositions étaient contradictoires.

Le 8 octobre 1968 -

La Commission se réunissait de nouveau à

Montréal, au Collège des médecins, pour entendre ses derniers témoins et ensuite établir une méthode de travail en vue d'en arriver à la rédaction finale de son rapport.

Du 8 octobre au 25 novembre 1968 -

Les commissaires délibèrent et préparent leur rapport pour l'honorable ministre de la Santé.

Des remerciements doivent être adressés ici au docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la Santé, qui a mis à la disposition de la Commission les services de sa secrétaire de Montréal.

Le 7 novembre 1968 -

L'arrêté en conseil numéro 3590 accorde à la Commission une nouvelle extension de son mandat au 4 décembre.

Les commissaires tiennent à remercier les autorités gouvernementales de cette prolongation.

La Commission tient à ajouter que lors de la séance du 12 septembre 1968, Me Gilles Fillion a demandé à la Commission d'être présent à ses séances futures comme représentant de l'Hôpital St-Louis de Windsor, ce qui lui fut accordé.

La Commission tient à souligner que sa présence aux séances de ladite Commission aurait été acceptée d'emblée, dès le début, s'il en avait fait la demande car l'administration de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor Inc. était au courant de la tenue

de cette enquête depuis le tout début.

TEMOINS ET PREUVES DOCUMENTAIRES

10- TEMOINS:

Au cours de ses séances, la Commission a entendu 72 témoins dont certains à plusieurs reprises; entre autres, tous les médecins "actifs" du bureau médical de l'Hôpital Saint-Louis (soit les docteurs Réal Caux, Gaston Houle, Gérard Fréchette, Claude Gilbert, Marcel Bilodeau, Hassan Rayes, et Marcel Chaput) et tous les médecins "consultants" (soit les docteurs: Léon Demers, Bernard Thérien, Bernard Mongeau, Jacques Crépeau, Gérard L. Larouche, Maurice Bernier, Léo Blais, Gilles Massicotte, Emile Bruneau, Jacques Lefrançois, René Vanasse, René Frenette, Paul McMahon, Roger Marchand, Jean-Denis Lemay, Maurice Gladu, André D'Etcheverry, Réginald Marin, Robert Blackburn) ont été longuement entendus.

A ces deux groupes de médecins, il faut ajouter le docteur Charles Gosselin, dentiste, et M. Jacques Coulombe, Ph. D. en biochimie.

Tous les membres du conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Louis, de même que le directeur médical, la directrice du nursing, l'archiviste et la préposée à l'admission, eurent aussi à rencontrer la Commission.

Treize (13) infirmières sont venues déposer, soit à la demande des commissaires, soit après en avoir émis le désir.

Le public a fait connaître ses commentaires par deux groupes de témoins: les premiers (au nombre de quatre (4)) avaient été convoqués par la Commission parce que représentants officiels de groupes de citoyens de Windsor, les autres (4) parce qu'en ayant manifesté le désir. La Commission a même tenu à rencontrer des membres de la force constabulaire de Windsor pour éclaircir certains points.

Enfin, un dernier groupe de témoins a été convoqué pour permettre aux commissaires de mieux comprendre les problèmes et les besoins hospitaliers de la région et le climat qui y existe: le docteur Dominique Lambert, médecin fondateur de l'Hôpital, le docteur Gérard Lasalle, vice-recteur aux Sciences de la Santé à l'Université de Sherbrooke, le docteur Bernard Perey, directeur du département des Sciences cliniques à la faculté de médecine de Sherbrooke, monsieur Thomas Boudreau, directeur général du comité de planification des services de santé des Cantons de l'Est, le docteur Clovis Dagneau, directeur médical de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, le docteur Louis-Philippe Lejeune, chirurgien et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Sherbrooke.

2o^e PREUVE DOCUMENTAIRE

La preuve documentaire est considérable.

Elle comporte:

A- Exhibits: Plus de 57 pièces diverses qui ont été déposées; la liste en a déjà été produite antérieurement;

B- Dossiers médicaux: 2515 dossiers d'hospitalisation ont été étudiés par les membres de la Commission;

C- Documents divers: le nombre de ces documents est également considérable. Il comprend les registres des salles d'opération, la correspondance du directeur médical et du bureau médical, les procès-verbaux des comités du bureau médical, les statistiques complètes, telles que préparées par le département des archives, le budget, la liste du personnel, les états financiers, les formules de réquisition, le registre des décès, certains dossiers d'hospitalisations autres que ceux obtenus par l'échantillonnage établi, etc...

D- Notes sténographiques: dépositions des témoins entendus sont contenues dans trente-deux (32) volumes représentant 4135 pages de texte.

DIVISION DU RAPPORT

L'arrêté en conseil créant la Commission lui donne

comme mandat de "procéder à une enquête sur tous les médecins du bureau médical de cet hôpital et ceci portant sur la qualité des soins administrés aux malades durant la période écoulée depuis le 1er janvier 1965"... et aussi "de statuer sur la qualité des soins et de limiter l'éventail des actes médicaux et chirurgicaux qui peuvent être posés dans cette institution, tenant compte de la qualité de matériel et du personnel".

Comme le reconnaît ce texte, la qualité des soins est reliée à la qualité du matériel et du personnel. Aussi fut-il décidé de faire porter l'enquête sur tout le fonctionnement de l'hôpital mais seulement dans ce qui pouvait avoir une relation avec la qualité des soins passés et éventuels.

Le rapport reflètera donc cette façon de faire et traitera:

- de l'historique de l'Hôpital St-Louis
et du rôle qu'il a voulu remplir (chapitre I)
- de l'organisation administrative de
l'Hôpital St-Louis (chapitre II)
- de l'organisation médicale de l'Hôpital
St-Louis (chapitre III)
- de l'éventail des soins médicaux fournis
à l'Hôpital St-Louis (chapitre IV)
- de la qualité de ces soins médicaux (chapitre V)
- du contrôle de la qualité de ces soins
(chapitre VI)
- du conflit créé par l'admission d'un nouveau
médecin et de ses répercussions sur la qualité
et le genre de soins fournis (chapitre VII)
- des commentaires recueillis du public
(chapitre VIII)

- de l'opinion de divers témoins sur
l'Hôpital St-Louis et sur son avenir
(chapitre IX)
- de la place de l'Hôpital dans la région
des Cantons de l'Est (chapitre X).

CHAPITRE I

DE L'HISTORIQUE DE L'HOPITAL ST-LOUIS
ET DU ROLE QU'IL A VOULU REMPLIR

10- SITUATION DE WINDSOR -

La Ville de Windsor est une petite municipalité qui compte 6,500 âmes. Elle fait partie du comté de Richmond et se trouve à une distance, par automobile, d'environ 15 minutes de Sherbrooke. Le seul autre centre démographique d'importance qui "utilise" l'Hôpital de Windsor est la Ville de Richmond située à 15 milles de Windsor, donc à 30 minutes de Sherbrooke.

La grande majorité des citoyens semble faire partie du personnel qui travaille à l'usine de la Domtar située dans cette ville.

20- ORIGINES DE L'HOPITAL ST-LOUIS -

La Corporation de l'Hôpital Saint-Louis de Windsor a obtenu sa charte en 1952, à la demande du docteur Dominique Lambert, de monsieur Jean de Bellefeuille et de monsieur P.-A. de Bellefeuille, en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies. Le docteur Lambert, véritable instigateur du projet, a obtenu son doctorat en médecine de l'Université Laval en 1948. Après l'obtention de son diplôme en médecine et de sa licence de pratique, il a fait une année de résidence en chirurgie, à l'Hôpital St-François d'Assise, à Québec.

En 1949, il ouvrait son bureau à Windsor et pratiquait la médecine générale.

Au bout de deux ou trois (2 ou 3) ans, il se rendit compte qu'il était difficile d'exercer la médecine sans pouvoir disposer des services d'un

hôpital et c'est à ce moment qu'il consulta des avocats pour connaître la véritable procédure à suivre, affirmant, comme il le dit si bien, qu'il était tout à fait novice et qu'il voulait bien faire les choses.

Au cours de l'interrogatoire, qu'il a subi à Montréal le 12 septembre 1968, le docteur Lambert déclare ceci: (volume 24, page 3)

"Q. A ce moment-là, qu'est-ce que vous aviez au point de départ au point de vue immobilier par exemple?

R. J'avais acheté une grosse maison que vous connaissez. J'avais acheté cette maison-là, c'est ça que j'avais uniquement.

Q. Est-ce que vous pourriez nous dire combien vous avez payé la maison?

R. La maison, je l'avais payée \$28,000."

C'est dans cette maison, plus précisément au deuxième étage, que l'Hôpital Saint-Louis reçu ses premiers malades en 1952. Le docteur Lambert avait alors loué ce deuxième étage à la Corporation de l'Hôpital Saint-Louis à raison de \$12,000.00 par année pour une période de cinq (5) ans.

Il faut noter que de 1952 à 1957, il était seul à faire la garde, traitait les malades, se chargeait de la surveillance et répondait à toute heure du jour et de la nuit. Comme il le dit, un peu plus loin, pendant ces cinq années, il a dû toujours "se tenir dans le rouge".

En 1957, il vendit sa maison à la Corporation pour un montant de \$60,000.00.

La Commission s'étonne à tout le moins du fait qu'une maison achetée \$28,000.00 en 1949 puisse être louée en partie pour cinq ans à raison de \$1,000.00 par mois et finalement être vendue au montant de \$60,000.00.

De plus, à la page 21 de son témoignage, le docteur Lambert mentionne avoir vendu sa deuxième résidence à l'Hôpital Saint-Louis en 1961.

C'est cette résidence qui est aujourd'hui la maison des gardes-malades:

"Q. Est-ce que cette maison a été également vendue à l'Hôpital, à la Corporation?

R. La maison a été vendue, c'est ce contrat-là que "j'ai apporté" elle a été vendue en mil neuf cent soixante-un (1961).

... (p.22)

Q. A quel prix l'avez-vous vendue?

R. Je l'ai vendue exactement \$32,000.00"

30- DEVELOPPEMENTS SUCCESSIFS:

Cet hôpital reçut ses premiers patients le 16 juin 1952; il offrait alors au public sept (7) lits d'adultes et sept (7) berceaux pour nouveau-nés, une salle d'obstétrique et un rayon-X.

Dès 1956, de nouvelles transformations portèrent ce nombre à vingt-trois (23) lits d'adultes et huit (8) bassinettes.

En 1957, l'Hôpital commence à permettre la chirurgie dans ses locaux, alors qu'à ses origines le docteur Lambert n'y désirait que de la médecine et de l'obstétrique (volume 25, pages 11 et 12).

En 1959, une nouvelle construction augmente la capacité de l'Hôpital à 42 lits d'adultes et 17 bassinettes.

En 1963, tel qu'il appert au témoignage de monsieur P.A. de Bellefeuille, l'Hôpital St-Louis arrivait à sa capacité actuelle: 54 lits d'adultes et d'enfants plus 17 bassinettes pour nouveau-nés, un service de laboratoires, rayon-X, électrocardiogramme, deux salles d'opération pour permettre aux chirurgiens d'y exercer leur art et une salle d'obstétrique.

La Commission se demande quelle relation existe ou a existé entre les développements successifs de cet hôpital et les besoins de la population qu'il prétend desservir.

Un pamphlet publicitaire préparé en 1967 (exhibit C-24) nous rappelle qu'actuellement l'Hôpital St-Louis de Windsor a, à son service, 86 employés dont 21 infirmières licenciées.

Dans ce dépliant, monsieur Lewis Craig, président de la corporation, dit au public:

"L'Hôpital St-Louis est une institution très appréciée de la population de Windsor et des paroisses environnantes dont il fait l'orgueil à juste titre; il est un complément indispensable des grands hôpitaux qui desservent les centres les plus peuplés."

Dans ce même dépliant, le directeur général monsieur Paul-Aimé de Bellefeuille rappelle que:

"L'Hôpital St-Louis de Windsor a reçu sa pleine accréditation le 12 novembre 1966 pour la cinquième année consécutive, ce qui est un témoignage de l'application des standards approuvés par le Conseil

canadien d'accréditation des
hôpitaux du Québec" (sic! :
probablement mis pour:
Conseil canadien d'accréditation
des hôpitaux).

Enfin, le docteur Gérard Fréchette, directeur médical, y souligne:

"L'Hôpital St-Louis, tout est
organisé en vue du plus grand
bien du patient."

La Commission tient à noter immédiatement que
le présent rapport démontrera la fausseté des alléga-
tions de ce pamphlet "publicitaire".

40-- SITUATION FINANCIERE:

L'Hôpital St-Louis de Windsor a un budget
annuel de plus de \$600,000.00. Actuellement il n'a
plus de dette, comme en fait foi le témoignage de
monsieur Craig, président du conseil d'administra-
tion (volume 8, page 158):

"Q. Vous n'avez plus de dettes?

R. On n'a plus de dettes.

Q. Elles étaient de combien quand
vous êtes arrivé à la présidence?

R. Si je me rappelle bien, en 1960,
il y avait \$600,000.00 de dettes.

Q. Maintenant, vous n'en avez plus?

R. C'est ça."

Un peu plus loin, le témoin déclare
(volume 8, page 159):

"Q. Vous deviez encore \$400,000. en
1964?

R. C'est ça... Franchement, le problème
à l'assurance-hospitalisation, en ce
qui concerne les dépenses partagea-
bles. Ils nous ont octroyé
\$90,000.00 pour nettoyer les frais
de banque avec des intérêts accumu-
lés etc... depuis 1960. L'émission

d'obligations était échue de fait, oui au mois de juin et c'était à savoir d'aller sur le marché encore une fois avec des taux d'intérêts qu'on a ou de nettoyer. Le gouvernement a décidé qu'il était de \$296,000.00.

Q. C'est le ministère de la Santé qui a lavé cela?

R. C'est ça.

Q. Vous avez eu un octroi?

R. A \$90,000.00 pour nettoyer les dépenses non partageables non admissibles à la banque et le montant total pour éliminer sur le marché des obligations.

Q. Et le ministère a fait cela juste sur une lettre de votre part demandant, et il l'a envoyé comme cela?

R. Franchement, je me suis rendu à Québec, j'ai rencontré monsieur Marcoux, j'ai expliqué le problème qui était au point de vue assurance-hospitalisation et justement sur une lettre au ministère de la Santé concernant l'émission d'obligations on m'a transmis les deux chèques en bonne et due forme.

Q. Quand ça?

R. Par la poste, il y a environ, pas tellement, peut-être un mois et demi."

La Commission s'étonne de la facilité avec laquelle cette dette fut réglée, surtout au moment même où le conflit, connu dans le public, empêchait cet hôpital de remplir son rôle.

50- RÔLE PASSE ET FUTUR RECHERCHE PAR L'HÔPITAL:

La Commission a recueilli des membres du conseil d'administration de l'Hôpital Saint-Louis leur point de vue sur la place qu'a tenue et tiendra l'Hôpital St-Louis.

a) Monsieur Philippe Desrochers, secrétaire du conseil d'administration, a apporté peu de lumière sur ce sujet. D'un côté, il dit qu'avant le "conflit" créé par l'arrivée du docteur Rayes "ça marchait assez bien" (volume 31, page 2) et souhaite le retour à cette époque; par ailleurs, à la question: (volume 31, page 3)

"Q. Vous ne saviez pas comment ça procédait au point de vue médical?"

il répond:

"R. Je ne suis pas au courant de tout ce sujet-là".

La Commission s'inquiète que le secrétaire d'une corporation hospitalière admette n'être nullement au courant de l'aspect médical de son hôpital et souhaite tout simplement un retour aux "beaux jours" d'avant le conflit.

b) Monsieur Jean de Bellefeuille, vice-président du conseil d'administration, résume ainsi ses vues sur l'avenir: (volume 29, page 30)

"Notre vue à l'heure actuelle serait de rentrer avec l'Hôpital universitaire de Sherbrooke et puis on pensait qu'à l'avenir ils pourraient, eux autres, envoyer de leurs élèves ici qui amélioreraient la situation de l'Hôpital".

En somme, et son témoignage est clair là-dessus, monsieur Jean de Bellefeuille veut faire de l'Hôpital St-Louis un hôpital "affilié" à la faculté de médecine. Il ne voit même aucun autre moyen de régler leurs problèmes (volume 29, page 35).

Or, des rencontres de la Commission avec divers membres de la Faculté de Médecine, ceux-là même avec lesquels monsieur P.A. de Bellefeuille a eu des entretiens, ont révélé que la Faculté n'a pas du tout l'intention de "s'affilier" l'Hôpital Saint-Louis ni d'y envoyer des étudiants.

c) Monsieur Lewis Craig, le président du conseil d'administration, est beaucoup plus explicite sur le rôle qu'il voit pour son Hôpital. Lorsque nommé président en 1964, il voyait deux buts à atteindre: (volume 8, page 56)

R. Il y avait deux choses.
La première c'était que l'Hôpital St-Louis était endetté passablement, et deuxièmement, c'est qu'on prévoyait un agrandissement d'hôpital.

Q. Dans quel sens un agrandissement?

R. Un agrandissement, le rendre à cent (100) lits et augmenter le personnel médical.
"Le premier, du côté dettes, du côté dépenses, du côté banque, etc. je pense bien qu'on a réussi à régler la situation. Du côté agrandissement, nous avons fait une foule de démarches pendant de nombreuses années pour motiver l'agrandissement, soit par le rayon que l'Hôpital St-Louis desservait, etc..."

... p. 57:Q. Et quels services vouliez-vous avoir dans l'Hôpital?

R. ... en ce qui concerne les services médicaux, il n'y avait pas tellement de définition à ce moment-là, à aller dans les spécialités tout ça. Mais c'était pour répondre, c'est-à-dire c'était pour avoir davantage pour pouvoir desservir davantage les patients de la région immédiate, alors c'est ce qu'on faisait à ce moment-là".

... p. 57:R. En 1960, c'est que nous avons fait une assemblée d'études à savoir quel projet ou quel tracé que l'Hôpital St-Louis ou quelle vocation que l'Hôpital St-Louis aurait à répondre à la région. Alors est-ce qu'on allait demeurer à 54 lits, 55 lits ou est-ce que nous allons tenter de

Q. Qui avait fait cette étude-là?

R. C'est moi en partie qui avait suggéré de se diriger dans le sens d'agrandir comparativement à la population que nous avions à desservir.

Q. Est-ce que vous pouvez me dire quelle a été l'occupation moyenne des lits pour les trois dernières années?

R. Nous avons de mémoire, je ne le sais pas, nous avons des statistiques, je pense bien, et qui ont été déposées."

Du volume 8, page 62, une autre citation de monsieur Lewis Craig:

"Q. Vous desservez une région de combien?

R. Moi, j'ai fixé la région à 30,000 âmes...

Q. Windsor a une population de combien?

R. 6500."

La Commission veut immédiatement faire les commentaires suivants:

Peut-on penser que le maire d'une petite localité puisse être objectif pour établir une telle politique pour son hôpital? La Commission a pu vérifier certains faits et chiffres. Ainsi, d'après le rapport soumis au Conseil Canadien d'Accréditation en novembre 1966, l'occupation dans l'Hôpital en 1965 se situait à 66.6%. En 1966 et en 1967, l'occupation dans l'Hôpital aurait été de 73.7% et 83.4% respectivement selon les statistiques fournies par l'archiviste.

De plus, dans le rapport d'inventaire de la sous-région de Sherbrooke (exhibit C-46) tel que préparé en 1967

par le Comité de Planification des Services de Santé des Cantons de l'Est, la population de la zone d'influence de l'Hôpital Saint-Louis serait de 18,635 âmes et non de 30,000. Le premier chiffre apparaît beaucoup plus réaliste. Il faut noter aussi que seulement 35% des gens malades dans cette population utilisent l'Hôpital St-Louis pour s'y faire traiter. Ces chiffres sont tirés de la réalité et ne sont pas le fruit des hommes qui pensent en termes de "prestige" pour la Ville de Windsor.

La Commission tient enfin à noter qu'un compte d'architecte pour les derniers projets d'agrandissement de l'Hôpital St-Louis s'élevait à \$102,000.00 et a été finalement réglé par l'Hôpital pour le montant de \$75,000.00 (obtenu par un octroi spécial du ministère) le tout à la suite d'une poursuite intentée par l'architecte (volume 31, page 5).

d) Monsieur P.A. de Bellefeuille, directeur général, semble être celui qui a dépensé le plus d'énergie pour l'avenir dont il rêve pour l'Hôpital St-Louis.

Monsieur de Bellefeuille partage les vues de monsieur Craig en ce qui a trait au rôle futur de l'Hôpital de Windsor. Il est convaincu qu'un jour il pourra l'affilier à l'Université de Sherbrooke. Il affirme même avoir eu des rencontres avec des personnes de la Faculté de médecine: le docteur Lasalle, lorsqu'il était doyen, le docteur Perey, maintenant directeur du département des Sciences Cliniques et monsieur Thomas Boudreau, directeur du département de médecine sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Les membres de la Commission, après avoir entendu ces trois (3) représentants de la Faculté de médecine, sont à même de dire que monsieur de Bellefeuille prend ses désirs pour des réalités et réussit à vendre ses propres illusions à son conseil d'administration. Ou il joue ce jeu consciemment pour augmenter son prestige à Windsor, ou il en est inconscient, et dans les deux cas, il est inquiétant qu'il en soit ainsi pour un directeur général.

A titre d'exemple de ceci, la Commission veut souligner le fait que pendant qu'elle siégeait, au début de juillet dernier, monsieur P.A. de Bellefeuille poursuivait ses démarches et rencontres en vue de faire signer un contrat d'engagement au docteur Louis-Philippe Lejeune comme directeur médical de l'Hôpital St-Louis. Or, le docteur Lejeune, entendu devant la Commission, admet n'avoir aucune connaissance ni goût de l'administration (volume 17, page 153).

La Commission est convaincue que, n'eût été l'ordre du président de la Commission, à monsieur de Bellefeuille et à monsieur Craig de cesser toutes démarches dans ce sens d'ici la fin de la présente enquête, l'Hôpital St-Louis serait déjà doté d'un nouveau directeur médical.

En somme, l'on peut dire que tous les membres du conseil entendus et le directeur général veulent absolument maintenir l'Hôpital St-Louis de Windsor en opération, ne semblant pas se rendre compte de toutes les difficultés que ceci peut représenter. Au contraire, ils ne parlent que d'agrandissement et d'affiliation à la faculté.

La Commission est convaincue que leur attitude continue d'entretenir du côté du public et des gens de l'Hôpital St-Louis de Windsor une impression de fausse sécurité. De plus, aucun ne semble s'être posé la question la plus fondamentale: un hôpital général à Windsor est-il nécessaire, justifié et admissible compte tenu de la qualité des soins fournis et de la distance qui sépare Windsor de Sherbrooke?

CHAPITRE II

DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

1o- LA CORPORATION:-

L'Hôpital St-Louis est régi par une corporation composée de 14 membres, y compris (à son insu) le docteur Dominique Lambert (exhibit C-56). Elle se réunit annuellement.

2o- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION:-

Le conseil d'administration comprend:

Monsieur Lewis Craig, président.

M. Jean de Bellefeuille, vice-président

M. Philippe Desrochers, secrétaire-trésorier

Dr Gérard Fréchette, directeur médical

Dr Réal Caux, président et délégué du bureau médical

M. Paul-Aimé de Bellefeuille, directeur général, à titre consultatif.

3o- LE DIRECTEUR GENERAL: -

Le directeur général est monsieur Paul-Aimé de Bellefeuille. Il occupe ce poste depuis la fondation de l'Hôpital en 1952. Pendant les première cinq (5) années, il a rempli cette fonction gratuitement. Son rôle comme directeur général est celui de tout directeur général dans un hôpital général (Loi des hôpitaux, article 10).

De plus, il agit souvent comme comptable en chef et même directeur du personnel. Il ne possède qu'un diplôme d'école technique mais insiste sur le fait qu'il n'a jamais manqué un cours d'été en administration hospitalière et qu'il a assisté à presque tous les congrès concernant l'administration hospitalière depuis plusieurs années.

Avec le docteur Dominique Lambert et son frère, monsieur Jean de Bellefeuille, il demeure un des fondateurs de l'Hôpital.

Il semble avoir eu de bonnes relations avec le directeur médical jusqu'au moment du remplacement du docteur Demers. Il n'assiste pas, comme le prévoit la Loi des hôpitaux, aux assemblées du Comité Exécutif du bureau médical.

Il laisse croire que tous se rapportent à lui et qu'il dirige tout. La Commission doute cependant de la crédibilité de ses paroles et de ses écrits et en fournira des exemples lors de l'étude du rapport soumis au Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux en 1966 (cf. fin de ce chapitre).

40- COMMENTAIRES:-

Sur l'organisation administrative de l'Hôpital St-Louis de Windsor, la Commission désire ici émettre certains commentaires:

a) Cet hôpital a été et demeure une "affaire de famille". Dès les débuts, on retrouve les noms de monsieur Paul-Aimé de Bellefeuille, monsieur Jean de Bellefeuille et madame de Bellefeuille, mère des deux précédents. Encore aujourd'hui, monsieur Jean de Bellefeuille est vice-président du conseil d'administration et monsieur P.A. de Bellefeuille est toujours le directeur général. Leur mère, madame de Bellefeuille, qui a été l'une des premières personnes à participer au développement de l'Hôpital, a accompli un rôle, semble-t-il, très considérable, en s'occupant de la surveillance; elle

y a passé les dix dernières années de sa vie et a même été jusqu'aux derniers temps la secrétaire de son fils, Paul-Aimé de Bellefeuille.

Elle est morte en février 1958, à l'âge de 78 ans, alors que, même jusqu'à cette âge, elle agissait comme secrétaire et faisait, d'après ce que son fils rapporte, une excellente journée d'ouvrage. Elle retirait un salaire et jouissait de bénéfices marginaux importants, tels que logement et pension. Il reste à noter que s'il n'y avait pas eu une famille de Bellefeuille, l'Hôpital n'aurait peut-être pas existé et n'aurait sûrement pas duré jusqu'à aujourd'hui.

A cause de cette omniprésence de la famille de Bellefeuille, le directeur général se croit indispensable et pense qu'il est de son devoir de tracer la voie pour la progression de cet hôpital.

b) Au niveau du conseil d'administration, on note un peu le même système: les membres se connaissent tous, plusieurs travaillant ensemble à la Dometar; le président, qui est en même temps le maire de Windsor, est convaincu qu'il doit jouer un rôle prépondérant dans toutes les affaires de la communauté.

Lors des assemblées de ce conseil, le président propose, le vice-président appuie et ce "quorum" de trois adopte rapidement les résolutions nécessaires. La plupart de ces assemblées semblent convoquées à la dernière minute puisque quasi régulièrement les membres présents à l'ouverture de l'assemblée renoncent à tout avis de convocation.

Les procès-verbaux sont les plus simples et

très irréguliers. Il faut penser qu'il est impossible d'obtenir une amélioration, les gens en place n'étant pas de calibre à comprendre l'administration d'un hôpital. A titre d'exemple, cf. volume 8, pages 124 et suivantes, concernant l'achat par l'Hôpital d'équipement appartenant à un de ses employés, un certain monsieur Bolduc qui logeait dans l'Hôpital St-Louis.

c) Monsieur de Bellefeuille est au courant que d'après la Loi des hôpitaux, le directeur général fait partie de l'Exécutif du bureau médical.

Comme dans cet hôpital le bureau médical ne comprend que cinq (5) membres actifs, il dit n'être jamais invité parce que les médecins l'informent qu'ils ne siègent jamais "en Exécutif" mais en "bureau médical". Or, cette situation ridicule et contraire à l'article 9 de la Loi des hôpitaux est la même depuis que cette loi existe. Il est inadmissible qu'un conseil d'administration ne voit pas au moins à faire respecter cette loi des hôpitaux.

Ce même conseil d'administration, en janvier 1968, refuse en bloc la liste du personnel médical, telle que recommandée par le bureau médical, et, sans prendre avis, décide que le bureau médical n'existe plus "légalement" et suspend tous les médecins, sauf un! Ce genre de comportement n'est rapporté que pour montrer jusqu'à quel point l'incompétence non consciente peut conduire. Voilà un conseil d'administration d'hôpital qui décide que son bureau médical n'existe plus et en suspend tous les membres, sauf un! Et la même loi qui donne "autorité complète" au conseil d'administration impose à l'article 9 l'obligation qu'un bureau médical soit constitué pour tout hôpital.

Qu'un conseil d'administration s'enlise dans de telles attitudes, sans prendre avis, dépasse l'entendement.

d) Le mode de nomination des différents directeurs médicaux qui se sont succédés à Windsor défie lui aussi toute logique.

En 1965, le docteur Demers est nommé après une certaine opposition. Certains voulaient choisir un médecin de Windsor, d'autres préféreraient un étranger. Cette dernière thèse l'emporte sur la recommandation du docteur Langlois, alors directeur médical à l'Hôpital St-François d'Assise, appelé en consultation sur ce sujet (volume 1, pages 28 et 29).

En 1966, à l'insu du docteur Demers, à qui on n'avait rien reproché, le bureau médical recommande au conseil d'administration, la nomination du docteur Fréchette, un des médecins actifs de ce bureau médical, comme directeur médical de l'Hôpital St-Louis.

"Nous croyons que pour le plus grand bien de l'Hôpital St-Louis, la nomination d'un nouveau directeur médical choisi au sein des membres actifs du bureau médical serait souhaitable".
(procès-verbal d'une assemblée spéciale du bureau médical, tenue le 14 novembre 1966, exhibit C-29).

Devant cette recommandation, le conseil d'administration décide, sans aucune logique avec sa conduite antérieure, de nommer le docteur Fréchette, directeur médical quatre (4) jours plus tard, soit le 18 novembre 1966. Le docteur Demers apprend alors par lettre son congédiement sans motif (volume 1, page 7).

Tout dernièrement de nouvelles démarches sont entreprises cette fois par le directeur général en vue de nommer un nouveau directeur médical, le docteur Louis Philippe Lejeune, chirurgien. Les membres du bureau médical,

cette fois, ne sont nullement consultés. Et ce n'est que l'intervention de la Commission qui a empêché la nomination définitive du docteur Lejeune.

La Commission se demande comment des nominations d'une telle importance peuvent ainsi se faire sans plus de logique.

e) Au sujet du Rapport soumis au Conseil Canadien d'Accréditation des hôpitaux en 1966 (exhibit C-26) monsieur de Bellefeuille rapporte d'abord que ce rapport a été préparé par l'archiviste (volume 9, page 9):

"Le rapport pour l'accréditation a été préparé par l'archiviste."

"... je pense qu'on a répondu aussi exactement que possible. S'il y a des lacunes dans d'autres domaines, je ne peux pas répondre. Si l'archiviste ne nous a pas donné les renseignements tels quels, je ne le sais pas. Elle pourra vous donner d'autres détails que moi, je ne peux pas vous en donner là-dessus."

Par ailleurs, au volume 11, pages 78 et suivantes, dans le témoignage de l'archiviste, il est dit:

"... tout a été approuvé par le directeur général.

Q. Mademoiselle, si on vous mettait sous serment.... et qu'on vous présentait ce rapport-là pour l'accréditation, on vous demandait de dire, sous serment, que toutes les réponses qui ont été données dans ça si ça représente bien la vérité, et si ça représente bien les faits qu'on a rencontrés ici à l'Hôpital, pourriez-vous le faire?

R. Non je ne pourrais pas, je ne ferais pas les mêmes réponses.

... p. 79. Q. A la demande de qui ces réponses-là ont été données?

R. Du directeur général et du directeur et du bureau médical, approuvées par le directeur général.

Q. Et c'était dans quel but qu'on vous demandait de mettre toutes ces réponses-là?

R. Question de formalité pour avoir l'accréditation.

...p.80: Q. Alors les multiples renseignements que vous trouvez inexacts ici, vous en avez passé le commentaire au directeur général lui-même avant qu'il ne signe le document?

R. Il disait: "Qu'est-ce que ça comprend votre dossier? "Disons que je disais tout, j'énumérais toutes les feuilles: "Bon, bien, marquez oui, marquez oui, marquez oui." Je marquais oui.

Q. Et c'est lui qui dirigeait les réponses?

R. Oui, disons...

Devant cette contradiction évidente quant à la responsabilité des réponses fournies au Conseil Canadien d'Accréditation, la Commission a jugé nécessaire de faire entendre à monsieur de Bellefeuille le témoignage de Mme Carbonneau, archiviste alors présente, et monsieur de Bellefeuille a admis que la chose était "possible" (volume 11, page 123).

A ce moment, le président de la Commission (vol. 11, page 127) a tenu à faire la mise au point suivante:

"...Alors je ne voudrais pas, j'en ai discuté avec les autres membres de la Commission, qu'il y ait de représailles à la suite des témoignages qui ont été rendus ici. Madame est sous serment et vous êtes sous serment. Alors sous serment, on est obligé de dire ce qu'on connaît et ce qui est la vérité. Alors je ne voudrais pas parce que madame Carbonneau a rendu un témoignage sous serment, a dit ce qu'elle savait, qu'on lui fasse des représailles après qu'on sera parti."

Les membres de la Commission ont repassé page par page ce rapport pour l'accréditation et y ont découvert d'innombrables réponses contraires à la vérité. A titre d'exemples,

voici certains extraits du témoignage de monsieur de Bellefeuille:

Volume 9, pages 18 et suivantes:

Où il est question des examens de contrôle du personnel travaillant à la manutention des aliments: malgré un rapport soumis au Conseil Canadien d'Accréditation, monsieur de Bellefeuille mentionne qu'aucun contrôle des examens exigé à tous les six (6) mois n'est établi.

Volume 9, page 34:

Q. Aviez-vous lu le rapport préparé pour le Conseil Canadien d'Accréditation avant de le signer?

R. Oui.

Q. Alors vous avez signé parce que vous avez vérifié le rapport?

R. C'est ça.

Volume 9, page 41:

Q. Est-ce que vous admettez monsieur de Bellefeuille que les dossiers médicaux depuis 1965, que vos archives et vos dossiers ne sont jamais classés en dedans de trente (30) jours? Etes-vous prêt à l'admettre?

R. Ah oui.

Q. Au paragraphe 5, de la page 22, à l'item 2 "Classement des dossiers" voici une chose que vous connaissez monsieur l'administrateur, ce n'est pas médical. C'est marqué le classement des dossiers est à date. Pas au-delà de trente jours. Il y a un X devant le mot oui?...

R. C'est marqué le classement est à date, à ce moment-là il était à date.

La Commission est convaincue que monsieur de Bellefeuille joue ici sciemment sur les mots puisqu'en aucun autre moment ces dossiers n'étaient de fait à date.

Volume 9, page 45: concernant l'énumération dans le rapport

au Conseil Canadien d'Accréditation de tout ce que contiennent les dossiers médicaux:

Q. Est-ce que vous admettez que l'analyse de vos dossiers nous permettrait de voir ça?

R. Ca va peut-être vous montrer autre chose que ça. Je suis d'accord.

Volume 9, page 56:

Q.... il est dit: "Une copie signée par le radiologiste est incorporée au dossier médical." Aviez-vous déjà pu vérifier la véracité de cette affirmation?

R. Non.

Q. Etes-vous au courant si les radiologistes signent leurs rapports?

R. Je ne peux pas vous répondre. Le directeur médical ne m'a jamais répondu à cette question.

Q. La lui avez-vous demandé déjà?

R. Non.

Volume 9, page 73:

Q.... vous avez dit que vous n'assistiez pas à l'Exécutif parce que le bureau médical avait contourné le problème en appelant ça des réunions du bureau médical?

R. Oui, c'est ça.

Q. Est-ce qu'on peut vous demander, dans le rapport qui est signé par vous et qui est fait au Conseil Canadien d'Accréditation, en 1966, à la page 24, à l'item "comités du bureau médical" vis-à-vis le mot "Exécutif": "le comité existe-t-il? et c'est répondu "oui", et "nombre d'assemblées en douze mois" c'est marqué "dix". Vous avez dû réaliser qu'il y avait un comité exécutif? Vous ne vous êtes pas opposé à cette statistique qui devait vous toucher?

R. Non.

Q. Est-ce que ça ne vous a pas tenté de barrer le chiffre 10 et de marquer 0?

R. Si j'avais barré tout ce qui m'avait tenté!

Cette énumération de faussetés relevées dans ce rapport soumis au Conseil Canadien d'Accréditation pourrait s'allonger encore: les membres de la Commission pensent que ces quelques exemples sont suffisants pour en dépeindre l'allure générale. Il est évident que tout ceci a été préparé pour tromper le visiteur de l'accréditation. Si ce rapport avait été complété honnêtement, la Commission est convaincue que l'Hôpital St-Louis n'aurait sans doute pas reçu un renouvellement de son accréditation pour trois ans.

Ce qui n'empêche pas monsieur de Bellefeuille de dire, volume 7, page 47:

"Je ne détesterais pas du tout qu'il fasse une accréditation à 24 heures d'avis, j'aime mieux ne pas l'avoir si elle n'est pas bonne et si elle n'est pas méritée."

La Commission est convaincue que monsieur de Bellefeuille n'est même pas sincère avec lui-même en faisant une telle affirmation. De plus, quand on sait dans quelles circonstances fausses cette accréditation a été obtenue, il est impardonnable d'écrire dans le pamphlet publicitaire publié peu après par l'Hôpital (exhibit (C-24)):

"Le 16 novembre 1966, l'Hôpital St-Louis a reçu du Conseil Canadien d'Accréditation des hôpitaux sa pleine accréditation, ce qui est un témoignage du haut standard des soins donnés aux patients et de parfaite conformité aux normes hospitalières établies dans la province."

Avant de terminer ce chapitre sur l'organisation administrative de l'Hôpital St-Louis, la Commission se sent obligée d'ajouter ce qui suit, consciente que la qualité des soins fournis aux malades s'en est ressentie: le directeur général, monsieur P.A. de Bellefeuille, n'a ni la capacité ni la formation pour comprendre ses responsabilités et malgré le fait qu'il soit membre du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, qu'il a suivi les cours organisés par cette Association sous forme de journées d'études, de colloques etc... il ne semble pas avoir compris le vrai rôle d'un directeur général.

Ceci porte à penser qu'il ne peut comprendre les relations qui doivent exister non seulement entre lui et le conseil d'administration mais aussi avec le corps médical et tout le personnel de la maison.

CHAPITRE III

DE L'ORGANISATION MEDICALE DE L'HOPITAL
ST-LOUIS

10- Directeur Médical:

Depuis sa fondation, l'Hôpital Saint-Louis a toujours eu un directeur médical. Le premier a été le docteur Dominique Lambert qui a quitté définitivement ce poste en 1964.

Au départ du docteur Lambert, le docteur Léon Demers assumait la charge de directeur médical jusqu'en 1966, moment où, sans avertissement, il a été remplacé par le docteur Gérard Fréchette qui agit encore comme directeur médical.

20- Bureau médical et personnel médical:

Le bureau médical est actuellement composé de membres actifs, associés, visiteurs et consultants. Les membres actifs sont: les docteurs Réal Caux, Marcel Bilodeau, Claude Gilbert et Gérard Fréchette, tous omnipraticiens, et le docteur Gaston Houle, spécialiste en chirurgie générale. Ensemble ils constituent le bureau médical avec comme président actuel, le docteur Réal Caux.

Un seul médecin est membre associé: le docteur Hassan Rayes, spécialiste en chirurgie générale.

Parmi les médecins visiteurs, un seul fréquente régulièrement l'Hôpital, le docteur Marcel Chaput, de Richmond.

Enfin les consultants sont nombreux et sont tous attachés à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, soit les docteurs: Emile Bruneau, chirurgien, Léon Demers, chirurgien, René Vanasse, pathologiste, Maurice Bernier

orthopédiste, Jacques Lefrançois, orthopédiste, Robert Blackburn, radiologiste, André d'Etcheverry, radiologiste, Réginald Marin, anesthésiste, Maurice Gladu, anesthésiste, Jean Denis Lemay, anesthésiste, Bernard Mongeau, interniste, Jacques Crépeau, cardiologue, Gilles Massicotte, chirurgie plastique, Léo Blais, chirurgien, René Frenette, urologue, Bernard Thérien, pédiatre, Paul McMahon, anesthésiste, Gérard L. Larouche, cardiologue, Roger Marchand, anesthésiste.

Trois dentiste sont attachés à l'Hôpital St-Louis: les docteurs Charles E. Gosselin, Gérard Sévigny et Roland Bernier.

A cette liste du personnel médical, pour la rendre conforme à celle produite par l'Hôpital dans son dépliant publicitaire (exhibit C-24), il faut ajouter un certain nombre de médecins qui, tout en figurant sur la liste n'ont pas ou à peu près pas eu d'activités à l'Hôpital St-Louis. Ce sont les docteurs Emile Poisson, Douglas Dykeman, Claude Caron, Marcel Chabot et Bernard Sweeney.

A toutes fins pratiques, la vie du bureau médical est assurée par les membres actifs, les autres n'assistant jamais aux assemblées et ne participant pas aux comités. Cette vie du bureau médical est plutôt embryonnaire. En effet, nonobstant la formation en principe de nombreux comités, aucun ne s'est réuni régulièrement. Seul le bureau médical comme tel a tenu un certain nombre d'assemblées et les procès-verbaux de ces assemblées ne reflètent guère un souci de contrôle de la pratique médicale.

Il apparaît nécessaire d'ajouter ici que dans les jours qui ont précédé la visite de l'accréditation en 1966, le comité des dossiers (où, en son nom, le directeur médical) s'est réuni à plusieurs reprises de manière à établir rétroactivement des procès-verbaux pour l'année 1965 et le début de 1966 (volumell, page 54, témoignage de l'archiviste):

Q... depuis le 1er janvier 1965, les médecins qui veulent faire un comité des dossiers doivent s'adresser à vous pour avoir les dossiers?

R. Oui

...p. 55: R....disons qu'en 1966 ils ont donné un "boum", comme je pourrais appeler, pour l'accréditation.

...Q. Ils ont travaillé combien de temps?

R. Je ne peux pas vous répondre mais disons que ça été fait dans quelques jours.

...p. 58: Q. Alors c'est pour l'accréditation qu'on a étudié un certain nombre de dossiers, est-ce qu'on a mis la date réelle où l'étude a été faite, ou si on a rapporté ça sur des mois antérieurs?

R. C'est une date fictive pour la majorité.

..p. 62: Q. Passé le mois d'avril 1967, le comité des dossiers n'a jamais siégé?

R. Absolument pas.

30- Statuts et règlements du bureau médical:

• Une copie des statuts et règlements du bureau médical a été déposée comme exhibit C-23. Ces règlements ont été préparés par le bureau médical et on y indique qu'ils ont été approuvés par le conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis de Windsor en 1962. Cependant, il est impossible de retrouver dans les procès-verbaux de ce

conseil une résolution faisant mention de l'adoption de ces règlements ou une discussion quelconque à leur sujet.

Ces règlements sont relativement bien faits et comprennent l'essentiel demandé ou exigé tant par la Loi des hôpitaux que par le Conseil Canadien d'Accréditation. Si tous les avaient lus et suivis, la Commission n'aurait pas eu à tenir cette enquête.

40-- Commentaires:

a) Directeurs médicaux:

Comme notre enquête ne devait porter que sur la période écoulée depuis le 1er janvier 1965, il n'entrait pas dans le cadre de notre mandat d'apprécier la place qu'a pu tenir le docteur Dominique Lambert comme directeur médical.

1) Le docteur Léon Demers -

Le docteur Léon Demers lui succéda et était le directeur médical le premier janvier 1965. Il le demeura jusqu'au 18 novembre 1968.

Spécialiste certifié en chirurgie générale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec (1958), il exerçait et exerce encore sa chirurgie à Sherbrooke. Consultant à Windsor depuis plusieurs années, il y opérait les malades qu'on lui référerait.

Au cours de son long témoignage, le docteur Demers raconta toutes les difficultés qu'il eut à rencontrer comme directeur médical.

La Commission est convaincue qu'il voyait les problèmes et qu'il a, au début, tenté de les résoudre. A titre d'exemples de ces problèmes, voici quelques extraits de son témoignage.

Volume 1, page 58:

"J'avais demandé qu'on ait un pédiatre qui vienne deux fois par semaine visiter la pédiatrie et établir les règlements dans la pouponnière et la pédiatrie et même un consultant en obstétrique qui, aurait pu occasionnellement disons leur donner de sages conseils et puis ça été refusé parce que, étant donné leur longue expérience, ils ont jugé qu'ils pouvaient faire l'accouchement aussi bien que les spécialistes".

Volume 1, à propos de la disponibilité des médecins durant les fins de semaine:

... page 68: "On a eu beaucoup de misère avec ça en fin de semaine. Beaucoup de misère.

Q. Est-ce que c'est arrivé que des cas sont arrivés à l'Hôpital St-Louis de Windsor et qu'on a dû les transférer à Sherbrooke parce qu'il n'y avait personne pour s'en occuper?

R. Très souvent.

... page 24: Q. Qu'est-ce que vous appelez la fin de semaine?

R. Le vendredi soir au lundi matin.

Q. Et si vous aviez de la misère à ce moment-là à rejoindre le médecin pour les accidentés, je suppose que les infirmières avaient les mêmes misères pour les malades hospitalisés?

R. Oui, elles avaient la même misère pour les accouchements.

Volume 1, page 103 - à propos du retard des médecins à compléter les dossiers de leurs malades, le docteur Demers admet que ce retard était souvent prolongé:

"Alors ça faisait souvent des dossiers qui étaient faits deux, trois, quatre, cinq et six mois après, disons, le départ du patient."

Volume 1, pages 110 et 111 - à propos de la chirurgie itinérante, le docteur Demers, quoique condamnant ce type de chirurgie et ne la pratiquant pas lui-même, mentionne qu'il n'a pu faire suivre cette opinion par d'autres chirurgiens de Sherbrooke qui opéraient à Windsor.

Volume 1, page 120 - à propos du peu de vitalité du bureau médical:

"Vous n'êtes pas capables de réunir les médecins qui sont en pratique générale et qui forment exclusivement un bureau médical. Nécessairement ils retombent à la médecine de 1920".

La Commission est convaincue que le docteur Demers était peu à peu devenu défaitiste devant tous ces problèmes et avait appris à tolérer une pratique médicale à Windsor faite de routines établies et organisée au petit bonheur.

Aussi en vint-il à tolérer une situation qu'un directeur médical combat normalement toute sa vie: les dossiers sont mal tenus et rédigés en retard, les comités siègent peu ou pas, les médecins ne sont pas disponibles durant les fins de semaine, les règlements du bureau médical ne sont pas suivis, etc...

En 1966, sans avertir le docteur Demers, le conseil d'administration nommait, sur recommandation du bureau médical, le docteur Fréchette comme directeur médical.

Le témoignage du docteur Demers a convaincu les commissaires une fois de plus qu'il est impossible pour un médecin d'agir comme directeur médical lorsque, comme médecin exerçant sa médecine dans le même hôpital, il est exposé à susciter des conflits, à se donner ou à s'octroyer des privilèges. Ce témoignage confirme l'opinion que le directeur médical doit être un homme indépendant.

A l'Hôpital de Windsor, devant l'organisation administrative et médicale en place, le directeur médical restait le seul défenseur des intérêts du malade.

2) Le docteur Gérard Fréchette -

Le dernier directeur médical concerné dans notre mandat est le docteur Gérard Fréchette. Médecin actif à l'Hôpital de Windsor depuis sa fondation, il est également membre de la corporation depuis le début de l'année 1966.

Comme en fait foi la résolution adoptée par ses confrères du bureau médical en vue de réclamer sa nomination comme directeur médical, le docteur Fréchette est choisi "au sein des membres actifs du bureau médical" (procès-verbal d'une assemblée spéciale du bureau médical tenue le 14 novembre 1966 (exhibit C-29)).

Questionné sur le mandat qui lui fut alors confié par le conseil d'administration, le docteur Fréchette relate ce qui suit: (volume 13, page 48)

Q. Est-ce que quand on vous a nommé directeur médical, on vous a donné un mandat, est-ce qu'on vous a décrit une fonction que vous aviez à remplir à l'Hôpital St-Louis ici?

R. Du tout.

Q. On ne vous a jamais dit en quoi consistait votre rôle de directeur médical?

R. Non. J'ai demandé des références, s'il y avait des normes, des charges de responsabilité, alors on m'a dit: "Fouille dans les livres, il n'y a aucune loi pour établir les responsabilités du directeur médical. Il n'y avait absolument rien.

Q. Qui vous a dit cela?

R. Le directeur général.

A une question qui lui demande s'il avait essayé d'obtenir les renseignements sur "En quoi consiste le devoir du directeur médical?" le docteur Fréchette répond: (volume 13, page 54).

"Le directeur médical, c'est celui qui est supposé de voir au fonctionnement médical de l'Hôpital, qui se trouve une espèce de lien, c'est un employé de l'administration, qui fait le joint entre l'administration et le bureau médical.

Q. Il est supposé voir au fonctionnement médical de l'Hôpital?

R. C'est ça.

Q. Qu'est-ce que cela veut dire?

R. De voir à ce que la qualité de la médecine soit la meilleure possible.

(volume 13, page 58): Le docteur Fréchette explique ensuite

"Eh bien la routine était installée à l'Hôpital ici. En tant que directeur médical, il n'y avait pratiquement pas, il n'y avait pratiquement rien à faire. Il s'agissait juste de suivre la routine qui était établie. Au point de vue chirurgical, ça allait très bien. Au point de vue médical, la même chose."

Q. Vous surveilliez la routine? Qu'est-ce que c'est la routine?

R. L'acte médical habituel chaque jour, l'Hôpital ici c'était juste quatre, cinq médecins environ. Voir la médecine, comment ça évoluait. La médecine, comment évoluait la liste d'attente.

p. 59: Q. Est-ce que vous pouvez me dire, parce que c'est dans le même but, si chacun avait des privilèges indéfinis, est-ce que chacun savait à quoi s'en tenir sur ce qu'il avait le droit de faire et ce qu'il n'avait pas le droit de faire?

R. Tous les médecins avaient droit de la médecine générale, obstétrique, ils savaient exactement à quoi s'en tenir...

p. 60: Q. Où étaient décrits ces privilèges?

R. Aucune place.

p. 61: Q. S'ils n'ont pas de privilèges, ils peuvent faire n'importe quoi?

L'interrogatoire se poursuit alors sur les moyens de contrôle, notamment sur le comité des tissus et les feuilles préparatoires aux réunions de ce comité (exhibit C-18) portant toutes la signature du docteur Houle, chirurgien, jusqu'à novembre 1966, date de la visite du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux. Depuis cette date, aucune de ces feuilles n'a été utilisée (témoignage de l'archiviste, volume 11, page 66) et donc aucune réunion du comité des tissus n'a été tenue. Le docteur Fréchette dit ceci, volume 13, page 70:

Q. On vous avertit aujourd'hui que l'Accréditation vient pour sa visite dans deux mois. Vous avez lu, comme directeur médical, vous êtes un peu au courant, vous avez vécu ça les visites d'accréditation, vous savez qu'il va vous demander les listes et les procès-verbaux. A ce moment-là, allez-vous vous mettre à la table et réviser ces listes?

R. Oui, et on les mettrait à date.

Q. Dans le but de quoi?

R. Dans le but de l'accréditation.

Q. Dans le but d'avoir l'accréditation?

R. C'est ça

Quant au comité des dossiers, volume 13, pages 72 et 73:

Q. Avez-vous une idée quelle date c'était la dernière réunion du comité des dossiers?

R. Non. L'explication là-dessus c'est que depuis environ presque un an, tous les comités ne marchent pas. Tout va de travers.

Q. Tout ce dont vous êtes responsable, ne marche pas?

R. Quasiment.

Q. Ca ne vous a pas tenté de démissionner?

R. Plusieurs fois, oui.

Q. (par le président) je vais vous poser une question directe. Est-ce que vous vous sentez la compétence pour agir comme directeur médical ici?

R. Pas actuellement.

La Commission a tenu à rapporter ces quelques extraits de ce long témoignage parce qu'elle considérait qu'ils étaient suffisants pour décrire ce médecin en tant que directeur médical. Est-il nécessaire de conclure que la Commission est convaincue que le docteur Fréchette ne comprend rien à son rôle et que c'était le dernier à qui on aurait dû penser comme directeur médical de cet hôpital? D'ailleurs plusieurs témoins entendus au cours de cette enquête n'ont fait que confirmer ce point de vue (cf témoignages des docteurs Léon Demers, Dominique Lambert, Gaston Houle et Réal Caux et de monsieur Lewis Craig, président du conseil d'administration, de monsieur Philippe Desrochers, secrétaire de ce conseil et de monsieur Jean de Bellefeuille, vice-président.

Avant de terminer cette partie, la Commission veut mentionner le fait que plusieurs médecins ont, durant leurs témoignages, déclaré que depuis le 11 janvier 1968 le bureau médical de l'Hôpital St-Louis n'existait plus et que ceci explique l'absence d'activités de ce bureau médical (cf. en particulier le témoignage du docteur Fréchette, volume 13, pages 79 à 86). La Commission a fait comprendre à tous ces médecins que depuis ce même 11 janvier ils ont tous continué à pratiquer leur médecine à l'Hôpital St-Louis, qu'ils ont tous été réinstallés dans leurs privilèges le 11 janvier au soir, qu'ils ont tous continué à agir comme bureau médical comme

en font foi leurs nombreuses lettres toutes signées par "le secrétaire du bureau médical" ou "le président du bureau médical". Tout ce dont ils ne se sont pas occupés depuis ce 11 janvier, c'est de faire fonctionner normalement leur bureau médical et ceci ne faisait que continuer leur façon habituelle de faire.

b) les statuts et règlements du bureau-médical sont ignorés de ses membres:

Le bureau médical de l'Hôpital St-Louis de Windsor a des règlements qui sont publiés dans une plaquette, règlements qui sont relativement bien faits et qui comportent tous les articles principaux exigés par le Conseil d'Accréditation; y sont définies les responsabilités des membres du bureau médical, des officiers, la composition des comités, en somme tout ce qui a trait à l'administration médical de l'Hôpital.

La Commission est convaincue que ces règlements, en vigueur depuis 1962, étaient peu ou pas connus des membres actifs du bureau médical et encore moins des consultants jusqu'à il y a quelques mois. Ainsi le docteur Claude Gilbert, secrétaire du bureau médical en 1966, avoue: (volume 16, page 14):

Q. En avez-vous déjà pris connaissance des statuts et règlements?

R. Dernièrement oui.

Q. Avant ça, vous n'en aviez pas pris connaissance?

R. Non.

Q. Vous n'avez pas ce volume de règlements lorsque vous étiez secrétaire?

R. Non.

Quant au docteur Hassan Rayes, à l'Hôpital St-Louis depuis juillet 1967, il aperçoit la plaquette contenant ces règlements pour la première fois lors de son témoignage devant la Commission le 10 juillet 1968.

c) règlements du bureau médical qui ne sont pas suivis:

La plupart des règlements établis par le bureau médical de l'Hôpital St-Louis pour sa propre gouverne sont demeurés lettre morte. Il serait fastidieux de les prendre un à un et de donner des exemples tirés des dépositions obtenues pour prouver cette affirmation. La Commission croit nécessaire cependant de citer quelques uns de ces règlements en y ajoutant les commentaires appropriés.

Article III, paragraphe 2, re: Déontologie:

..."Chaque médecin qui participe au traitement d'un malade doit lui-même envoyer ses propres comptes d'honoraires et ses propres reçus".

Commentaire: pour l'assistance en chirurgie, deux chirurgiens de Sherbrooke remettaient 10% des honoraires qu'ils percevaient au praticien qui les assistait.

Article III, paragraphe 3, re: procédure d'admission:

..."si le candidat est accepté par le bureau médical, sa demande d'admission est recommandée au Conseil d'administration par le comité conjoint".

..."l'administration en décision finale accepte ou refuse le candidat".

Commentaire: un seul parmi tous les médecins actifs et consultants de l'Hôpital St-Louis a vu sa nomination approuvée aux procès-verbaux du conseil d'administration. Et quand ce conseil a décidé en une autre occasion de contrecarrer les recommandations du bureau médical, il s'en est suivi le conflit qui fera l'objet du chapitre VII de ce rapport.

Article III, paragraphe 6 - re: index des médecins:

"... Un index des médecins sera établi. Cet index permettra de se rendre compte de la compétence de chaque membre du bureau médical, il sera entre les mains du directeur médical et sera considéré comme confidentiel".

Commentaire: Jamais un tel index n'a existé à l'Hôpital St-Louis.

Article IV, paragraphe 3, re: Membres consultants:

"... Il sont tenus aux règlements ordinaires du bureau médical".

Commentaire: Les membres consultants ne connaissent pas ces règlements.

Article VI - re: Comités:

"... Le Comité exécutif doit se réunir au moins une fois le mois.

Commentaire: On a vu antérieurement que cet exécutif ne s'est jamais réuni comme tel.

... Le Comité des dossiers se réunira au moins une fois par mois...
"on apportera une attention spéciale aux cas de décès, cas sans diagnostic précis, cas sortis non améliorés ou cas avec diagnostic discordant".

Commentaire: La Commission s'inquiète ici du fait que, contrairement à cela, de nombreux diagnostics aussi peu précis que "asthénie neuro-circulatoire" n'ont jamais été étudiés et que plusieurs cas de décès avec autopsie n'ont fait l'objet d'aucune discussion qui pourtant aurait été révélatrice pour l'instruction de tous les médecins.

... Le Comité des dossiers remplira également les fonctions du Comité des tissus, i.e. réviser tous les dossiers chirurgicaux en vue d'améliorer le standard de la chirurgie et de déceler les opérations inutiles ou entreprises par un membre incompetent".

Commentaire: Jamais le comité des tissus n'a tenté de remplir ce rôle; ou bien on a décidé à priori que tel chirurgien était excellent et la nécessité ou la qualité de ses interventions n'ont jamais été discutées, ou bien on a mis en doute l'utilité de certaines interventions d'un autre chirurgien et on a décidé d'en discuter non en comité et en présence du chirurgien concerné mais dans une salle d'hôtel de Sherbrooke et en l'absence de l'intéressé. La Commission reviendra sur ce sujet au chapitre VII.

Règlement #2 - re: Dossier médical:

..."Le dossier est confidentiel. L'Hôpital en est le dépositaire. Seul le médecin signataire peut consulter ce dossier".

Commentaire: Ceci n'a pas empêché les rencontres à Sherbrooke dont il sera question au chapitre VII.

"L'histoire complète et l'examen physique doivent être rédigés dans les quarante-huit heures qui suivent l'admission du malade... Une intervention chirurgicale ne peut être pratiquée si l'histoire et l'examen physique ne sont pas rédigés, à moins que le chirurgien ne mentionne au dossier qu'un délai à l'intervention serait préjudiciable à la santé ou à la vie du patient... Avant de quitter la salle d'opération le chirurgien doit écrire en détail son protocole opératoire".

Commentaire: Les médecins membres de la Commission, pour avoir étudié plus de 2500 dossiers médicaux et avoir interrogé l'archiviste de l'Hôpital, sont à même de dire que ces règlements n'étaient jamais appliqués et y reviendra au chapitre V de ce rapport.

Règlement # 10 - re: médecin de garde et urgence:

..." Le médecin de garde devra être un membre actif du bureau médical et être disponible pendant toute la semaine de garde".

Commentaire: Des témoignages nombreux ont été recueillis par la Commission qui montrent que ce règlement n'était pas suivi. Et les témoignages à cet effet viennent autant de l'administration et du public que des infirmières et des médecins eux-mêmes.

Pour terminer ce chapitre sur l'organisation médicale de l'Hôpital St-Louis, la Commission tient à se résumer ainsi: Malgré des statuts et règlements bien faits, malgré la présence de plusieurs médecins actifs et consultants dont la compétence professionnelle ne peut être mise en doute, malgré qu'un directeur médical soit rémunéré pour voir à cette organisation, le résultat est déplorable. Et

tous ont ici une part de responsabilité. En somme l'organisation médicale était à l'image du directeur médical actuel, le docteur Gérard Fréchette, qui n'a jamais eu et n'aura jamais la compétence pour remplir une telle fonction.

CHAPITRE IV

DE L'EVENTAIL DES SOINS MEDICAUX FOURNIS
A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

10- Sources d'information:

Pour avoir une idée exacte du genre de soins médicaux fournis à l'Hôpital St-Louis, la Commission a considéré:

- a) les statistiques disponibles à l'Hôpital, en particulier celles déposées comme exhibits C-28 et C-31;
- b) le contenu des interrogatoires d'un grand nombre de médecins et d'infirmières et surtout de ceux que nous avons eus à répétition avec l'archiviste;
- c) les registres des deux salles d'opération, celui des interventions majeures et celui des interventions mineures;
- d) le résultat de la revision de 2515 dossiers.

Avant de discuter de la qualité des soins fournis, il paraissait nécessaire d'en donner une idée quantitative.

20- Nombre d'admissions par année:

Le nombre des admissions à l'Hôpital St-Louis en 1965, 1966, 1967 et 1968 a été:

	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>
Adultes:	1705	1506	1415
Enfants:	473	476	451
Nouveau-nés:	289	236	240
Total:	<u>2467</u>	<u>2218</u>	<u>2106</u>

Pour les quatre premiers mois de 1968, le nombre d'admissions a été de 505, soit 386 adultes, 63 enfants et 56 nouveau-nés. Transposé sur une base annuelle, ce rythme d'admissions pour 1968 donnerait un total de 1515, soit 1158 adultes, 189 enfants et 168 nouveau-nés.

Il est évident que le conflit qui sévit dans cet hôpital depuis juin 1967 (cf chapitre VII de ce rapport) a contribué à diminuer le nombre d'admission dans chaque catégorie.

30- Obstétrique:

Patientes délivrées:	288	en 1965
" " " "	227	en 1966
" " " "	240	en 1967

Le nombre de césariennes pour les mêmes années a été respectivement de 4, 10 et 2.

On admet en obstétrique toutes sortes de cas, des plus simples aux plus compliqués. Comme exemple de cas compliqué, la Commission a retenu celui d'une patiente admise à huit (8) mois de grossesse pour césarienne élective et présentant le tableau suivant: grossesse gémellaire, hydramnios, anencéphalie d'un des deux bébés diagnostiquée radiologiquement, multiparité avec facteur Rh négatif et anémie sévère à 7 grammes d'hémoglobine.

La revision de nombreux dossiers d'obstétrique permet de constater que souvent la malade est accouchée par un autre médecin que celui au nom duquel elle est admise. Et, dans ces cas, il arrive très fréquemment

que c'est celui qui l'a fait admettre qui complète et signe le protocole de l'accouchement. Cette façon de faire est pour le moins non conforme à la vérité.

Les accouchements sont faits par les médecins praticiens généraux de l'Hôpital ou par le docteur Gaston Houle, chirurgien général.

4o- Médecine:

Le nombre de malades sortis du service de médecine (en y incluant les cas de gastro-entérologie, cardiologie, dermatologie, psychiatrie et allergie) est le suivant:

658 en 1965

579 en 1966

598 en 1967.

On y trouve une grande variété de cas; les diagnostics les plus fréquemment rencontrés sont ashé- nie neurocirculatoire, réaction dépressive, troubles digestifs. Par ailleurs des malades dont l'état était grave y ont aussi été traités.

La durée de cas hospitalisations varie considérablement. Plusieurs malades sont ré-hospitalisés très souvent, certains à plus de dix (10) reprises pour la période couverte par cette enquête, ce qui donne l'impression qu'à Windsor il se fait très peu ou pas de visites à domicile. Ceci a d'ailleurs été mentionné dans divers témoignages.

Les dossiers des malades admis comme cas de médecine comportent peu de consultations. Ainsi, en 1966, un consultant fut demandé pour 86 malades du "service de médecine" sur 579, soit moins de 15%.

50- Chirurgie:

Le nombre de malades hospitalisés en chirurgie générale a été de:

513 en 1965

483 en 1966

395 en 1967

Par ailleurs les statistiques opératoires (exhibit C-28) qui réunissent toutes les interventions chirurgicales pratiquées à l'Hôpital tant pour les malades externes que pour les hospitalisés, donnent les chiffres suivants:

	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>
Cas mineurs:	<u>387</u>	<u>386</u>	<u>369</u>
Cas majeurs:	<u>213</u>	<u>230</u>	<u>222</u>
Total:	<u>600</u>	<u>616</u>	<u>591</u>

Tous les membres du bureau médical pratiquent des interventions "mineures". Par ailleurs, les cas de chirurgie majeure sont opérés, jusqu'au milieu de 1967, surtout par le docteur Gaston Houle et par des chirurgiens de Sherbrooke, les docteurs Léon Demers, Léo Blais et Emile Bruneau.

De août 1967 au 11 janvier 1968, le docteur Hassan Rayes fait sa part de chirurgie majeure tout comme le docteur Houle mais indépendamment de ce dernier. Depuis le 11 janvier 1968, il n'y a eu aucun cas de chirurgie majeure à l'Hôpital St-Louis suite au conflit (cf. chapitre VII).

60- Pédiatrie:

L'Hôpital de Windsor n'admettait que des cas mineurs en pédiatrie. Le nombre d'enfants hospitalisés en "pédiatrie" a été:

150 en 1965 .

142 en 1966

126 en 1967.

La différence entre ces chiffres et ceux fournis plus haut, quant au nombre d'enfants admis à l'Hôpital St-Louis s'explique par le fait que les autres enfants étaient hospitalisés pour une raison chirurgicale.

Les soins pédiatriques étaient donnés uniquement par les médecins praticiens du bureau médical puisque le seul pédiatre consultant ne servait qu'à recevoir à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke les cas qu'on lui référerait.

7o- Oto-rhino-laryngologie:

Il s'agit ici d'adénoïdectomies et amygdalectomies.

Ces interventions sont toutes pratiquées par les médecins praticiens membres actifs du bureau médical.

Le nombre de cas d'oto-rhino-laryngologie par année a été de:

171 en 1965

174 en 1966

113 en 1967.

8o- Soins dentaires:

Pour retracer dans les statistiques qui ont été déposées devant la Commission le nombre de malades admis à l'Hôpital St-Louis pour soins dentaires, il a

fallu considérer le fait que ces malades étaient admis au nom d'un des anesthésistes qui, par ailleurs, n'admettaient aucun autre genre de malades. Partant du nombre d'admissions par année pour chacun des anesthésistes, il fut donc possible d'évaluer le nombre annuel de malades admis pour soins dentaires, soit:

238 en 1965

213 en 1966

145 en 1967.

A noter qu'en 1965, 1966, le nombre de malades admis pour soins dentaires représente près de 10% des admissions totales par année. Ce pourcentage est sûrement très élevé d'autant plus que, et la Commission tient à le souligner, les soins dentaires à l'Hôpital St-Louis se résument à des cas d'extractions de plusieurs dents.

Ces extractions étaient pratiquées surtout par les dentistes Charles E. Gosselin et Gérard Sévigny. Un troisième dentiste, le docteur Roland Bernier, venait occasionnellement.

90- Anesthésie:

Il se fait un nombre important d'anesthésies générales chaque année à l'Hôpital St-Louis de Windsor.

Les anesthésies générales pour cas majeurs ou mineurs sont faites par cinq membres du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Ceux-ci viennent à tour de rôle et à leur convenance deux outrois fois par semaine faire l'anesthésie pour les malades qui sont inscrits sur la liste opératoire.

Des nombreux témoignages entendus, il ressort qu'un facteur important qui présidait à la rédaction du programme opératoire d'une journée donnée était l'accumulation d'un nombre suffisant de cas pour que l'anesthésiste de Sherbrooke accepte de se rendre à l'Hôpital St-Louis. De sorte que, même si le total des anesthésies pour une semaine ne paraît pas important, leur concentration sur deux ou trois jours conduisait à des programmes opératoires relativement chargés. Ce phénomène de concentration, joint au fait qu'il existe à l'Hôpital St-Louis deux salles d'opération: l'une pour les cas septiques, l'autre pour les cas propres, fut la cause du fait que l'anesthésiste voyageait d'une salle à l'autre pour faire simultanément les anesthésies prévues..

Ce système fonctionnait depuis assez longtemps mais il a cessé en date du 11 janvier 1968 alors que, à la suite du conflit, (cf. chapitre VII de ce rapport), les membres du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ont donné leur démission.

En cas d'urgence, en dehors des jours opératoires, un des anesthésistes était appelé. Cependant il fallait alors que ce soit pour un cas majeur puisqu'autrement les médecins de Windsor devaient se dépanner entre eux. C'est ainsi que deux praticiens, le docteur Bilodeau et moins fréquemment le docteur Caux, durent se charger des anesthésies générales pour certaines interventions telles que curetage utérin, application de forceps,

réparation de plaies etc.. et ce à la connaissance du chef du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu puisque le docteur Bilodeau avait appris son anesthésie au cours d'un stage de trois semaines dans ce service (volume 14, page 80).

Enfin, la Commission tient ici à ajouter que la revision attentive des registres des salles d'opération lui permit de constater que durant la période allant d'août 1965 à juillet 1966, le nom d'un "médecin", non membre du personnel médical de l'Hôpital St-Louis, revenait régulièrement dans la colonne intitulée "anesthésie". Intriguée de ce fait, la Commission a finalement appris qu'il s'agissait d'un médecin étranger ne détenant pas de licence d'exercice de la médecine pour le Québec et encore moins de certificat de spécialiste en anesthésie. Ne possédant qu'un "permis" de résidence en anesthésie pour l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, ce médecin n'était donc autorisé à exercer la médecine qu'à l'intérieur des murs de cet hôpital et recevait, comme tous les résidents, une rémunération à cet effet de l'Hôtel-Dieu. Un tel permis de résidence ne donne évidemment pas le droit d'admettre des malades à son nom dans un hôpital, ni d'en assumer la responsabilité ou d'envoyer des notes d'honoraires pour services rendus. Or la revision de plusieurs dossiers médicaux de l'Hôpital St-Louis et le témoignage du docteur McMahon, chef du service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, ont permis d'établir que:

a) ce médecin-résident a admis à son nom dix-neuf (19) malades pour soins dentaires à l'Hôpital St-Louis et de ce fait a dû en assumer la pleine res-

ponsabilité médicale comme médecin traitant;

b) ce médecin-résident a signé comme "médecin traitant" les dossiers de ces malades;

c) ce médecin-résident a donné, seul, l'anesthésie générale à ces dix-neuf (19) malades et à des dizaines d'autres;

d) ce médecin-résident a agi ainsi à la demande de son chef en anesthésie de l'Hôtel-Dieu;

e) ce médecin-résident était sous contrat avec l'Hôtel-Dieu, contrat connu du docteur McMahon, par lequel il lui était explicitement interdit de pratiquer la médecine en dehors de l'Hôtel-Dieu et de percevoir des honoraires "soit directement ou indirectement" (exhibit C-51);

f) les patients ainsi anesthésiés par ce médecin-résident ont reçu une note d'honoraires des anesthésistes de l'Hôtel-Dieu qui lui versaient en retour "une petite ristourne" (volume 27, page 34);

g) le bureau médical de l'Hôpital St-Louis n'a jamais discuté des titres et qualifications de ce médecin-résident qui pratiquait avec eux dans leur hôpital.

La Commission est renversée de l'accumulation de tant d'irrégularités autour de ce seul cas et considère que tout ceci est symptomatique du problème général de l'Hôpital St-Louis.

100-Radiologie:

La radiologie est assurée par deux radiologistes de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke qui viennent à jour fixe deux fois par semaine faire les examens aux malades qui sont préparés par le personnel des soins

infirmiers et cédulés pour cette date.

Les communications entre les radiologistes et les médecins traitants semblent avoir été réduites au minimum, ceux-ci attendant habituellement le rapport écrit de l'examen plutôt que d'aller sur place consulter le radiologiste et examiner les films avec lui. En l'absence du radiologiste, qui se chargeait lui-même de tous les examens exigeant de la "scopie", une technicienne pouvait prendre les films demandés. Ces films étaient alors interprétés par le radiologiste à sa visite subséquente.

llo- Laboratoires:

Les examens de laboratoire sont faits au laboratoire même de l'Hôpital St-Louis ou encore au Laboratoire d'analyses de Sherbrooke Inc. (pathologie) ou au Laboratoire d'expertises Inc. (biochimie) ou parfois à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Monsieur Jacques Coulombe, biochimiste à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, est responsable de toute la "section" biochimie et va régulièrement chaque semaine à l'Hôpital St-Louis contrôler les techniques appliquées par des techniciens. De plus, il reçoit des spécimens particuliers à l'Hôtel-Dieu même où il procède à l'examen demandé.

La pathologie est assurée par le docteur Vanasse, pathologiste de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, qui procède à l'examen des pièces au Laboratoire d'analyses de Sherbrooke Inc. dont il est le président.

Les autopsies de l'Hôpital de Windsor sont faites chez l'entrepreneur de pompes funèbres puisque

l'Hôpital ne dispose pas d'un local à cet effet.

Le docteur Vanasse ou son remplaçant se rend à cet endroit pour y faire l'autopsie demandée.

Le nombre d'autopsies a été de:

18 en 1965 (sur 33 décès)

7 en 1966 (sur 27 décès)

11 en 1967 (sur 36 décès)

Le docteur Vanasse est de plus responsable de la "section" hématologie du laboratoire de l'Hôpital St-Louis. Son rôle à ce niveau est plutôt limité.

Pour ce qui est de la partie "bactériologie", il semble qu'un technicien doive en répondre seul puisque ni monsieur Coulombe ni le docteur Vanasse n'en prennent la responsabilité.

CHAPITRE V

DE LA QUALITE DE CES SOINS MEDICAUX

10- Sources d'information:

Ce chapitre sur la qualité des soins est le fruit d'une étude très longue et très pénible.

a) dossiers médicaux:

Les commissaires demeurent convaincus que c'est encore l'étude des dossiers qui reflète le mieux la qualité des soins que l'on prodigue aux malades. C'est pourquoi 2515 dossiers d'hospitalisation ont été révisés.

b) rapports des comités du bureau médical:

Tous les rapports disponibles des différents comités qui normalement voient à l'appréciation des soins furent obtenus. La Commission doit constater que ces rapports étaient peu nombreux et de peu de valeur.

c) interrogatoires de médecins et d'infirmières:

En tout vingt-sept (27) médecins furent questionnés, soit tous les membres actifs, associés et consultants du bureau médical et les membres visiteurs dont les activités médicales étaient importantes. La Commission a cru nécessaire d'entendre tous ces médecins pour ne pas laisser croire qu'elle avait négligé de demander des explications supplémentaires à celles fournies dans les dossiers. Ces interrogatoires furent longs et souvent peu agréables. Les commissaires les ont acceptés comme partie essentielle de leur devoir puisqu'ils devaient permettre de répondre au mandat même qu'on leur avait confié.

En plus des médecins, treize (13) infirmières, dont la directrice des soins infirmiers, furent entendues.

20- Remarques générales:

Avant de passer de façon spécifique à la qualité des soins, la Commission tient à signaler que la revision des 2515 dossiers médicaux lui a causé beaucoup de difficultés, et ce pour plusieurs raisons:

a) les notes des infirmières sont détruites dans la majorité des dossiers où l'hospitalisation remonte à plus d'un an. Très fréquemment, ces notes auraient dû être lues en entier pour suppléer à la pauvreté de renseignements du reste du dossier; leur absence dans plusieurs dossiers a nécessité des interrogatoires laborieux. La Commission déplore cette destruction précoce. De plus elle tient à souligner que le directeur général était au courant de cette situation et ne l'a jamais approuvée ou condamnée par écrit, préférant laisser à une employée, l'archiviste, la responsabilité d'agir ainsi:

b) le mot "routine" revient fréquemment sur les feuilles d'ordonnance et sa signification, telle que les interrogatoires l'ont apprise, variait selon les médecins et selon le genre de cas;

c) le retard mis à compléter les dossiers est tel que ceux des six derniers mois sont à peu près vides de renseignements (pas d'histoire de cas ni examen objectif) et que les renseignements fournis

par les autres sont flous et peu spécifiques;

d) même les dossiers considérés comme "complétés" s'avèrent insuffisants et incomplets tant au niveau de l'histoire qu'au niveau de l'évolution;

e) de nombreux rapports d'électrocardiogrammes et de consultations ne portent aucune date, ce qui rend impossible leur relation chronologique avec l'évolution du malade;

f) enfin un nombre important d'hospitalisations apparaissent inutiles et le contenu du dossier est alors une suite de lieux communs répétés selon un rythme qui frise le ridicule.

Les commissaires tiennent à signaler quelques exemples de tout ceci:

a) tel dossier d'un bébé de huit (8) mois raconte que "le malade" ne présente ni céphalée, ni claudication, ni engourdissement, ni étourdissement";

b) tel autre dossier mentionne: "n'a jamais été malade, n'a jamais été opérée" alors que la malade dont il est question en est à sa quatorzième hospitalisation à l'Hôpital St-Louis et sous les soins du même médecin;

c) très souvent, les dossiers obstétricaux ne mentionnent pas l'application de forceps et les notes d'infirmières comme le dossier du bébé en indiquent les marques;

d) le diagnostic final définitif est posé avant que le rapport d'autopsie ne soit connu et n'est pas corrigé à la lumière de celui-ci.

Une telle liste pourrait s'allonger à l'infini. La cause de tout ceci semble être le peu de cas que ces

médecins font du dossier médical. Au début de son enquête, la Commission a constaté le nombre effarant de dossiers incomplets pour des malades sortis depuis plusieurs mois. Elle a alors "demandé" aux médecins concernés de compléter ces dossiers dans les dix (10) jours qui suivaient leur comparution devant la Commission en leur expliquant l'importance d'un bon dossier pour chaque malade.

Or, malgré un tel ordre de la Commission, un de ces médecins, le docteur Marcel Bilodeau, ré-entendu deux mois plus tard, n'avait nullement modifié sa conduite et avait encore 106 dossiers en retard dont douze (12) remontaient à l'année 1967 (exhibit C-53); Que ce médecin, malgré les règlements de son bureau médical et malgré la demande de la Commission audébut d'une enquête sur la qualité des soins dans son hôpital, continue à agir ainsi, dépasse l'entendement et frise l'arrogance!

La Commission croit de son devoir d'attirer l'attention du Collège des médecins sur une telle attitude.

A cause de cette infiniment pauvre qualité des dossiers pour la renseigner, à savoir si la qualité des soins allait de pair avec la lecture du dossier, la Commission a dû pendant de longues heures "extraire" de certains médecins, obtenir des autres et des infirmières des renseignements qui étaient absolument indispensables pour compléter son travail.

De plus il est difficile de croire que le médecin visiteur du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux n'ait pu s'en rendre compte. La Commission

pour sa part a été scandalisée de la qualité de ces dossiers et du peu de respect que certains médecins ont de leur signature.

Il est facile de constater les difficultés qu'a dû rencontrer l'archiviste dans l'exécution de son travail et c'est grâce à elle seulement si le service des archives a réussi à tenir un peu d'ordre là-dedans.

30- Obstétrique:

a) Routine:

Ici plus qu'ailleurs, la routine règne en maître.

Plus encore, chaque médecin a sa "routine" (exhibit C-20A) qu'il n'a pas besoin de prescrire; il marque tout simplement "routine pre-partum" et "routine post-partum" et le tour est joué.

Un grand nombre de feuilles d'ordonnance ne contiennent que deux mots: "routine" et "congé".

b) Forceps:

Le forceps est employé de routine et le seul fait que cet usage soit routinier dépeint bien la qualité de cette pratique obstétricale.

Au volume 1, page 58, le docteur Demers, dans son témoignage comme directeur médical, dit ceci:

"Il n'y a jamais eu de règlement concernant les forceps"... Même après ça, parce que j'étais dans une très mauvaise situation pour faire des règlements de forceps, connaissant très peu l'obstétrique moi-même et on avait, à un moment donné, demandé à ce qu'il y ait un

consultant régulier en obstétrique et en pédiatrie, que les médecins ont refusé".

... "J'avais demandé qu'on ait un pédiatre qui vienne au moins deux fois par semaine visiter la pédiatrie et établir les règlements dans la pouponnière et la pédiatrie et même un consultant en obstétrique qui aurait pu occasionnellement, disons, leur donner de sages conseils et puis ça a été refusé, parce que étant donné leur longue expérience, ils ont jugé qu'ils pouvaient faire l'accouchement aussi bien que les spécialistes."

c) facteur Rh:

Il a été dit plus haut que fréquemment le facteur Rh de la mère était recherché mais que, à une exception près dans tous les dossiers revisés, un tel examen pour le nouveau-né d'une mère Rh négatif n'était pas fait.

Dans son témoignage, le docteur Demers, en tant que directeur médical, dit ceci: volume 1, page 38).

Q. Mais la mère qui est Rh négatif, est-ce qu'on prend certaines précautions pour le prochain accouchement?

R. On en prenait aucun.

Q. De sorte que la même patiente pouvait revenir un an plus tard et accoucher d'un bébé en érythroblastose?

R. Oui.

d) Cas majeurs:

On admettait à Windsor, en obstétrique, les cas qui, même électifs, paraissaient comme devant être des cas majeurs.

La Commission a donné une exemple de ceci au chapitre précédent.

N.B. Certains dossiers médicaux concernant la pratique obstétricale à l'Hôpital St-Louis seront remis au Collège des médecins.

4o- Médecine:

a) Hospitalisations inutiles

La Commission, après avoir revisé les dossiers de 35% de toutes les hospitalisations depuis le 1er janvier 1965, n'est pas loin de partager, pour ce qui est des cas de médecine, le commentaire d'ordre général passé par l'archiviste (volume 11, page 134) sur l'inutilité des hospitalisations:

"D'après moi, vous pourriez vider pratiquement l'Hôpital".

D'ailleurs, le docteur Demers, questionné comme directeur médical, sur un des médecins de Windsor au nom duquel environ 500 admissions ont été faites chaque année (soit près de 20% de toutes les admissions à l'Hôpital St-Louis) a passé le commentaire suivant sur les dossiers médicaux des malades de ce médecin (volume 1, page 20):

"...on avait toujours des dossiers en fait où le malade entraît à l'Hôpital en bonne santé et ressortait en excellente santé aussi".

Le premier commentaire sur la qualité des soins médicaux rendus à l'Hôpital St-Louis est donc que ces soins n'ont pas nui à ces malades admis inutilement. Ces malades d'ailleurs avaient une investigation prescrite

de "routine" et recevaient un traitement quotidien tout aussi routinier avec solutés glucosés et injections de vitamine B-12. L'histoire de ces cas rédigés après le départ du malade racontait toujours la même histoire et le diagnostic fréquemment posé était: "asthénie neurocirculatoire".

b) gravité de certains cas:

La caractéristique d'une autre partie des soins médicaux fournis est qu'ils le furent pour des malades qui, cette fois, présentaient une pathologie que ni l'organisation de l'Hôpital, ni les possibilités d'investigation radiologique et de laboratoire, ni la compétence des médecins traitants ne permettaient de traiter comme on serait en droit de s'y attendre.

La Commission, à l'appui de ce commentaire, veut citer certains extraits du témoignage du docteur Jacques Crépeault, cardiologue de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Sherbrooke et consultant à Windsor (volume 2, pages 65 et suivantes):

...p. 65: "... les analyses, évidemment, étaient d'après moi, étaient insuffisantes."

...p. 66: "... il y a des gros cas qu'ils gardaient là et qui n'auraient pas dû être traités à cet hôpital-là."

...p. 66: "... des cas de diabète qu'ils ne pouvaient pas contrôler, ça prenait des trois(3) quatre (4) semaines à contrôler, qui auraient pu être contrôlés, peut-être, dans une semaine ici."

...p. 67: "... je pense que le médecin aurait dû par lui-même voir que c'était un cas qu'il ne pouvait pas traiter là."

...p. 70: "Q. Est-ce que vous trouvez normal qu'en 1965, 1966 et jusqu'à votre démission de cet endroit-là, la médecine se pratique dans cette optique-là?"

R. Non, je ne crois pas qu'elle devrait se pratiquer dans cette optique-là."

Il ne faut pas oublier que tout ceci se passait à dix minutes de Sherbrooke où trois hôpitaux majeurs existent. C'est pourquoi, parlant par exemple des cas d'infarctus graves, il est dit par le docteur Crépeault (volume 2, page 76):

Q. Si au lieu d'être hospitalisés à St-Louis de Windsor ils étaient transportés à un hôpital de Sherbrooke, à dix (10) minutes en ambulance, pensez-vous que ceci serait préjudiciable aux coronariens en question?

R. Non.

Q. Ni dans son traitement ni dans son avenir?

R. Non je ne crois pas.

c) Diagnostiques posés et traitements appliqués:

La Commission a porté une attention particulière aux diagnostics posés à la fin des hospitalisations et aux traitements reçus durant ces hospitalisations. Il va sans dire que tous n'étaient pas répréhensibles. Certains médecins en ont d'autant plus de mérite.

Cependant certains diagnostics étaient posés sans justification et souvent étaient même infirmés par le contenu du dossier. Certains traitements furent retrouvés qui étaient même nettement contre-indiqués. A titre d'exemple, une asthmatique est hospitalisée à près de dix (10) reprises en deux ans et reçoit de la morphine comme traitement d'urgence; cette prescription est non seulement déclarée contre-indiquée par l'exhibit C-27 mais aussi par plusieurs témoignages recueillis par la Commission.

N.B. Certains dossiers de malades traités en médecine seront soumis au Collège des médecins.

50- Chirurgie:

a) chirurgie itinérante:

La Commission tient à s'élever avec vigueur contre la pratique, à l'Hôpital St-Louis, d'une chirurgie dite itinérante par deux chirurgiens de Sherbrooke. Ce faisant, ces chirurgiens acceptaient, en dehors de toute urgence, d'intervenir chirurgicalement sur des malades qu'ils ne voyaient le plus souvent pour la première fois que quelques minutes avant l'intervention, alors que ces malades étaient déjà dans la salle d'opération et sous l'effet de leur prémédication. Encore plus, ces chirurgiens, une fois l'intervention terminée, abandonnaient leur malade au médecin référant et ne le revoyaient plus alors qu'il ne leur aurait fallu qu'une course de dix (10) minutes en automobile pour se rendre à Windsor.

Tous les organismes responsables ont condamné avec vigueur cette chirurgie itinérante, entre autre le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Conseil Canadien D'Accréditation des Hôpitaux. Et parmi les témoignages obtenus par la Commission et condamnant ce genre de chirurgie, celui du docteur Bernhard Perey, directeur du département des sciences cliniques et chef du service de chirurgie à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, mérite d'être rapporté (volume 27, page 104):

Q... le médecin ne voit le malade que quelques minutes avant l'opération, il prétexte une consultation, il l'opère et il ne revient pas le voir après?

R. Ca c'est épouvantable.

Q. Sauf peut-être un téléphone de temps en temps, quand le médecin traitant pense que ça va mal?

R. Ca c'est épouvantable.

Q. Vous condamnez cela?

R. Oui, je condamne ça.

La Commission tient à souligner, tel qu'il a été rapporté au chapitre III de ce rapport, que le docteur Demers alors directeur médical de l'Hôpital St-Louis, était lui-même opposé à la pratique de la chirurgie itinérante et se faisait un devoir de voir personnellement les malades qu'il avait à opérer tant avant qu'après l'intervention chirurgicale.

Il est à signaler qu'à partir de 1965 l'arrivée du docteur Gaston Houle, chirurgien certifié, membre actif du bureau médical de l'Hôpital St-Louis, a contribué à réduire de beaucoup la pratique de cette chirurgie itinérante. Mais les dossiers revisés par la Commission en ont quand même révélé plusieurs cas en 1965, 1966 et 1967.

b) règlements de la salle d'opération:

Il existait pour les salles d'opération de l'Hôpital St-Louis des règlements que la Commission considère comme bien faits (exhibit C-21).

Malheureusement, et les témoignages obtenus sont aussi nombreux que catégoriques là-dessus, ces règlements n'étaient pas suivis. Qu'il suffise de mentionner que des infirmières, des anesthésistes et des chirurgiens fumaient et mangeaient à l'intérieur du bloc opératoire, soit dans la pièce centrale sur laquelle ouvrait la porte de chacune des deux salles d'opération. Le bloc opératoire n'est de fait composé que de cette pièce ("rond-point") et des deux salles d'opération. L'hospitalière des salles d'opération dit

ceci (volume 12, pages 188 et 189):

Q. Est-ce que depuis que vous êtes en charge comme hospitalière en charge des salles d'opération, il y a du personnel qui fume dans le bloc opératoire ou est-ce qu'il y a des médecins qui fument dans le bloc opératoire?

R. Pas du personnel mais il y a eu des médecins.

Q. Est-ce une exception ou si c'est routinier?

R. Ce n'est pas une exception, non.

Q. Alors c'est routinier?

R. Malgré qu'on le défend.

Q. Répondez à la question: Est-ce que c'est routinier?

R. Oui, on pourrait peut-être dire ça, oui.

... Q. Anesthésistes et chirurgiens?

R. Oui.

...p.190: Q. Avez-vous vu des gens manger dans le rond-point?

R. Oui.

c) Assistance en chirurgie:

Dans la majorité des cas de chirurgie majeure, un des omnipraticiens membre du bureau médical assistait le chirurgien à la salle d'opération. Pour les autres cas, le chirurgien n'était assisté que d'une infirmière.

Cette dernière solution est devenue la règle pour le docteur Hassan Rayes, à la suite d'une décision de ses confrères (cf. chapitre VII de ce rapport).

La Commission la considère comme déplorable, mauvaise pour le malade et contraire aux recommandations du Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux, du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et du ministère de la Santé.

d) absence de pathologiste et de radiologiste sur place:

La lecture des dossiers a fait réaliser à la Commission qu'il s'est pratiqué à Windsor de la chirurgie majeure qui devenait véritablement une entreprise considérable dans un hôpital de ce calibre.

L'absence d'un pathologiste sur place prive le chirurgien (et le malade) des bénéfices d'une consultation per-opératoire qui peut s'avérer nécessaire et empêche tout recours à la technique de la congélation pour en arriver à une décision scientifique.

De même, l'absence d'un radiologiste sur place oblige le chirurgien à se priver d'une cholangiographie per-opératoire (malgré le fait que l'Hôpital St-Louis ait l'équipement nécessaire pour la faire) et peut être la cause de la nécessité d'une deuxième intervention chez le même malade.

La Commission est convaincue qu'en 1968, en dehors de toute urgence et à dix minutes de Sherbrooke, cette situation est inadmissible.

e) indications opératoires et diagnostics pré et post opératoires discutables:

Pour avoir revisé de nombreux dossiers chirurgicaux et en avoir discuté longuement avec les médecins concernés, la Commission doit malheureusement conclure ceci:

A cause du manque de jugement de certains chirurgiens et des limites d'investigation d'un tel hôpital, des indications opératoires ont été posées à la légère et ont donné lieu à des manœuvres intempestives. Des interventions ont conduit à un diagnostic post-opératoire

erroné. Bienplus, dans certains cas, ce diagnostic erroné fut maintenu malgré la preuve du contraire dans des rapports du pathologiste ou / et du radiologiste et répété au dossier lors d'hospitalisations subséquentes du même malade.

N.B. Plusieurs dossiers significatifs de la qualité des soins chirurgicaux fournis à l'Hôpital St-Louis seront remis au Collège des médecins.

60- Pédiatrie:

Les dossiers médicaux examinés n'ont pas permis d'en venir à un jugement précis sur la qualité des soins donnés aux enfants admis en pédiatrie à l'Hôpital St-Louis. Tout au plus fut-il possible de constater que plusieurs hospitalisations auraient pu être évitées par un examen au bureau ou au domicile.

a) opinion d'un pédiatre:

Le docteur Bernard Thérien, spécialiste en pédiatrie à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et dont le nom figure sur le pamphlet publicitaire de l'Hôpital de Windsor comme consultant attaché à cet hôpital, partagerait sûrement l'opinion de la Commission sur la non-nécessité de certaines hospitalisations. Dans son témoignage, il dit ceci (volume 2, page 27).

Q. Alors avez-vous l'impression que les hôpitaux de Sherbrooke sont capables d'absorber aisément les quelques cas de pédiatrie?

R. Ah, oui.

Q. Hospitalisés à St-Louis de Windsor?

R. Oui, je le pense, ce qui ne veut pas dire qu'on les hospitaliserait tous.

Du même témoignage sont extraites les remarques suivantes:

Re: Règlements en pédiatrie (page 8).

Q. Il n'y a donc jamais eu de votre part, docteur Thérien, une demande de leur part plutôt, quant à des règlements pour l'Hôpital St-Louis de Windsor pour leur pédiatrie ou leur pouponnière?

R. Absolument pas...

Re: conférence en pédiatrie aux médecins de Windsor (page 9):

Q. Vous n'avez jamais eu à donner des conférences aux médecins là-bas?

R. Jamais

Q. Parce qu'on vous a jamais demandé?

R. Parce qu'on ne m'a jamais demandé.

Re: bébés transférés à Sherbrooke (page 9):

"... On a toujours déploré le manque de renseignements cliniques qui nous parvenaient avec les enfants référés.

b) opinion du directeur médical:

Il semble pertinent de répéter ici un extrait du témoignage du docteur Demers entendu en tant qu'ancien directeur médical de l'Hôpital St-Louis. Le docteur Demers dit ceci (volume 1, page 58).

"On avait à un moment donné demandé à ce qu'il y ait un consultant régulier en obstétrique et en pédiatrie, que les médecins ont refusé..."
 "J'avais demandé qu'on ait un pédiatre qui vienne au moins deux fois par semaine visiter la pédiatrie et éta-

blir les règlements dans la pouponnière et la pédiatrie et même un consultant en obstétrique qui aurait pu occasionnellement dire leur donner de sages conseils, et puis ça été refusé parce que, étant donné leur longue expérience, ils ont jugé qu'ils pouvaient faire aussi bien que les spécialistes l'accouchement."

7o- Oto-rhino-laryngologie:

La Commission n'a aucun commentaire à faire ici sauf que les nombreuses amygdalectomies ont toutes été pratiquées par les praticiens de Windsor.

8o- Soins dentaires:

La Commission peut difficilement se prononcer sur la qualité des soins dentaires comme telle. Elle tient cependant à faire des commentaires sur la responsabilité médicale des patients admis pour soins dentaires.

Comme c'est l'habitude dans les hôpitaux, les dentistes ne peuvent admettre les malades à leur nom à Windsor. Le malade doit absolument être admis au nom d'un médecin et ce médecin devient le médecin traitant par le fait même. La Commission approuve entièrement cette façon d'agir.

A l'Hôpital St-Louis, l'anesthésiste en charge le jour de l'extraction dentaire devenait ipso facto le médecin au nom duquel le malade était admis. Or ces anesthésistes n'ont pas réalisé à Windsor qu'ils devenaient ainsi "médecin traitant". De sorte que ces malades ne sont pas examinés ni évalués à leur mérite lors de leur admission, l'anesthésiste se contentant de les voir au moment de leur arrivée à la salle d'opération.

Aucun des nombreux dossiers révisés n'a permis de constater la présence d'un dosage d'hémoglobine avant l'intervention.

De plus, l'anesthésiste ne semble pas revoir le malade après son départ de la salle de réveil et laisse à l'infirmière la responsabilité du départ du malade dont le congé a été signé le matin.

La Commission s'élève contre cette façon de contourner l'esprit d'un règlement: si un malade doit être admis au nom d'un médecin et non d'un dentiste, ce n'est pas pour refuser à ce dernier un privilège quelconque, mais bien pour que chaque malade admis dans un hôpital reçoive une attention médicale et que son départ de l'hôpital soit décidé par un médecin qui devient responsable de ce malade comme de tout autre malade admis à son nom.

N.B. Certains dossiers concernant les soins dentaires seront soumis au Collège des médecins avec recommandation d'attirer l'attention du Collège chirurgiens dentistes sur la qualité de ces soins.

90 - Anesthésie:

La Commission tient à souligner qu'elle ne met pas en doute la compétence professionnelle des anesthésistes consultants. Cependant leur comportement dans leurs activités à l'Hôpital St-Louis l'inquiète.

Les anesthésistes eux-mêmes ne sont pas plus heureux qu'il ne le faut de leur travail à Windsor jusqu'au 11 janvier 1968, date à laquelle ils démissionnent à cause du "conflit" (cf. chapitre VII de ce rapport). Ainsi pour expliquer leur refus à y retourner malgré la recommandation de la Commission de conciliation d'avril dernier, leur chef répond (volume 4, page 208).

"Je ne trouvais pas que c'était l'intérêt du malade de retourner là.

Q. Pourquoi?

R. "Nous n'étions pas satisfaits, il n'y avait personne dans mon groupe qui était satisfait de ce qui se passait dans l'hôpital..."

... p. 204: - "On trouvait nous autres qu'on n'avait pas assez de temps pour aller là. On a assez d'ouvrage ici".

Un d'entre eux a précisé (volume 4, page 360).

"C'est une raison d'orgueil, peut-être, ou de réputation; je ne voulais plus associer mon nom à l'Hôpital St-Louis".

Tous les anesthésistes ont été longuement interrogés. La Commission tient à mentionner que ces interrogatoires furent des plus laborieux mais veut signaler qu'un d'entre eux, le docteur Reginald Marin, a mérité des félicitations pour la franchise avec laquelle il a répondu à toutes les questions.

a) examens pré-anesthésiques:

Les témoignages des anesthésistes eux-mêmes et ceux de plusieurs autres ont établi sans l'ombre d'un doute que, sauf exception, l'examen pré-anesthésique n'était

fait qu'à la toute dernière minute, souvent à l'arrivée du patient à la salle d'opération, parfois sur la table d'opération même. Ainsi, au volume 1, pages 33 et 34, il est dit:

"... le matin, l'anesthésiste examinait le malade avant l'opération, disons, sommairement.

... il l'examinait sur la civière souvent.

...Q. Même les cas majeurs ?

R. Même pour les cas majeurs...

Au volume 4, page 268:

"... Si vous entendez une visite au lit du malade avec auscultation cardiaque pulmonaire, je pense qu'on peut avouer que c'est exceptionnel dans ce sens-là".

Au volume 4, page 309, pour les cas d'extractions dentaires:

"... je vous avoue que l'on a jamais vu les patients d'avance.

Q. A quel moment précis les voyiez-vous?

R. On les voyait à la salle d'opération...

Q. Et à ce moment-là il était sous l'effet de la prémédication?

R. En général oui.

Les témoignages sur ce point pourraient s'allonger encore.

Est-il nécessaire de dire que la Commission s'élève sans détour contre cette pratique?

Elle est inadmissible et inexcusable.

Elle va à l'encontre des enseignements de tous les organismes sérieux: Collège Royal, Conseil canadien d'accréditation etc...; tous les hôpitaux sérieux ont des règlements précis là-dessus.

b) règlements de la salle d'opération:

Les commentaires de la Commission au sujet de la salle d'opération ont été fournis antérieurement. Leur non observation n'est pas plus admissible en anesthésie qu'en chirurgie.

c) anesthésies simultanées nombreuses:

A la revision attentive des registres des salles d'opération, la Commission a réalisé que très fréquemment les deux salles d'opération étaient utilisées en même temps. Ceci permettait de terminer plus rapidement le programme opératoire établi.

La Commission n'aurait pas eu d'objection à ceci, si elle n'avait pas appris de tous les témoins concernés qu'un seul anesthésiste assurait l'anesthésie générale aux deux malades opérés en même temps.

Bien plus, de nombreux témoignages ont établi que l'anesthésiste qui quittait le premier malade déjà sous anesthésie générale confiait la surveillance de son anesthésie et de son malade à une autre personne et que fréquemment cette autre personne était une "préposée" à la stérilisation, ne détenant aucun diplôme ou qualification reconnue en soins infirmiers. Le témoignage de cette personne est clair là-dessus (volume 28, pages 17 et 18).

Q. Maintenant, est-ce que vous avez eu affaire aux autres choses dans la salle d'opération à certain moment?

R. Disons que vu que les anesthésistes venaient plus souvent, mais qu'ils cherchaient à passer le plus de cas possible, des fois bien, il y avait du service aux deux salles.

Q. Quand vous dites que vous passiez plus de cas possiblement en même temps?

R. Oui

Q. Alors qu'est-ce qui arrivait à ce moment-là?

R. A ce moment-là..... si le médecin, l'anesthésiste s'en allait de l'autre côté, j'étais en externe, je surveillais le patient quoi...

Q. Vous remplaciez l'anesthésiste?

R. J'étais assise au banc et je guettais la couleur du patient et....

Ce témoignage est d'ailleurs corroboré par les anesthésistes et les infirmières. Et il faut noter que cette manière de faire conduisait à la surveillance par cette personne d'une anesthésie générale pour intervention chirurgicale majeure.

La Commission proteste avec force contre cette façon d'agir. Elle est convaincue que la pratique de l'anesthésie est un acte médical qui doit être accompli du début à la fin par un anesthésiste qualifié.

En corollaire à ceci, la Commission veut citer un extrait du rapport annuel (juin 1968) de la "Canadian Medical Protective Association" (page 22), extrait qui parle par lui-même:

"The anaesthetist who induces anaesthesia, who connects the patient up to the various mechanical aids that are helpful or necessary and who then fails to remain steadily with his patient is in an untenable position if a complication occurs during his inattention. It is amazing to think that anaesthetists who accept responsibility for anaesthetizing a patient will leave the patient under the supervision of someone not a doctor while the anaesthetist confers with his friends down the corridor, has the cup of coffee he did not take time to get before he began his day's work or supervises two or three - or in one instance, four-other

anaesthetics being given by residents who were relatively inexperienced. Surely the anaesthetist who allows himself to be booked for an anaesthetic has the responsibility to give it, not to be doing something else which forces him to entrust the supervision of the patient to untrained persons or to depend on mechanical apparatus...

...There is no time to call the anaesthetist from another room, from the corridor, from a recovery room, he must be present and immediately available to take immediate steps. The anaesthetist is wholly wrong who thinks that because he can be reached and can get to his patient in a minute or two the patient is safe. If to that minute or two are added another minute or two to confirm the complication and to institute the necessary treatment the additional delay in beginning emergency measures may produce only partial recovery to a state that is neither life nor death."

d) pré-médication:

Le pré-médication était donnée à Windsor selon une "routine" établie à l'avance. Cette routine d'ailleurs a été déposée comme exhibit C-20. Comme les anesthésistes ne voyaient leurs malades que quelques minutes avant l'intervention chirurgicale, cette pré-médication était donc administrée par l'infirmière avant que l'anesthésiste n'ait pris connaissance du cas. Cette feuille de routine se terminait par la phrase suivante:

"Si personne de 60 ans et plus ou cachectique, demander à l'anesthésiste ou au chirurgien de prescrire la pré-médication."

Comme ces injections de stupéfiants étaient données sans que l'on puisse retrouver, dans les notes d'ordonnance, même une fois le dossier complété, une prescription écrite à cet effet, la Commission se demande comment le personnel infirmier ou la personne responsable de la pharmacie pouvait établir son contrôle en regard des inspections prévues par les agents du contrôle des narcotiques.

e) refus d'un anesthésiste à temps complet à l'Hôpital

St-Louis:

Compte tenu de la pratique anesthésique à l'Hôpital St-Louis (examen pré-anesthésique à la dernière minute, anesthésies simultanées avec l'aide de n'importe qui, pré-médication donnée de routine avant l'arrivée de l'anesthésiste), la Commission a été renversée d'apprendre, par la lecture des procès-verbaux du bureau médical (exhibit C-29), qu'un jeune anesthésiste certifié avait fait application à trois reprises comme membre régulier du bureau médical et avait essuyé un refus à chaque occasion.

La Commission s'est penchée avec attention sur le dossier de cet anesthésiste y compris les lettres de recommandation qu'il contenait (exhibits C-9 et C-10), et considère que le refus de l'accepter n'avait aucun fondement sérieux. Au contraire, s'il avait été accepté, une collaboration de bon aloi de la part des anesthésistes de l'Hôtel-Dieu aurait permis à ceux-ci de ne participer à l'anesthésie à Windsor qu'en des occasions limitées compatibles avec une anesthésie de première valeur. Et le malade hospitalisé à Windsor aurait alors profité d'une qualité de soins améliorée.

La Commission est convaincue que le refus à accepter cette candidature était déjà un indice de la mentalité de ce bureau médical et que cette mentalité n'avait pas changé lorsque le docteur Hassan Rayes est arrivé en 1967 (cf. chapitre VII de ce rapport). Le docteur Demers dans son témoignage a très bien décrit cette mentalité. (volume 1, page 59):

"... si ça faisait l'affaire des médecins, c'était très facile à faire accepter. Si ça ne faisait pas leur affaire, comme partout ailleurs, c'était très difficile à faire accepter".

La Commission tient à protester avec vigueur contre cette façon de voir qui néglige un point essentiel qu'elle considère comme fondamental: l'Hôpital existe pour les malades et non pour les médecins.

10- Radiologie:

La Commission considère que la quantité et la qualité des examens radiologiques faits à l'Hôpital St-Louis étaient dans les limites de la normale.

Cependant elle tient à s'opposer à l'usage dans cet hôpital d'une estampille au nom du radiologiste en guise de "signature" de ses rapports. Cet usage est non seulement contraire aux recommandations du Conseil d'Accréditation des hôpitaux mais a été admis comme irrégulier par les radiologistes eux-mêmes lors de leur témoignage devant la Commission.

Ainsi au volume 5, pages 5 et suivantes, il est dit par un des radiologistes:

"Q. Le rapport est-il dactylographié par les archives?

R. Oui.

Q. Qui signe les rapports?

R. Ils ne sont malheureusement pas signés parce qu'on va là et aussitôt quand on a fini notre travail on s'en va....

... p. 6: Q. Si la jeune fille qui dactylographie fait une erreur vous ne pouvez pas la corriger?

R. Non.

...p. 7:Q. De sorte que l'original de vos rapports vous ne les avez jamais revus?

R. On ne les revoit pas, c'est une lacune cela.

...p. 9:Q. Vous n'avez aucun contrôle sur l'utilisation d'une étampe à votre signature?

R. Non absolument pas.

Au volume 5, pages 130 et suivantes, l'autre radiologiste dit ceci:

"... Non on ne relit pas nos rapports.

... p. 132:Q. Vous n'aviez aucun contrôle sur l'utilisation de votre étampe?

R. Non. C'est très mauvais....

... p. 135: Il ne faut pas oublier; c'est une pratique qui se fait dans les hôpitaux marginaux, qui se fait comme ça, c'est une habitude.

Sur une question lui demandant quelle était sa façon de procéder à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, il mentionne qu'il appose ses initiales après avoir relu le rapport:

... p. 136: "... et c'est comme ça que ça devrait être fait".

Les commissaires sont d'accord avec cette dernière remarque et ont tenu à mentionner ce problème parce que d'avis que la pratique habituelle dans plusieurs hôpitaux "marginaux" est celle trouvée à l'Hôpital St-Louis. Les dangers d'une telle pratique sont évidents.

llo- Laboratoires:

Face au fonctionnement des laboratoires, la Commission a retrouvé à l'Hôpital de Windsor le problème de tous les petits hôpitaux.

Ces laboratoires sont habituellement sous la surveillance immédiate de techniciens diplômés qui font tout leur possible pour assurer la routine. Mais l'éventail des analyses réalisables sur place est vite limité.

Monsieur Jacques Coulombe, biochimiste de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke se rendait deux fois la semaine à Windsor pour contrôler le travail des techniciens en ce qui concerne les analyses biochimiques. La Commission a toutes les raisons de croire que ce travail était bien fait. Le seul problème constaté est que l'éventail des analyses demandées par les médecins avait nettement tendance à se confondre avec l'éventail des analyses réalisables à St-Louis même. Ceci a souvent empêché un malade d'être investigué de façon complète.

Pour ce qui est de la section "pathologie", la Commission a réalisé dans l'étude des dossiers que toutes les pièces enlevées en chirurgie étaient soumises à l'examen du pathologiste: cette pratique est conforme aux normes reconnues. Ces pièces étaient ensuite analysées aux Laboratoires d'Analyses de Sherbrooke Inc. et les rapports initialés de la main du pathologiste apparaissent au dossier médical du malade.

La Commission tient cependant à faire quelques remarques sur les autopsies faites à Windsor:

a) Ces autopsies ne sont pas faites à l'Hôpital mais chez l'entrepreneur de pompes funèbres (volume 3, page 47);

b) le pathologiste ne voit à peu près jamais le dossier médical du patient avant de faire l'autopsie (volume 3, page 48):

"Malheureusement nous ne l'examinons que très rarement parce que nous n'avons pas le dossier ou nous l'avons très rarement."

c) le poids des organes rapporté sur le protocole d'autopsie (à titre d'exemple, exhibit C-1, et C-4A) n'est qu'approximatif, vu l'absence de balance (volume 3, page 52):

Q. Qui inscrit les poids des organes?

R. Si vous référez au dossier, c'est tout "environ" parce que nous n'avons pas de balance.

d) le médecin traitant n'assiste que rarement aux autopsies de ses malades;

e) les rapports du pathologiste pour ces autopsies sont déposés au dossier du malade sans que toujours le médecin traitant n'en ait pris connaissance; de ce fait, le diagnostic final mis au dossier par le médecin traitant est parfois infirmé par les conclusions du pathologiste;

f) aucun lien personnel ne semble s'établir entre le pathologiste et le médecin traitant quant aux malades pour lesquels il y a eu autopsie et quant au rapport de cette autopsie;

g) enfin le pathologiste n'est jamais invité aux comités du bureau médical pour discuter le résultat d'une autopsie.

A cause de tout ceci, la Commission est convaincue, même si le pourcentage des autopsies réalisées à Windsor est conforme aux normes du Conseil Canadien d'Accréditation, le bénéfice retiré de ces autopsies pour l'éducation de tous a été à peu près nul et l'élément "contrôle" que toute autopsie devrait apporter sur la compétence et la pratique d'un médecin ou d'un chirurgien n'a jamais été considéré à sa juste valeur par le bureau médical de l'Hôpital St-Louis.

Enfin les commissaires tiennent à mentionner qu'ils se sont trouvés en désaccord avec le pathologiste quant à l'ordre dans lequel étaient classifiés les différents diagnostics trouvés à l'autopsie, fonction de leur importance comme cause du décès.

CHAPITRE VI

DU CONTROLE DE LA QUALITE DE CES SOINS

10- Statuts et règlements du bureau médical non
appliqués:

La Commission a déjà eu l'occasion de mentionner que les statuts et règlements du bureau médical de l'Hôpital St-Louis sont relativement bien faits. Ils contiennent l'ensemble des mécanismes habituels qui servent de garantie à un contrôle réel de la qualité des soins. Qu'il suffise de rappeler ici les principaux de ces mécanismes:

a) procédure de nomination et de re-nomination, par laquelle chaque candidature est étudiée avant son acceptation et chaque membre est ré-évalué annuellement avant sa re-nomination;

b) comité exécutif, dont les fonctions principales sont: "se rendre responsable du bon fonctionnement de l'organisation médicale de l'hôpital"; "faire des recommandations à l'administration sur ce qui concerne la détermination des privilèges"; "imposer aux membres du bureau médical des sanctions en ce qui concerne le travail professionnel";

c) comité des dossiers, qui, entres autres, "étudiera et appréciera la valeur scientifique des dossiers de tous les patients libérés durant le mois précédent"; "accordera une attention spéciale aux cas de décès, cas sans diagnostic précis, cas sortis non améliorés ou avec diagnostic discordant";

d) comité des tissus, qui doit par exemple: "réviser tous les dossiers chirurgicaux en vue d'améliorer le standard de la chirurgie et de déceler les opérations inutiles ou entreprises par un membre incompétent"; déclarer justifiées ou injustifiées les discordances entre diagnostic pré-opératoire et le rapport du patholo-

e) index des médecins, qui "permettra de se prendre compte de la compétence de chaque membre du bureau médical";

f) assemblées régulières du bureau médical, où, selon l'ordre du jour établi, devront être discutées:

- "revue des cas de malades hospitalisés dont le diagnostic, le traitement ou l'évolution exigent une mention spéciale; revue des dossiers des malades sortis depuis la dernière assemblée, étude des cas de décès, de ceux dont l'évolution n'est pas favorable."

- "rapports des statistiques des différents services".

- "rapports des comités permanents ou spéciaux".

- "discussions et recommandations à faire en vue de l'amélioration du travail professionnel à l'Hôpital."

En somme tous les mécanismes étaient prévus pour que le bureau médical remplisse le rôle que l'article 9 de la Loi des hôpitaux lui donne:

"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..."

Dans cette enquête à l'Hôpital St-Louis, la Commission ne recherchait pas la perfection dans l'application de tous ces mécanismes.

Elle aurait été heureuse de retrouver l'application de certains d'entre eux et d'obtenir la preuve d'efforts faits par tous pour la réalisation des buts que ce bureau médical, sur papier, s'était donné lui-même. Malheureusement la réalité avec laquelle les commissaires furent confrontés fut tout autre:

a) les statuts et règlements du bureau médical?

Déjà au chapitre III de ce rapport il fut mentionné que les médecins eux-mêmes ne les connaissaient pas ou ne les avaient lus pour la première fois qu'à l'occasion du "conflit";

b) la procédure de nomination et de renomination?

La nomination d'un seul médecin sur 27 a suivi la filière normale et est mentionnée dans les procès-verbaux du conseil d'administration. Quant aux ré-évaluations et aux re-nominations annuelles, on n'en retrouve aucune trace si ce n'est en décembre 1967 à l'occasion du "conflit";

c) le comité exécutif?

Il n'a jamais siégé, ceci permettant d'ailleurs d'éviter la présence du directeur général. Aussi les privilèges de chaque médecin n'ont-ils jamais été déterminés ni limités. Et jamais de sanctions disciplinaires ne furent prises si ce n'est à quelques reprises celle de suspendre "sur papier" les admissions d'un médecin dont les dossiers étaient en retard aux archives: les malades de ces médecins pouvaient alors être admis "d'urgence" sans qu'un contrôle quelconque n'y voit;

d) le comité des dossiers?

Il a été établi au chapitre III qu'il avait siégé avec ferveur dans les jours précédant la visite du Conseil Canadien d'Accréditation en 1966 et à peu près jamais en dehors de cela. Depuis plus d'un an

ce comité n'a jamais siégé. La Commission a même "appris" à un médecin qu'il était le président de ce comité (volume 14, page 81):

Q. Savez-vous qui est le président du comité des dossiers?

R. Non

Q. C'est vous docteur!

R. C'est moi?

e) le comité des tissus?

Au chapitre III, il a été mentionné que les listes préparatoires aux réunions du comité des tissus (exhibit C-18) portent la signature du docteur Houle, chirurgien, jusqu'en novembre 1966 (visite de l'accréditeur) et que depuis cette date elles n'ont pas été utilisées. De plus le pathologiste n'a jamais été invité à ces réunions et n'y a donc jamais assisté (volume 3, page 30).

f) index des médecins?

Il n'est existé aucun.

g) assemblées régulières du bureau médical?

Pour avoir relu tous les procès-verbaux de ces assemblées (exhibit C-29) la Commission peut dire que l'aspect scientifique ou médical n'a été touché qu'à de rares occasions et de façon très sommaire.

Devant cette absence de mise en fonction des mécanismes prévus pour assurer la qualité des soins, il n'est pas surprenant que l'enquête ait révélé ce qu'elle

a révélé. D'ailleurs les médecins de ce bureau médical eux-mêmes étaient tellement habitués à ne pas tenir compte de ces mécanismes que, quand ils ont voulu "évaluer" la pratique chirurgicale d'un nouveau venu, ils ont procédé à l'analyse de dossiers médicaux en dehors des cadres du comité des dossiers et au lieu de soumettre leurs "trouvailles" à la discussion dans une assemblée du bureau médical en présence du médecin concerné, ils ont préféré en "discuter" en dehors de l'hôpital et en l'absence de ce dernier (cf. chapitre VII).

20- Incapacité des directeurs médicaux à remplir leur rôle:

La Commission pense avoir suffisamment démontré au chapitre III l'incapacité du docteur Demers à faire appliquer les statuts et règlements du bureau médical pour n'avoir plus à revenir sur ce sujet.

De même l'incompétence totale du docteur Fréchette à remplir son rôle et l'inertie complète du bureau médical depuis sa nomination lui ont fait dire ceci (volume 13, page 72):

Q. Tout ce dont vous êtes responsable ne marche pas?

R. Quasiment.

Q. Ca ne vous a pas tenté de démissionner?

R. Plusieurs fois, oui.

Q. (par le président) Je vais vous poser une question directe. Est-ce que vous vous sentez la compétence pour agir comme directeur médical ici?

R. Pas actuellement.

La Commission tient à noter aussi l'aveu suivant du docteur Lejeune que l'administration de l'Hôpital St-Louis avait choisi pour succéder au docteur Fréchette au début de son enquête (volume 17, page 153):

A une question lui demandant si on s'était informé de son expérience et de son intérêt en administration médicale:

"Il ne s'est pas enquis, j'ai prévenu les coups, je lui ai dit que je ne connaissais rien dans ça."

Q. Mais après ça?

R. Que je n'étais pas intéressé.

Est-il nécessaire de répéter en termes plus clairs ce qui a été dit au chapitre III sur le conflit d'intérêts qui existe pour tout directeur médical qui continue à pratiquer dans son hôpital?

Peut-il réellement faire respecter les règlements du bureau médical alors qu'il est en compétition avec ses confrères dans l'exercice de sa profession? Pour éviter des réprimandes dans sa propre pratique, ne sera-t-il pas naturellement porté à être trop conciliant pour un autre dont les actes auraient pu lui paraître répréhensibles?

Dans le cas particulier de Windsor, la Commission est convaincue que ce conflit d'intérêts a joué.

30- Médecins actifs:

En dehors des mécanismes prévus et nonobstant

la non-influence de leur directeur médical, les médecins actifs de l'Hôpital St-Louis ont-ils tenté de contrôler la qualité de la médecine qu'ils pratiquaient?

Encore ici, la Commission en est venue à la conclusion que malheureusement ces médecins y ont manqué: ils n'ont pas su limiter leurs activités à la mesure de leur compétence et des possibilités de leur milieu: ils n'ont pas développé cet auto-contrôle qui aurait pu remplacer l'absence de contrôle du bureau médical: ils ont tous été négligents dans leurs tâches quotidiennes: dossiers incomplets et rédigés en retard, traitements d'importance prescrits et contrôlés par téléphone, responsabilité de garde prise à la légère, etc...

Cette absence de discipline personnelle était devenue la règle d'action commune. Les commissaires, par les nombreux témoignages qu'ils ont entendus, en ont vite perçu l'existence et les effets et l'ont déplorée tout le long de leur enquête.

40- Médecins consultants désintéressés du contrôle:

Dans un tel hôpital, les médecins consultants, tous des spécialistes de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, auraient pu faire beaucoup pour sensibiliser le bureau médical à la nécessité de contrôler la qualité des soins fournis. N'ont-ils pas tous une compétence professionnelle supérieure et ne sont-ils pas habitués à fonctionner à l'intérieur d'un bureau médical qui par ses comités essaie de remplir son rôle?

Malheureusement, et leurs propres témoignages l'ont confirmé, ils ont voulu se désintéresser complètement du bureau médical de l'Hôpital St-Louis. Quelques extraits de ces témoignages sont éloquentes:

"Je n'ai jamais assisté à aucune assemblée."

Volume 3, page 31:

"Non je n'ai jamais siégé sur le comité des dossiers."

Volume 5, pages 204 et 205:

"On m'invitait aux assemblées mais je n'y allais pas."

...Q. Pourquoi?

R. Je n'avais pas le temps.

Volume 4, page 224:

Q. Qui s'occupait de l'Hôpital?

R. C'était les médecins de Windsor.

Q. A Windsor aussi c'était votre charge?

R. Oui, je ne m'en occupe pas beaucoup, il y avait une lacune.

Volume 5, page 82:

"Avant que Rayes arrive, il y avait des lacunes en masse, ce n'était pas de mes affaires, je me mêle de mes affaires, mais il y en avait des lacunes."

L'exemple de l'anesthésiste est encore ici significatif. Alors qu'à l'Hôtel-Dieu, les dossiers médicaux des anesthésistes (qui sont les mêmes qu'à Windsor) sont révisés "toutes les semaines" par leur chef, à Windsor ce même procédé n'était pas fait (volume 4, page 204):

Q. Faisiez-vous la même chose là-bas?

R. Non.

La Commission s'inquiétant d'un dossier où elle avait trouvé des irrégularités graves a demandé s'il avait été discuté dans une réunion. La réponse obtenue fut (volume 4, page 240):

"Non, on discute de nos cas seulement."

La Commission se demande à qui sont les cas de Windsor puisque personne ne semble vouloir en discuter.

De plus, il est à noter ici qu'aucun des consultants présents aux deux rencontres "irrégulières" tenues à Sherbrooke, à la suite du conflit (chapitre VII) n'a tenu à s'inscrire en faux contre un tel procédé et n'a conseillé aux médecins de Windsor de régler leurs problèmes par les mécanismes habituels de tous les bureaux médicaux.

50- Conseil Canadien d'Accréditation des hôpitaux:-
contrôle illusoire:

La Commission tient à mentionner ici que le Conseil Canadien d'Accréditation des hôpitaux est l'organisme qui a fait le plus dans les dix dernières années pour l'élaboration de standards de qualité des soins hospitaliers.

Cependant l'utilisation qu'un hôpital comme l'Hôpital St-Louis fait de son statut d'hôpital "accrédité" (exhibit C-4: "témoignage du haut standard des soins donnés aux patients et de parfaite conformité aux normes hospitalières établies dans la province") oblige dans ce chapitre sur le contrôle sur la qualité des soins à une mise au point.

En tant que mode de contrôle de la qualité des soins, le système établi par le Conseil Canadien d'Accréditation s'avère illusoire pour les raisons suivantes:

a) une seule visite d'un jour par un seul visiteur à tous les trois ans est définitivement insuffisante pour permettre un jugement éclairé;

b) une telle visite étant, de plus, annoncée plusieurs semaines à l'avance, l'accréditation devient alors une "chose" qui se prépare: la présente enquête en a donné de multiples preuves;

c) le fait que cette accréditation ne soit pas obligatoire fait que l'hôpital ne se sent guère stimulé à s'améliorer rapidement;

d) la véracité des données fournies au visiteur dans le rapport préparé par l'hôpital n'est pas assez contrôlée.

La confrontation entre d'une part les témoignages obtenus et les documents consultés durant cette enquête et d'autre part le contenu du rapport préparé par l'Hôpital St-Louis pour le Conseil d'Accréditation des hôpitaux est révélatrice.

La Commission est heureuse de souligner ici que le Conseil Canadien est le premier à percevoir ses faiblesses puisqu'il est en train de ré-évaluer tout son fonctionnement.

60- Conseil d'administration: inapte à jouer son rôle

Tout conseil d'administration a, par la Loi des hôpitaux, la responsabilité de voir à ce que les soins fournis dans son hôpital soient de qualité.

Or à l'Hôpital St-Louis les membres du conseil d'administration sont définitivement incompétents pour assumer cette responsabilité.

CHAPITRE VII

DU CONFLIT CREE PAR L'ADMISSION D'UN
NOUVEAU MEDECIN ET DE SES REPERCUSSIONS
SUR LA QUALITE ET LE GENRE DE SOINS FOURNIS

Comme la présente enquête n'aurait jamais été demandée s'il n'y avait pas eu le "conflit Rayes", les commissaires croient nécessaire de consacrer un chapitre entier à l'historique de ce conflit et à ses répercussions.

10- Historique du conflit:

Pour éviter des longueurs, le tout sera rapporté chronologiquement et le plus succinctement possible.

a) début mai 1967: première visite du docteur Hassan Rayes à Windsor. Le docteur Rayes était alors un médecin canadien, détenteur d'un certificat de spécialiste en chirurgie générale du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et devait commencer en juillet 1967 sa pratique comme chirurgien à l'Hôpital Boisvert de Baie Comeau.

Il est important de noter que le docteur Rayes n'était alors venu à Windsor que pour rencontrer un ami et que ce n'est qu'à la suggestion de ce dernier qu'il est allé visiter l'Hôpital St-Louis. Il y rencontre monsieur P.A. de Bellefeuille, directeur général, qui l'incite à s'installer à Windsor comme médecin-chirurgien. Le docteur Gaston Houle rencontre lui aussi, à la même occasion, le docteur Rayes et il est même question entre les deux d'une association possible;

b) le 10 mai 1967: le docteur Rayes fait parvenir au directeur général sa formule de demande d'admission comme médecin à l'Hôpital St-Louis. Cette formule mentionne: "C'est pour avoir l'honneur d'être accepté comme chirurgien pour collaborer avec le staff de l'Hôpital, relever avec le staff le standard de l'Hôpital":

c) le 23 mai 1967: assemblée régulière du bureau médical de l'Hôpital St-Louis:

"Après revision du rapport du comité des créances, et études du dossier du docteur Hassan Rayes, il fut stipulé par ce même comité que le dossier était d'abord incomplet et que les cadres chirurgicaux sont actuellement remplis et répondent aux besoins présents de l'Hôpital St-Louis.

Nous avons déjà un chirurgien à temps complet avec plusieurs autres chirurgiens consultants disponibles de Sherbrooke.

Nous regrettons de ne pouvoir accepter cette demande d'admission et une lettre sera envoyée à cet effet au candidat".

Le lendemain, le docteur Rayes apprend ce refus par lettre du président du bureau médical et communique avec le directeur général qui lui conseille d'attendre que le conseil d'administration se prononce;

d) le 29 mai 1967: assemblée du conseil d'administration qui accepte le docteur Rayes. "... à pratiquer son art de médecin et de chirurgien à l'Hôpital une fois son dossier complété".

Dès le 4 juin, à une autre assemblée du conseil d'administration, le dossier étant complété, l'acceptation du docteur Rayes est confirmée;

e) le 7 juin 1967: assemblée du bureau médical:

"Le bureau médical apprend avec regret que l'administration impose un deuxième chirurgien malgré les recommandations du bureau médical, du représentant du bureau médical, du directeur médical.

Devant ces faits, tous les membres du bureau médical, à l'unanimité, maintiennent une position déjà prise: à savoir, le rejet de la demande d'admission. Ceci met

en évidence un fossé médico-administratif qui s'élargit davantage depuis quelque temps et qui semble s'élargir de façon préméditée.

Il fut résolu qu'une lettre soit envoyée à l'administration et au docteur Hassan Rayes pour faire savoir le maintien de cette position."

f) le ou vers le 17 juillet 1967: le docteur Rayes

commence sa pratique à Windsor et à l'Hôpital St-Louis et est vite débordé d'ouvrage;

g) le ou vers le 31 juillet 1967: première rencontre dans un hôtel de Sherbrooke entre les membres actifs du bureau médical de l'Hôpital St-Louis et certains membres consultants de l'Hôtel-Dieu pour étudier "le conflit"; ceci sera repris dans la deuxième partie de ce chapitre;

h) le 2 août 1967: assemblée du bureau médical:

"Sur rapport du comité des normes, le bureau médical, après discussion, décide de référer le dossier du docteur Rayes au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec pour étude ultérieure.

La réunion actuelle du bureau médical faisant suite à une longue séance d'information à laquelle assistait la majorité des médecins consultants de l'Hôpital St-Louis, il fut décidé à l'unanimité de prendre la décision suivante:

Etant donné qu'après une nouvelle recommandation du Comité des créances, nous réalisons que l'administration a abusé de son pouvoir en acceptant le docteur Rayes et en l'autorisant d'admettre et de traiter les malades à l'Hôpital St-Louis:

1- face à cette situation, le bureau médical refuse toute responsabilité quant aux activités médico-chirurgicales du docteur Rayes et en laissant l'entière responsabilité à l'administration tant et aussi longtemps qu'une

réponse définitive ne soit pas reçue du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

2o- de plus, devant les circonstances actuelles, nous nous voyons forcés de recourir à un aviseur légal ...

... pour répondre à la lettre de l'administration couvrant la demande urgente des privilèges pour le docteur Rayes, une lettre est envoyée à l'administration dont copie demeure dans les minutes du bureau médical actuellement."

i) le 3 août 1967: lettre du docteur Gaston Houle, secrétaire du bureau médical au conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis:

"Dans l'attente de la réponse du Collège des médecins, le bureau médical, par son exécutif, accorde temporairement au docteur Hassan Rayes le statut de membre associé avec privilèges strictement chirurgicaux tel que formulé dans sa demande d'admission".

j) le 8 août 1967: lettre du docteur Gaston Houle secrétaire du bureau médical au Collège des médecins pour alerter celui-ci "d'une intrigue médico-administrative créant un atmosphère de tension progressive entre les parties en cause". Cette lettre ajoutait:

"Nous constatons certaines anomalies au dossier du chirurgien en question, docteur Hassan Rayes, anomalies consistant en une différence de date de naissance sur le certificat provisoire de la Faculté de Médecine de Montpellier et des autres documents".

k) le 24 août 1967: assemblée spéciale du bureau médical où, après l'assemblée, on fait comprendre au docteur Rayes qu'il n'est pas le bienvenu (volume 20, page 44):

Q. Vous vouliez prendre tous les moyens voulus pour le décider à partir?

R. En bon canadien, oui, mais on a commencé tranquillement.

l) automne 1967: les médecins de Windsor, en dehors de toute assemblée régulière de comités, se mettent à analyser les dossiers médicaux des malades du docteur Rayes et en extraient des renseignements:

m) le 22 novembre 1967: lettre du Collège des médecins établissant, après enquête, que les "anomalies" du dossier du docteur Rayes n'en étaient pas et qu'il était bel et bien en règle avec le Collège;

n) le 28 décembre 1967: le bureau médical fait parvenir au conseil d'administration la liste du personnel médical pour l'année 1968 en omettant d'y inscrire le nom du docteur Rayes;

o) le 9 janvier 1968: le conseil d'administration refuse cette liste et la retourne au bureau médical;

p) le 10 janvier 1968: réunion du comité conjoint où chacune des deux parties reste sur ses positions;

q) le 11 janvier 1968: un avis est affiché à l'Hôpital, sur un ordre du président du conseil d'administration, suspendant tous les médecins sauf le docteur Rayes:

"AVIS IMPORTANT"

Les privilèges des membres actifs du bureau médical ayant été suspendus par le conseil d'administration, tous les patients admis à l'Hôpital en urgence devront être transférés immédiatement au docteur Hassan Rayes.

Seul le docteur Hassan Rayes assurera la responsabilité de la garde pour un temps indéfini.

D'autres directives suivront.

(signé: Paul Aimé de Bellefeuille
directeur général)

Le même jour, cet avis était annulé par un autre qui ré-installait tous les médecins.

A cause de tout ceci, les anesthésistes et les radiologistes envoient leurs lettres de démission;

r) le 12 janvier 1968: un télégramme du docteur Jacques Gélinas, m.d., sous-ministre de la Santé, annonçait au Collège des médecins, la formation d'une commission de conciliation en vertu de l'article 11 de la Loi des hôpitaux.

Le docteur Laurent Archambault et monsieur Paul-Emile Olivier, furent respectivement désignés comme représentants du Collège des médecins et de l'Association des hôpitaux de la province de Québec sur cette Commission. Le juge Guy Guérin en fut nommé président;

s) janvier, février et mars 1968: les journaux s'emparent de l'affaire qui fait ainsi la manchette des quotidiens de Sherbrooke. Une pétition (C-7) circule à Windsor parmi le public pour appuyer le docteur Rayes. Le juge Guérin de son côté doit démissionner de la Commission à cause de ses nouvelles fonctions;

t) janvier ou février 1968: deuxième rencontre dans un hôtel de Sherbrooke entre les membres actifs du bureau médical de l'Hôpital St-Louis et des membres consultants pour préparer une "preuve" médicale contre le docteur Rayes en vue de la conciliation;

u) début avril 1968: le juge Jacques Trahan est nommé président de la Commission en remplacement du juge Guérin;

v) le 11 avril 1968: la Commission de conciliation siège à l'Hôpital St-Louis.

La suite des événements a été expliquée dans le préambule de ce rapport.

20- Attitude du personnel médical:

L'attitude du personnel médical vis-à-vis le docteur Rayes en a été une de froideur remarquable. Tous ont contribué à créer et à maintenir un malaise qui n'a pas tardé à se manifester au sein de l'institution et qui a suscité de part et d'autre des prises de position en faveur de l'une ou l'autre des parties, déterminant ainsi la formation de deux groupes dans tout le personnel.

Les relations médecins-administration et médecins-personnel se sont détériorées à un tel point qu'aujourd'hui il n'en existe plus.

Il semble que tous et chacun se méfient et pensent voir dans son voisin un agent possible de trouble futur.

Comme la plupart des témoignages le démontrent, il s'est développé une atmosphère absolument intenable.

L'attitude négative des médecins de Windsor envers le docteur Rayes (les témoignages sont trop nombreux sur ce sujet pour penser les citer) a malheureusement été appuyés par certains de leurs confrères consultants de Sherbrooke.

La Commission scandalisée de cette attitude, ne peut passer sous silence les deux rencontres entre les consultants (au moins neuf d'entre eux) et les médecins de Windsor dans un hôtel de Sherbrooke où, de toute évidence, il était question de trouver un moyen d'éliminer le nouveau venu. Comment tant de médecins peuvent-ils accenter

de juger la pratique médicale d'un confrère en dehors des structures prévues à cet effet dans les statuts et règlements de tout bureau médical et sans permettre à ce confrère d'être entendu? Et l'on sait, par les témoignages recueillis, que personne présent ne s'est opposé à cette façon d'agir. La Commission considère cette attitude comme un manquement grave à l'éthique professionnelle et en avisera le Collège des médecins.

D'autant plus que le document qui est ressorti de ces rencontres (exhibit C-22) se voulait un résumé de dix dossiers médicaux de malades du docteur Rayes où les extraits fournis et la phraséologie utilisée étaient nettement tendancieux, laissant supposer une qualité de pratique médicale du dernier calibre. Or, les commissaires ont révisé chacun de ces dix dossiers de la première à la dernière page et ont questionné médecins et infirmières sur ces cas. Leurs conclusions sont claires et nettes: le document C-22 est mensonger et volontairement incomplet. Chacun des médecins concernés, s'il avait pris la peine de lire ces dossiers médicaux au complet, aurait modifié son jugement.

En terminant sur ce sujet, la Commission veut mentionner que cette partie de son enquête et de son rapport aura été la partie la plus pénible de la tâche qu'elle avait accepté de mener à bien.

30- Répercussions sur les soins fournis:

L'arrivée du docteur Rayes et le conflit qui s'en est ensuivi n'ont pas été sans influencer la

120

qualité des soins fournis à l'Hôpital St-Louis.

Certaines répercussions furent malheureuses, d'autres améliorèrent un tant soit peu la situation antérieure:

a) assistance en chirurgie:

Sauf à trois reprises, soit à la fin du mois d'août, le docteur Rayes a dû pratiquer ses interventions chirurgicales même majeures sans l'assistance d'un autre médecin. Il a paru évident à la Commission que les autres médecins s'étaient ligüés ensemble pour ne pas l'assister. Une infirmière devait donc servir d'assistant au chirurgien, ce qui, en plus d'être contraire aux intérêts du malade, est à l'encontre des recommandations du Conseil d'Accréditation des hôpitaux, du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et du ministère de la Santé.

b) cessation de toute chirurgie depuis le 11 janvier 1968:

A la suite de la démission des anesthésistes, toute chirurgie fut interrompue et n'a pas été reprise depuis.

c) disponibilité des soins améliorée pour la population:

La présence du docteur Rayes, non seulement par son travail de 20 à 22 heures par jour, mais aussi par la stimulation qu'il fournissait aux autres, a définitivement augmenté le rendement de chacun dans leur pratique médicale. Ceci a été établi devant la Commission tant par les citoyens et les infirmières que par les médecins eux-mêmes.

CHAPITRE VIII

COMMENTAIRES RECUEILLIS DU PUBLIC

Durant ses sessions d'enquête, la Commission a entendu, à différentes reprises, des représentants de plusieurs segments de la population. Certains avaient été convoqués, par les Commissaires eux-mêmes, étant donné la "tournure" publique qu'avait prise, dans les journaux et par une pétition, toute cette affaire.

Un représentant officiel de chacun des groupements suivants de citoyens de Windsor fut ainsi entendu: Club des Lions, Association des Loisirs, Association parents-maîtres et Société Saint-Jean-Baptiste. Les groupements suivants avaient aussi été invités mais n'ont pas tenu à faire entendre un représentant: Chevaliers de Colomb, Chambre de Commerce et Cercle d'économie domestique.

Par ailleurs, certains autres citoyens, ayant émis le désir d'être entendus, furent aussi reçus. Un d'entre eux, entre autres, est échevin à Windsor et président du Bien-Etre social de la ville de Windsor.

10- Disponibilité des médecins durant les fins de semaine.

Leurs nombreux témoignages ont été unanimes sur un point: le reproche majeur de la population, à l'endroit des médecins, a été que la garde n'était pas assurée durant les fins de semaine, à un point tel que la police avait reçu instruction de ne pas diriger de gros cas en fin de semaine à l'Hôpital de Windsor mais plutôt de les conduire à Sherbrooke.

Tous ont signalé que le service d'urgence s'était amélioré depuis l'arrivée du docteur Rayes, qui était plus facilement accessible et qui a paru toujours être en mesure de répondre aux exigences de la clientèle. Ceci explique d'ailleurs le texte en haut de la pétition (exhibit C-7) signée par le public, texte qui veut approuver la présence du docteur Rayes:

"Nous, soussignés, appuyons la demande du Conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis pour un nouveau médecin à Windsor. Le docteur Hassan Rayes nous a prouvé, depuis 6 mois, sa capacité à remplir ce poste."

Cette pétition porte la date du 14 janvier 1968.

Un extrait des témoignages entendus est typique de la réaction du public face au docteur Rayes (vol. 18, page 82):

"La population, pour la question du docteur Rayes, je ne le connais pas plus que pour lui avoir parlé mais lui ils pouvaient l'avoir en aucun temps et la population s'est virée vers lui."

20- Public illusionné sur la valeur et nécessité de son Hôpital.

Ces mêmes représentants du public ont tous déclaré qu'il était important pour eux d'avoir "leur" hôpital à Windsor, parce que c'était plus commode pour visiter leurs malades et que l'importance de leur petite ville nécessitait ou commandait l'opération d'un hôpital comme celui qui existe.

La Commission tenait à noter ce commentaire du public, mais, à son grand regret, doit ajouter que, au cours de son enquête et par les témoignages recueillis, elle est devenue convaincue que ce public n'est pas en état de juger d'un tel problème.

Le public n'est pas apte à évaluer la qualité des soins possibles dans un tel hôpital et la différence de cette qualité avec celle réalisable à Sherbrooke. La Commission respecte énormément l'opinion de ce public, quant à la "chaleur" qui peut exister dans un petit hôpital où tout le monde se connaît, mais tient à mentionner que ceci n'est pas suffisant

pour guérir les malades. Le public peut être très satisfait de son hôpital, sans que ceci n'indique que la qualité des soins qu'on y prodigue soit suffisante. La Commission tient à ajouter que le pamphlet publicitaire (exhibit C-24) publié par l'Hôpital St-Louis, en 1966, n'était pas de nature à aider les gens à se faire une idée exacte de leur hôpital. Connaissant le contenu "élogieux" de ce document et la réalité tout autre du fonctionnement de l'Hôpital St-Louis, la Commission considère que ce pamphlet constitue un truc publicitaire et de la fausse représentation.

3o- Absence de problème en relation avec l'arrêt de toute chirurgie depuis le 11 janvier 1968.

Le public a confirmé que, dans les faits, il n'y a pas eu de chirurgie à l'Hôpital St-Louis depuis le 11 janvier dernier. Aucun n'a entendu dire que ceci ait nui à la population.

4o- Besoin urgent pour un "foyer d'hébergement".

La nécessité de créer ou de fonder à Windsor un centre d'hébergement a fait l'objet d'une assez longue discussion.

Un échevin en charge du Bien-Etre Social, monsieur St-Laurent, a décrit la procédure qu'il lui fallait adopter pour "placer" certains cas qui n'ont besoin que d'un gîte. Il a même raconté avoir réussi à faire admettre à l'Hôpital St-Louis, peu avant cette enquête, une vieille dame de 84 ans qui n'était définitivement pas une personne à être hospitalisée dans un hôpital actif. La Commission a d'ailleurs revisé le dossier d'hospitalisation de cette vieille dame et considère qu'il ne s'agissait pas d'une personne

à admettre dans un hôpital.

La Commission ayant appris, par les journaux de Sherbrooke, la formation récente d'une corporation provisoire pour la construction d'un "foyer d'hébergement" pour personnes âgées à Windsor, en a parlé avec monsieur St-Laurent.

Celui-ci, bien au fait du problème, a appris aux commissaires qu'il avait au-delà de 75 demandes pour foyer d'hébergement et qu'il était heureux de voir que monsieur Craig, président du conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis, et aussi maire de la Ville de Windsor, avait fait les démarches nécessaires pour créer un comité qui s'occuperait de faire bâtir, à Windsor, un tel centre d'hébergement.

CHAPITRE IX

DE L'OPINION DES DIVERS TEMOINS SUR
L'HOPITAL SAINT-LOUIS ET SUR SON AVENIR

La Commission a voulu, tout au long des témoignages, s'enquérir auprès de chacun de l'avenir qu'il entrevoyait pour l'Hôpital St-Louis et désire résumer ici les opinions émises.

10- Les non-médecins:

a) Monsieur Lewis Craig, président du conseil d'administration, est fermement convaincu que l'Hôpital de Windsor a toujours bien fonctionné, qu'il a l'approbation du gouvernement, qu'il est appelé à se développer pour devenir un jour affilié à l'Hôpital Universitaire qui doit s'ouvrir bientôt à Sherbrooke.

Il voit pour cet hôpital un grand avenir et demeure convaincu qu'avec cette affiliation il pourra se trouver des médecins et chirurgiens déjà professeurs à l'Université de Sherbrooke qui viendront traiter les malades.

b) Monsieur Jean de Bellefeuille, vice-président du conseil d'administration, fait partie de ce même conseil depuis sa fondation. Il en a même été l'un des membres fondateurs, avec son frère, Paul-Aimé de Bellefeuille, et le docteur Lambert.

Il partage continuellement l'opinion de son frère, monsieur Paul-Aimé de Bellefeuille, directeur général. Comme il a été dit au chapitre I, de ce rapport, il veut faire de l'Hôpital St-Louis un hôpital affilié au Centre hospitalier universitaire et ne voit même aucun autre moyen de régler leurs problèmes (vol. 29, page 35).

20- Les médecins attachés à l'Hôpital St-Louis:

a) le docteur Demers, chirurgien (vol. 1, page

122):

Q. Est-ce que je serais dans l'ordre de dire que ça ferait un bon hôpital de convalescents?

R. Fort probablement.

... p. 122: ... "Moi, à l'Hôpital de Windsor, je verrais une petite maternité, peut-être parce que c'est encore peut-être ce qui va leur être le plus utile."

b) le docteur Vanasse, pathologiste (volume 3, page 165):

"Je crois que si vous construisez un hôpital, quel qu'il soit, il doit avoir tout, il n'y a pas de petits cas en médecine. Vous dites un accouchement? un accouchement peut nécessiter 20 bouteilles de sang en une heure. Il n'y a pas de petites opérations comme je l'ai dit à mes techniciennes. Je le dis souvent quand elles ne veulent pas se déranger, je leur dit: "Si c'était votre mère, qu'est-ce que vous feriez? C'est la mère de quelqu'un:" je comprends que l'on fait des centaines d'accouchements sans accrochage, mais celle qui est prise....

c) docteur Bernard Thérien, pédiatre (vol. 2, p. 19):

"Moi, j'ai toujours été contre les développements de petits centres, tout petits comme cel."

et le docteur Thérien continue, (page 29).

"... organiser des cliniques, par exemple, pré-natales avec un obstétricien, qui en accepterait la responsabilité, qui irait là régulièrement, sous la surveillance d'un bureau médical comme l'Hôpital Universitaire, ou comme l'Hôtel-Dieu. Sûrement, que cela rendrait un meilleur service".

d) docteur J. Crépeault, cardiologue (vol. 2, p. 91):

"Pour avoir un hôpital, on peut avoir une clinique pour faire de l'obstétrique, ou peut-être, je ne sais, une salle d'urgence pour donner les traitements d'urgences, quitte à référer les cas par la suite. Mais, je pense bien que les cas de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou tous les autres cas de pathologie pourraient être certainement référés dans un autre hôpital. Dans les hôpitaux de Sherbrooke ici. C'est mon opinion. J'ai pensé à ça auparavant."

e) docteur Maurice Bernier, orthopédiste (vol. 2, page 131):

..."Oui, je vois, moi, l'indication d'y faire un petit département de maternité, de façon à éviter aux gens de la région le trajet que ça représente, si ça se limite à l'obstétrique et sans qu'on se lance dans la gynécologie.

Q. Clinique d'urgence?

R. Petite clinique d'urgence où on donnerait les premiers soins, où on est capable de mettre un sérum en marche avant de transférer un malade à Sherbrooke.

...p. 132: "J'ai au moins à l'année trois malades qui sont des cas de placement, où on attend, où on garde le lit occupé par ces malades-là."

f) docteur Léo Blais, chirurgien (vol. 2, p. 182):

"Je vais vous dire franchement, je crois, que je n'accepterais plus d'y aller."

g) docteur Gilles Massicotte, chirurgien plastique (vol. 2, p. 213):

"Je peux difficilement changer d'opinion actuellement là-dessus. C'est tellement près de Sherbrooke. On se demande qu'est-ce que ça fait ces hôpitaux-là".

h) docteur Jacques Lefrançois, orthopédiste (vol. 2, p. 289):

"Moi, je ne vois pas tellement l'utilité d'aller faire de l'orthopédie à St-Louis. L'orthopédie devrait être centrée ici."

i) docteur René Frenette, urologue et directeur médical à l'Hôpital de Magog.

Demandé en consultation à l'Hôpital St-Louis, il transférerait les malades à l'Hôpital Hôtel-Dieu (vol. 4, p. 174):

Q. Vous les avez transférés ici?

R. Oui, j'ai toujours refusé d'opérer là.

Q. Pourquoi?

R. Parce que l'hôpital n'est pas monté, il n'y a pas d'infirmiers, les gardes-malades ne sont pas habituées. Ce n'est pas un hôpital pour faire de la cystologie.

... p. 194:

"En principe, je suis contre les petits hôpitaux."

j) Docteur Réal Caux, omnipraticien, président du bureau médical à St-Louis et, depuis mai 1968, membre du personnel médical de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (vol. 17, pages 65 et 67):

Q. "... maintenant que vous avez déjà un pied en dehors de l'hôpital, est-ce que je pourrais vous demander comme président, qu'est-ce que vous pensez de l'orientation future dans un hôpital comme celui-ci?

R. Pour revenir à ce que vous me demandiez tantôt l'orientation comme moi je verrais. actuellement les besoins de la population de Windsor, on a un besoin terrible d'un foyer pour personnes âgées, parce que l'âge de la population moyenne est assez vieux ici."

30- Autres témoignages de gens non impliqués.

a) docteur Gérard Lasalle, vice-recteur aux Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke (exhibit C-47).

"Je me demande pourquoi l'on songe à l'Hôpital de Windsor comme hôpital pour convalescents alors que Sherbrooke dispose de trois résidences pour infirmières qui ont l'avantage d'être reliées physiquement à trois hôpitaux généraux.

A mon avis, l'Hôpital de Windsor doit servir pour loger des vieillards ou des malades qui ~~requièrent~~ uniquement des "soins de garde".

b) docteur Dominique Lambert, médecin fondateur de l'Hôpital (vol. 24, p. 38):

Q. Pensez-vous qu'un hôpital de soixante lits à dix minutes de Sherbrooke doit continuer et faire de la chirurgie majeure et faire de tout?

R. Actuellement j'ai changé complètement d'optique"

...p.42: R. Après que je suis allé à Notre-Dame, le sous-ministre m'a demandé: qu'est-ce que tu penses de l'Hôpital de Windsor. J'ai dit: surtout avec l'Hôpital Universitaire, ils n'ont pas besoin de faire de la chirurgie là".

CHAPITRE X

DE LA PLACE DE CET HOPITAL DANS
LA REGION DES CANTONS DE L'EST

10- Inventaire des ressources

Dans le but d'avoir toutes les informations nécessaires quant aux besoins hospitaliers de la région de Sherbrooke, la Commission, consciente de l'importance éventuelle des recommandations qu'elle allait devoir faire concernant l'Hôpital St-Louis, décida d'entendre le directeur général du Comité de planification des services de santé des Cantons de l'Est, monsieur Thomas Boudreau.

La Commission tient à remercier monsieur Boudreau de sa franche collaboration et à féliciter tous les responsables de ce Comité de planification unique en son genre en notre province. Les nombreux documents qui furent ainsi mis à la disposition des commissaires furent lus avec intérêt et leur valeur est imposante:

- procès-verbaux du comité de planification depuis sa création en septembre 1966 (exhibit C-43)
- procès-verbaux de l'Exécutif du Comité depuis sa formation en février 1967 (exhibit C-44)
- règlements du Comité de planification (exhibit C-41)
- rapport des administrateurs pour l'année 1967-68 (exhibit C-45)
- rapport sur "Les besoins hospitaliers de Farnham" (exhibit C-42)
- rapport d'inventaire sur la sous-région de Sherbrooke (exhibit C-46).

De tous ces documents et de son entrevue avec monsieur Thomas Boudreau, la Commission tient à extraire ce qui suit.

Ce Comité de planification, fondé à la demande expresse du docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la Santé (vol. 25, page 3), s'occupe d'une région qui "recoupe à peu près exactement la région économique numéro 5" ... soit "un territoire où vivent environ cinq cent mille (500,000) personnes. Il y a vingt-trois (23) hôpitaux dans cette région, qui sont membres à part entière" (vol. 25, page 4).

Parmi ces 23 hôpitaux, neuf (9) sont considérés comme majeurs (vol. 25, pages 5, 6 et 7):-

Hôtel-Dieu de Sherbrooke

St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke

Sherbrooke Hospital

Centre Hospitalier Universitaire de la Faculté de Médecine

Hôpital d'Youville pour chroniques, à Sherbrooke

Hôpital Ste-Croix de Drummondville

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Hôpital St-Joseph de Thetford-Mines

Hôpital St-Joseph de Granby.

La région des Cantons de l'Est a été elle-même divisée en sous-régions et une de ces sous-régions intéresse tout particulièrement l'Hôpital St-Louis, soit la "sous-région de Sherbrooke".

L'inventaire de cette sous-région, tel que fourni dans l'exhibé C-46, a permis à la Commission de connaître:

- le territoire géographique couvert,
- le nombre de "jours-patients" consommés par les citoyens de chacune des municipalités de la sous-région,

- l'hôpital où ces jours-patients sont consommés pour chaque municipalité,
- une courte description de chacun des hôpitaux de la sous-région,
- la zone d'influence de chacun de ces hôpitaux d'après l'utilisation passée,
- le nombre et le genre de lits de chacun de ces hôpitaux et l'utilisation de ces lits (nombre de départs, jours d'hospitalisation, séjour moyen, décès, autopsies, consultations),
- le personnel médical de chacun de ces hôpitaux,
- la liste de tous les médecins domiciliés dans la zone d'influence de chacun des hôpitaux.

Il va sans dire que toute cette documentation a été d'une valeur inestimable. Il serait trop long de vouloir entrer dans les détails de tout ce qui était pertinent à l'Hôpital Saint-Louis mais quelques chiffres précis méritent d'être soulignés:

a) sur un total de 14,042 jours d'hospitalisation à l'Hôpital St-Louis dans une année, plus de 77%, soit 10,894 sont pour des gens de Windsor ou de Richmond: 7,761 jours pour Windsor et 3,133 pour Richmond. Ces deux villes semblent donc être la principale raison d'être de l'Hôpital St-Louis.

b) Or, sur tous les jours-patients consommés la même année par les citoyens de Richmond dans n'importe quel hôpital, soit 13,381, le total précédent de 3,133 ne représente que 23%. Donc, seulement 23% des gens de Richmond qui ont à être hospitalisés le sont à l'Hôpital St-Louis.

c) De même, sur tous les jours-patients consommés la même année par les citoyens de Windsor dans n'importe quel hôpital, soit 17,938, le total précédent de 7,761 ne représente que 43%. Donc même pour les citoyens de la Ville où l'Hôpital St-Louis est situé, seulement 43% de ceux qui ont à être hospitalisés le sont à "leur" hôpital.

d) De façon plus générale, si l'on considère la population de toute la région qui en principe utilise l'Hôpital St-Louis et peut d'anc délimiter la zone d'influence de cet hôpital, on remarque que seulement 35% de cette population, lorsqu'elle a à être hospitalisée, l'est à l'Hôpital St-Louis.

Ceci fait d'ailleurs dire, dans le rapport d'inventaire (exhibit C-46, 5e partie, pages 6 et 7): "La ville de Windsor est peu éloignée de Sherbrooke et subit nettement son influence", d'où "la faiblesse de l'attraction" qui est notée. Ailleurs, dans ce rapport (5e partie, p. 2) il est mentionné qu'un hôpital local (du type de l'Hôpital St-Louis) devrait répondre "aux besoins de soins locaux, lesquels devraient représenter environ 60% des jours-patients d'une population."

La Commission considère tous ces chiffres fort significatifs et, compte tenu de la qualité des soins qu'elle a retrouvée par son enquête, devra en tenir compte au moment d'établir ses recommandations. De même, qu'il devra être tenu compte du fait que l'ouverture en janvier 1969 du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke avec plus de 400 lits intensifiera cette attraction qu'ont les hôpitaux de Sherbrooke sur la population qui en principe justifierait l'existence d'un hôpital général à Windsor.

20- Nécessité d'une régionalisation

Il semble superflu de répéter ici ce que tout le monde s'entend à réclamer: la nécessité d'une régionalisation des services de santé. Encore une fois, cependant, la Commission tient à souligner le travail de pionnier que certains tentent de mettre sur pieds dans ce sens pour les Cantons de l'Est et la grande utilité qu'un tel Comité existe pour qu'une Commission comme la présente puisse rendre un jugement éclairé.

Peut-être n'est-il pas superflu de mentionner certains des résultats qu'une régionalisation bien pensée peut produire:

- a) centraliser aux endroits importants le personnel qualifié pour en obtenir une meilleure utilisation;
- b) diminuer le coût des investissements ou du moins en empêcher la duplication;
- c) grouper sous une même autorité plusieurs services de Santé qui, soumis ainsi à un même contrôle, sont en meilleur état d'arriver au rendement optimum tant qualitatif que quantitatif.

Tout ceci, confronté avec ce que l'enquête a révélé sur l'Hôpital St-Louis, n'est pas loin d'être suffisant pour dicter à la présente Commission le sens général de ses recommandations.

Un seul commentaire additionnel mérite d'être noté à propos de cette régionalisation des soins: il est nécessaire que le Collège des médecins soit en état de fournir ses commentaires quant à la construction ou à l'agrandissement d'un Hôpital et qu'il soit consulté à cet effet: un hôpital même bien construit et justifié ne saura fonctionner normalement s'il ne peut attirer le personnel médical nécessaire pour y dispenser les soins.

30- Windsor par rapport à Sherbrooke

Il est important, en terminant ce chapitre et ce rapport, de rappeler que la ville de Windsor est à 15 minutes, en automobile, de Sherbrooke. La route allant de Richmond à Sherbrooke en passant par Windsor est en bon état et carrossable à l'année longue. Si l'on songe qu'en plein Montréal la majorité des gens ont plus que trente minutes de trajet à parcourir pour rejoindre l'hôpital de leur choix, il est sûrement dans l'ordre que les citoyens d'une région rurale n'aient pas tous un hôpital à côté de leur maison. Cet argument de proximité ne saurait à lui seul justifier la construction ou l'agrandissement d'un hôpital, pas plus que le maintien à un coût élevé et avec une qualité de soins inférieure d'un hôpital déjà existant.

CONCLUSIONS

Avant de faire connaître ses recommandations, la Commission veut résumer très succinctement les principales conclusions auxquelles son enquête l'a conduite.

- 1- Le bien du malade doit être la première raison d'être d'un hôpital; c'est avec cet objectif bien précis en tête que la Commission a dirigé son enquête et la rédaction de son rapport.
- 2- Etant donné l'implication directe sur l'acte médical et le secret professionnel de la majorité des témoignages, la Commission a siégé à huis-clos. Elle a cependant tenu à entendre des représentants du public.
- 3- Le président de la Commission a acquiescé à la demande des trois médecins-commissaires pour que ces derniers fournissent, en addition au présent rapport pour l'Honorable ministre de la Santé, un rapport spécial au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec permettant à celui-ci de prendre des mesures disciplinaires.
- 4- L'Hôpital St-Louis de Windsor n'est qu'à quinze (15) minutes, en automobile, de Sherbrooke (chapitre I).
- 5- Le conseil d'administration de cet hôpital n'est pas à la hauteur de sa tâche: il ne pense qu'en termes de développements et projets sans se poser la question fondamentale de la nécessité et de la justification d'un tel hôpital à Windsor (chapitre II).
- 6- Le directeur général n'a ni la compétence ni la formation pour remplir les fonctions qui lui sont confiées (chapitre II).
- 7- Le rapport soumis en 1966 au Conseil Canadien d'Accréditation des Hôpitaux ne décrit pas la réalité vécue à l'Hôpital St-Louis (chapitre II).

- 8- Les deux directeurs médicaux successifs ont été incapables de remplir leur rôle (chapitre III).
- 9- L'Hôpital a fourni des soins dans les disciplines suivantes: obstétrique, médecine, chirurgie, pédiatrie, oto-rhino-laryngologie, soins dentaires, anesthésie, radiologie et laboratoires (chapitre IV).
- 10- Les dossiers médicaux des malades étaient mal tenus (Chapitre V).
- 11- Des déficiences précises dans ces soins ont été notées consécutivement à l'absence de contrôle, l'absence de réglementation ou tout simplement l'absence d'observation des règlements établis (chapitre V).
- 12- Les mécanismes habituels de contrôle de la qualité des soins n'ont pas été appliqués et tous sont responsables de cet état de chose, tant les médecins de Windsor que les médecins consultants (chapitre VI).
- 13- Le conflit occasionné par l'arrivée du docteur Hassan Rayes a créé un climat incompatible avec une qualité admissible des soins, a conduit tout le monde à oublier le patient et à agir irrégulièrement, tant du côté de l'administration que du côté du bureau médical (chapitre VII).
- 14- Le public de Windsor tient à "son" hôpital mais n'en connaît pas la valeur réelle.
Sa seule plainte d'importance est sur le manque de disponibilité des médecins durant les fins de semaine (chapitre VIII).
- 15- La majorité des témoins entendus, sauf ceux du public et de l'administration, sentent bien que cet hôpital ne remplit pas bien le rôle qu'on lui attribue et sont en

faveur d'un changement assez radical (chapitre IX).

- 16- Face aux disponibilités et aux besoins de la sous-région hospitalière de Sherbrooke, l'Hôpital St-Louis est un problème (chapitre X).

RECOMMENDATIONS

La Commission d'enquête en est rendue à la partie la plus importante de son rapport, celle des recommandations. Les commissaires tiennent à mentionner qu'avant d'en venir à établir ces recommandations, ils ont lu et relu attentivement les diverses dépositions et documents en leur possession et ont délibéré longuement.

Pour des fins de présentation, ces recommandations se diviseront en deux catégories: certaines seront pertinentes à l'Hôpital St-Louis de Windsor Inc., d'autres seront d'ordre plus général et auront une portée plus profonde.

10- Recommandations quant à l'Hôpital St-Louis de Windsor Inc.

La Commission tient à faire quatre recommandations en ce qui concerne l'Hôpital St-Louis.

a) L'Hôpital St-Louis doit cesser d'exister comme hôpital général.

Si les membres de la Commission en sont venus à cette conclusion, qui peut paraître radicale, ce n'est pas sans en avoir pesé tous les aspects. La pauvre qualité des soins constatée à l'Hôpital St-Louis de Windsor, depuis 1965, a été le facteur déterminant sous-jacent à cette recommandation. La Commission est convaincue que la proximité de la ville de Sherbrooke a empêché et empêchera l'Hôpital St-Louis d'améliorer cette qualité de soins. En effet, à cause de la courte distance qui sépare Windsor de Sherbrooke et de la présence d'hôpitaux importants dans cette dernière ville, il est impensable de s'attendre à ce que la capacité

de l'Hôpital St-Louis soit augmentée et à ce que, par le fait même, l'éventail des soins qu'on y prodigue soit accru. Ceci étant admis, il peut facilement en être déduit que jamais il ne sera réalisable de réunir, à l'Hôpital St-Louis, des médecins en permanence qualifiés dans les secteurs suivants: radiologie, pathologie, anesthésie. De plus, (et ceci a été confirmé dans plusieurs témoignages) deux chirurgiens ne peuvent vivre du fruit de leur chirurgie avec un hôpital général de seulement cinquante (50) lits et les facilités qu'on y rencontre. Par ailleurs, l'enquête a établi, hors de tout doute, que la présence d'un seul chirurgien, pour un tel hôpital, ouvre les portes à une qualité de soins chirurgicaux non souhaitable.

Deux détails accessoires semblent aussi importants à mentionner ici et ont influencé la Commission dans l'établissement de cette recommandation. Le premier est le fait que, en janvier 1969, un nouvel hôpital ouvrira ses portes à Sherbrooke, soit l'Hôpital du Centre Hospitalier Universitaire, et, de ce fait, offrira à la population de Sherbrooke et de la région, plus de quatre cents (400) nouveaux lits. Ce nouvel hôpital absorbera, sans difficulté, les besoins de la région de Windsor. Le deuxième fait est celui-ci: Si d'une part, la ville de Windsor n'est qu'à quinze (15) minutes de Sherbrooke et que ses citoyens ne peuvent prétendre demeurer trop loin de plusieurs centres hospitaliers, il reste qu'une autre municipalité de la région prétendument desservie par l'Hôpital St-Louis, soit la ville de Richmond, est, elle, à trente (30) minutes de Sherbrooke. Cependant, quand la Commission a réalisé, en étudiant certains documents, que, dans l'état actuel des choses, avec l'Hôpital St-Louis en place, seulement 23% de la population malade de Richmond est

traitée à Windsor, elle a conclu que ce facteur devenait négligeable et que, pour l'amélioration des soins fournis à cette population de Richmond, il valait mieux centraliser les services disponibles à Sherbrooke même, ce qui, d'ailleurs, devrait permettre aux hôpitaux de cette ville d'avoir moins de difficultés à recruter du personnel tant infirmier que para-médical.

La Commission tient à insister ici sur ce dernier point du recrutement du personnel infirmier et para-médical. Ce personnel est, de façon générale, tellement difficile à recruter qu'il apparaît inutile de multiplier les lits d'hôpitaux si déjà ceux en place ne peuvent être utilisés au maximum. D'un point de vue économique, il y aurait un net avantage à prendre les mesures nécessaires pour permettre aux hôpitaux en place de fonctionner à pleine capacité sur une base de sept jours par semaine et cinquante-deux semaines par année. De ce seul point de vue, la transformation de l'Hôpital St-Louis en foyer d'hébergement permettra aux hôpitaux de la région d'améliorer leur rendement en puisant dans le personnel actuellement en place à Windsor.

b) l'édifice où est actuellement situé l'Hôpital St-Louis de Windsor devrait être utilisé comme foyer d'hébergement.

Devant le fait que la Commission en venait à la conclusion que l'Hôpital "général" de St-Louis de Windsor devait cesser d'exister, la question s'est posée de l'utilisation idéale à trouver pour l'édifice en place. La Commission en est venue à la conclusion que, compte tenu des documents qui lui furent fournis, l'utilisation la plus logique

qui puisse être recommandée soit celle de transformer l'institution en un foyer d'hébergement. A l'appui de cette recommandation, la Commission tient à souligner quatre points:

- Les besoins, en termes de foyer d'hébergement, pour la région immédiate de Windsor, ont été exprimés avec vigueur par plusieurs témoins. Déjà, sur une liste préparée par un des échevins de la municipalité de Windsor, figurent plus de soixante-et quinze ((75)) noms de personnes pour qui un tel foyer d'hébergement serait la solution à leurs problèmes. La Commission est convaincue que l'Hôpital actuel ne comptant que cinquante-quatre(54) lits, ledit foyer d'hébergement serait occupé en totalité par la population locale et ne suffirait peut-être même pas à répondre aux besoins.

- Il est aussi important de noter que les citoyens de Windsor sont, à un point tel, conscients de la nécessité d'un tel foyer d'hébergement dans leur localité, qu'ils ont effectivement demandé des lettres patentes pour former une corporation ayant pour but l'établissement d'un tel foyer d'hébergement. Cette corporation, incidemment, est présidée par le maire de Windsor, monsieur Lewis Craig, actuel président du conseil d'administration de l'Hôpital St-Louis. Il n'est donc pas à douter que le président de l'Hôpital St-Louis est un des premiers citoyens conscients de la nécessité d'un tel foyer d'hébergement dans sa municipalité.

- Parmi tous les témoignages entendus par la Commission, il en est un que les commissaires veulent faire ressortir ici. Il s'agit de celui du docteur Gérald Lasalle, vice-recteur aux Sciences de la Santé de

l'Université de Sherbrooke, dont l'expérience et la compétence en matière d'administration et de planification sont connues. Or, le docteur Lasalle, dans une lettre faisant suite à sa comparution devant la Commission, a été des plus catégoriques et a recommandé nettement la transformation de l'hôpital actuel en foyer d'hébergement, conscient que les besoins de la région seraient ainsi beaucoup mieux servis.

- Enfin, plusieurs autres témoignages ont convaincu les membres de la Commission qu'il y avait un problème dans la région de Sherbrooke, tant au niveau des lits pour malades chroniques que de foyer d'hébergement. La Commission est convaincue qu'un tel foyer d'hébergement à Windsor permettrait au seul hôpital qui héberge des malades chroniques dans toute cette région (soit l'Hôpital d'Youville de Sherbrooke) de diriger audit foyer d'hébergement un certain nombre de malades qui occupent inutilement des lits dans son institution. Un tel foyer d'hébergement atteindrait alors un double but.

A cause de tous ces points, la Commission recommande donc que l'Hôpital St-Louis de Windsor soit transformé en foyer d'hébergement.

c) Une partie des locaux de l'hôpital actuel devrait être utilisée comme centre de consultations.

La Commission pense que les besoins de la population pourraient être une justification à l'utilisation de l'hôpital actuel comme centre de consultations où quatre groupes d'activités pourraient être réunis:

- les médecins praticiens de la région pourraient y avoir leur bureau et ainsi développer la possibilité de partager leurs énergies au service de la population; ces "bureaux" devraient être l'équivalent pour chacun d'un cabinet de médecin et non pas d'un "petit hôpital"; ainsi, dans l'esprit des commissaires, il n'est pas question d'y installer un appareillage radiologique puisqu'aucun radiologiste n'y sera en permanence;

- certains locaux pourraient aussi être mis à la disposition de médecins spécialistes consultants qui viendraient, à un rythme régulier, fournir à la population de Windsor et aux médecins de cette région la possibilité de bénéficier de leurs connaissances. A titre d'exemple, la Commission verrait très bien un pédiatre ou un obstétricien y venir une ou deux fois par mois et recevoir, en consultation, les malades qui lui seraient référés par des praticiens de la place. Un avantage supplémentaire s'ajoute par le fait que ces médecins praticiens de la région bénéficieraient ainsi d'un enseignement continu fourni à la porte même de leurs bureaux. La Commission est convaincue que de telles formules d'enseignement continu sont à développer pour permettre aux médecins en pratique générale d'être au fait des découvertes récentes que la médecine multiplie sans arrêt et fournir à leurs patients des soins de première qualité;

- La Commission croit qu'une salle de premiers soins devrait aussi être mise à la disposition des médecins de la région dans les locaux de ce foyer d'hébergement. Cette salle de premiers soins pourrait ainsi permettre à la population d'obtenir sur place l'attention médicale qu'une situation d'urgence requiert;

- enfin, la Commission croit qu'un des locaux du foyer d'hébergement devrait être utilisé pour y loger les services que la Division de l'unité sanitaire, responsable de la municipalité de Windsor, assure aux gens de la place.

Cette concentration de diverses activités permettrait ainsi à la population de recevoir un éventail de soins de première valeur et éviterait, par ailleurs, que ces soins dépassent les possibilités de la place.

d) Les médecins praticiens qui exercent leur médecine dans la région de Windsor devraient être intégrés à une équipe hospitalière de la région de Sherbrooke.

La Commission pense qu'il est essentiel que ces médecins aient accès à un hôpital et croit que l'idéal serait qu'ils puissent admettre leurs malades dans l'hôpital qui enverrait les consultants régulièrement au centre de consultations décrit précédemment. Si cet aspect est soulevé ici, c'est que les Commissaires sont convaincus qu'un médecin ne peut plus se tenir à date dans ses connaissances s'il n'est pas quotidiennement plongé dans la vie d'un hôpital bien organisé. Il serait utopique de croire qu'un ou des médecins songent à consacrer leur vie au service de la population de Windsor s'il leur est impossible d'hospitaliser leurs malades et de les investiguer et traiter en milieu hospitalier.

Le problème qui se pose ici est très concret: comme l'admission d'un médecin dans une équipe hospitalière donnée ne dépend que de la décision des autorités de cet hôpital, il faut que des principes directeurs éclairés

obligent chaque hôpital à accepter sur son personnel tout médecin qui en fait la demande et dont le rôle est admis comme essentiel face aux besoins médicaux de la population de la région. Le Collège des médecins, à cet égard, devrait être l'organisme tout désigné pour faire les recommandations qui s'imposent. Les commissaires tiennent à mentionner que la Loi des hôpitaux telle qu'elle existe actuellement empêche toute intervention de la part du Collège des médecins dans une nomination hospitalière sauf celle prévue à l'article 11 en cas de conflit entre le bureau médical et le conseil d'administration.

20- Recommandations d'ordre général.

Depuis ces dix dernières années, le gouvernement et le ministère de la Santé de la province de Québec ont souligné, à maintes reprises, la préoccupation constante qu'ils apportent à l'établissement des normes nécessaires pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies.

La présente Commission exprime aux autorités ses remerciements les plus sincères pour avoir rendu accessibles à toute la population la protection et l'accroissement du plus précieux capital que l'on puisse connaître: celui de la santé.

La mise en application de la Loi de l'assurance-hospitalisation, la sanction de la Loi des hôpitaux, l'établissement de la Commission Castonguay, les enquêtes conduites par les Juges Chabot et Tellier, de même que celle qui fait l'objet de ce rapport demeureront les mesures et les ordonnances, illustrant la priorité qu'accordent

les autorités à l'importance des services de santé et au maintien de leur excellence en regard de la qualité et du rendement.

Les commissaires ont été heureux d'apprendre, au cours de leur enquête, que le ministère de la Santé subventionnait un Comité chargé de faire l'inventaire et la planification pour l'utilisation rationnelle des services de santé des Cantons de l'Est. Ils ont tiré profit de la documentation déjà compilée, grâce à cette initiative des plus réalistes.

La Commission reconnaît que les recommandations faites par les organismes précités et qui ont été mises en application par le gouvernement, ont apporté une amélioration considérable dans le fonctionnement du service de l'assurance-hospitalisation.

Elle constate cependant encore aujourd'hui:

a) que beaucoup de décisions sont prises d'une façon arbitraire et que dans certains cas la technocratie et la bureaucratie ont malheureusement la préséance sur le jugement et l'expérience;

b) que le retard apporté à l'adoption des règlements découlant des articles 20 et 21 de la Loi des hôpitaux est l'un des facteurs qui favorise les abus et les irrégularités qui existent dans les petits hôpitaux;

c) que l'ignorance de la Loi des hôpitaux et des règlements du Collège des médecins de la province de Québec, qu'elle soit voulue ou non, de la part des conseils d'administration de certains hôpitaux et de certains médecins est responsable d'une mauvaise utilisation des deniers publics et de l'insécurité dans laquelle se trouve plongé le malade.

C'est pourquoi, la Commission a poussé plus loin ses recherches et a pris connaissance des lois et règlements qui régissent dans d'autres provinces l'organisation, l'administration et la planification des services de santé; son seul désir étant toujours: celui de faire des recommandations constructives et appropriées.

Après délibération, en toute honnêteté et au meilleur des connaissances et de l'expérience de ses membres, la Commission recommande:

" QUE SOIT CREE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE PAR LE LIEUTENANT-GOUVERNEUR EN CONSEIL UN ORGANISME QUI AURAIT LES MEMES FONCTIONS QUE LA COMMISSION DES HOPITAUX EXISTANT EN ONTARIO"

Les commissaires croient important de citer intégralement ici les articles 7, 8, 9, 11 et 14 de la Loi créant cette Commission en Ontario.

"The Hospital Services Commission Act"
Revised Statutes of Ontario, 1960

CHAPTER 176

as amended by 1961-62, Chapter 55

...Article 7: "It is the function of the Commission and it has power,

- a) to ensure 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;

- c) to determine the amount of and pay grants for hospital construction and maintenance;
- d) to establish and operate, alone or in co-operation with one or more organizations, institutes and centres for the training of hospital and related personnel;
- e) to conduct surveys and research programmes and to obtain statistics for its purposes;
- f) to administer and enforce The Public Hospitals Act and the regulations thereunder, and The Private Hospitals Act and the regulations thereunder;
- g) to perform such other functions and discharge such other duties as are assigned to it from time to time by the Lieutenant-Governor in Council, R.S.O. 1960, C. 176, s.7.

...Article 8: The Commission may establish,

- a) an administrative division;
- b) a division of hospital planning;
- c) a division of hospital consultant services;
- d) a division of hospital accounting;
- e) a division of hospital care insurance;
- f) a division of research and statistics.

and such other divisions as appear from time to time to be appropriate. (R.S.O. 1960, c. 176, s. 8).

...Article 9: The moneys required for purposes of the Commission shall be paid out of the moneys appropriated therefor by the Legislature. R.S.O. 1960, c. 176, s.9.

...Article 11: (1) The Commission shall make annually a report to the Minister of the Affairs of the Commission.

(2) A copy of the report shall be filed by the Minister with the Provincial Secretary who shall submit the report to the Lieutenant-Governor in Council and shall then lay the report before the Assembly, if it is in session, or, if not, at the next ensuing session. R.S.O. 1960, c. 176, s. 11.

... Article 14:

- (1) In addition to the functions enumerated elsewhere in this Act, it is the function of the Commission and it has power.
- a) to administer the plan of hospital care insurance established by the regulations;
 - b) to determine the amounts to be paid to hospitals and to pay 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 this Act and the regulations;
 - c) to enter into agreements with one or more persons to act for and on behalf of the Commission in the operation of any part of the plan of hospital care insurance;
 - d) to receive and disburse all moneys pertaining to the plan of hospital care insurance;
 - e) to control charges made to all patients by hospitals in Ontario to which payments are made under the plan of hospital care insurance;
 - f) to enter into agreements with hospitals outside Ontario and with other governments and hospital care insurance authorities established by other governments for providing insured services to insured persons;
 - g) to prescribe forms necessary or desirable to carry out the intent and purpose of this Act;
 - h) to borrow money upon the security of its own obligations upon the consent of the Treasurer of Ontario;
 - i) to appoint inspectors with the duty and power to inspect and examine books, accounts and records of employers and collectors for the purpose of obtaining information related to the hospital insurance plan;
 - j) to appoint medical practitioners with the duty and power to examine and obtain information from the medical and other hospital records, reports and accounts of patients who are receiving or have received insured services;

- k) to withhold payment for insured services for any person who does not, in the opinion of the Commission, medically require such services;

(2) The Regulations Act does not apply to anything done by the Commission under subsection 1, R.S.O. 1960, c. 176, s. 14."

Ainsi constitué, un tel organisme permettrait d'atteindre dans le Québec les fins suivantes, toutes essentielles à une saine politique de la Santé:

- a) servir de tampon modérateur entre le ministre de la Santé et les groupes dits "de pression";

- b) dépolitiser toutes les décisions à prendre dans le domaine de la Santé;

- c) surveiller et contrôler l'administration, la planification, le financement et le développement rationnel des services de santé;

- d) assurer un contrôle de la pratique médicale hospitalière en confiant au Collège des médecins et chirurgiens l'obligation et les pouvoirs nécessaires pour contrôler, limiter et agréer cette pratique et en obtenant des rapports réguliers du Collège à cet effet;

- e) émettre des permis d'exploitation d'hôpitaux qui spécifient les limites à l'intérieur desquelles la pratique médicale permise doit être contenue, le tout à la lumière des recommandations du Collège des médecins;

- f) remplir vis-à-vis le Parlement et l'opinion publique le rôle d'un "Ombudsman".

Les nominations comme membre de cet organisme ne devraient pas être laissées à l'arbitraire. Les quali-

fications de chaque candidat devraient être soumises pour évaluation à un comité de sélection d'experts en la matière. Ceci est essentiel pour assurer la dépolitisation complète de l'organisme.

Ces membres devront consacrer tout leur temps au service de l'organisme pour toute la durée de leur mandat.

Le tout humblement soumis.

Joseph
Président
E.D. Hagman and
La Rue
Frank