



The *Great* Canadian  
Catholic Hospital History Project

Documenting the legacy and contribution of the  
Congregations of Religious Women in Canada,  
their mission in health care, and the founding and operation of Catholic hospitals.

---



Projet de la *Grande* Histoire  
des hôpitaux catholiques au Canada

Retracer l'héritage et la contribution des  
congrégations de religieuses au Canada,  
leur mission en matière de soins de santé ainsi que la fondation et l'exploitation des hôpitaux catholiques.

---

## Faire naître la santé Hôpital Sainte-Croix, Cent ans d'histoire

par  
Jean-Pierre Marcotte

Source: courtesy of  
Service des archives et des collections  
Soeurs de la Charité de Montréal « les Sœurs Grises »

Copyright: © 2010  
La Société d'histoire de Drummond  
555, rue des Écotes, Drummondville, Québec J2B 1J6

Digitized: January 2014

Faire naître la santé  
Hôpital Sainte-Croix

*Cent ans d'histoire*

— Jean-Pierre Marcotte —



SOCIÉTÉ D'HISTOIRE  
DE DRUMMOND







*Cet ouvrage rend hommage à tous les employés, médecins, bénévoles, administrateurs et gestionnaires qui, au cours de ce premier siècle d'histoire, ont pris une part active à l'accomplissement de la mission de l'Hôpital Sainte-Croix et à la progression des services de santé et des services sociaux offerts dans la MRC de Drummond. Le 100<sup>e</sup> anniversaire du centre hospitalier est une étape mémorable et une occasion idéale pour saluer l'engagement exceptionnel de ces personnes. Ce récit est imprégné de leur bienveillance, de leur générosité et de leur dévouement.*

*Un merci sincère à toutes et à tous.*

Copyright ©  
La Société d'histoire de Drummond  
555, rue des Écoles  
Drummondville, Québec  
J2B 1J6

ISBN : 978-2-922789-03-4

Dépôt légal 3<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Jean-Pierre Marcotte  
Faire naître la santé : les cent ans de l'Hôpital Sainte-Croix  
Société d'histoire de Drummond

Jean-Pierre Marcotte

Faire naître la santé

*Les cent ans de l'Hôpital Sainte-Croix*





## Mot du président du conseil d'administration et du directeur général du CSSS Drummond

Aujourd'hui, nous avons l'honneur de préfacer cet ouvrage conçu par la Société d'histoire de Drummond, un ouvrage qui célèbre cent ans de services en santé. Cent ans de plein dévouement offert aux citoyens de la MRC de Drummond.

Des pionnières et des pionniers se sont mobilisés pour créer l'Hôpital Sainte-Croix en 1910. Ils ont donné leur amour pour la vie à l'égard de leurs semblables afin qu'ils puissent s'épanouir. Leur leadership, tout comme leur savoir-faire, leurs talents et leur créativité auront marqué notre histoire.

C'est avec une grande fierté que nous saluons aussi l'engagement exceptionnel de tous les dirigeants et membres de l'Hôpital Sainte-Croix qui se sont succédé au cours du dernier siècle, sans oublier ceux qui sont présents aujourd'hui et qui, ensemble, osent l'avenir de notre belle et grande organisation, reconnue maintenant comme le Centre de santé et de services sociaux Drummond.

En un siècle d'histoire, l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville a été de toutes les innovations pour diagnostiquer, traiter et guérir la maladie. Il a mis en place de grands projets d'agrandissement et de modernisation permettant ainsi d'améliorer les services pour le plus grand bénéfice des citoyens. Ces projets sont devenus aujourd'hui notre richesse collective. Le futur Centre famille-enfant, qui verra bientôt le jour, en est un bel exemple. Aussi, grâce à ses médecins, professionnels de la santé et nombreux bénévoles, l'Hôpital Sainte-Croix a toujours su innover, construire et se démarquer.

En 2010, répandons la fierté et le goût de célébrer le centenaire de notre histoire.

Nous vous invitons à célébrer ensemble notre passé, notre présent et notre avenir.

Joyeux centenaire à toutes et à tous!

M. Gérald Lapierre  
Président du conseil d'administration du CSSS Drummond

M. Nagui Habashi  
Directeur général du CSSS Drummond

## Mot de la congrégation des Sœurs Grises

Un rêve du curé Frédéric Tétreau exprimé à monseigneur Brunault, évêque de Nicolet, puis aux Sœurs Grises de l'Hôtel-Dieu de Nicolet, est à l'origine de la fondation de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, dont la Société d'histoire de Drummond vient d'écrire les 100 ans de vie.

Faire revivre un siècle d'histoire requiert une documentation bien étoffée, un esprit méthodique, la passion de l'histoire et le souci de transmettre aux générations montantes la fierté envers ceux et celles qui ont eu l'audace de pousser jusqu'au bout la mission que leur rêve partagé leur a fait entrevoir. Grand merci à la Société d'histoire de Drummond qui a rempli à merveille toutes ces exigences!

C'est un honneur pour nous, Sœurs de la Charité de Montréal, (Sœurs Grises), de préfacier cet ouvrage dont la lecture avive notre reconnaissance envers les personnes qui ont suscité la fondation de l'hôpital, celles qui y ont œuvré avec amour et compassion, celles qui, par leurs avis judicieux, leur expertise ou leurs dons monétaires en ont assuré la survivance pour en faire aujourd'hui un centre hospitalier desservant une population de près de 100 000 personnes au Centre-du-Québec.

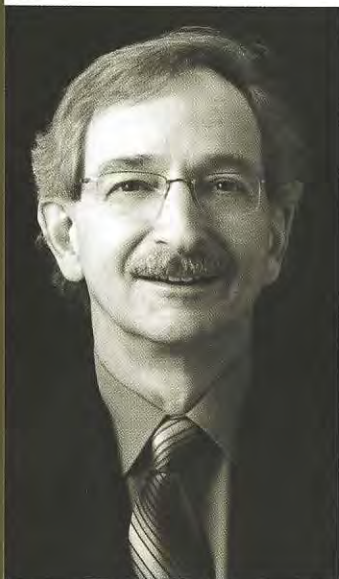
Célébrer 100 ans d'histoire de l'Hôpital Sainte-Croix, c'est souligner le courage, la ténacité, la patience et la foi en leur mission du fondateur et des fondatrices, des personnes qui leur ont succédé au cours des ans, de tous ceux et celles qui ont apporté une collaboration soutenue et sincère au soulagement de la souffrance humaine sous toutes ses formes.

À sainte Marguerite d'Youville, « toujours présente au cœur de notre histoire » de Sœurs Grises, nous confions le soin de veiller avec tendresse sur toutes les personnes accueillies à l'Hôpital Sainte-Croix. Longue vie à cette institution dont nous sommes fières avec vous!

*Jacqueline St-Yves, sgm*

Jacqueline St-Yves, s.g.m.  
Supérieure de congrégation





### Mot du président-directeur général

Au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, je suis particulièrement fier de rendre hommage à un établissement majeur dans notre réseau régional. Le chemin parcouru depuis cent ans par la mission hospitalière de l'Hôpital Sainte-Croix, lequel est maintenant rattaché au Centre de santé et de services sociaux Drummond, est impressionnant.

Il est fascinant de constater l'évolution des soins de santé dans nos hôpitaux au cours de l'histoire. Les hommes et les femmes qui se sont dévoués à l'Hôpital Sainte-Croix ont, chacun à leur époque, façonné l'offre de service en santé. Des Sœurs Grises de la Charité aux dirigeants actuels, cet hôpital a su s'adapter aux changements et relever les défis de la modernisation. Maintenant doté de plusieurs services et spécialités de pointe et pouvant compter sur des équipes de professionnels chevronnés, l'établissement joue un rôle essentiel dans la vie des citoyens. La population de la MRC de Drummond peut se réjouir d'avoir une organisation de cette envergure sur son territoire.

L'agence soutient et continuera de soutenir le CSSS Drummond et son centre hospitalier dans ses projets d'optimisation et de développement visant le mieux-être des gens de son milieu. Je veux témoigner notre grande reconnaissance aux administrateurs, aux dirigeants, aux médecins, au personnel et aux bénévoles qui, au fil des ans, ont permis à l'Hôpital Sainte-Croix de se démarquer par sa grande qualité et son humanisme. Que le début du 2<sup>e</sup> centenaire se poursuive sur la même lancée...

Un siècle de dévouement: cette organisation mérite toute notre admiration!

Félicitations!

Jean-Denis Allaire

Président-directeur général

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

## Mot de la mairesse de Drummondville

Au nom du conseil municipal et de la population de Drummondville, j'ai le plaisir de participer à cet hommage rendu à l'Hôpital Sainte-Croix, qui célèbre cette année 100 ans de présence active, de dévouement et de services en santé de qualité au sein de notre communauté.

C'est sous l'impulsion des Sœurs Grises, impliquées généreusement dans le domaine de la santé, tant auprès des jeunes orphelins et des malades que des personnes âgées, que les services en santé allaient prendre racine chez nous et connaître une première phase d'implantation significative devant conduire à l'inauguration du bâtiment de l'Hôpital Sainte-Croix proprement dit, en 1949.

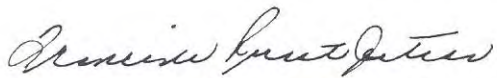
Depuis, divers projets d'agrandissement et des investissements majeurs ont favorisé l'expansion physique de l'hôpital, la modernisation des installations ainsi que le développement de nouvelles activités professionnelles, élargissant par le fait même la gamme des services à la population, de même que leur qualité. Des efforts importants ont également été consentis au chapitre du recrutement de médecins et de professionnels de la santé, et ce, avec succès.

Aujourd'hui, la population peut être fière de son hôpital. Elle a d'ailleurs contribué à son développement, notamment en faisant preuve de générosité pour soutenir la Fondation Sainte-Croix/Heriot dans ses actions destinées à financer de nouvelles initiatives bénéfiques à la population.

L'éventail des services qu'on retrouve aujourd'hui à l'Hôpital Sainte-Croix constitue un atout majeur pour l'ensemble de notre collectivité, une contribution sensible et nécessaire à notre qualité de vie. Nous sommes davantage en mesure d'obtenir sur place des services que nous devions auparavant aller chercher ailleurs. Voilà qui revêt une grande importance pour chaque citoyenne et citoyen.

Je remercie et félicite les pionnières et les pionniers de la première heure, leurs successeurs, les dirigeants et le personnel passés et présents de l'Hôpital Sainte-Croix. Tous à leur manière, par leur savoir-faire et leur dévouement, ont favorisé le développement harmonieux de notre collectivité et poursuivent toujours dans cette voie aujourd'hui.

Heureux 100<sup>e</sup> anniversaire et longue vie à l'Hôpital Sainte-Croix.



Francine Ruest Jutras, mairesse  
Ville de Drummondville





### Mot de M. Yves-François Blanchet, député provincial

Fondus dans le quotidien tellement qu'on ne les remarque plus, et pourtant cruciaux tant pour les services qu'ils rendent que pour leur contribution à notre appartenance, certains lieux s'inscrivent dans la durée et l'âme même d'une communauté.

L'Hôpital Sainte-Croix en est un exemple, peut-être le meilleur quand il s'agit de Drummondville et de sa région. J'y suis né, comme la plupart d'entre nous, mon père y est décédé, comme pour beaucoup d'entre nous, et dans une société où la santé est devenue un enjeu aussi fondamental, l'Hôpital Sainte-Croix est au cœur de mes priorités, comme des vôtres.

Dans sa majesté, notre institution a un devoir de justice envers nos aînés qui, de plus en plus nombreux, ne doivent pas craindre pour leur futur, et ce, alors même qu'elle est sur le point de s'enrichir d'un service aussi noble qu'essentiel en donnant naissance au Centre famille-enfant.

Ne ménageons ni la reconnaissance des bâtisseurs et des travailleurs qui donnent une âme à cette institution, ni l'espoir qu'elle continue à faire plus et mieux pour l'épanouissement de notre communauté.

Yves-François Blanchet  
Député de Drummond à l'Assemblée nationale du Québec

## Mot de M. Roger Pomerleau, député fédéral

C'était il y a 100 ans...

Je suis particulièrement fier de joindre ma contribution à la célébration du premier centenaire de l'Hôpital Sainte-Croix. Au cours de la dernière année, plusieurs personnes ont uni leurs efforts et ont travaillé avec passion afin de produire cet ouvrage remarquable dans le but de perpétuer et de faire découvrir l'histoire de notre hôpital.

Je me permets de qualifier ce cahier historique de véritable mémoire vivante de l'établissement! Le travail documentaire, fondé sur des témoignages et des photographies d'époque, nous donne accès à l'histoire de la structure du bâtiment tout autant qu'aux soins qu'on y prodiguait. Plus précisément, on y présente l'histoire de l'établissement sous les volets architectural, social et médical.

Les célébrations entourant ce siècle de présence chez nous sont l'occasion de faire émerger le patrimoine bâti et le patrimoine immatériel de cette importante institution. À n'en point douter, nous en apprendrons tous sur l'apparition et le développement de ce centre hospitalier au début du 20<sup>e</sup> siècle, sur l'évolution des services offerts, sur les figures emblématiques et l'histoire des murs de l'hôpital dans un contexte historique général, et très certainement, sur l'histoire des hommes et des femmes qui font vivre cet établissement depuis 100 ans.

Vouloir réduire un siècle en quelques pages s'avère évidemment tout un défi! À la lecture de ces pages, vous constaterez tout comme moi le brio avec lequel il a été relevé. L'histoire, l'architecture, l'art et la science médicale nous donnent rendez-vous.

La présence de l'Hôpital Sainte-Croix s'appuie sur une tradition et un passé riches. Puisse ce centenaire nous permettre d'en découvrir la diversité de tous les aspects!

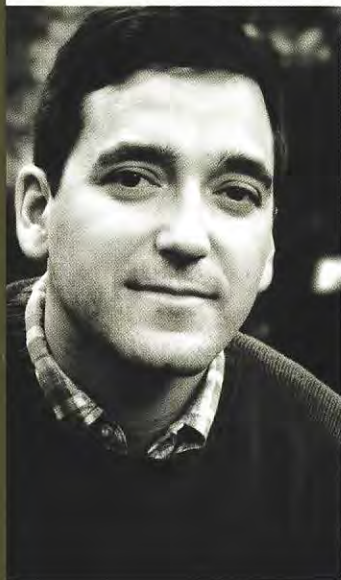


Roger Pomerleau

Député de Drummond à la Chambre des communes



# Avant-propos de l'auteur



En janvier 2009, lorsque j'ai accepté de rédiger cet ouvrage, j'étais loin de saisir l'ampleur de la tâche qui se dressait devant moi. Mes connaissances du milieu hospitalier se résumant à peu de chose près aux heures d'attente passées à l'urgence et à ma trousse de médecin pour enfant Fisher Price<sup>MC</sup>, il me fallut apprivoiser le langage et les concepts d'un domaine qui m'était pratiquement inconnu jusque-là. Aussi, lorsque je me suis plongé dans les archives, j'ai rapidement constaté que là où il y avait quantité, il n'y avait pas nécessairement qualité et vice versa.

Les premières semaines de recherche m'amènèrent davantage d'interrogations que de réponses. Cependant, en me référant à d'autres ouvrages traitant de l'histoire des hôpitaux, j'ai fini par comprendre comment je pouvais utiliser les sources qui étaient à ma disposition. Ainsi, à partir de ce matériel, j'ai commencé à construire un récit qui permettait de comprendre comment l'Hôpital Sainte-Croix avait évolué au cours des cent dernières années.

Cela dit, pour les mêmes raisons qui empêchent un artiste peintre de représenter les quatre façades d'un bâtiment sur un même tableau, le portrait historique que j'ai dressé ne représente pas l'ensemble ou la totalité des faits constituant l'histoire de l'hôpital. Tout comme l'artiste peintre qui cherche à reproduire la perspective, pour arriver à construire un récit cohérent, il me fallut adopter un point de vue, un angle d'approche.

En ce sens, il ne faut pas vous surprendre si tous les aspects de la vie hospitalière ne sont pas abordés dans ce livre. Un peu comme lorsque l'on recule la vue sur «Google map», alors qu'il faut s'attendre à éliminer un certain nombre de noms de rues si on veut obtenir une image claire, si je n'avais pas réduit le niveau de détails, cent ans d'histoire dans un seul livre auraient ressemblé à une grosse tache noire sans forme distincte.

Malgré le fait qu'aucun point de vue ne permette d'embrasser la totalité d'une réalité, en rédigeant ce livre, j'ai tout de même constaté à quel point produire à coûts raisonnables et à grande échelle des soins de santé et des services sociaux de qualité constituait un objectif complexe à atteindre. En effet, dans un contexte où, idéalement, on souhaiterait que la limitation des ressources ne nuise pas à la capacité du producteur de services à fournir une qualité de prestation exemplaire tout en maintenant une cadence accélérée, les problèmes se posent par milliers, alors qu'il n'existe aucune solution facile. En ce sens, je tiens à saluer le courage de ceux et celles qui, quotidiennement, tentent de relever ce défi en œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Aussi, j'espère qu'en lisant ce livre, les lecteurs comprendront eux aussi à quel point la réalité de ces personnes n'est pas simple. Ainsi, peut-être que collectivement nous arriverons à plus de reconnaissance et de gratitude.

Je tiens à souligner l'immense contribution de M<sup>me</sup> Hélène Vallières, directrice de la Société d'histoire de Drummond, qui a participé activement à la coordination du travail et à la sélection des photos. Sans elle, ce projet n'aurait jamais vu le jour. Je veux également mentionner la participation spéciale de M<sup>me</sup> Guylaine Leclerc, conseillère en communication, qui m'a grandement aidé pour la rédaction du dernier chapitre. Enfin, je veux féliciter le travail remarquable des graphistes qui ont fait la mise en page du livre, Louis LeBlanc et Nathalie Daniel de DUOKOM communication.

En terminant, je voudrais remercier toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de ce travail : D<sup>r</sup> Claude Bélisle, D<sup>r</sup> Bruno Rivard, S<sup>r</sup> Réjeanne Letendre, D<sup>r</sup> Bertrand Vincent, M. Nagui Habashi, D<sup>r</sup> Jean Quintal et M. Roger Bérard. Un remerciement particulier doit aller au D<sup>r</sup> Bélisle, qui a accepté de me rencontrer à plus d'une reprise, tout en demeurant disponible pour répondre à mes questions. Je voudrais également remercier les membres du comité de lecture, qui m'ont fait part de leurs commentaires; les Sœurs Grises de Montréal, qui m'ont permis d'accéder à leurs archives; feu Jocelyn Fournier, qui a amorcé le travail historique en rédigeant une brochure pour le 75<sup>e</sup> anniversaire de l'hôpital; toutes les personnes du CSSS Drummond qui, en voyant une vieille boîte poussiéreuse, ont pensé à me le faire savoir; ma famille, mes amis et mes employeurs qui ont accepté mon manque de disponibilité pendant l'écriture de ce livre. Enfin, je voudrais surtout remercier ma copine, Mélissa, qui m'a soutenu tout au long de ce projet.



Jean-Pierre Marcotte



# Table des matières

Préfaces ..... 8

Avant-propos de l'auteur..... 14

Introduction..... 18

## Chapitre 1

### Au nom de nos pauvres: la fondation de l'Hôpital Sainte-Croix (1910-1925)

Le contexte sociosanitaire au début du xx<sup>e</sup> siècle.....22

Les démarches préparatoires à la fondation de l'hôpital.....24

Les débuts de la médecine à Sainte-Croix.....27

La révolution hospitalière et le retard de l'Hôpital Sainte-Croix.....30

Le déménagement de l'hôpital dans l'ancien couvent des Sœurs  
de la Présentation.....35

## Chapitre 2

### La transition vers la médecine hospitalière moderne (1926-1959)

La construction d'un hôpital distinct et la fermeture de l'orphelinat.....39

La Loi de l'assistance publique.....40

Le D<sup>r</sup> Lane Charpentier: instaurateur d'une pratique médicale plus encadrée...42

La construction de la seconde annexe en 1943.....46

L'agrément de l'Hôpital Sainte-Croix.....49

L'ouverture de l'école des infirmières et la professionnalisation du métier.....58

La construction de l'Hôpital Sainte-Croix actuel.....64

## Chapitre 3

### La nationalisation de l'hôpital et son intégration dans le réseau public (1960-1973)

Les trois étapes de la prise en charge par l'État des coûts liés  
aux soins de santé.....75

La réorganisation de l'hôpital pour faire face à la démocratisation  
de l'accessibilité aux soins.....80

L'autonomie administrative et l'émergence du leadership laïque.....81

La construction de l'école des infirmières et l'agrandissement de l'hôpital.....86

La réorganisation des départements cliniques  
et l'ouverture de nouveaux services.....90

La réforme des structures: la Loi sur la santé et les services sociaux.....92

La vente de l'hôpital au ministère des Affaires sociales.....94

## Chapitre 4

### À la recherche du juste équilibre (1973-2003)

La stagnation de l'Hôpital Sainte-Croix .....	97
Un milieu qui s'organise et se prend en main.....	105
Des tensions entre la direction générale et les médecins .....	108
La réforme inspirée du rapport Rochon et son application.....	111

## Épilogue

### Un nouveau départ (2004-2010)

Mettre en action le principe de la responsabilité populationnelle et définir un projet clinique pour l'ensemble du territoire.....	127
Aménager la structure du CSSS en fonction des nouveaux programmes .....	130
Poursuivre le développement des services offerts au CSSS Drummond.....	130
Poursuivre la démarche d'amélioration continue .....	132
Un nouveau projet à l'horizon : le centre famille-enfant .....	136

Conclusion .....	138
------------------	-----

Annexes.....	141
--------------	-----

Bibliographie.....	160
--------------------	-----

Crédits photographiques.....	162
------------------------------	-----

# Introduction

En 1910, au moment où les Sœurs Grises de Nicolet arrivent à Drummondville pour y fonder l'Hôpital Sainte-Croix, la science est en pleine révolution et change le rapport que les êtres humains entretiennent avec la maladie. Alors que moins de trente ans auparavant, la médecine demeurait relativement impuissante et guérissait presque autant que la prière, avec les grandes découvertes de l'ère pasteurienne, la maladie cesse d'être une fatalité et devient un état sur lequel on peut intervenir rationnellement pour l'éradiquer. Dès lors, la médecine suscite les plus grands espoirs et devient un service auquel on veut absolument avoir accès pour recouvrer la santé.

Au fil du temps, la production des services médicaux a considérablement évolué. Alors que traditionnellement, le médecin pratiquait seul dans son cabinet et visitait sa clientèle à domicile, à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital est lentement devenu le lieu de pratique par excellence. Essentiellement, cette transformation s'est produite pour deux raisons. D'une part, la médecine hospitalière permettait d'avoir accès à des technologies coûteuses qu'un médecin ne pouvait pas s'offrir pour son usage exclusif et, d'autre part, l'association avec les communautés religieuses permettait également de partager les coûts liés aux soins des indigents. En effet, au début du XX<sup>e</sup> siècle, le code d'éthique entourant la pratique médicale obligeait moralement les médecins à soigner gratuitement ceux qui n'avaient pas les moyens de payer et, en s'associant avec les communautés religieuses, une partie des frais liés à ces activités (repas, literie, pansements, médicaments et soins de garde) était assumée par ces dernières.

Cependant, en dépit de l'entente tacite qui existait entre le corps médical et les communautés religieuses pour soigner gratuitement les indigents, les moyens mis à la disposition des hôpitaux n'ont jamais suffi pour répondre adéquatement aux besoins de la population, jusqu'à ce que l'État intervienne financièrement. Aussi, jusqu'au début des années 60, puisque l'intervention étatique a elle aussi été insuffisante pour en faire autant, il a existé un système hybride à l'intérieur duquel les communautés religieuses et l'État dépendaient mutuellement l'un de l'autre, dans une proportion sensiblement équivalente.

Mis à part quelques petites variantes, cette situation était partout la même au Québec et au tournant des années 60, on est arrivé à la conclusion que le système hybride ne parvenait pas à fournir un accès universel à des soins de santé de qualité. Pour remédier à cette situation, le gouvernement a augmenté sa participation financière. En conséquence, la rupture de l'équilibre suivant cette décision a fait éclater le système hybride et le gouvernement a pris le contrôle du système de santé et des services sociaux.

Cela dit, le retrait des communautés religieuses de la sphère sociosanitaire a laissé au seul gouvernement la responsabilité financière des services et, dans un contexte où les besoins augmentent sans cesse, depuis ce temps, celui-ci cherche à freiner l'augmentation des coûts.


Les quatre chapitres suivants expliquent le cheminement particulier de l'Hôpital Sainte-Croix à travers ce parcours générique qui constitue l'histoire de la majorité des hôpitaux québécois. En ce sens, ils cherchent d'abord et avant tout à mettre en lumière le rôle des politiques gouvernementales dans le développement de l'hôpital drummondvillois. Parallèlement à cette ligne directrice, ils abordent également l'avènement de la médecine hospitalière en montrant les stratégies déployées par les médecins pour se constituer en discipline scientifique autonome.

Dans la première partie, qui contient les deux premiers chapitres, les sources ayant été utilisées sont essentiellement des notes historiques et des coupures de journaux conservées aux archives des Sœurs Grises de Montréal. Bien que, pour la plupart, ces documents ne permettent pas de dépasser l'histoire institutionnelle classique, il a fallu s'en tenir à eux, car mis à part les procès-verbaux du premier bureau médical, il n'y avait pratiquement pas de documents provenant d'une source autre que la communauté religieuse.

Dans la seconde partie, qui compte les deux derniers chapitres, la provenance des sources s'est diversifiée. En plus des coupures de journaux, les procès-verbaux du second bureau médical ont pu être croisés avec les procès-verbaux du conseil d'administration de l'hôpital. Ainsi, il a été possible de dégager une dynamique d'interaction entre ces deux groupes. De plus, d'autres types de sources, tels que le bulletin de liaison interne de l'hôpital et les rapports annuels, ont servi à compléter l'information.

Enfin, en plus des sources écrites, six entrevues ont été réalisées avec divers intervenants du milieu hospitalier. Bien que ces rencontres aient été très utiles pour éclaircir certaines de mes interrogations, elles ne constituent pas des sources pouvant être utilisées de manière rigoureuse, car le compte rendu intégral de celles-ci n'a jamais été réalisé.





1910 - 2010

*Cent ans d'histoire*

Chapitre 1

**Au nom de nos pauvres : la fondation de l'Hôpital Sainte-Croix (1910-1925)**

Dans la correspondance qu'elles entretenaient avec les divers intervenants de l'époque, les cinq sœurs fondatrices de l'Hôpital Sainte-Croix utilisaient fréquemment la formulation « au nom de nos pauvres ». Se posant ainsi en curatrices des démunis qui trouvaient refuge au sein de leur hôpital, les sœurs endossaient une mission considérable. En effet, dans un contexte où le développement industriel attirait à Drummondville une population nécessiteuse de plus en plus nombreuse, elles ont assumé, sans pratiquement aucune aide publique, la fondation, le financement et la direction d'une œuvre de charité qui, en plus d'offrir des services de santé, accueillait également vieillards, orphelins et jeunes travailleuses venues des campagnes environnantes.

# Au nom de nos pauvres...

## Le contexte sociosanitaire au début du XX<sup>e</sup> siècle

1. Jean-Marie FECTEAU, « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle » dans *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 107 à 113.
2. François GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, 1993, p. 34.
3. Elzéar PELLETIER, « Public Health in Quebec », *The Development of Public Health in Canada*, Toronto, Public Health Association, 1940, p. 16.; cité par Georges Desrosier et al., *La santé publique au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998, p. 6.

Selon la tradition anglo-saxonne, dans le Québec du début du XX<sup>e</sup> siècle, la mise en œuvre des services sociosanitaires publics relevait des autorités municipales. Cela s'explique par le fait qu'en plus d'estimer qu'elles étaient les mieux placées pour répondre aux besoins des populations locales, on ne considérait pas la maladie et la pauvreté comme le résultat d'une carence au niveau de l'organisation sociale, mais bien comme un dysfonctionnement isolé, qui pouvait être pris en charge à l'échelle locale et qui relevait d'erreurs de la nature<sup>1</sup>.

Toutefois, en regardant le portrait sociosanitaire de l'époque, on remarque que la gestion municipale de la santé publique s'est soldée par un échec lamentable, au moins jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale. D'une part, les municipalités ne disposaient pas de moyens financiers suffisants pour s'acquitter adéquatement de leurs responsabilités et certaines d'entre elles manquaient à leurs devoirs, n'intervenant qu'en cas de force majeure. D'autre part, plusieurs responsables municipaux n'étaient pas convaincus de la pertinence des mesures préconisées par le mouvement hygiéniste pour combattre les épidémies. En conséquence, les questions de santé publique étaient négligées par les autorités et lorsque la pauvreté et la maladie frappaient dans un foyer, l'aide publique était aléatoire, discrétionnaire et insuffisante.

En dehors des grands centres urbains où se trouvaient des hôpitaux modernes, la médecine se pratiquait essentiellement à domicile. Selon les moyens dont ils disposaient, les docteurs aménageaient chez eux des cliniques privées et, dans certains cas, ils se rendaient au chevet des malades, emportant avec eux

dans une valise les instruments dont ils avaient besoin pour dispenser des soins rudimentaires. En échange de ces services, on demandait aux patients de payer des honoraires.

Or, pour bien des gens, ces montants représentaient des sommes colossales et pour les couvrir, ils devaient s'endetter auprès des médecins ou s'en remettre à l'arbitraire de la charité. Dans un tel contexte, on limitait les consultations au minimum et la médecine pouvait difficilement faire son œuvre.

Sans véritable programme sociosanitaire organisé à l'échelle nationale, les maladies contagieuses telles que la variole, la tuberculose et l'influenza (grippe) faisaient de nombreuses victimes, principalement dans les villes, où la promiscuité était plus répandue qu'à la campagne. Parmi les épisodes les plus dévastateurs, il y a eu notamment les épidémies répétitives de variole, qui ont frappé à cinq reprises entre 1885 et 1919.

La mortalité infantile constituait également un grave fléau. Avec 190 décès par mille naissances, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, le bilan de la province était le pire du Canada. Cela était d'autant plus alarmant que les mesures à prendre pour corriger la situation étaient connues. À titre d'exemple, entre 1885 et 1925, à Trois-Rivières, 72,6 % des décès survenus avant l'âge de un an étaient dus à des pathologies entériques causées par la malnutrition ou le manque d'hygiène de base<sup>2</sup>.

En 1887, pour tenter d'améliorer le bilan sanitaire, le gouvernement provincial a créé le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), qui avait pour mandat de mettre sur pied un conseil local d'hygiène dans chaque municipalité. Or, dans bien des cas, ces instances n'ont eu d'existence réelle que sur le papier<sup>3</sup>. De plus, bien que le CHPQ ait eu le pouvoir d'encadrer et de réglementer l'action des autorités municipales,

à l'instar de ces dernières, il n'a pas bénéficié des moyens de ses ambitions. En effet, jusqu'en 1913, au moment où on a divisé la province en 10 districts avec autant d'inspecteurs, la surveillance de la mise en œuvre des lois sur le territoire québécois était la tâche d'une seule personne. Il était donc pratiquement impossible d'effectuer un contrôle efficace sur les autorités municipales qui tardaient à mettre en place les mesures préconisées pour améliorer l'état de la santé publique.

À partir de 1889, quatre axes d'intervention ont tout de même été ciblés par le CHPQ. D'abord, on a émis un règlement obligeant les pères de famille et les médecins à déclarer certaines maladies contagieuses. Dans un second temps, pour éviter la propagation de ces maladies, on a demandé aux municipalités de créer des lieux d'isolement pour les malades. Ensuite, concernant les infrastructures, on a insisté sur l'importance de créer un réseau de collecte d'ordures et des égouts. Enfin, on a entrepris un programme pour analyser l'eau d'alimentation et changer les sources d'approvisionnement là où elles étaient contaminées.

Il s'avère difficile d'évaluer avec précision l'impact des recommandations et des règlements émis par le CHPQ durant cette période. Par exemple, une étude réalisée entre 1907 et 1917 affirme que, selon les différents types de pathologies, le taux d'enregistrement des maladies à déclaration obligatoire s'est situé entre 6 et 35%<sup>4</sup>. Par ailleurs, on sait que plusieurs municipalités se sont montrées réticentes face à l'intervention gouvernementale en matière de santé, car elles craignaient de se faire imposer des dépenses dont elles n'étaient pas convaincues de la pertinence. Cela dit, malgré l'absence de progrès considérable, les statistiques québécoises de mortalité ont connu un léger recul entre 1885 et la fin de la Première Guerre

mondiale. Alors qu'au moment de la création du CHPQ, en 1887, le taux de mortalité était de 20 décès par mille individus, en 1919, il avait diminué de 5 points. Du côté de la mortalité infantile, en dépit du fait qu'elle demeurait extrêmement élevée, elle est passée, pendant la même période, de 190 à 145 décès pour mille naissances<sup>5</sup>.

Même si ce portrait ne se rapporte pas spécifiquement à Drummondville, l'exemple de l'eau contaminée en 1912 et la façon dont on a géré l'épidémie de fièvre typhoïde qui en a résulté permettent d'établir un parallèle entre la situation drummondvilloise et celle qui prévalait ailleurs dans la province. Dans un article de journal datant de 1912, on rapporte qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévissait au sein de la population. Selon cette même source, l'eau du Saint-François acheminée dans les foyers par l'aqueduc de la ville constituait un vecteur de contamination important, car la station de pompage était située en aval du renvoi d'égout.

En cas d'épidémie, le CHPQ recommandait aux municipalités de mettre sur pied des mesures de quarantaine. Or, en examinant les journaux subséquents à l'article dénonçant les causes de la vague de fièvre typhoïde, on remarque que rien de tel n'a été entrepris. À l'instar de ce qui prévalait dans plusieurs autres municipalités, le bureau drummondvillois de santé publique était donc dysfonctionnel ou tout simplement inexistant. En conséquence, si on examine les statistiques de mortalité infantile pour l'année 1912, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elles aient été plus élevées que la moyenne provinciale. Uniquement dans le registre paroissial de Saint-Frédéric, on a enregistré 38 décès d'enfants de un an et moins. En considérant les 135 baptêmes célébrés cette même année, la statistique de mortalité infantile se chiffrait donc à 281 décès pour mille naissances.

4. François GUÉRARD, *op. cit.*, p. 35.

5. Sur les statistiques démographiques et la mise sur pied du système d'hygiène publique, voir François GUÉRARD, *op. cit.*, p. 32 à 40.





### *Abbé Frédéric Tétreau*

*Originaire de Saint-Charles-sur-Richelieu, Frédéric Tétreau est né le 12 juillet 1850. Après avoir déménagé avec sa famille à Saint-Grégoire, il a fait ses études au Séminaire de Nicolet et a été ordonné par M<sup>sr</sup> Laflèche le 20 septembre 1874.*

*En 1885, il s'est exilé en Nouvelle-Angleterre pour exercer un ministère dans la petite paroisse canadienne-française de Saint-Jean-Baptiste de New York. De retour au Canada, il a reçu la cure de la paroisse Saint-Frédéric de Drummondville en 1902.*

*Sa capacité à gagner la confiance tant des francophones que des anglophones a fait de lui un personnage clé de l'époque. Son passage dans la paroisse a été marqué par de nombreuses réalisations. C'est à lui que l'on doit notamment l'achèvement de la construction de la troisième église Saint-Frédéric (détruite par le feu le 24 décembre 1921), la venue des Frères de la Charité, qui ont construit le Collège commercial Saint-Frédéric en 1906 (sur le terrain de l'actuel Collège Saint-Bernard), l'implantation de plusieurs manufactures et finalement, la venue des Sœurs de la Charité de Nicolet, qui ont fondé l'Hôpital Sainte-Croix en 1910.*

*La force de son caractère l'a amené à entretenir une rivalité publique avec le maire de l'époque, M. Napoléon Garceau.*

*Il a exercé son ministère dans la paroisse Saint-Frédéric jusqu'à sa mort, puis a été inhumé à la cathédrale de Nicolet le 12 mai 1920<sup>6</sup>.*

6. Thérèse JANELLE, *Saint-Frédéric de Drummondville*, Société d'histoire de Drummond, 1997, p. 23 à 27.

Par comparaison avec d'autres statistiques, à l'aube du xx<sup>e</sup> siècle, la moyenne québécoise atteignait 190 décès puis, au début de la Première Guerre mondiale, celle de Montréal se chiffrait à 224 décès.

M<sup>sr</sup> Joseph-Simon-Hermann Brunault  
Deuxième évêque de Nicolet de 1904 à 1937



Le cas drummondvillois ne représentait toutefois pas un exemple unique au Québec. À la même époque, un rapport annuel du CHPQ révélait que dans 74 % des cas, les installations sanitaires des municipalités étaient médiocres ou tout simplement inexistantes. Cependant, après la Première Guerre mondiale, la situation s'est grandement améliorée, notamment en raison des avancées médicales, qui ont prouvé de manière concrète l'existence d'un lien entre l'hygiène publique et la santé.

### *Les démarches préparatoires à la fondation de l'hôpital*

À l'automne 1910, le curé Tétreau a entrepris des démarches auprès de l'évêque de Nicolet, M<sup>sr</sup> Joseph-Simon-Hermann Brunault, pour obtenir l'autorisation de fonder un hôpital à Drummondville. Tous deux ont convenu de demander aux Sœurs de la Charité de Nicolet d'assumer la direction de cette œuvre caritative. En arrêtant leur choix sur cette communauté, ils faisaient ainsi appel à une longue tradition en matière de soins hospitaliers.

Celle-ci avait débuté en 1737, lorsque, avec trois autres femmes, Marguerite d'Youville avait fondé, à Montréal, une association en vue d'accueillir chez elles des pauvres. Formant ainsi la communauté des Sœurs de la Charité, elles



S' Saint-Alphonse de Liguori, supérieure de l'Hôtel-Dieu de Nicolet en 1910



Les cinq religieuses qui ont fondé l'Hôpital Sainte-Croix en 1910  
S' Lajemmerais (1<sup>re</sup> supérieure),  
S<sup>es</sup> Vigneault, Ste-Marthe,  
Marie-de-la-Miséricorde et Martin

ont pris, en 1747, la direction de l'Hôpital général de Montréal, qui était laissé en faillite par une communauté de frères hospitaliers. Après la mort de la fondatrice, la mission s'est poursuivie et en 1840, une deuxième communauté a été fondée à Saint-Hyacinthe. Cet événement a initié une ère d'expansion qui a donné naissance à trois autres communautés : Ottawa (1845), Québec (1849) et Nicolet (1887)<sup>7</sup>.

En 1910, c'est la mère Saint-Alphonse de Liguori, supérieure de l'Hôtel-Dieu de Nicolet, qui a reçu la requête du curé Tétréau pour ouvrir une mission à Drummondville. Après avoir

accepté de relever le défi et effectué deux visites exploratoires, elle a choisi d'établir le nouvel hôpital dans l'ancien hôtel Corona, concluant une entente avec son propriétaire pour un bail de 4 ans et 5 mois. Peu de temps après, elle a rencontré le curé Tétréau et M<sup>sr</sup> Brunault pour déterminer le règlement qui allait régir le nouvel établissement<sup>8</sup>.

Dans ce document signé par les trois intervenants en date du 28 novembre 1910, trois grands points peuvent être synthétisés. Tout d'abord, il a été question de l'autonomie de l'hôpital. En tout temps, l'établissement devait demeurer sous l'autorité de



### *Marguerite d'Youville*

*Marguerite d'Youville est née à Varennes le 15 octobre 1701, sous le nom de Lajemmerais. En 1737, elle a fondé la communauté des Sœurs de la Charité à Montréal.*

*Les mauvaises langues avaient pris l'habitude de se moquer de ces femmes en faisant référence au passé de contrebandier d'alcool de François d'Youville, défunt mari de la fondatrice de la communauté. Ainsi, certains les appelaient Sœurs Grises, non pas en référence avec la teinte grise, mais bien dans le sens de sœurs ivres.*

*En 1755, quand la congrégation a officiellement été reconnue par Rome, Marguerite d'Youville a choisi d'accoler au nom officiel de la communauté l'appellation de Sœurs Grises, en signe d'humilité face à l'accusation injuste dont elle et ses compagnes avaient été victimes.*

*Décédée le 23 décembre 1771, elle est devenue, en 1959, la première Canadienne à recevoir le titre de Bienheureuse. En 1990, le pape Jean-Paul II l'a canonisée.*

7. Historique, site Web de la communauté des Sœurs de la Charité de Montréal, consulté le 23 août 2009, à cette adresse : <http://www.sgm.qc.ca/sgm/francais/frameset.htm>

8. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1910.

## Hôtel Corona

Propriété de M. Emphrem Archambault, l'hôtel Corona était situé à l'angle des rues Lindsay et Cockburn. Il a abrité l'Hôpital Sainte-Croix de 1910 à 1915.



Les premiers résidents de l'Hôpital Sainte-Croix en décembre 1910

l'évêque du diocèse de Nicolet, lequel était le seul à pouvoir définir son champ d'action et sa mission sociale. Aussi, il était clairement mentionné que, contrairement aux autres communautés qui jouissaient d'une autonomie par rapport à leur maison-mère respective, la mission de Drummondville n'allait être qu'une succursale de la communauté nicolétaine et devait lui soumettre un rapport annuel. En second lieu, le règlement faisait allusion au mode de financement de l'établissement. Si, sur le plan administratif, il demeurerait dans un état de dépendance, sur le plan financier, il devait en revanche être totalement autonome. En effet, on avait décidé qu'il appartiendrait aux sœurs qui allaient l'administrer de trouver les moyens de le financer. Enfin, le troisième point concernait le territoire sur lequel l'hôpital pouvait exercer. Que ce soit à propos de sa clientèle ou encore de la sollicitation des dons, il devait se limiter à la paroisse de Drummondville. Une fois ces points acceptés par les trois parties, il ne restait plus qu'à commencer le travail.

C'est le 5 décembre 1910 que sont arrivées, à Drummondville, les S<sup>rs</sup> Martin, Sainte-Marthe, Vigneault et Marie-de-la-Miséricorde, avec comme première supérieure, S<sup>r</sup> Lajemmerais.

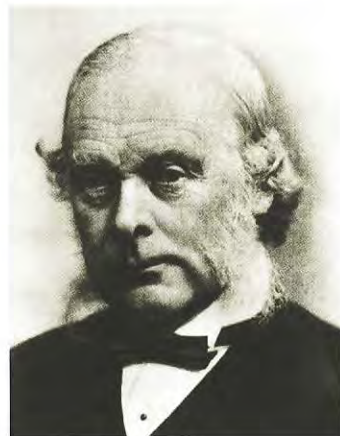
Quinze jours plus tard, les premiers résidents étaient accueillis et M<sup>re</sup> Brunault décrétait que la mission allait opérer sous le nom d'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville. À ses débuts, la mission regroupait trois œuvres, soit un hôpital, un hospice pour personnes âgées et une pension pour jeunes filles. C'est essentiellement avec les revenus de pension de ceux qui avaient les moyens de payer que les sœurs ont assuré la subsistance de l'établissement pendant les premières années.

### Les débuts de la médecine à Sainte-Croix

Au moment de la fondation de l'hôpital, la science médicale subissait de grands bouleversements. Sur le plan théorique, la découverte de Pasteur au sujet du rôle des micro-organismes dans le processus de fermentation rendait possible toute une



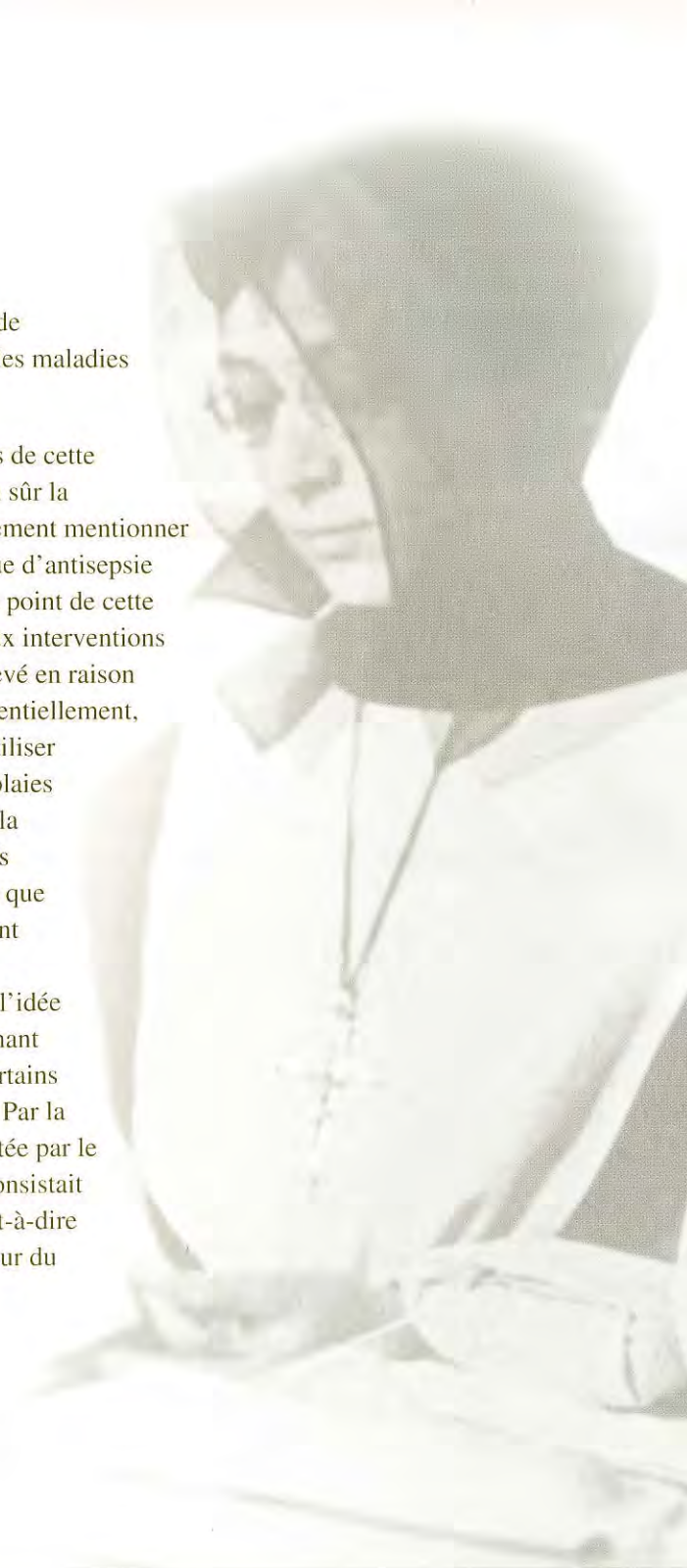
Louis Pasteur (1822-1895)



Joseph Lister (1827-1912)

nouvelle gamme d'explications et de pratiques pour prévenir et soigner les maladies infectieuses.

Parmi les avancées majeures issues de cette découverte, la plus connue est bien sûr la vaccination. Toutefois, il faut également mentionner l'invention de la première technique d'antisepsie par Joseph Lister. Avant la mise au point de cette pratique, le taux de mortalité lié aux interventions chirurgicales était extrêmement élevé en raison des infections postopératoires. Essentiellement, la méthode de Lister consistait à utiliser de l'eau phéniquée pour laver les plaies des patients, lesquelles étaient par la suite recouvertes de cotons imbibés d'acide phénique. Étant convaincu que les infections postopératoires étaient causées par les micro-organismes décrits par Pasteur, Lister avait eu l'idée d'utiliser cette substance en apprenant qu'on s'en servait pour détruire certains parasites s'attaquant aux bestiaux. Par la suite, cette technique a été complétée par le développement de l'asepsie, qui consistait à former un champ aseptique, c'est-à-dire exempt de micro-organismes, autour du lieu où se déroulait l'intervention chirurgicale. Pour ce faire, on a inventé l'autoclave, qui était un appareil servant à stériliser à la chaleur





D<sup>r</sup> Ambroise Béliveau  
Premier médecin de l'Hôpital Sainte-Croix

les linges et les instruments chirurgicaux juste avant les interventions. Ainsi, en empêchant la formation des infections postopératoires avant même qu'elles ne surviennent, cette technique a permis de déplacer la lutte contre les infections de la sphère curative à la sphère préventive.

En 1895, la découverte des rayons X par l'Allemand Wilhelm Röntgen a également transformé de manière radicale la pratique de la médecine. Dès lors, il était possible d'obtenir des images internes du corps humain sans devoir procéder à des interventions chirurgicales. Par exemple, dès l'année suivante, cette découverte a permis à des médecins de l'Université McGill de localiser une balle de fusil située dans la hanche d'un patient juste avant de procéder à son extirpation. En permettant ainsi de procéder avec précision, cette technique a limité les risques inhérents aux chirurgies. Par la suite, les applications médicales liées aux rayons X se sont multipliées et généralisées, notamment en ce qui a trait au repérage des fractures et au dépistage de certaines maladies comme la tuberculose.

Au Canada français, l'enseignement théorique et pratique issu de ces grandes découvertes s'est généralisé tardivement. Constatant ce retard, un petit groupe de médecins de Montréal et de Québec avait résolu, à partir de 1890, de corriger la situation en allant étudier auprès des grands maîtres européens. Par la suite, ceux-ci ont occupé des postes clés dans les facultés et les écoles de médecine canadiennes-françaises, puis ils ont transmis les savoirs qu'ils avaient rapportés de France et d'Angleterre à une nouvelle génération de médecins. En quelques années seulement, cette mise à jour de la formation a entraîné un énorme clivage entre les générations de médecins sur le plan des connaissances scientifiques.

Parmi les médecins plus âgés, certains avaient reçu une formation basée sur les écoles théoriques des miasmes et de la génération spontanée. La première école prétendait que les odeurs émanant de la putréfaction, que l'on appelait miasme, étaient responsables de la propagation des maladies infectieuses, tandis que la seconde affirmait que ces mêmes maladies étaient causées par des germes qui pouvaient apparaître spontanément dans un environnement. Du point de vue curatif, certains médecins pratiquaient encore la saignée, qui, croyait-on, aidait à purifier et à maintenir le sain équilibre entre les quatre humeurs qu'étaient le sang, la bile, l'atrabile et le flegme. Enfin, les connaissances en pharmacopée se limitaient à des médicaments de composition simple et fabriqués à base de plantes.

Au sein des premières cohortes ayant bénéficié de l'enseignement médical renouvelé se trouvait le jeune Ambroise Béliveau, qui a été le premier médecin au service de l'Hôpital Sainte-Croix. Natif de Saint-Célestin, il a complété, en 1904, ses études de médecine à l'Université Laval. Jusqu'à ce que M<sup>re</sup> Brunault lui demande de venir s'installer à Drummondville pour pratiquer au nouvel hôpital, celui-ci a pratiqué dans le petit village de Saint-Victor.

Même si les sources ne contiennent pas de renseignements à ce sujet, il faut se demander pourquoi l'évêque a arrêté son choix sur ce candidat. Avant 1910, il y avait des médecins à Drummondville et la décision de choisir quelqu'un de l'extérieur n'a été ni anodine ni fortuite. Bien sûr, l'absence d'informations empêche de répondre catégoriquement à cette question, mais l'analyse du contexte socio-économique dans lequel la profession médicale était exercée permet d'émettre des hypothèses.

D'abord, il est probable que les médecins établis de Drummondville ne se soient pas bousculés pour être admis au sein du nouvel établissement des Sœurs Grises. Avant l'ère des soins universels financés par des programmes gouvernementaux, l'exercice de la médecine n'offrait pas les mêmes possibilités d'un point de vue pécuniaire. Quand un médecin ne reprenait pas le cabinet d'un confrère qui se retirait ou décédait, l'établissement d'une clientèle lucrative était une entreprise de longue haleine qui n'était pas à la portée de tous. Aussi, comme les hôpitaux étaient davantage reconnus pour être des lieux de charité, un certain nombre de patients qui y étaient traités n'avaient pas la capacité de payer les honoraires d'un médecin. En ce sens, il est possible que, dans l'éventualité où M<sup>sr</sup> Brunault les aurait invités, les médecins drummondvillois n'aient pas répondu favorablement à l'appel, préférant plutôt se consacrer à leur pratique privée leur assurant de meilleurs revenus.

En contrepartie, pour un médecin débutant tel que le D<sup>r</sup> Béliveau, l'hôpital représentait une bonne occasion de se faire connaître auprès du public et de se bâtir ensuite une clientèle capable d'assurer sa subsistance. De plus, même si la vocation des hôpitaux était d'abord et avant tout caritative, l'hospitalisation et les consultations médicales n'étaient pas systématiquement dispensées sous forme de dons. Pour être pris gratuitement sous l'aile des sœurs, il fallait prouver l'état d'indigence et dans le cas où les religieuses estimaient que le patient ou ses proches pouvaient payer les soins, elles utilisaient toute l'autorité morale qui leur était conférée par la religion catholique pour récupérer les sommes dues. En conséquence, même si la pratique dans les hôpitaux impliquait

quelquefois de faire des consultations sans rémunération, les médecins pouvaient, en revanche, compter sur les religieuses pour les aider à récupérer leurs honoraires lorsque la situation le permettait<sup>9</sup>.

Il serait également possible que le choix du D<sup>r</sup> Béliveau ait résulté d'une quelconque forme de patronage telle qu'on la rencontrait souvent à cette époque. En effet, à la demande de l'évêque Brunault, le jeune médecin avait accepté une situation peu enviable en ouvrant un cabinet dans un petit village reculé et on peut supposer qu'en échange de son exil à Saint-Victor, il avait obtenu les bonnes grâces de l'évêque. Aussi, puisque ce dernier agissait en tant que décideur dans le projet de l'Hôpital Sainte-Croix, on peut penser qu'il a voulu récompenser son protégé en le faisant désigner comme médecin officiel.

Cela dit, les prérogatives du D<sup>r</sup> Béliveau au sein de l'Hôpital Sainte-Croix n'ont pas fait l'unanimité, car au début de l'année 1912, M<sup>sr</sup> Brunault a senti le besoin d'émettre un nouveau règlement concernant l'accès à l'hôpital pour les autres médecins. Il est difficile de discerner qui a réclamé une telle mesure, mais son existence montre qu'il y avait un vide juridique à combler, voire un problème à résoudre.

D'une part, ce règlement stipulait que le choix du médecin officiel devait être approuvé par le curé Tétreau. D'autre part, il donnait aussi le droit aux patients de demander un autre médecin s'ils le désiraient, mais ceux-ci ne pouvaient acheminer leur demande que par l'intermédiaire des religieuses, qui demeuraient néanmoins libres d'acquiescer ou non à leur requête. Enfin, si un autre médecin ou chirurgien était appelé, les sœurs devaient en tenir informé le médecin officiel.

9. Sœurs de la Charité de Drummondville, *Lettres à conserver*, Archives du CSSS Drummond, 1911.

Il est possible que ce règlement ait été émis simplement pour encadrer une pratique qui se déroulait déjà sans heurts. Cependant, en prêtant attention à la manière dont l'évêque a pris soin de confirmer le pouvoir des sœurs, tout en préservant les droits du D<sup>r</sup> Béliveau, tout porte à croire qu'il existait des tensions entre ces divers intervenants. En fait, de tout temps, les religieuses avaient toujours cherché, dans la mesure du possible, à gouverner seules leur mission. Or, en se faisant imposer

D<sup>r</sup> Amédée Lassonde  
Médecin de l'hôpital peu après 1910

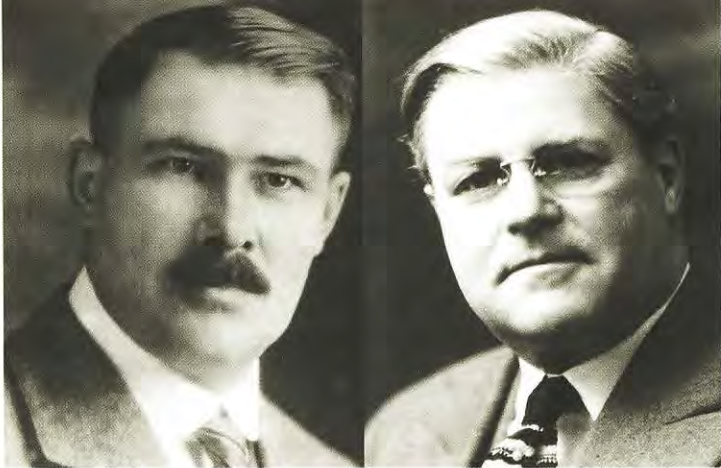


par l'évêque le choix d'un médecin unique, elles se voyaient obligées de composer avec un acteur incontournable dans les prises de décisions concernant la gestion de l'hôpital. Il est donc très probable qu'elles aient souhaité la venue de nouveaux médecins, tout en instaurant des mesures de contrôle.

Au final, en affirmant le droit des patients de choisir leur médecin, ce règlement constituait un excellent compromis, car tout en confirmant le droit des religieuses de faire entrer à l'Hôpital Sainte-Croix d'autres praticiens, le D<sup>r</sup> Béliveau y conservait un statut particulier. Cela dit, il faut également souligner que l'attribution de droits aux patients constituait une nouveauté qui démontrait une transformation notable dans la composition sociale de la clientèle de l'hôpital. En effet, quand un indigent y était admis, il n'était pas en mesure d'exiger quoi que ce soit. Par contre, dès que le patient payait ses soins, celui-ci se sentait en droit de formuler des demandes particulières. En conséquence, tout en établissant un compromis au sujet du droit de visite des médecins, ce nouveau règlement était également le produit d'une transformation du rôle social des hôpitaux, qui passait lentement d'établissement caritatif à établissement de services.

### La révolution hospitalière et le retard de l'Hôpital Sainte-Croix

Les hôpitaux sont aujourd'hui des centres de services où les patients se rendent pour recevoir des soins médicaux nécessitant une technologie de pointe ou un suivi médical continu. Historiquement, ce n'est que très récemment qu'ils ont endossé une telle mission. Au Moyen Âge, ils étaient plutôt des lieux destinés à accueillir toutes les catégories de personnes



D<sup>r</sup> Albert Allard et Émile Dion  
Médecins de l'Hôpital Sainte-Croix  
dans les premières années

dans le besoin. Dans la plupart des cas, ils étaient fondés et tenus par des communautés religieuses qui visaient le soin de l'âme et du corps afin de remettre leurs protégés sur le droit chemin. D'un point de vue sociologique, ils remplissaient donc une fonction de contrôle social en isolant du reste de la société les éléments dysfonctionnels.

Selon la tradition française, on séparait les hôpitaux en deux catégories, soit les hôtels-Dieu et les hôpitaux généraux. D'un côté, les hôtels-Dieu s'occupaient de fournir aux malades pauvres des soins palliatifs rudimentaires et de l'autre côté, les hôpitaux généraux prenaient en charge tous les autres types de nécessiteux. Puisque le traitement de plusieurs maladies était alors inconnu, il était fréquent que les gens utilisent le terme « mouvoir » pour désigner les hôtels-Dieu. En contrepartie, les hôpitaux généraux étaient davantage associés à des asiles qu'à des lieux de soins. Par exemple, les aveugles se retrouvaient à l'hôpital général et les victimes de la fièvre typhoïde, à l'hôtel-Dieu. Au xvii<sup>e</sup> siècle, cette classification s'est transposée en Amérique sous le Régime français et ce n'est qu'après la Conquête, avec l'apparition des hôpitaux spécialisés, que les différences entre les hôtels-Dieu et les hôpitaux généraux se sont atténuées, pour finalement disparaître complètement.

Après plusieurs siècles de tradition caritative, à l'aube du xx<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux des grandes villes occidentales ont été le théâtre d'une véritable révolution. Les avancées de la science

médicale se sont traduites par un recul significatif de la maladie et l'hôpital est devenu le principal lieu pour dispenser des traitements curatifs nécessitant des équipements dont la plupart des médecins étaient incapables de défrayer les coûts dans le cadre de leur pratique privée. La médecine hospitalière prenait ainsi forme et grâce à l'antisepsie (~1867), puis à l'asepsie (~1878), la chirurgie devenait son principal fer de lance. Alors qu'auparavant, l'image de l'hôpital était davantage associée à la pauvreté et à la mort, lentement mais sûrement, on commençait à l'associer à la guérison et au mieux-être. Si, par le passé, les pauvres avaient été majoritaires à trouver refuge dans les hôpitaux, désormais, une clientèle plus aisée, qui préférerait autrefois être traitée à domicile, se faisait hospitaliser afin de profiter d'une technologie de pointe et de services de garde spécialisés que seuls les établissements hospitaliers pouvaient rentabiliser.

Dans un ouvrage portant sur l'Hôtel-Dieu de Québec, François Rousseau explique qu'à cet endroit, ces changements sont survenus vers 1893, avec l'inauguration du pavillon Aiguillon, lequel était doté à l'époque des équipements les plus sophistiqués. De plus, il raconte que par la suite, les hôpitaux fondés par la communauté des Augustines étaient toujours conçus en fonction des critères de la médecine hospitalière moderne. Ainsi, l'Hôtel-Dieu de Gaspé disposait, dès son ouverture en 1926, d'une capacité de 20 lits, répartis en deux salles et quatre chambres privées, d'un dispensaire antituberculeux, d'un laboratoire de microbiologie, d'un appareil à rayons X et finalement, d'une salle d'opération équipée des appareils servant à la stérilisation<sup>10</sup>.

10. François ROUSSEAU, *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec, tome II 1892-1989*, Québec, Les éditions du Septentrion, 1989, p. 28.



Quand on compare la fondation de l'hôpital de Gaspé avec les débuts modestes de celui de Drummondville, en dépit du fait que ce dernier ait été fondé 16 ans plus tôt, on ne peut que constater un retard par rapport au concept moderne d'institution hospitalière tel qu'on le voyait prendre forme ailleurs. Sans salle d'opération et sans appareil à rayons X, l'institution drummondvilloise ne s'inscrivait assurément pas dans la révolution hospitalière décrite par Rousseau. En analysant les sources attentivement et en comparant la situation matérielle de l'Hôtel-Dieu de Nicolet avec celle de l'Hôpital Sainte-Croix, on comprend que cette situation découlait en partie d'une décision de l'élite cléricale de centraliser les ressources autour de l'évêché. Le règlement du 28 novembre 1910 évoqué plus haut reflète particulièrement la volonté de la supérieure de l'Hôtel-Dieu de Nicolet de donner préséance à son établissement.

D'abord, en subordonnant l'Hôpital Sainte-Croix, la mère Saint-Alphonse de Liguori gardait le contrôle sur les religieuses des deux établissements. Étant donné que celles-ci formaient la presque totalité de la main-d'œuvre hospitalière et que l'ampleur de l'entreprise dépendait directement du nombre de personnes qui y étaient affectées, le contrôle des ressources humaines issues des communautés religieuses était donc un enjeu stratégique de premier ordre.

Pour bien comprendre l'incidence de la subordination de l'Hôpital Sainte-Croix, il faut savoir que cette façon de faire n'était pas systématique, puisque par le passé, certaines communautés avaient acquis leur autonomie dès le début. Ce fut le cas pour Saint-Hyacinthe en 1840, Ottawa en 1845, Québec en 1849 et Nicolet en 1887. Or, lorsqu'une communauté était autonome, celle-ci détenait le pouvoir de recruter des effectifs et devenait en quelque sorte une compétitrice pour attirer de nouvelles vocations. Même si le recrutement était plus considérable à cette époque, il y avait néanmoins plusieurs communautés qui se partageaient l'ensemble des nouvelles religieuses. Ainsi, en subordonnant l'Hôpital Sainte-Croix à l'Hôtel-Dieu de Nicolet, la mère supérieure Saint-Alphonse de Liguori limitait la quantité de recruteurs dans son propre diocèse, tout en conservant la prérogative sur la répartition de l'ensemble des effectifs des Sœurs de la Charité de tout le diocèse de Nicolet.

Au chapitre du financement, on constate également que le règlement de 1910 limitait la marge de manœuvre de l'Hôpital Sainte-Croix. Il stipulait clairement que ladite succursale « dev[ait] trouver à Drummondville seulement, dans la charité publique ou privée, les ressources qui lui [étaient] nécessaires pour vivre, y prospérer et accomplir son œuvre ». Parce que la question du territoire desservi était directement liée à celle du financement, elle constituait tout autant que celle de la main-d'œuvre un enjeu majeur, car à l'exception des revenus que les sœurs tiraient de leurs pensionnaires, les dons étaient leur principale source de financement. En effet, durant les premières années, les malades admis à l'hôpital étaient pour la plupart des indigents n'ayant pas les moyens de payer pour leur



Hôtel-Dieu de Nicolet, 1892

hospitalisation. Étant donné qu'à cette époque, le financement de la prise en charge des pauvres relevait des communautés locales et que l'Hôpital Sainte-Croix était le seul à desservir la région drummondvilloise, il aurait été normal que les sœurs puissent offrir leurs services aux fidèles des municipalités environnantes et ainsi compter sur leurs dons. Or, le règlement de 1910 rendait cette option impossible. Les recherches n'ont pas permis d'établir si une règle semblable s'appliquait à l'Hôtel-Dieu de Nicolet, mais en observant ci-dessus la photo de cet établissement en 1892, soit cinq ans seulement après l'arrivée des Sœurs de la Charité à Nicolet, on comprend que ses ressources financières étaient nettement plus élevées que celles de la mission drummondvilloise. On suppose donc que leur provenance ne se limitait pas uniquement aux dons des fidèles de la paroisse de Nicolet, qui étaient pour la plupart de petits agriculteurs.

Les sources ne permettent pas d'expliquer clairement les motifs de cette orientation. Toutefois, on peut émettre l'hypothèse que celle-ci émanait d'une conception centralisatrice qui conférait à l'évêché un rôle de centre de services pour tous les fidèles du diocèse. Il faut savoir que, dans le Québec de 1910, l'Église catholique représentait l'élément structurant le plus actif en matière de services sociaux. Même si, légalement, il était du ressort des municipalités de préserver l'ordre social en

prenant en charge les plus démunis et en veillant au maintien de la santé publique, dans les faits, c'est l'Église qui jouait ce rôle fondamental. C'est elle qui soignait la population lors des grandes épidémies, qui veillait à ce que les villages soient desservis par un médecin, qui prenait soin des personnes âgées sans ressources familiales, des mendiants, des prostitués, des malades mentaux et des orphelins. De plus, son implication en matière de services sociaux ne se limitait pas au domaine sociosanitaire, puisqu'au grand dam de l'élite libérale, c'est également elle qui prenait en charge le réseau scolaire au-delà du niveau élémentaire. Pour accomplir cette tâche colossale, l'Église catholique comptait sur une véritable armée de clercs, qui agissaient en quelque sorte à titre de fonction publique et parapublique. Il fallait donc organiser rationnellement le travail de ces ressources humaines et, pour ce faire, on se basait sur les diocèses, qui constituaient l'unité administrative chapeautant les services offerts dans les paroisses. Puisqu'il était impensable que chacune d'entre elles dispose d'un hôpital, d'un orphelinat et d'un asile, il serait logique qu'au début du xx<sup>e</sup> siècle, les plans du clergé aient consisté à concentrer l'essentiel des ressources humaines et financières autour de l'évêché. De cette façon, à l'instar des villes centres où aujourd'hui on administre régionalement tous les services gouvernementaux, Nicolet pouvait être conçu comme un centre de services desservant l'ensemble des fidèles du diocèse. En regard de la taille contemporaine de Nicolet et de Drummondville, il peut paraître étonnant que la première ait été préférée à la deuxième pour être le centre de services du diocèse. Or, en 1910, Drummondville n'avait pas encore connu le grand essor industriel qu'elle connaîtra avec la Première Guerre mondiale et la ville ne comptait que 2 875 habitants<sup>11</sup>.

11. Charles A. ST-JEAN, *Drummondville, ses origines et son développement*, 1991, Société d'histoire de Drummond, p. 62.

*« Monseigneur, les événements se précipitent en ce moment à Drummondville et je suis heureux de constater une fois de plus votre bienveillance à notre égard en permettant aux bonnes Sœurs Grises de votre diocèse de venir ouvrir une branche de leur Hôtel-Dieu dans ma paroisse. [...]*

*Nos manufactures semblent prendre une nouvelle vigueur et il leur faut au moins une centaine de mains en plus.*

*La difficulté est non seulement de les attirer, mais de les placer en lieu sûr et convenable. Or, les Sœurs Grises, tout en faisant leur œuvre de charité, vont en même temps en faire une autre non moins belle, celle de la préservation de nos jeunes filles<sup>12</sup>. »*

En dépit de ces faits, on peut se demander pourquoi l'esprit de clocher régnant à cette époque n'a pas poussé le curé Tétreau à s'insurger contre la vision centralisatrice de la supérieure de Nicolet, qui condamnait l'Hôpital Sainte-Croix à n'être qu'une œuvre caritative de moindre importance. Après tout, même si Drummondville n'était qu'une petite ville, le curé Tétreau comptait bien s'appuyer sur le potentiel hydro-électrique qu'elle offrait pour y attirer de nouvelles industries et en faire un centre régional d'importance. Avec de telles visées, il aurait donc été souhaitable que Drummondville dispose d'un hôpital moderne, doté des plus récentes technologies et s'appuyant sur un personnel nombreux et qualifié, capable de soigner la main-d'œuvre nécessaire aux industries. Cependant, pour que le curé Tétreau ait poursuivi un tel objectif, il aurait fallu qu'il soit conscient du nouveau rôle social qu'endossaient les hôpitaux modernes. Or, comme le démontre une lettre envoyée à M<sup>gr</sup> Brunault le 19 novembre 1910, la notion de révolution hospitalière qui transformait les hôpitaux partout en Occident lui échappait complètement.

On comprend par cet extrait que, pour le curé Tétreau, le rôle social d'une institution hospitalière se situait davantage dans la tradition que dans la révolution hospitalière. Fidèle à une vision passéiste, le curé Tétreau croyait que l'Hôpital Sainte-Croix devait servir en premier lieu à offrir la charité aux pauvres et aux laissés-pour-compte. En ce qui a trait à la main-d'œuvre nécessaire aux dites manufactures de Drummondville, le curé considérait qu'avant même de la soigner, le rôle de l'Hôpital Sainte-Croix allait être de se substituer à son foyer familial, dans le but de préserver sa vertu morale. Dans ce cas précis, le pasteur s'intéressait particulièrement à la possibilité que

12. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1910.

l'hôpital serve de pensionnat non pas pour des écolières, mais bien pour des jeunes femmes qui quittaient les campagnes environnantes afin de s'engager dans les manufactures fraîchement implantées à Drummondville. À cette époque, la société québécoise traversait une période d'exode rural et la plupart du temps, ce sont les jeunes adultes qui quittaient la ferme familiale pour devenir journaliers dans les usines. Soucieux que la main-d'œuvre féminine qui débarquait en ville ne soit pas laissée à elle-même une fois hors du foyer familial, il souhaitait que les sœurs hospitalières exercent auprès d'elles une forme de surveillance.

En conséquence, puisque le curé Tétreau ne comprenait pas le nouveau rôle des hôpitaux, il n'a pas pu s'opposer aux visées centralisatrices de la mère Saint-Alphonse de Liguori qui, dès le début, ont freiné le développement de la médecine hospitalière de pointe à l'Hôpital Sainte-Croix. Même si les techniques modernes étaient connues des Sœurs de la Charité établies à Drummondville, sans ressources financières substantielles, il était impossible qu'elles puissent réaliser la révolution hospitalière telle qu'elle prenait forme depuis 20 ans dans les grands centres urbains.

### Le déménagement de l'hôpital dans l'ancien couvent des Sœurs de la Présentation

En 1915, l'entente que les Sœurs Grises avaient avec M. Archambault au sujet de la location de l'hôtel Corona est arrivée à échéance. Après avoir tenté par plusieurs moyens d'acquérir ou de faire construire leur propre établissement, faute de ressources financières, les religieuses se sont résolues

à accepter une proposition de la commission scolaire qui leur offrait d'occuper gratuitement l'édifice de l'ancien couvent des Sœurs de la Présentation, lequel se situait à l'angle des rues Brock et Marchand<sup>13</sup>.

Pendant son passage dans cet édifice, l'hôpital a endossé une mission supplémentaire. En 1919, à la suite d'une demande des commissaires scolaires pour établir un jardin d'enfants, les religieuses ont plutôt décidé d'ouvrir un orphelinat.

13. Société d'histoire de Drummond, *L'Hôpital Sainte-Croix: 75 ans d'histoire*, 1986, p. 18.

Sœurs fondatrices devant l'ancien couvent des Sœurs de la Présentation offert par la Commission scolaire de Drummondville en 1915.



14. L'emplacement de cette ancienne usine est aujourd'hui occupé par l'école secondaire La Poudrière.

15. Société d'histoire de Drummond, *op. cit.*, p. 20.

16. *Ibidem*, p. 21.

À cette époque, la plupart des enfants qu'elles accueillait n'étaient pas réellement orphelins. En effet, lorsque des troubles familiaux tels que le chômage, l'alcoolisme ou la violence survenaient et que les parents n'étaient plus en mesure d'assumer la garde de leurs enfants, il était fréquent que ceux-ci soient confiés aux orphelinats pendant un certain temps. Par exemple, à la suite du décès d'une mère, il arrivait souvent qu'un père y place ses enfants jusqu'à ce qu'il se remarie ou que sa situation lui permette de les reprendre à nouveau.

Mis à part l'établissement d'un orphelinat, la situation de l'hôpital n'a pas beaucoup évolué durant ces années au couvent. Les médecins ne disposaient toujours pas de salle d'opération moderne et la plupart des activités relevaient davantage de l'assistance sociale que de la dispense de soins médicaux. Cependant, deux événements majeurs ont amené les autorités municipales et religieuses à prendre conscience de la nécessité d'inscrire l'Hôpital Sainte-Croix dans le courant de la modernité hospitalière.

D'abord, le 20 août 1916, une explosion est survenue à l'usine de poudre à canon Aetna Chemical<sup>14</sup> et plusieurs blessés ont été transportés à l'hôpital. Cependant, faute d'équipements adéquats, la plupart des accidentés sont décédés des suites de leurs blessures, alors que d'autres ont été transférés vers différents établissements hospitaliers mieux équipés<sup>15</sup>. Ensuite, lorsque la grippe espagnole a frappé Drummondville de plein fouet en 1918, encore une fois, l'hôpital n'a pas été en mesure de répondre aux besoins de la situation. En effet, pour accueillir en isolement tous les malades touchés par l'épidémie, les autorités municipales ont été forcées d'ouvrir un hôpital civique municipal à même l'école Garceau<sup>16</sup>.

À la suite de ces deux incidents, les nombreuses demandes d'aide des religieuses ont trouvé davantage écho dans la communauté et des démarches sérieuses ont été entreprises pour procéder à la construction d'un hôpital distinct.

Dans sa première phase d'existence, l'Hôpital Sainte-Croix n'arrivait pas à s'inscrire dans la révolution hospitalière qui, dans tous les grands centres urbains d'Occident, faisait passer les hôpitaux d'institutions caritatives à centres de diagnostic et de traitement des maladies. En conséquence, peu de moyens ont été mis à la disposition des médecins pour traiter les malades et l'organisation de la pratique médicale a davantage été soumise aux lois du patronage qu'à celles de la science.

Plus que le manque de connaissances au sujet des transformations du milieu hospitalier, l'absence de ressources financières a contribué à créer une telle situation. De plus, le manque de compréhension des autorités locales, tant municipales que religieuses, face au nouveau rôle qu'étaient appelés à jouer les hôpitaux n'a pas aidé à faire débloquent les démarches des religieuses pour doter Drummondville d'un hôpital convenable.

Cela dit, avec le développement industriel qui s'est grandement accéléré à la suite de la construction, en 1915, d'un barrage hydro-électrique par la Southern Canada Power Company, les besoins en main-d'œuvre vigoureuse, la plus grande diffusion des progrès médicaux et les deux incidents mentionnés plus haut ont contribué à faire prendre conscience de l'urgence de disposer d'un hôpital moderne.

1910 - 2010

*Cent ans d'histoire*

Chapitre 2

**La transition vers la médecine hospitalière moderne (1926-1959)**

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, les progrès réalisés par la mise en œuvre des différentes mesures d'hygiène publique ont permis d'abaisser le taux de mortalité lié aux maladies infectieuses.

# La transition...

17. François GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, 1993, p. 63.

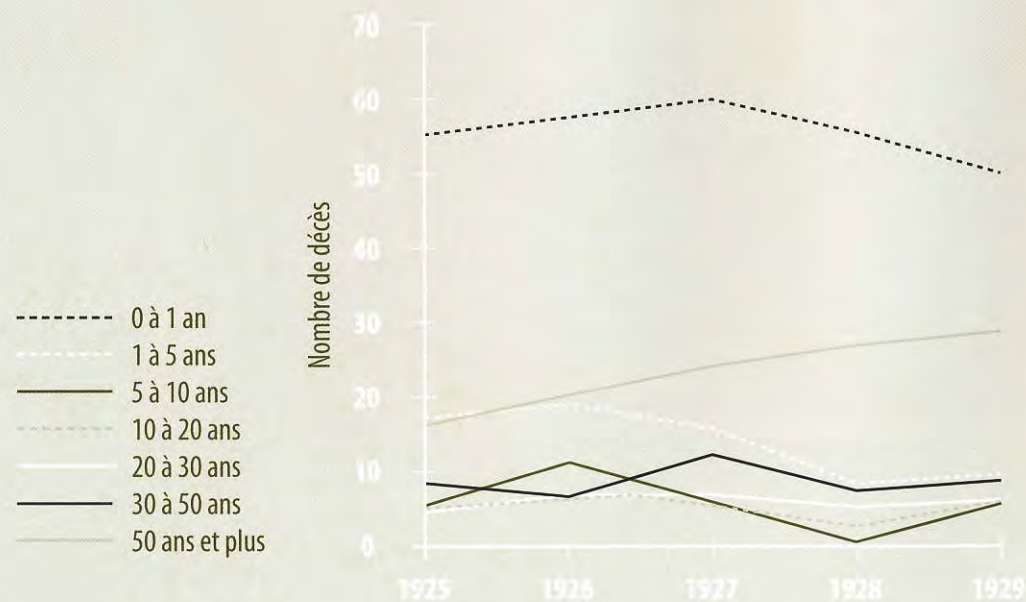
Cependant, ce n'est qu'avec la généralisation de la médecine hospitalière moderne, vers le milieu du xx<sup>e</sup> siècle, que ce type de pathologie a été déclassé en tant que première cause de décès, faisant ainsi chuter considérablement le taux de mortalité. Au Québec, entre 1941 et 1961, l'espérance de vie chez les hommes est donc passée de 60 à 67 ans et chez les femmes, de 63 à 73 ans<sup>17</sup>.

Vers la fin du xix<sup>e</sup> siècle et durant la première moitié du xx<sup>e</sup>, quatre caractéristiques permettaient de distinguer les hôpitaux où se pratiquait une médecine hospitalière moderne. D'abord, ils étaient dédiés exclusivement aux soins des malades. Ensuite, contrairement à leurs prédécesseurs, qui étaient fréquentés principalement par des indigents et des mésadaptés sociaux, ces hôpitaux modernes avaient une clientèle composée de gens en provenance de toutes les classes sociales. De plus, on y confiait l'organisation scientifique des soins à des médecins, qui travaillaient de concert avec un personnel paramédical spécialisé. Enfin, ces hôpitaux offraient à leur clientèle des technologies de pointe pour le diagnostic et le traitement des maladies.

En regard de ces critères, on peut affirmer que la transition de l'Hôpital Sainte-Croix vers la médecine hospitalière moderne a débuté vers 1926, avec la construction d'un hôpital distinct, pour se terminer avec l'ouverture de l'hôpital actuel, qui offrait la possibilité de soigner massivement la population de la région drummondvilloise.

Pour accomplir un tel parcours, religieuses, médecins, infirmières et employés ont dû collaborer pour mettre sur pied de nouvelles méthodes de travail et surmonter les nombreux obstacles qui se dressaient devant eux. Leurs efforts ont cependant été couronnés de succès, car à la veille de l'universalisation de l'accès gratuit aux soins de santé, l'Hôpital Sainte-Croix se classait parmi les meilleurs établissements de la province.

Nombre de décès par groupe d'âge à Drummondville — 1925 à 1929



Source : *La Parole*, Drummondville, 16 janvier 1930

Note : Ces chiffres doivent être mis en relation avec une augmentation constante de la population.

## La construction d'un hôpital distinct et la fermeture de l'orphelinat

Premier pas important vers la modernité hospitalière, l'installation de l'Hôpital Sainte-Croix dans un bâtiment consacré au soin des malades a été nécessaire en raison du manque d'espace disponible dans l'ancien couvent, lequel abritait toujours l'orphelinat et le foyer pour personnes âgées. Stimulé par la Première Guerre mondiale, le développement industriel de Drummondville avait attiré de nombreux ouvriers, et entre 1910 et 1923, la population de la ville est passée de 2 875 habitants à plus de 5 300<sup>18</sup>. Cette croissance démographique a placé l'hôpital dans une situation délicate, puisque sa capacité d'accueil était largement dépassée.

Dès le début des années 20, les religieuses et le D<sup>r</sup> Béliveau avaient tenté de sensibiliser les différents intervenants de



### Chanoine Mélançon

Né à Saint-Guillaume le 7 avril 1886, Georges Mélançon a été ordonné prêtre à Nicolet, le 12 septembre 1909. Avant d'être nommé vicaire de la paroisse Saint-Frédéric en 1916, il a été vicaire à Saint-Pierre-les-Becquets et à Saint-David d'Yamaska.

À la mort du curé Tétreau, il l'a remplacé provisoirement pendant deux ans. Le 30 avril 1922, M<sup>sr</sup> Brunault l'a officiellement affecté à la cure de la paroisse et il est ainsi devenu le plus jeune curé de la plus grosse paroisse du diocèse. Il a présidé la reconstruction de la quatrième église Saint-Frédéric (la troisième ayant été détruite par le feu en 1921) et a contribué financièrement à la construction du troisième Hôpital Sainte-Croix.

En 1940, il a quitté Drummondville pour devenir le cinquième évêque du diocèse de Chicoutimi. Il a occupé cette fonction jusqu'en 1961, puis est décédé en 1982<sup>19</sup>.



Curé Alfred Manseau

Hôpital Sainte-Croix vers 1929. En avant plan se trouve le vieux hôtel de Saint-Germain, puis en arrière plan, la première annexe bâtie en 1929.

la ville au sujet de la nécessité de construire un hôpital distinct. En 1926, le successeur du curé Tétreau, le chanoine Georges Mélançon, a répondu à leur appel en s'associant au curé de Bécancour, M. Alfred Manseau. Ensemble, ils ont acheté l'hôtel Duclos de Saint-Germain, l'ont fait démolir, puis reconstruire sur le terrain adjacent à l'ancien couvent, qui était la propriété du chanoine Mélançon.

18. Charles A. ST-JEAN, *Drummondville, ses origines et son développement*, Société d'histoire de Drummond, 1990, p. 62 et Thérèse Janelle, *Saint-Frédéric de Drummondville*, Société d'histoire de Drummond, 1997, p. 28.

19. Thérèse JANELLE, *op. cit.*, p. 26.





Les orphelins de Drummondville avant leur départ pour l'orphelinat de Nicolet en 1932

20. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1926.

21. James Iain GOW, *Histoire de l'administration publique québécoise*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1986, p. 122-123.

Le coût total de l'opération s'élevait à 16 036,13 \$. Le curé Manseau a déboursé 10 000 \$ et le chanoine Mélançon, en plus de faire don du terrain, a acquitté le reste du montant. En

échange de cette contribution, les Sœurs Grises de Nicolet se sont engagées à verser une rente de 300 \$ par année au chanoine Mélançon et de 600 \$ par année au curé Manseau. De plus, ce dernier est devenu chapelain de l'hôpital et trois pièces ont été mises à sa disposition pour son hébergement. Le nouvel hôpital a ouvert ses portes le 25 janvier 1927. Il comprenait désormais une salle d'opération et sa capacité d'accueil était de 18 lits<sup>20</sup>.

### *La Loi de l'assistance publique*

*Au lendemain de la Première Guerre mondiale, le chômage découlant de la démobilisation des soldats et du ralentissement économique a provoqué une surcharge de travail pour les institutions caritatives de la province. Abandonnées financièrement par certaines municipalités, plusieurs d'entre elles ont été acculées à la faillite.*

*En 1921, le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau est venu à leur rescousse en adoptant la Loi de l'assistance publique. Cette mesure prescrivait un partage à parts égales, entre le gouvernement provincial, les municipalités et les œuvres de charité, des coûts liés à l'hébergement en institution pour les malades indigents et les handicapés de toutes sortes. Pour qu'une institution soit éligible au programme de l'Assistance publique, il fallait néanmoins qu'elle soit reconnue par le gouvernement provincial. C'était la première fois dans l'histoire du Québec qu'une loi encadrait de manière statutaire le financement public des institutions caritatives.*

*Pour financer cette mesure sociale, le gouvernement percevait un montant sur délivrance des permis de lieux d'amusement et, à partir de 1929, il y a consacré les revenus de la Commission des liqueurs.*

*Le clergé et les tenants de l'idéologie conservatrice, tels qu'Henri Bourassa, ont vivement critiqué cette mesure sous prétexte qu'il s'agissait d'une ingérence de l'État dans une sphère réservée aux particuliers et à l'Église. Cependant, en 1925, les opposants ont baissé leur garde, car les évêques de la province ont obtenu un amendement à la loi confirmant leur autorité sur les institutions caritatives catholiques.*

*À partir de 1924, la Loi de l'assistance publique proposait aux institutions participantes un second mode de financement. En effet, des fonds ont été alloués pour la construction et l'amélioration des édifices. Cette fois, l'aide a été distribuée sur une base discrétionnaire et plusieurs accusations de favoritisme ont été dirigées contre le gouvernement<sup>21</sup>.*

Malgré le transfert de l'hôpital vers un nouveau bâtiment, la question de l'espace dans l'ancien couvent n'était aucunement réglée et en 1928, un inspecteur du Service provincial d'hygiène envoyait un avis à la municipalité pour dénoncer l'état d'insalubrité qui régnait à l'orphelinat. Il souhaitait que les autorités compétentes s'acquittent de leurs responsabilités en corrigeant la situation, mais rien n'a été fait.

Il est possible que le mutisme des élus municipaux ait résulté d'une certaine indifférence face aux orphelins. Cependant, il se peut également qu'il ait exprimé une volonté de réaliser des économies. En fait, pour l'entretien des orphelins, les religieuses ont choisi de ne pas réclamer de compensations financières auprès du Service de l'assistance publique. Dans un tel contexte, la municipalité réalisait des économies, car elle n'était pas tenue de se conformer à la Loi sur l'assistance publique en déboursant le tiers des coûts liés à l'entretien des orphelins. Aussi, en obligeant les religieuses à engager des sommes pour corriger la situation, il aurait fallu que les deniers du trésor municipal soient également mis à contribution.

Estimant qu'il serait tenu responsable si un malheur arrivait aux orphelins, le curé Mélançon a demandé à l'inspecteur du Service provincial d'hygiène, en 1933, d'effectuer une nouvelle visite des lieux. Le rapport qu'il a remis aux autorités était sans appel.

Les premiers patients soignés  
dans le nouveau bâtiment de l'Hôpital Sainte-Croix en 1927



### Extrait du rapport de l'inspecteur du Service provincial d'hygiène

Occupent ce logis : 40 orphelins, 12 religieuses, 21 vieillards, 4 pensionnaires (6 \$ à 15 \$ par mois), et un employé. Ce qui fait un total de 78 personnes dans le même logis où en 1928, nos règlements ne pouvaient tolérer que 25 personnes.

La salle de récréation pour les 40 orphelins n'a que 15 pieds carrés, éclairée et ventilée par deux fenêtres de 3 x 5 pieds. À ce même deuxième étage, nous trouvons un dortoir de 17 x 16 pieds, avec seulement deux petites fenêtres sur la façade, où s'entassaient 14 lits servant le jour pour les plus jeunes orphelins, et la nuit pour les garçons, sans qu'on ne change le linge de lit. Au troisième étage, 6 vieillards vivent jour et nuit dans une salle de 23 x 18 pieds, sans aucune sorte de ventilation, les lucarnes ne s'ouvrant pas. Sur le même plancher, un dortoir de 8 lits pour filles, 11 x 17 pieds, avec deux fenêtres grandes de 2 x 3 pieds; un autre dortoir pour filles de 6 lits, dont un pour une religieuse, même dimension que le précédent; dans le corridor, 4 lits où couchent 7 filles. Les vieux sont en bas, et leur dortoir de 7 lits possède un éclairage et une ventilation moyennement suffisants<sup>22</sup>.



D<sup>r</sup> Lane Charpentier

dispensés à l'Hôpital Sainte-Croix. Dès son arrivée à Drummondville, les Sœurs Grises en ont fait leur nouvel homme de confiance. Si cette situation a d'abord surpris les observateurs aguerris, qui

voyaient dans cette volte-face un désaveu envers le D<sup>r</sup> Béliveau, ce dernier semblait avoir reconnu l'importance de l'expertise amenée par son nouveau collègue.

L'arrivée du D<sup>r</sup> Charpentier coïncidait avec la reconnaissance gouvernementale de l'Hôpital Sainte-Croix en tant qu'hôpital général. Incidemment, l'acquisition de ce nouveau statut a permis de soigner des indigents aux frais du régime d'assistance publique et a entraîné une hausse considérable de la clientèle hospitalière<sup>25</sup>. De 1928 à 1929, le nombre de jours d'hospitalisation est donc passé de 1 786 à 3 424. Pour la même période, le nombre de chirurgies a quant à lui progressé de 16 à 175. À nouveau, le problème d'exiguïté des lieux a fait surface et les religieuses ont dû procéder à la construction d'une annexe pour augmenter la capacité d'accueil de leur établissement.

### 1929 : Agrandissement de l'hôpital par la construction de la première annexe

Pour financer ce projet, les Sœurs Grises, qui depuis 1928 possédaient un hôpital reconnu par l'assistance publique, ont reçu une subvention gouvernementale d'un montant de 25 000 \$. Les travaux ont débuté le 29 juin 1929 et se sont terminés le 21 février 1930. L'agrandissement a porté la capacité d'accueil de l'hôpital à 35 lits<sup>26</sup>.

22. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1933; cité dans Société d'histoire de Drummond, *L'Hôpital Sainte-Croix : 75 ans d'histoire*, 1986, p. 31-32.

23. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1933.

24. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, *L'Hôpital Sainte-Croix*, brochure publiée par M<sup>re</sup> Paul Mayrand, en collaboration avec le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, 1949.

25. Dans la biographie du D<sup>r</sup> Béliveau, on insinue que le D<sup>r</sup> Charpentier était issu d'une famille qui avait de bonnes relations avec le gouvernement.

26. Société d'histoire de Drummond, *L'Hôpital Sainte-Croix : 75 ans d'histoire*, 1986, p. 28.

En conséquence de ce rapport incriminant, l'orphelinat a fermé ses portes le 17 avril 1933 et les quarante enfants ont été transférés à Nicolet, dans le nouvel orphelinat du Christ-Roi. Pour couvrir les frais de leur entretien, les Sœurs Grises de Nicolet se sont adressées au Service de l'assistance publique et, conformément à la loi, la municipalité de Drummondville a dû payer le tiers des coûts<sup>23</sup>.

### Le D<sup>r</sup> Lane Charpentier : instaurateur d'une pratique médicale plus encadrée

En 1928, le D<sup>r</sup> Charpentier a été le premier chirurgien certifié à avoir pratiqué à l'Hôpital Sainte-Croix de manière permanente. Natif de l'Avenir, il a poursuivi ses études au Séminaire de Nicolet et à l'Université de Montréal. Après avoir terminé son internat à l'Hôpital Notre-Dame, il a complété des stages de chirurgie à New York, à l'Université de Montréal et une seconde fois, à l'Hôpital Notre-Dame<sup>24</sup>.

Par son expérience de la médecine hospitalière acquise dans les grands centres, il a contribué à rehausser la qualité des soins

« Sous l'égide des Révérendes Sœurs propriétaires de l'hôpital, nous avons formé ce bureau qui avait pour but de présider aux destinées et aux responsabilités professionnelles de l'institution. Nous l'avons formé sur recommandation incessante du Département de l'assistance publique du gouvernement provincial qui voyait dans cette mesure une nécessité manifeste pour l'assurance de la responsabilité officielle que nous assumions devant le public en lui ouvrant les portes de nos différents services hospitaliers.

Il est à remarquer que le grand public n'est pas toujours en mesure d'apprécier la signification d'une telle organisation de régie intérieure dans une maison comme celle-ci, mais il n'en reste pas moins qu'un bureau médical d'hôpital constitue, en dernier ressort, la principale assurance de la sécurité qu'y recherche les malades et fournit en même temps un appui solidaire à tous les médecins qui y sont appelés à fournir leurs services professionnels dans les divers départements de la maison<sup>27</sup>. »

À la suite des recommandations du Service de l'assistance publique, les religieuses ont demandé au D<sup>r</sup> Charpentier de former un bureau médical. En 1935, lors de la seconde élection de l'exécutif de cette instance, le D<sup>r</sup> Charpentier a rappelé les circonstances qui avaient motivé une telle démarche (voir encadré à gauche).

C'est donc dans ce contexte que le 10 octobre 1930, les D<sup>rs</sup> Béliveau, Charpentier, Hélie et Garon se sont réunis pour constituer le premier bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix. Les élections ont porté le D<sup>r</sup> Charpentier au poste de président, le D<sup>r</sup> Béliveau au poste de vice-président et le D<sup>r</sup> Hélie au poste de secrétaire<sup>28</sup>.

Le premier règlement interne qu'ils ont adopté était calqué sur celui de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke. À la demande du D<sup>r</sup> Hélie, on a néanmoins procédé à quelques amendements pour le rendre conforme à la réalité de l'Hôpital Sainte-Croix. Ainsi, le 11 décembre 1930, les différents services de l'hôpital ont été organisés comme suit :

Service de chirurgie : D<sup>r</sup> Lane Charpentier — Chef  
D<sup>r</sup> Lucien Hélie — Assistant

Service de médecine : D<sup>r</sup> Albert Allard

Service d'obstétrique : D<sup>r</sup> Joseph Garon

Service d'anesthésie : D<sup>r</sup> Ambroise Béliveau

Dispensaire  
anti-vénérien et labo<sup>29</sup> : D<sup>r</sup> Lane Charpentier<sup>30</sup>

27. D<sup>r</sup> Lane Charpentier, cité dans ASHD, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 10 octobre 1935, p. 23-24.

28. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 10 octobre 1930, p. 2.

29. À cette époque, le service de laboratoire n'offrait pas la possibilité de réaliser sur place des analyses, puisqu'en 1933, lors de l'inauguration du laboratoire à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, les médecins de l'Hôpital Sainte-Croix se sont renseignés sur les tarifs applicables pour les tests commandés en services externes. Voir ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 11 décembre 1930, p. 17.

30. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 11 décembre 1930, p. 12.

31. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 11 décembre 1930, p. 2.

32. Denis GOULET, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 109.

33. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 10 juillet 1935, p. 26.

Le 26 juin 1935, le D<sup>r</sup> Charpentier a été frappé d'une crise de paralysie, le maintenant alité pendant plusieurs mois. À son retour, il a annoncé que son état l'empêchait de reprendre le service en salle d'opération, mais il a fait connaître son intention de demeurer chef du département de chirurgie et président du bureau médical<sup>31</sup>.

Sous sa présidence, la principale tâche à laquelle le bureau médical s'est affairé a été le resserrement des normes entourant la pratique médicale. En ce sens, le D<sup>r</sup> Charpentier a encouragé ses collègues à parfaire leurs connaissances par toutes sortes de formations. Par exemple, c'est à cette époque que le D<sup>r</sup> Béliveau a suivi quelques stages en anesthésie à l'Hôpital Notre-Dame.

Si, pendant la période précédant l'arrivée du D<sup>r</sup> Charpentier, les médecins pratiquaient au meilleur de leurs connaissances et selon une autoévaluation de leurs compétences, sous sa présidence, l'observance des règles déterminant l'autorité de chacun était sacrée, et en ce qui concerne la chirurgie, à tout le moins, personne ne pouvait pratiquer sans fournir d'attestation de compétences. La querelle entourant l'histoire du D<sup>r</sup> Hélie montre bien que tous ne partageaient cependant pas le même zèle.

Avant l'arrivée du D<sup>r</sup> Charpentier, le D<sup>r</sup> Hélie pratiquait certaines chirurgies majeures sans détenir de certificat de spécialité en la matière. Il faut comprendre que jusqu'en 1949, date à laquelle le Collège des médecins a commencé à délivrer des certificats de spécialisation<sup>32</sup>, cette pratique était courante hors des grands centres et n'avait rien d'illégal. À cette époque, les médecins apprenaient en grande partie « sur le tas ».



D<sup>r</sup> Lucien Hélie

Après l'arrivée du D<sup>r</sup> Charpentier, le D<sup>r</sup> Hélie comptait bien poursuivre cette pratique, au moins avec sa clientèle privée. Or, en 1934, lors d'une opération, il a commis une erreur

professionnelle qui a porté préjudice à sa patiente et le D<sup>r</sup> Charpentier a déposé aux religieuses un rapport au sujet de cet incident. Il a finalement obtenu que, vu l'incapacité du D<sup>r</sup> Hélie à fournir les attestations de qualifications requises, le bureau médical lui interdise de procéder à des interventions chirurgicales majeures.

Face à cette situation embarrassante, le D<sup>r</sup> Hélie a démissionné et est allé pratiquer à l'Hôpital Michaud, lequel a été fondé par un médecin s'étant également vu refuser le droit d'opérer à l'Hôpital Sainte-Croix. En 1936, il est revenu à la charge pour demander sa réintégration au sein de l'équipe médicale, en mentionnant qu'il irait parfaire sa formation en chirurgie. Tous les membres du bureau médical ont accepté cette proposition, à l'exception du D<sup>r</sup> Charpentier. Ce dernier ne croyait pas que le D<sup>r</sup> Hélie soit en mesure de suivre une formation valable comprenant une année d'études chirurgicales pratiquées sur des cadavres, auprès de maîtres reconnus, et trois années d'expérience en tant qu'assistant régulier d'un chirurgien<sup>33</sup>.



D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt

### L'Hôpital Michaud

*Sous la présidence du D<sup>r</sup> Lane Charpentier, le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix a refusé au D<sup>r</sup> Michaud le privilège de procéder à des chirurgies majeures. À la suite de ce refus, celui-ci a démissionné, puis il a ouvert, en 1933, un second hôpital à Drummondville.*

*Dans un premier temps, l'Hôpital Michaud était situé au bas de la ville, sur la rue Brock. Ensuite, il est déménagé au 12, rue Bérard, dans l'ancienne résidence de M. Gérard Laferté. En 1943, sa capacité était de 34 lits.*

*Dans les années 50, lors des réunions du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, certains médecins critiquaient à mots couverts leurs confrères, qui s'abaissaient à pratiquer à cet hôpital dans lequel, au dire de ses détracteurs, la rigueur scientifique n'était pas toujours de mise.*

*Cela dit, il faut relativiser les choses, car la majorité du personnel de l'Hôpital Michaud pratiquait également à l'Hôpital Sainte-Croix. En effet, en 1940, le D<sup>r</sup> René Millet, qui pratiquait à l'Hôpital Sainte-Croix de 1928 à 1974, y était chef anesthésiste. De plus, en 1963, en conformité avec la Loi sur les hôpitaux, les noms des administrateurs ont été rendus publics et parmi ceux-là figuraient les noms de médecins qui pratiquaient également à l'Hôpital Sainte-Croix, c'est-à-dire les D<sup>rs</sup> Rodrigue Dugré, Jean-Marc Morin et Bertrand Vincent.*

*Le D<sup>r</sup> Michaud était un personnage assez excentrique. Par exemple, en 1950, il a fait bâtir un abri anti-nucléaire dans le sous-sol de son hôpital. En 1954, il a été élu maire de Drummondville et parmi ses projets se trouvait l'installation de trottoirs chauffants qui s'auto-déblaient en hiver. Le 17 février 1963, il est décédé en même temps que son fils de douze ans, à la suite d'un accident d'avion survenu dans la région de North Bay, en Ontario. L'Hôpital Michaud fermait ses portes quelques années après la mort de son propriétaire.*

Pour tenter de trouver un compromis, le remplaçant du D<sup>r</sup> Charpentier, le chirurgien Guy D<sup>r</sup> Argencourt, a offert de prendre le D<sup>r</sup> Hélie en tant que stagiaire, sans lui accorder officiellement le titre d'assistant. Sous prétexte que cette procédure n'était pas conforme à ce qui se faisait dans les autres hôpitaux, le D<sup>r</sup> Charpentier s'est à nouveau objecté. Les membres du bureau médical ont cependant choisi d'outrepasser son opposition et ont réintégré le D<sup>r</sup> Hélie au sein du bureau médical en tant que stagiaire en chirurgie.

Il est probable que la querelle déclenchée par cette histoire a provoqué la désintégration du bureau médical, car après la réadmission du D<sup>r</sup> Hélie, il n'y a pas eu d'autres rencontres jusqu'en 1943. Dans certaines notes historiques laissées par les religieuses, on peut également lire que « depuis [1936], en raison de circonstances particulièrement délicates, le bureau médical n'a pas été réorganisé<sup>34</sup>. » De plus, le procès-verbal du 13 septembre 1943 débute par la mention suivante : « à la demande de la sœur supérieure, les médecins de l'Hôpital Sainte-Croix ont formé un nouveau bureau médical<sup>35</sup>. »

Le cas du D<sup>r</sup> Hélie montre bien que le D<sup>r</sup> Charpentier voulait transformer la pratique médicale de l'Hôpital Sainte-Croix pour l'inscrire dans le courant de la médecine hospitalière qui se développait partout en Occident. En arrivant à Drummondville, il avait été intégré à un milieu où, faute de ressources spécialisées, les médecins de la première heure devaient couvrir un large spectre de la pratique médicale. Puis, il a initié une transition vers une pratique divisée en spécialités et regroupée

à l'intérieur d'une équipe coordonnée par un bureau médical. Cependant, au contraire du D<sup>r</sup> D<sup>r</sup> Argencourt qui démontrait plus de souplesse durant cette période de transition, le D<sup>r</sup> Charpentier s'est montré plus radical et intransigent.

34. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1943.

35. ASHD, Procès-verbal de la réunion du bureau médical du 13 septembre 1943, p. 1.

## La construction

### de la seconde annexe en 1943

Après la fermeture de l'orphelinat, en 1933, l'ancien couvent avait continué d'héberger des personnes âgées ainsi que quelques religieuses et employés de l'hôpital. Cependant, lors d'une nouvelle inspection du bâtiment, en 1938, on a ordonné l'évacuation immédiate des lieux. Étant donné qu'il était impossible d'installer toutes ces personnes à l'hôpital, les religieuses ont été obligées de fermer l'hospice et de rediriger les vieillards vers d'autres lieux d'hébergement. Par ailleurs, pour accueillir le personnel hospitalier qui devait demeurer sur place, chaque recoin a été mis à contribution.

Même si les Sœurs Grises ont usé de beaucoup d'imagination pour accommoder les nouvelles venues sans diminuer la capacité d'accueil de l'hôpital, une fois de plus, elles ont dû faire face à un problème d'espace.

Pour régler cette situation, tous les scénarios ont été envisagés. On a envoyé une délégation à Québec pour rencontrer le ministre de la Santé, M. Albin Paquette, afin de demander au gouvernement un soutien financier pour construire un nouvel hôpital. Dans l'objectif d'agrandir celui qui existait déjà, on a entrepris des démarches pour obtenir gracieusement le terrain sur lequel se trouvait l'ancien couvent. De plus, comme les démarches auprès du gouvernement ne semblaient pas avancer positivement, on a demandé à l'évêque d'écrire au nouveau ministre.

Hôpital Sainte-Croix  
en 1943

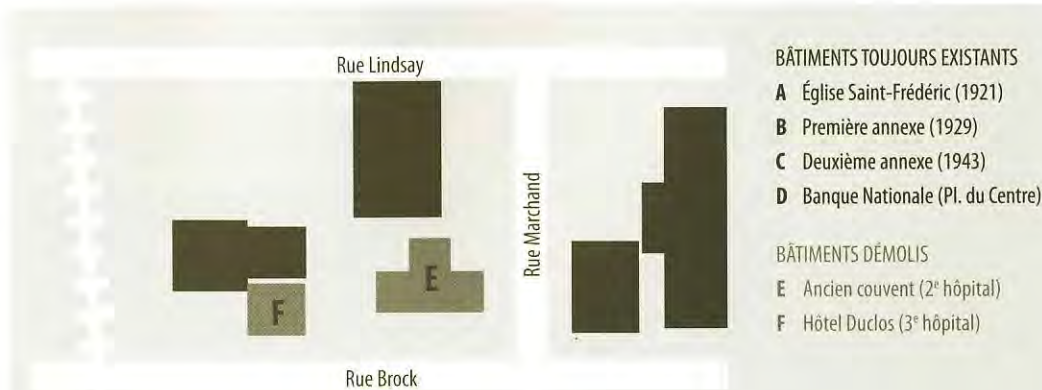
« Monsieur le Ministre,

Les Sœurs Grises de Nicolet vous ont écrit ces jours derniers, à propos de l'hôpital qu'elles projettent de construire à Drummondville. Et je ne les blâmerai pas de revenir à la charge, tant que le projet n'aura pas abouti.

Il ne faut pas nous en vouloir de notre insistance. Si vous saviez comme le service hospitalier est pénible dans le local qu'elles habitent présentement. L'état actuel des choses est capable de décourager les meilleures volontés. Les meilleures infirmières ne peuvent tenir à la besogne. Les médecins et les malades sont aux abois.

Je n'ignore pas les difficultés qu'il vous faut surmonter par le temps qui court. La guerre vous oblige à mettre une sourdine à vos largesses. Tout de même, je ne crois pas m'abuser en affirmant que l'hospitalisation à Drummondville pose un problème dont on ne peut indéfiniment retarder la solution. Il faut bâtir, et au plus tôt...<sup>36</sup> »

En 1942, devant l'impossibilité de trouver une solution en collaboration avec les divers intervenants qu'étaient la ville, la municipalité et le gouvernement, les religieuses ont procédé unilatéralement en achetant le terrain situé sur la rue Brock, entre l'hôpital et la voie ferrée. C'est là qu'elles ont entrepris, le 27 octobre, la construction de la seconde annexe. Six mois plus tard, M<sup>gr</sup> Albini Lafortune, accompagné de M<sup>gr</sup> Paul Mayrand, nouveau curé de Saint-Frédéric, procédait à la bénédiction.

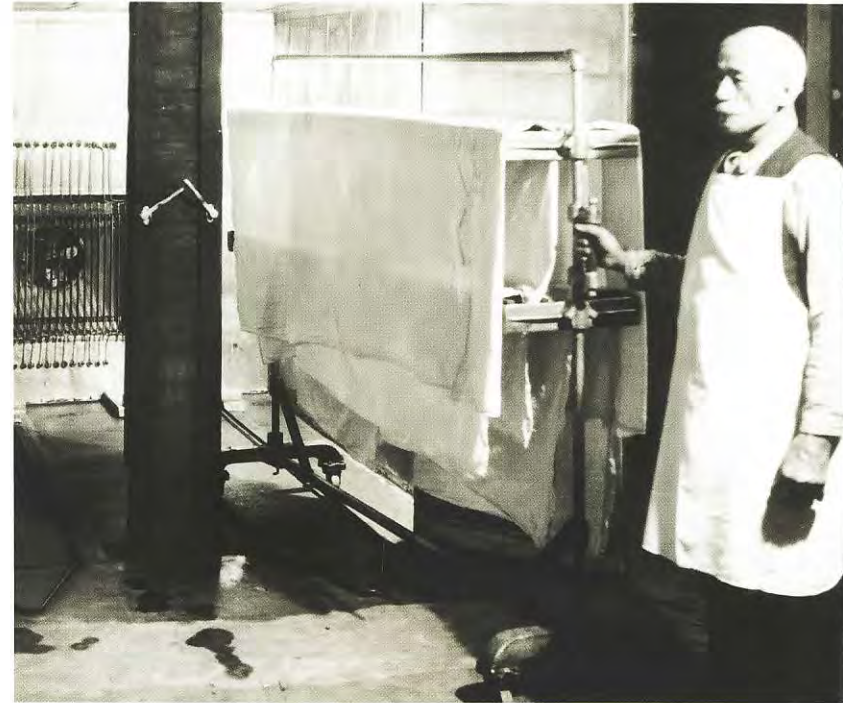


36. Lettre de M<sup>gr</sup> Albini Lafortune au ministre de la Santé, citée dans Société d'histoire de Drummond, op. cit., p. 35.



Buanderie, 1943

Portant désormais le nombre de lits à 50, le nouvel agrandissement a permis l'ouverture de 14 chambres individuelles, dont 4 étaient équipées avec un mobilier de luxe, grâce à une donation de M. Léo Surprenant. Comptant désormais sur un tel équipement, l'hôpital pouvait ainsi attirer une clientèle plus fortunée qui préférait autrefois se faire hospitaliser dans les grands centres.



Chambre à deux lits et cuisine, 1943





## L'agrément de l'Hôpital Sainte-Croix

Quiconque s'est déjà interrogé sur le fonctionnement d'un hôpital s'est rapidement heurté aux questions fondamentales suivantes: «Qui fait quoi?» et «Qui décide qui fait quoi?». À partir des années 30, comme en témoigne l'affaire du D<sup>r</sup> Hélie, les médecins de l'Hôpital Sainte-Croix se sont penchés activement sur ces questions. Par exemple, si on a statué très aisément que les chirurgies majeures étaient des actes réservés aux chirurgiens certifiés et que tous les médecins pouvaient pratiquer des chirurgies mineures, en revanche, la question de la distinction à faire entre ces deux concepts soulevait davantage de passions<sup>37</sup>.

Depuis la fondation de l'Hôpital Sainte-Croix, les religieuses et les médecins avaient toujours réussi à trouver un terrain d'entente établissant un *modus vivendi* acceptable pour tous. Or, tous les établissements hospitaliers ne se trouvaient pas dans cette situation et dans certains cas, la qualité des soins s'en trouvait amoindrie. Si, pendant longtemps, les différents

intervenants sociosanitaires ont laissé aux administrations locales le soin de régler ces questions de régie interne, à partir des années 30, certains d'entre eux ont commencé à se préoccuper davantage de la bonne gestion des hôpitaux. Par exemple, en votant la Loi de l'assistance publique, le gouvernement a cherché à s'assurer que certaines normes minimales soient respectées. C'est notamment pour cette raison que le Service de l'assistance publique se préoccupait de l'absence d'un bureau médical à l'Hôpital Sainte-Croix.

37. Les mentions faites à ce sujet dans les procès-verbaux ne permettent pas de conclure que les discussions étaient houleuses. Néanmoins, le fait qu'entre 1930 et 1955 la question ait été régulièrement ramenée sur la table montre que, d'une fois à l'autre, on acceptait mal la réponse émise.



La comptabilité en 1936 — S<sup>rs</sup> Jeannette Girardeau et Joséphine Véronneau

Deux patientes en traitement de physiothérapie

38. François ROUSSEAU, *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec, tome II 1892-1989*, Québec, Les éditions du Septentrion, 1989, p. 161 à 163.



D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt et S<sup>r</sup> Adèle Leblanc en salle d'opération, 1944

Durant la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, de tous les intervenants sociosanitaires qui se sont préoccupés de la gestion hospitalière, le plus actif en la matière a été l'American College of Surgeons. Soucieuse de contrôler la qualité de la formation de ceux qui se présentaient au public comme des chirurgiens, cette association a publié une série de normes s'adressant, dans un premier temps, aux établissements qui formaient les chirurgiens. Dans un second temps, le document s'est étoffé et une version

s'adressant à tout établissement de 25 lits et plus a été élaborée. Graduellement, cette série de normes a été en mesure de couvrir pratiquement tous les aspects de la gestion hospitalière. Par exemple, en 1926, le livret comptait 18 pages, tandis qu'en 1946, il s'étendait sur plus de 100 pages<sup>38</sup>.

*Reverend Mother,*

*In connection with the conversation which we had some term ago with regard to equipping the Hospital with an X-Ray apparatus, which would cost between 2 000 and 3 000 dollars.*

*I have discussed this matter with the managers of the principal industries in Drummondville, and from what I learned I think that an average of \$100,00 could be collected from five of the largest.*

*However, I understand that the question of the purchase of the X-Ray machine is to remain in abeyance for the time being, and therefore I am not doing anything further in this matter.*

*Your very truly*

*R.H. Sperling*

*Canadian Celestine*<sup>39</sup>

En plus de fournir le document à tous les hôpitaux qui le désiraient, l'American College of Surgeons offrait un service d'agrément permettant de certifier qu'un établissement rencontrait les normes prescrites. Dès lors, celui-ci recevait, pour une période de un an, la mention « standard ». À l'Hôpital Sainte-Croix, les religieuses se sont beaucoup intéressées à ce processus, car il était requis pour ouvrir une école d'infirmières reconnue.

Parmi les points abordés par le programme de l'American College of Surgeons, les plus importants concernaient l'organisation de la pratique médicale. Pour recevoir la certification, il fallait notamment que chaque membre du personnel médical ait signé un document contre la dichotomie<sup>40</sup>, que les services hospitaliers soient organisés en départements, que des dossiers cliniques soient tenus pour chaque patient et que des conférences cliniques soient organisées sur une base régulière pour discuter des cas ayant visité l'hôpital. De plus, il fallait que l'hôpital soit autorisé à pratiquer des autopsies et qu'il dispose d'un laboratoire, d'un département de chirurgie et d'un département de rayons X.

Pour rencontrer ces normes, les religieuses ont été confrontées à un problème de financement. Par exemple, en 1930, lors de l'inauguration de l'annexe, elles ont tenté de solliciter les différents chefs d'entreprises de Drummondville pour faire l'acquisition d'un appareil à rayons X. Malheureusement, la Grande Dépression faisait rage et la réponse qu'elles ont reçue n'était pas très encourageante.

39. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Cahier Lettres à conserver, lettre R.H. Sperling, 13 février 1931.

40. Pratique qui place le médecin en situation de double rémunération. Cela se produit lorsque le médecin est rémunéré en même temps pour le même acte par le patient et une tierce partie.



Filles d'Isabelle, Drummondville,  
12 octobre 1941

Mis à part l'ouverture d'un dispensaire anti-vénérien au début des années 30 grâce à une subvention du gouvernement fédéral, il a fallu attendre que la situation économique se rétablisse pour que les investissements reprennent et que la question de l'agrément soit de nouveau envisagée. En 1941, grâce à une donation des Filles d'Isabelle, l'hôpital a fait l'acquisition d'un premier appareil à rayons X, et sous les auspices du Dr Gilles St-Onge, on a inauguré un département de pédiatrie.

De plus, en 1942, c'était au tour des services de laboratoire d'être officiellement intégrés au sein de l'hôpital. Enfin, en 1943, lors de la construction de l'annexe, on a installé une pouponnière de 14 lits et un incubateur. Les religieuses ont demandé aux médecins de reformer un bureau médical actif et compétent. Malgré tous ces efforts, plusieurs conditions n'ont pas été remplies et une fois de plus, le dossier de l'agrément a traîné en longueur.



*Cent ans d'histoire*

Avec l'inauguration de l'hôpital actuel, en 1949, les religieuses ont redoublé d'efforts pour que l'agrément soit accordé. À cette fin, elles ont retenu les services de S<sup>r</sup> Marie Descarriers, qui est venue rencontrer les membres du bureau médical à plusieurs reprises pour discuter des derniers points à corriger. Les médecins l'ont écouté attentivement et elle leur a été d'une aide précieuse, notamment à propos de l'élaboration des formulaires contenus dans les dossiers médicaux<sup>41</sup>.

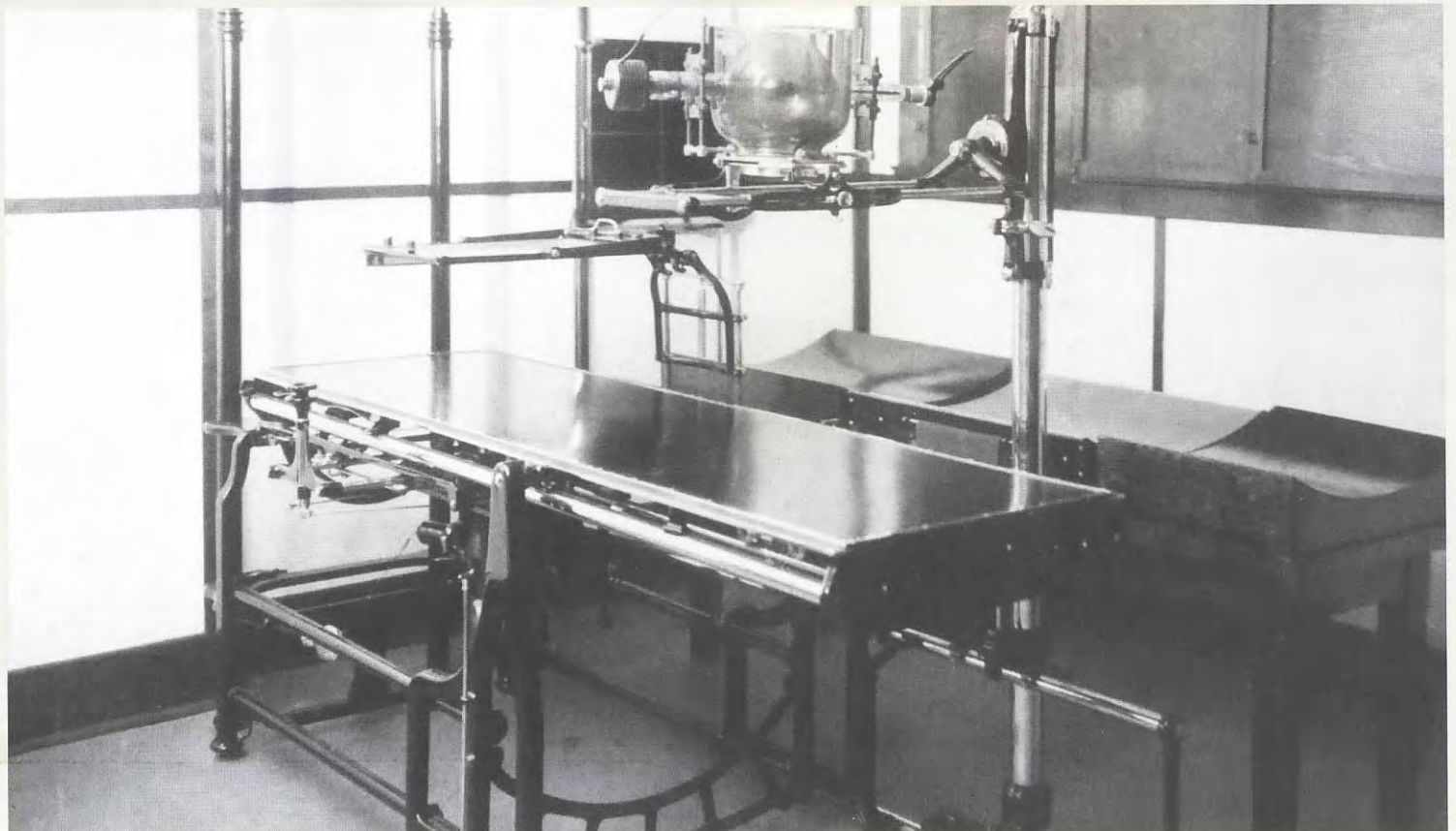
Finalement, après plus de vingt ans de travail et de convoitise, la mention « standard » a été accordée par l'American College of Surgeons le 5 mars 1952<sup>42</sup>.

41. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal du bureau médical, 7 juillet 1949.

42. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1973.



Suzanne Baril,  
infirmière à la pouponnière, 1944



Département de radiologie, 1943



Une chirurgie pratiquée en 1943. S<sup>r</sup> Maria Jutras, D<sup>r</sup> Lucien Hélie, D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt, D<sup>r</sup> René Millet, S<sup>r</sup> Adèle Leblanc, D<sup>r</sup> Antoine Turcotte et D<sup>r</sup> Marcel Goyer, anesthésiste





Laboratoire, 1943



D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt, S<sup>rs</sup> Maria Jutras et Adèle Leblanc  
effectuant une transfusion sanguine en 1943



D' René Millet, 1960



Salle d'opération, 1943

## L'ouverture de l'école des infirmières et la professionnalisation du métier

Les premières infirmières n'ont pas laissé beaucoup de traces dans les sources des 40 années qui ont suivi la fondation de l'hôpital. Comme en témoigne l'extrait cité ci-contre, les valeurs qui leur

ont été transmises les invitaient à se fondre dans une vocation qu'on a longtemps considérée comme étant une simple période de transition dans la vie de celles qui s'y engageaient. Pourtant, au cours des années 50, le développement fulgurant qu'a connu leur profession montre qu'elles occupaient un rôle essentiel au sein du milieu hospitalier.





Groupe d'étudiantes en soins infirmiers, 1948

Agathe Drolet, Jeannine Gardner, Madeleine Yelle et Marie Yelle, étudiantes en technique de laboratoire, 1948

Étudiantes en soins infirmiers, 1943



À l'Hôpital Sainte-Croix, les premières infirmières licenciées étaient engagées par les médecins<sup>44</sup>. Cependant, à partir des années 40, avec l'ouverture de la seconde annexe, les religieuses gardes-malades ont commencé à se spécialiser en suivant les formations données par S<sup>r</sup> Véronique Boutin.

43. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, publicité de l'école des infirmières parue dans la revue diocésaine Panorama, 13 février 1957.

44. Entrevue réalisée avec le D<sup>r</sup> Jean Quintal, 11 mars 2010.



*« La profession d'infirmière est celle qui convient le mieux à la jeune fille, puisque ses activités sont basées sur les aptitudes et les tendances foncières de la femme : besoin du don de soi, du dévouement envers autrui. [...] »*

*En même temps, les études spécialisées de l'infirmière constituent une culture appréciable et préparent au rôle qu'elle remplira plus tard, soit au foyer à titre d'épouse et de mère, soit dans la vie religieuse<sup>43</sup>. »*

Avec les agrandissements qui se sont succédé et l'augmentation du nombre de lits, le problème de main-d'œuvre est devenu de plus en plus criant. Comme le nombre de nouvelles recrues n'arrivait pas à combler les besoins en nouveau personnel, c'est dans les années 30 que le projet de fonder une école d'infirmières a commencé à germer dans les esprits. Avec l'annonce de la construction de l'hôpital actuel, l'ouverture de l'école des infirmières s'est concrétisée à l'automne 1948, en collaboration avec l'Institut Marguerite d'Youville de Montréal.

Dans un premier temps, la nouvelle maison d'enseignement a dû s'affilier à l'Hôpital Saint-Jean pour voir son programme approuvé par l'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ). Avec l'entrée en vigueur de la Loi des infirmières de 1946, cet organisme avait reçu le mandat de contrôler l'exercice de la profession et l'un des critères

Cours de secourisme en 1948 — À l'extrême gauche, nous reconnaissons D' Pierre-Paul Pion



Moment de détente à l'école des infirmières



### *Sr Véronique Boutin*

*Née le 24 septembre 1914 à Sainte-Claire-de-Dorchester, Véronique Boutin a été reçue chez les Sœurs de la Charité le 2 mai 1933. À l'âge de 17 ans, elle a prononcé ses vœux temporaires à l'Hôtel-Dieu de Nicolet.*

*À partir de 1938, elle a occupé un poste d'aide-technicienne en laboratoire et a complété un diplôme de technicienne à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières. En 1941, elle est retournée aux études pour suivre une formation en radiologie et parfaire ses connaissances de laboratoire.*

*Au milieu des années 40, elle a œuvré à l'Hôpital Sainte-Croix et son arrivée a marqué le début de la professionnalisation des religieuses qui agissaient à titre de gardes-malades. Aidée des médecins tels que Guy D'Argencourt et Gaston Rodrigue, elle a enseigné à ses compagnes les techniques de laboratoire et de radiologie.*

*Au nouvel hôpital, elle a été chef du service de laboratoire jusqu'à son départ, à la fin des années 60.*

*Elle est décédée à l'Hôtel-Dieu d'Amos, le 6 avril 1972<sup>45</sup>.*

Sr Simone Lessieur

exigés pour la reconnaissance d'une école d'infirmières était son affiliation à un hôpital agréé par l'American College of Surgeons. Comme l'obtention de l'agrément de l'Hôpital Sainte-Croix tardait à venir, la première directrice, Sr Simone Lessieur n'a eu d'autre choix que d'affilier son école à un autre hôpital. Cependant, cette association a cessé lorsqu'en 1952, l'hôpital a été agréé.

Le programme de l'école s'échelonnait sur trois ans et comprenait les cours suivants: anatomie, physiologie, chimie, microbiologie, nutrition, hygiène, sociologie, psychologie, principes et pratiques de l'art du soin des malades en médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie et maladies contagieuses<sup>46</sup>. De plus, dès la première année d'études complétée, les étudiantes commençaient des stages à l'hôpital.



45. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/D1.01-4, Chroniques recopiées de l'Hôpital Sainte-Croix, 1942-1953; ASGM Notice biographique de sœur Véronique Boutin.

46. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques, 1951.



Dortoir pour femmes de l'hôpital



Département de la pouponnière en 1944

Après 10 ans d'existence, l'école des infirmières avait accueilli 245 étudiantes et de ce nombre, 124 avaient gradué. Parmi les étudiantes de la première cohorte se trouvait S<sup>r</sup> Réjeanne Letendre, qui a œuvré pendant toute sa carrière à l'Hôpital Sainte-Croix, à titre d'infirmière, de directrice des soins infirmiers et de directrice générale par intérim.



Visite de la Tour des Martyrs de Saint-Célestin par les étudiantes en soins infirmiers, 1951



À gauche, Réjeanne Letendre, étudiante en soins infirmiers, 1948

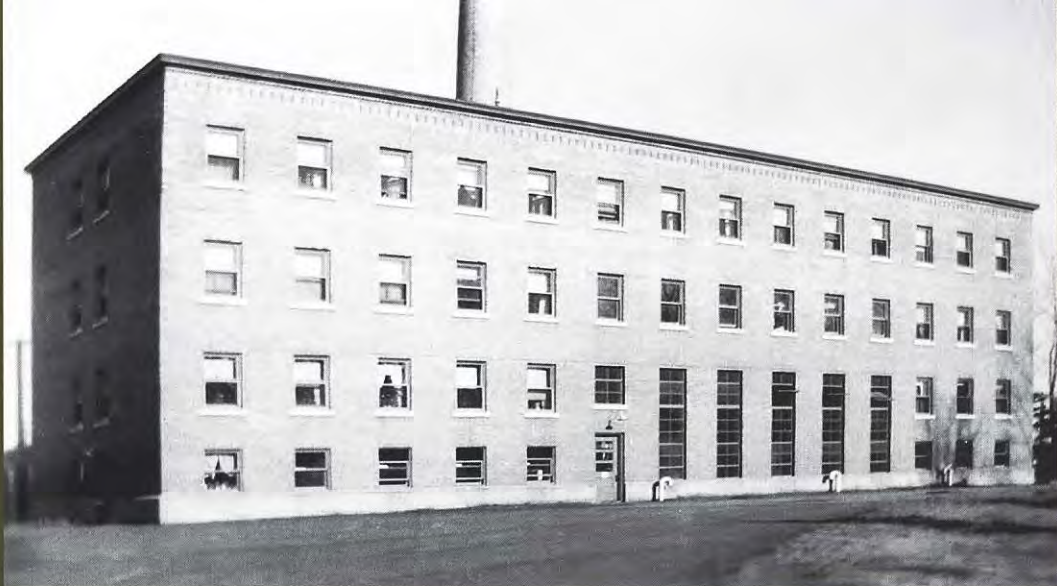
S<sup>r</sup> Réjeanne Letendre, 1972



Graduation de 1957. De g. à d., en haut : Thérèse Brousseau, Rita Lavigne, Hélène Morin, Bernadette Morin, S<sup>r</sup> Cécile Labonté, Nicole Létourneau, Monique Mercure et Gilberte Valois ; assises : Lina Blanchard, Thérèse Courmoyer, Françoise Rouleau, Ghislaine Joly, Madeleine Blanchette et Ginette Villiard

10<sup>e</sup> anniversaire de l'école des infirmières, 1958





### *Chaufferie de l'hôpital*

*En 1949, lors de l'aménagement de l'hôpital actuel, on a installé quatre locaux de classe de l'école des infirmières au sixième étage et on a logé une grande partie des étudiantes à la chaufferie, laquelle se situait juste à l'arrière de l'hôpital. Quelques-unes d'entre elles étaient logées aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> étages, tout comme les étudiantes en technique de laboratoire, de radiologie et quelques employés de l'hôpital. Quant aux étudiants en soins infirmiers, ils résidaient également à la chaufferie, aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étages, du côté sud-est du bâtiment. À partir d'octobre 1966, à la suite de la construction du pavillon des infirmières, on a regroupé les locaux et les chambres d'étudiants de l'école dans ce nouvel espace spécialement aménagé à cette fin.*

S<sup>r</sup> Florida Doucet



### *La construction*

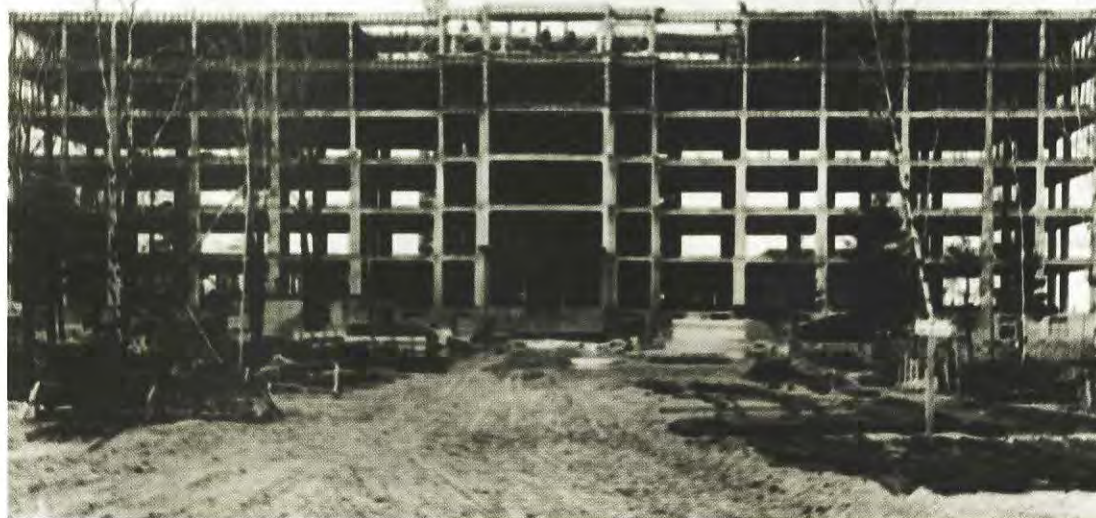
### *de l'Hôpital Sainte-Croix actuel*

En 1945, les employés de la Celanese ont réussi à obtenir, lors de la négociation de leur convention collective, un programme d'assurance pour eux et leur famille. Cette nouvelle a grandement préoccupé la supérieure de l'époque, S<sup>r</sup> Florida Doucet, car elle signifiait, à plus ou moins brève échéance, une augmentation considérable de la clientèle de l'hôpital. Même si, en mettant des lits dans les corridors et en optimisant l'espace au maximum,



on arrivait à loger jusqu'à 100 patients, il était évident qu'une augmentation marquée de la clientèle allait poser, une fois de plus, un problème d'espace.

Ainsi, peu de temps après cette annonce, les religieuses se sont mises à étudier les diverses options qui s'offraient à elles. D'abord, elles ont envisagé la possibilité de construire le nouvel hôpital sur un terrain qui leur avait été donné à cette fin par la Drummondville Cotton Company. Toutefois, celui-ci s'avérait trop petit dans le cas d'éventuels agrandissements et elles ont plutôt choisi de se tourner vers les Frères de la Charité, qui possédaient un terrain fort intéressant sur la rue Heriot.



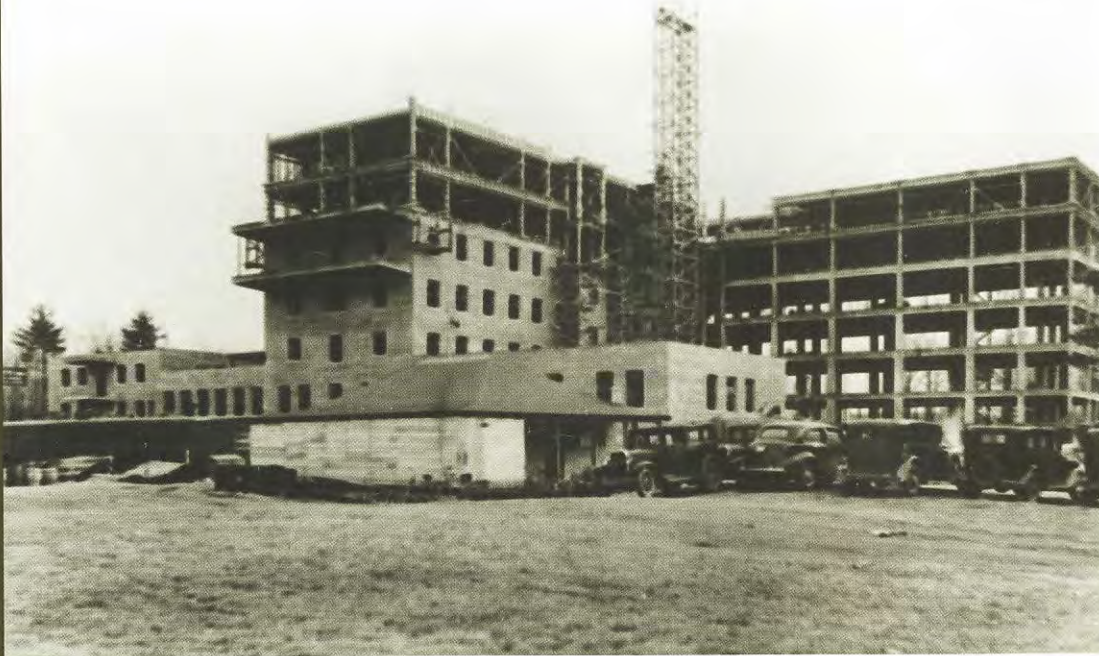
Ainsi, le 18 octobre 1946, pour la somme de 31 875 \$, elles ont fait l'acquisition du terrain sur lequel se trouve aujourd'hui l'Hôpital Sainte-Croix.

Les travaux de construction ont débuté le 24 mai 1947, sous la supervision de l'architecte sherbrookois Louis-N. Audet. Pour souligner la levée de la première pelletée de terre officielle, une cérémonie protocolaire a été tenue en présence de journalistes, de médecins, de politiciens et de membres du clergé.



24 avril 1947

Le ministre de la Santé, M. Albini Paquette,  
présent à la cérémonie d'inauguration  
du nouvel hôpital



Pendant la construction, les travaux ont été troublés par deux explosions de fournaies qui servaient à sécher les fondations du nouveau bâtiment. La première est survenue le 8 mars 1948 et a provoqué plusieurs dommages sur le chantier; la seconde s'est produite le 31 décembre de la même année et n'a rien endommagé, si ce n'est qu'un des employés a été brûlé aux mains et au visage.

Poursuite des travaux, 1948



*Pose de la pierre angulaire de l'hôpital*

*Armand Jutras, responsable de la maçonnerie de l'hôpital (à droite) et son ouvrier Étienne Proulx (au centre) lors de la pose de la pierre angulaire*





M<sup>re</sup> Paul Mayrand et M<sup>re</sup> Adolphe Demers  
lors de la cérémonie de bénédiction de  
l'Hôpital Sainte-Croix, 1949

L'hôpital a été béni par l'évêque de Nicolet le 21 juillet 1949, devant une foule évaluée à plus de 250 personnes. Parmi ces gens se trouvaient le ministre de la Santé, M. Albini Paquette, et de nombreux autres dignitaires. Trois jours plus tard, les premiers patients étaient transférés de l'ancien hôpital.



L'hôpital en 1948



Le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix en 1949 se composait des D<sup>r</sup> Marcel Goyer, Guy D'Argencourt, Lucien Hélie, Wilfrid Mélançon, Antoine Turcotte, Gille St-Onge, Jean-Marc Morin, Gaston Rodrigue, René Millet, Pierre-Paul Pion, Laurent Massé et J. L. Rodrigue Dugré



Une fois achevé, l'ensemble du projet qui portait la capacité d'accueil de l'établissement à 200 lits a coûté plus de 1 500 000 \$. Pour le financer, le gouvernement provincial a attribué un montant de 185 000 \$ et le gouvernement fédéral, de 191 680 \$. Le reste de la somme a été couvert par une souscription dirigée par M. Léo Surprenant et un emprunt hypothécaire a été contracté par les Sœurs Grises de Nicolet.

Les religieuses ont utilisé l'ancien hôpital de la rue Brock pour ouvrir un hospice du nom de Foyer Saint-Paul. Celui-ci a accueilli les personnes âgées de Drummondville jusqu'à l'ouverture du Centre hospitalier Georges-Frédéric en 1967.



Cantine de l'Institut national canadien pour les aveugles ouvert le 20 juin 1950 — M. Ovide Bigué au comptoir

Durant les années 50, de nombreuses améliorations ont permis de diversifier les services offerts à la population. Parmi les plus importantes, il y a eu l'équipement pour le traitement de la poliomyélite, acquis grâce à une souscription de 4 000 \$ provenant de la Légion canadienne. De plus, en 1955, on a procédé à l'ouverture d'une clinique anticancéreuse, laquelle a été subventionnée par les gouvernements provincial et fédéral. Enfin, la même année, l'équipe médicale a été enrichie de la présence d'un pathologiste, M. J.-P. Tremblay.

Foyer Saint-Paul, 1949



À partir de 1926, l'Hôpital Sainte-Croix a amorcé sa transition vers l'implantation d'une médecine hospitalière moderne. D'abord, on a construit un hôpital distinct à l'intérieur duquel une technologie de pointe a graduellement fait son apparition. Parallèlement à ces innovations technologiques, le personnel

médical et paramédical s'est spécialisé grâce à l'organisation d'un bureau médical, qui a imposé des règles de pratique plus strictes, et grâce à l'ouverture d'une école de soins infirmiers qui a contribué à la professionnalisation du métier d'infirmière. Enfin, l'amélioration des conditions d'accueil, qui a débuté avec la construction de la seconde annexe, a marqué une rupture définitive avec l'époque où l'Hôpital Sainte-Croix était d'abord et avant tout un lieu d'accueil pour les indigents.

En agréant l'Hôpital Sainte-Croix en 1952, l'American College of Surgeons a consacré en quelque sorte tous les efforts déployés pour l'inscrire dans la modernité hospitalière. Alors que certaines institutions ont réussi à opérer cette transition en quelques années seulement, les Sœurs Grises de Drummondville ont constamment été ralenties par le manque de financement. Cette situation a parfois donné lieu à de l'improvisation, mais à la veille du grand bouleversement qu'a provoqué l'implication gouvernementale dans les soins de santé, elles ont réussi avec brio à classer leur hôpital parmi les meilleurs de la province.

Luce Auger, alors âgée de 4 ans, hospitalisée pendant 52 jours en 1956. Depuis novembre 1973, elle occupe le poste de téléphoniste à l'Hôpital Sainte-Croix.



1910 - 2010

*Cent ans d'histoire*

Chapitre 3

**La nationalisation de l'hôpital et son intégration dans le réseau public (1960-1973)**

Au Québec, l'élection du gouvernement libéral de Jean Lesage, en juin 1960, marquait le début des réformes étatiques ayant constitué l'une des caractéristiques fondamentales de la Révolution tranquille.

Au cours des quinze années qui ont suivi, le rôle économique de l'État s'est considérablement développé.



# La polifunzionalità...

1973



« ... le médecin devra assumer la responsabilité de procurer le meilleur service possible aux patients sous ses soins et il devra faire sa part pour maintenir et augmenter l'efficacité générale, ceci en donnant les meilleurs soins professionnels... qu'il soit conscient de ses devoirs et responsabilités. Summum jus, summa injuria. Tout ce que je viens de rappeler, presque tous l'avez compris depuis longtemps. C'est d'ailleurs la grande cause de nos succès progressifs, de la bonne entente qui règne et de l'esprit d'équipe qui a toujours animé tous les membres de cet hôpital. Cette compréhension mutuelle a acquis une réputation enviable à l'hôpital. »

*Docteur Gaston Rodrigue  
 Directeur médical, Hôpital Sainte-Croix  
 janvier 1960*

Avant cette période, l'implication économique du gouvernement était essentiellement supplétive, c'est-à-dire que sans se substituer à l'entreprise privée, elle ne servait qu'à lui fournir un appui financier dans les domaines où la rentabilité était impossible. À partir de 1960, l'État québécois a cependant cherché à orienter le développement économique en devenant lui-même un intervenant à part entière.

En matière de soins de santé et de services sociaux, ce changement d'orientation s'est manifesté étape par étape et a mené, au terme du processus, à l'intégration des principaux organismes sociosanitaires au sein du réseau public. Lentement, l'État s'est métamorphosé. De réforme en réforme, il est passé de simple bailleur de fonds pour organismes de charité privés<sup>47</sup> à architecte et maître d'œuvre d'un réseau de santé public.

47. Le terme « organisme privé » inclut les hôpitaux détenus par les communautés religieuses et les hôpitaux privés laïques. Il faut rappeler qu'en 1961, 64,5 % des hôpitaux, qui ne regroupaient toutefois que 41,5 % des lits, étaient détenus par des laïcs. Dans François GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal Express, 1996, p. 68.

Annette Fontaine au laboratoire de la pouponnière, devant le stérilisateur de biberons en pyrex en 1959. Elle a été infirmière-chef de ce département de 1961 à 1996.



Louissette Autotte, André Fortin, Mario Dumais  
et Jacques St-Georges lors d'une réunion syndicale de la CSN  
en 1972

Au cours de cette grande réforme du système sociosanitaire, l'objectif poursuivi par chacune des étapes du processus était l'amélioration de l'accessibilité universelle à des soins de santé gratuits et de qualité. Sous l'ancienne Loi de l'assistance publique, seules les personnes à faible revenu pouvaient se faire hospitaliser gratuitement. Alors que les mieux nantis pouvaient aisément se payer l'ensemble des services de santé requis, le problème de l'accessibilité aux soins pour les individus dont le revenu était moyen restait entier.

Pour remédier à la situation, le gouvernement libéral a mis sur pied un régime universel d'assurance publique, rompant ainsi avec l'ancienne administration unioniste qui souhaitait établir un régime privé. Dans un premier temps, l'assurance publique couvrait les frais d'hospitalisation pour toute la population. Ensuite, elle a intégré les honoraires médicaux pour les assistés sociaux, et finalement, cette même couverture s'est étendue à l'ensemble de la population, par le biais de l'assurance-maladie.

Gain important pour la majorité de la population, la prise en charge du système sociosanitaire par l'État québécois ne s'est toutefois pas fait sans heurts. En effet, alors que la Fédération des médecins spécialistes du Québec a mené une grève contre « la médecine d'État », les communautés religieuses se sont vu imposer un nombre croissant de règles, qui diminuaient et encadraient leur rôle administratif au sein de leurs propres établissements hospitaliers.

Yvan Lemire, Alonzo Malouin, Magella Croteau, Gérard Fradet,  
Rock Beaudet, Gaétan Prince et Claude Joyal,  
membres du conseil d'administration  
de l'Hôpital Sainte-Croix en 1973



Malgré le mouvement d'étatisation qui, pendant près de quinze ans, a bouleversé l'ordre social traditionnel en matière de soins de santé, les Sœurs Grises de l'Hôpital Sainte-Croix n'ont ménagé aucun effort pour se conformer aux exigences imposées par les réformes gouvernementales. Pour ce faire, elles ont complètement changé le mode d'administration de l'hôpital et ont déployé des ressources financières considérables en vue d'augmenter la capacité d'accueil de leur établissement. En dépit de ces efforts, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur la santé et les services sociaux, la communauté des Sœurs Grises en est venue à la conclusion que le jeu n'en valait plus la chandelle. Aux prises avec une baisse constante des effectifs religieux et avec un déficit cumulé de 521 966 \$ en dix ans de régime public, elle a officialisé, en 1973, la vente de l'hôpital au ministère des Affaires sociales du Québec.



## Les trois étapes de la prise en charge par l'État des coûts liés aux soins de santé

Il est clair, que dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement libéral de Jean Lesage a voulu opérer des réformes dans le système sociosanitaire de la province. Pour orienter sa démarche, il a commandé une étude sur l'assurance sociale, qui a duré de 1961 à 1963 (rapport Boucher). Cette dernière proposait de mettre de l'avant le principe de l'universalité des programmes d'aide à travers des politiques globales et cohérentes<sup>48</sup>. On souhaitait ainsi faire en sorte « que tout individu dans le besoin [ait] droit à une assistance de la part de l'État, quelle que soit la cause immédiate ou éloignée de ce besoin »<sup>49</sup>. Cette attitude tranchait nettement avec les anciens programmes d'aide fondés sur le principe de la charité, qui ne s'adressaient qu'aux indigents et qui reposaient trop souvent sur la notion arbitraire du mérite. Pendant la décennie qui a suivi, le gouvernement a mis en œuvre cette recommandation en trois temps.

### 1) La Loi sur l'assurance-hospitalisation (1961)

Le 1<sup>er</sup> janvier 1961, la Loi sur l'assurance-hospitalisation entrait en vigueur. Désormais, chaque citoyen québécois pouvait se faire hospitaliser sans avoir à déboursier aucun autre frais que les honoraires demandés par les médecins. Cette mesure a largement été critiquée par les nationalistes conservateurs de l'Union nationale, car, disaient-ils, en plus de nier le système de valeurs traditionnel canadien-français, qui était basé sur la charité et la responsabilité individuelle, elle permettait à la mentalité socialiste du gouvernement fédéral de s'immiscer dans un champ de compétence exclusif aux provinces<sup>50</sup>.

En effet, contrairement au partage des pouvoirs prescrit dans la Constitution canadienne de 1867, qui définit le champ sociosanitaire comme étant de compétence provinciale, c'est le gouvernement fédéral qui, en 1957, a instauré le premier programme d'assurance-maladie public gratuit. À cette époque, le gouvernement libéral de Louis Saint-Laurent jetait les bases du système de santé canadien en proposant aux provinces de partager les coûts liés à la création d'un programme d'assurance-hospitalisation. Or, au Québec, l'implantation de ce programme a été retardée de trois ans, car le gouvernement de l'Union nationale refusait d'y adhérer, en guise de protestation contre le non-respect des champs de compétences. Ainsi, ce n'est qu'avec l'arrivée au pouvoir des libéraux que le Québec a mis sur pied le programme conjoint de l'assurance-hospitalisation.

48. *Idem*, p. 80.

49. Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique, institué par l'arrêté en conseil 2369 du 6 décembre 1961 (rapport Boucher), 1963, *Ibidem*, p. 80.

50. Union nationale, « J. J. Bertrand : on va contre la doctrine sociale de l'Église » et « Inconstitutionnelle et dictatoriale », *Le Temps*, vol. 21, n° 43, p. 4.

### Description de la couverture de l'assurance-hospitalisation en 1961

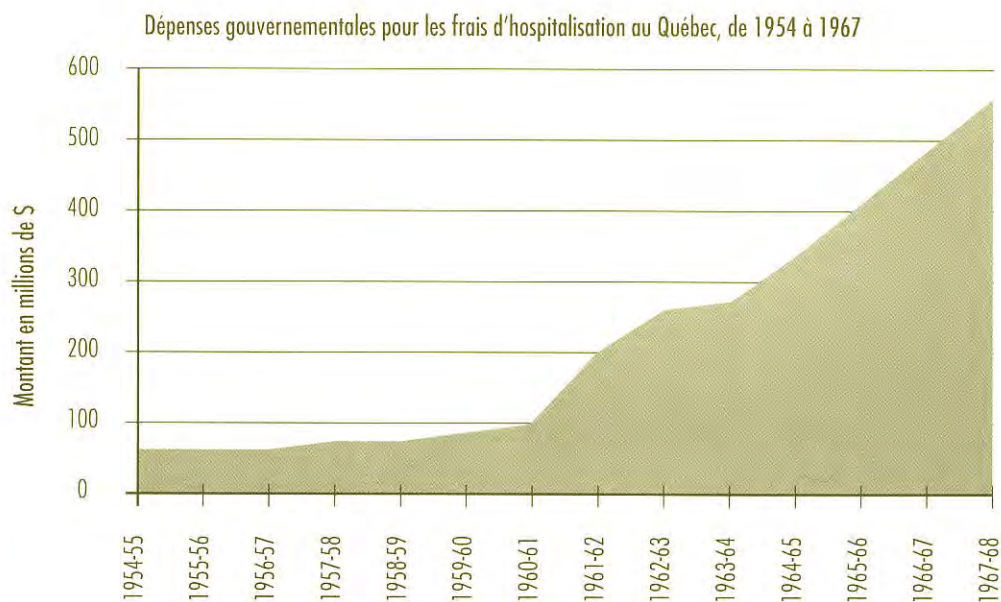
Pendant l'hospitalisation		Patients externes
<b>Services assurés</b>	<b>Services non assurés</b>	
Lit en salle commune	Honoraires des médecins	
Repas	Chambre à deux lits	
Soins infirmiers	Chambre individuelle	
Tests diagnostiques		
Médicaments		
Usage des salles d'opération		
Usage des équipements médicaux		
Frais d'administration		
Frais d'entretien des bâtiments		Aucun service assuré

51. Le Devoir du 12 avril 1962, dans James Iain GOW, *Histoire de l'administration publique québécoise*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1986, p. 242.

52. Le *per diem* représente l'ensemble des coûts liés à l'hospitalisation d'un patient pendant une journée.

53. 150,69 patients par jour X 365 jours = 55 001,85 journées d'hospitalisation par année.

Dès l'entrée en vigueur du programme, plusieurs citoyens se sont prévalus de leur droit d'être hospitalisés gratuitement et les dépenses en santé ont augmenté considérablement, accaparant ainsi, d'année en année, une part croissante du budget de l'État. « En 1961, on [s'attendait] à une hausse de la clientèle des hôpitaux de l'ordre de 90 000, mais elle [fut] de 150 000, faisant passer le nombre total de clients de 750 000 à 900 000 »<sup>51</sup>. En conséquence, l'une des principales préoccupations du ministère de la Santé du Québec, qui était en charge d'administrer le programme conjoint de l'assurance-hospitalisation, consistait à freiner l'augmentation des coûts liés à ce programme.



\*L'assurance-hospitalisation est entrée en vigueur en 1961

Source : Gouvernement du Québec, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, Tome 1, 1970, dans François GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal Express, 1996, p. 81.

## PER DIEM ANNUELS

	1967		1968	
	Dépenses admissibles	Budget approuvé	Dépenses admissible	Budget approuvé
<b>DÉPENSES TOTALES</b>	<b>2 740 876 \$</b>	<b>2 405 875 \$</b>	<b>3 114 519 \$</b>	<b>2 874 382 \$</b>
Déduire				
Revenus externes, supplément et autres	372 615	297 331	477 021	495 883
	2 368 261	2 108 544	2 637 498	2 378 499
Jours patients de nouveau-nés à 6 \$	47 016	54 750	46 254	51 480
	2 321 245 \$	2 053 794 \$	2 591 244 \$	2 327 019 \$
Jours patients	53 771	55 000	61 932	60 000
<b>PER DIEM</b>	<b>43,17 \$</b>	<b>37,34 \$</b>	<b>41,84 \$</b>	<b>38,78 \$</b>

SAISON, BELAIR, CÔTÉ, LACROIX ET ASSOCIÉS

Source : Bilan financier — Hôpital Sainte-Croix 1968

Pour être autorisées à hospitaliser des patients aux frais du régime d'assurance-hospitalisation, les religieuses de l'Hôpital Sainte-Croix ont dû signer un contrat de service avec le ministère de la Santé. En agissant de la sorte, elles ont cédé une large part de leur autonomie administrative, car si la ratification de ce contrat leur garantissait le paiement des soins dispensés sans égard aux revenus des patients, en revanche, elle imposait une méthode de calcul du prix de journée (ou *per diem*<sup>52</sup>) qui ne tenait pas compte des coûts réels liés à leur institution.

Par exemple, au début de l'année 1967, pour l'Hôpital Sainte-Croix, le ministère de la Santé a autorisé 55 000 journées d'hospitalisation<sup>53</sup> à raison de 37,34 \$ chacune. Or, à la fin de l'année, le bilan financier montre plutôt que le prix de journée (*per diem*) réellement dépensé par l'hôpital se chiffre à 43,17 \$. Pour 1967, le manque à gagner était donc de 5,83 \$ par patient par jour, soit un total de 313 484 \$ pour l'ensemble des 53 771 journées d'hospitalisation dispensées durant l'année.

« Le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix recommande:

2. Le droit de percevoir des honoraires justes pour les services rendus et ceci pour tous les patients hospitalisés en chambre privée, semi-privée, salle publique et même patients d'assistance publique.

Nous croyons nécessaire de faire une mise au point au sujet de ces cas d'assistance publique :

- a) chacun sait que les cartes d'assistance publique sont émises actuellement sans enquête sérieuse et ne reflètent pas nécessairement l'état d'infortune du patient, mais plus souvent le degré d'amitié entre le bénéficiaire de la carte et le signataire;
- b) que ces cartes sont émises avec l'impression générale dans le public que les médecins sont payés par le gouvernement<sup>54</sup>;
- c) que la municipalité se fait rembourser, très souvent, par le patient<sup>55</sup>;
- d) que l'hôpital, très souvent, exige que le patient paie la balance non payée du compte;
- e) qu'on tait ou cache ces choses, mais c'est un « tollé » général quand un médecin ose adresser un compte à un patient qu'il sait avoir obtenu la carte par protection politique ou autre, et non par indigence réelle;
- f) on doit admettre que le médecin a droit à ses honoraires comme tout ouvrier, tout corps de métiers, tout autre professionnel, avocat, notaire, ingénieur. Ceci est un principe bien connu dans le milieu ouvrier et le milieu journalistique! Pourquoi le refuse-t-on aux médecins? Qu'on passe donc une loi astreignant les plombiers, électriciens, journaliste et avocats à donner leurs services gratuitement! Nous devinons la réaction<sup>56</sup>. »

L'exercice financier de 1967 n'a pas été un cas isolé et, subséquemment à l'implantation du régime d'assurance-hospitalisation, chaque année apportait son déficit. Pour combler l'écart, les religieuses ne pouvaient pas charger de frais supplémentaires aux patients, car le contrat de service qu'elles avaient avec le ministère de la Santé l'interdisait formellement. Elles ne pouvaient non plus compter sur les revenus des patients externes, car ceux-ci étaient retranchés des dépenses servant à établir le montant du prix par journée. Ainsi, chaque année, elles devaient négocier avec le ministère pour faire approuver les dépenses supplémentaires. Or, si certaines d'entre elles leur étaient remboursées, d'autres leur étaient refusées et un déficit commençait à s'accumuler.

En somme, l'arrivée de l'assurance-hospitalisation a beaucoup profité à la classe moyenne qui avait désormais accès à l'hospitalisation sans se ruiner. En revanche, elle amorçait un changement majeur dans le rôle que jouaient les religieuses au sein de l'hôpital. Depuis l'arrivée des infirmières laïques, la sphère administrative était demeurée leur chasse gardée, mais à partir de 1961, elles ont dû apprendre à composer avec un État qui prenait de plus en plus de place dans le processus décisionnel de leur hôpital.

## 2) La Loi sur l'assistance-médicale (1966)

Jusqu'en 1966, le système de l'assistance publique prévalait pour venir en aide aux indigents qui nécessitaient une hospitalisation. Cependant, dès 1952, les membres du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix s'étaient plaints du mauvais fonctionnement de ce système. En décembre 1959, dans le cadre de la consultation préparatoire à un projet de loi visant à corriger la situation, le D<sup>r</sup> Hervé Gagnon, gouverneur du

district 4 du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, a demandé au bureau médical de formuler des recommandations en vue de proposer au ministre certains changements. Cet extrait du document préparé par les médecins de Drummondville (voir encadré ci-haut) permet de comprendre les griefs exprimés envers la Loi de l'assistance publique.

Avec le changement de gouvernement, en juin 1960, la réforme de l'assistance publique a été mise sur la glace et on a plutôt étudié la possibilité d'instaurer un nouveau programme pour venir en aide aux indigents. C'est dans ce contexte qu'en 1966, la Loi sur l'assistance-médicale est entrée en vigueur. Par cette mesure, les consultations médicales étaient incluses dans la couverture offerte aux assistés sociaux. Dès lors, chaque fois qu'un médecin faisait une consultation pour un bénéficiaire de

54. La Loi de l'assistance publique obligeait les médecins à soigner les indigents gratuitement.

55. Lors de l'émission d'une carte d'assistance-publique, la municipalité était tenue de déboursier jusqu'au tiers des dépenses engagées pour l'hospitalisation du patient détenant une carte. Cette obligation devait servir de ticket modérateur, mais dans la mesure où le patient remboursait la part déboursée par la municipalité, celle-ci devenait moins scrupuleuse.

56. ASHD, Procès-verbaux du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, 26 janvier 1960. Lettre du D<sup>r</sup> Laurent Massé, secrétaire du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, au D<sup>r</sup> Hervé Gagnon, gouverneur du district 4 du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, p. 469.

57. « Historique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », page consultée sur le site Web de la FMOQ, le 8 mars 2010, à cette adresse : <http://www.fmoq.org/fr/fmoq/history/60/default.aspx>.

l'assistance-médicale, il recevait des honoraires de la part du gouvernement.

Même si cette mesure contribuait à augmenter les revenus des médecins, plusieurs d'entre eux l'ont accueillie avec méfiance. En effet, comme on le verra plus tard, ici aussi, l'intervention financière de l'État était accompagnée d'une série de normes qui encadraient la liberté d'entreprise des médecins, notamment concernant la fixation des honoraires. On craignait alors que



Marcel Gaudette,  
président du conseil d'administration  
de 1963 à 1967



la « médecine d'État » entraîne l'implantation du salariat au sein du corps médical.

Lors de l'entrée en vigueur de ce nouveau programme, les médecins généralistes ont négocié le montant de leurs honoraires par l'entremise de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Ce regroupement d'associations régionales existait déjà depuis 1963, mais jusqu'en 1966, son objectif était principalement l'organisation de l'enseignement médical continu et la mise sur pied d'un régime d'assurance collective pour ses membres. Cependant, vu la nécessité de négocier avec le gouvernement, la FMOQ est devenue un véritable syndicat de médecins. De leur côté, les médecins spécialistes ont préféré fonder une organisation distincte et se regrouper par spécialité. C'est ainsi qu'est née, en 1965, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)<sup>57</sup>. Lors des négociations subséquentes, le gouvernement s'est adressé à ces deux associations, qui sont devenues les interlocuteurs officiels du corps médical.

Photo prise lors d'une réunion du personnel  
du laboratoire de l'hôpital, Noël 1962

En 1966, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de réformer le programme d'assurance-hospitalisation de 1961 afin d'y inclure la totalité des coûts liés aux soins de santé, y compris les honoraires médicaux. Au Québec et en Ontario, cette proposition a suscité de vives réactions, car il s'agissait, une fois de plus, d'une incursion du fédéral dans un champ de compétence provinciale.

Pour mettre un terme à la querelle, le gouvernement libéral de Lester B. Pearson a alors proposé de régler 50 % des coûts du programme et de laisser aux provinces la liberté d'établir leurs propres structures. Cependant, pour être admissibles aux subventions fédérales, les programmes d'assurance-maladie provinciaux devaient respecter cinq principes de base, à savoir :

- l'accessibilité;
- l'universalité;
- la gratuité de tous les soins dispensés par un médecin;
- l'administration du régime de l'assurance-maladie sans but lucratif;
- la couverture transférable d'une province à l'autre<sup>58</sup>.

Dans les hôpitaux du Québec, la mise en place de l'assurance-hospitalisation avait provoqué une situation chaotique et on voulait à tout prix éviter de revivre une situation semblable lors de l'implantation de l'assurance-maladie. À cette fin, en 1966, le gouvernement a instauré la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, présidée par Claude Castonguay et Gérard Nepveu (Commission Castonguay-Nepveu)<sup>59</sup>.

De l'avis des commissaires, la configuration du système sociosanitaire provoquait une gestion irrationnelle et irresponsable. D'une part, il n'existait pas de réseau d'organismes intégrés sous une direction commune. La plupart des hôpitaux étaient privés, les unités sanitaires relevaient du ministère de la Santé et les services de santé scolaire et en milieu de travail relevaient de leur ministère respectif. Il en résultait donc un dédoublement de l'utilisation des ressources et un risque d'incohérence entre les différents organismes. D'autre part, les coûts du système étaient prohibitifs. Selon les commissaires, cette situation était produite par l'existence d'un incitatif à la surconsommation des services. Étant donné que les soins diagnostiques et thérapeutiques étaient couverts uniquement pour les patients internes, les médecins prescrivaient l'hospitalisation dans des cas où un rendez-vous en clinique externe aurait suffi, et ce, afin d'éviter des frais à leur clientèle. De plus, comme les médecins étaient rémunérés à l'acte, plus ils prescrivaient et consultaient, plus leurs bénéfices étaient élevés<sup>60</sup>.

Les commissaires ont donc recommandé de regrouper tous les programmes de santé et de créer un organisme qui en ferait une gestion rigoureuse. En conformité avec leurs recommandations, on a créé la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en 1969. Pendant un an, celle-ci a étudié les diverses possibilités pour instaurer l'assurance-maladie au Québec et le 1<sup>er</sup> novembre 1970, elle entrait en vigueur. Depuis cette date, tous les citoyens québécois reçoivent gratuitement l'ensemble de leurs soins diagnostiques, curatifs et médicaux.

58. « Bilan de l'assurance-maladie », émission *Le Point*, diffusée le 16 février 1993, consultée sur le site Web des archives de Radio-Canada, le 8 mars 2010, à cette adresse : [http://archives.radio-canada.ca/sante/sante\\_publique/dossiers/213/](http://archives.radio-canada.ca/sante/sante_publique/dossiers/213/).

59. En tout, son rapport final contenait sept tomes, dont le dernier a été remis en 1972. On le verra plus loin, les recommandations des commissaires ont donné lieu à une réorganisation complète du réseau sociosanitaire québécois.

60. James Iain GOW, *op. cit.*, p. 244.



## Implantation de l'assurance-maladie

Comme en 1966, lors de la mise en place de la Loi sur l'assistance-médicale, l'implantation de l'assurance-maladie a suscité une série de négociations entre le gouvernement et les deux fédérations de médecins. Pour la FMOQ, qui a salué l'arrivée de l'assurance-maladie, l'objectif poursuivi était d'obtenir, lorsqu'ils posaient le même acte médical, une rémunération égale à celle des médecins spécialistes. Si les omnipraticiens ont obtenu gain de cause, en revanche, la FMSQ, qui militait contre l'implantation de l'assurance-maladie, n'a pas connu le même succès.

En effet, en pleine crise d'octobre 1970, les médecins spécialistes ont provoqué un arrêt de travail dans les hôpitaux québécois. Motivés par des intérêts corporatistes qui ne tenaient pas compte des besoins de la population, ceux-ci souhaitaient bloquer la mise en place du régime universel d'accès aux soins de santé, car ils s'opposaient à ce que leurs honoraires soient déterminés par le ministère sur une base uniforme. Après 14 jours de grève en faveur du statu quo, essouffés et sachant qu'ils menaient cette bataille seuls contre le Québec entier, ils ont mis fin à leur moyen de pression sans avoir été entendus.

D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue, Axel Paquette,  
Fernand Picard et Claudette Labonté, 1970



61. Entrevue réalisée avec le D<sup>r</sup> Jean Quintal, 11 mars 2010.

## pour faire face à la démocratisation de l'accessibilité aux soins

Avec l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation, une situation sans précédent s'est produite à l'Hôpital Sainte-Croix : la capacité d'accueil maximale a été atteinte et on a dressé la première liste d'attente depuis la fondation de l'institution. Bien que ce phénomène ait été anticipé, il a tout de même marqué une rupture profonde avec l'époque où, avant de commencer leur journée, médecins, infirmières et religieuses priaient pour que l'hôpital ait beaucoup de malades à soigner<sup>61</sup>.

Pour répondre à la demande, les religieuses ont procédé à plusieurs réorganisations. Si certaines d'entre elles étaient entreprises de leur plein gré, d'autres leur étaient imposées par le gouvernement. Le 31 janvier 1961, l'essentiel de la tâche à accomplir était résumé dans un discours que le directeur médical de l'hôpital, D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue, a adressé aux membres du bureau médical, dans le cadre d'un bilan annuel.

« Avec l'entrée en vigueur d'un plan d'assurance-hospitalisation, il y aura plusieurs modifications, quelques routines à changer.[...] Pour éliminer tout contrôle extérieur, ayons un contrôle interne efficace et très étroit. L'on tentera sûrement d'éviter les hospitalisations inutiles ou de diminuer la durée de séjour. C'est de notre intérêt à tous de nous conformer aux nouvelles directives et d'apporter nos propres corrections si nous ne voulons pas nous les voir imposer par des contrôleurs étrangers à notre milieu.

Nous manquons présentement d'espace et ceci empirera probablement. Espérons que l'École des infirmières se construise à brève échéance et que le foyer dont il est question (le Pavillon Georges Frédéric) serve à une triple fin, soit pour les vieillards, les malades chroniques et les convalescents. Ceci contribuerait à décongestionner l'hôpital et libérer des lits.

[...] Je ne crois pas que l'on doive systématiquement s'opposer à un plan désirable et désiré de la population, et j'espère que les modalités d'application seront ajustées aux besoins si nous continuons de bien faire. L'on voudra diminuer les coûts de la médecine hospitalière, mais on hésitera à risquer d'en diminuer la qualité si l'administration et le corps médical font bloc pour la sauvegarde de nos prérogatives et l'exercice d'une bonne médecine<sup>62</sup>. »

## et l'émergence du leadership laïque

Jusqu'au début des années 60, le leadership laïque à l'Hôpital Sainte-Croix s'organisait essentiellement par l'entremise des médecins membres du bureau médical. Cependant, avec l'étatisation des coûts du système sociosanitaire, le premier changement majeur à survenir dans le cadre de la réorganisation hospitalière a été l'apparition de laïcs au sein des structures

administratives. Bien que cette mesure ait été imposée par le gouvernement, la collaboration entre les laïcs et les religieuses s'est déroulé sans embûche<sup>63</sup>.

Le 16 mai 1960, le premier pas a été franchi avec la création de la corporation de l'Hôpital Sainte-Croix. Même si cet événement n'a pas permis aux laïcs d'accéder à des postes décisionnels, il a créé la structure légale qu'ils ont pu investir par la suite.

62. ASHD, Procès-verbaux du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Assemblée annuelle du 31 janvier 1961, p. 532.

63. À plusieurs endroits dans les procès-verbaux des assemblées du bureau médical, on remercie les religieuses pour leur dévouement. De plus, lors d'entretiens avec S<sup>r</sup> Réjeanne Letendre et les D<sup>rs</sup> Bélisle, Bertrand, Rivard et Quintal, personne n'avait souvenir d'événements fâcheux majeurs entre les laïcs et les religieuses.

S<sup>r</sup> Georgette Charrette



64. Au moment où les religieuses ont formé la corporation de l'Hôpital Sainte-Croix, il n'existait aucune obligation légale de le faire.

65. Denis GOULET, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Une histoire médicale, 1954-2004*, Sillery, Les éditions du Septentrion, 2004, p. 67.

En fait, pour être membre de la corporation fondée en 1960, la charte stipulait qu'il fallait appartenir à la communauté des Sœurs Grises de Montréal et être nommé par la supérieure générale ou son assistante. Ainsi, le 15 août 1960, la mère Béatrice Saint-Louis désignait quatre religieuses pour appartenir à la corporation : S<sup>r</sup> Georgette Charette, supérieure de l'Hôpital Sainte-Croix, S<sup>r</sup> Thérèse Thibeault, première conseillère, S<sup>r</sup> Émilienne Charpentier, deuxième conseillère, et S<sup>r</sup> Claire Précourt, secrétaire.

Au regard de la loi, la nouvelle corporation conférait à l'hôpital un statut de personne morale à part entière. Dans les faits, le pouvoir demeurait cependant à Montréal, car la permission de la supérieure générale de la maison-mère était obligatoire pour entreprendre les actions suivantes :

- acquérir, aliéner ou hypothéquer les biens meubles et immeubles;
- placer des capitaux;
- contracter des prêts;
- émettre des obligations;
- construire de nouveaux bâtiments;
- acquérir, vendre ou cesser une œuvre;
- émettre, modifier ou abroger des règlements de régie interne.

Les sources consultées ne permettent pas d'expliquer pourquoi, à la veille de l'implantation de l'assurance-hospitalisation, les religieuses ont procédé à l'incorporation de l'hôpital<sup>64</sup>. Or, on peut émettre l'hypothèse que, suivant les conseils du D<sup>r</sup> Rodrigue, elles ont amorcé les changements par elles-mêmes, avant que la loi ne les contraigne de le faire. De cette manière, peut-être pensaient-elles pouvoir limiter l'ingérence gouvernementale?

### *Scandale de l'Hôpital Jean-Talon*

*Le 21 mars 1961, la une du journal Le Devoir rapportait une affaire de mauvaise gestion à l'Hôpital Jean-Talon de Montréal. Selon le quotidien, plusieurs irrégularités administratives avaient été relevées et le président et fondateur de l'institution, le D<sup>r</sup> Hori, était sévèrement blâmé. Au chapitre des accusations : « conflit d'intérêts, pots-de-vin, mauvaise tenue des dossiers médicaux, absence de contrôle des actes médicaux, interventions chirurgicales dangereuses et inutiles, décès douteux de patients et comportements autoritaires du président<sup>65</sup>. » Le Québec était la seule province canadienne qui n'avait pas de loi pour encadrer les administrations hospitalières et cette affaire a pressé le gouvernement à réagir. On a créé la Commission Chabot pour enquêter sur le scandale et dans son rapport, le commissaire a suggéré au ministre de la Santé d'emboîter le pas au reste du Canada en légiférant. La Loi sur les hôpitaux a ainsi été adoptée en juillet 1962.*

Jusqu'en 1962, l'administration de l'Hôpital Sainte-Croix était donc demeurée une affaire réservée aux religieuses. Celles-ci avaient certes dû apprendre à composer avec le pouvoir relatif du bureau médical et du gouvernement, mais jusqu'à cette période, les laïcs avaient toujours été exclus des instances décisionnelles. Avec la Loi sur les hôpitaux, la situation a basculé. En effet, il était clairement stipulé que : « Toute corporation qui [maintenait] un hôpital public<sup>66</sup> [devait] avoir un conseil d'administration ayant autorité complète sur la gestion de l'hôpital » et que cette instance devait absolument être composée de la façon suivante :

- au moins un membre appartenant au bureau médical et désigné par celui-ci;
- pas plus du tiers des sièges détenus par le corps médical;
- pas plus du tiers des autres sièges détenus par les employés autres que les médecins;
- aucun des autres membres du conseil ne pouvait être choisi parmi les parents ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain, des membres visés aux points 2 et 3;
- le président du conseil ne pouvait être choisi parmi les personnes désignées aux points 2 et 3<sup>67</sup>.

Les règlements découlant de la Loi sur les hôpitaux ont été décidés conjointement par l'Association des hôpitaux du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Étant donné le désaccord entre ces deux organisations, on a mis sept ans avant d'adopter définitivement les règlements. Aussi, c'est sans doute en raison de la confusion accompagnant cette démarche que le premier conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix



Sr Jacqueline Lacroix

n'a siégé officiellement que le 6 juillet 1964. Il était composé de huit membres, soit M. Marcel Gaudette, président, Sr Léontine Mongrain, vice-présidente, Sr Jacqueline Lacroix, directrice générale, mère Clarilda Fortin, Sr Marie-Ange Baril, Sr Émilienne

Charpentier, D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt et M. Gordon Kittson<sup>68</sup>. De plus, on a accordé un droit d'assistance à Sr Claire Précourt et au directeur médical, le D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue. Au cours des années qui ont suivi, ce dernier est devenu un acteur clé dans l'administration hospitalière de Sainte-Croix.

La formation de plusieurs comités administratifs a également contribué à la laïcisation de l'administration hospitalière. En 1966, en conformité avec la Loi sur les hôpitaux, on a mis sur pied un comité de régie interne qui se réunissait hebdomadairement pour échanger et rendre des décisions quant à l'administration des affaires courantes de l'hôpital. Pour la première fois de l'histoire de l'hôpital, les religieuses étaient minoritaires sur une instance administrative. En effet, en plus de la directrice générale, Sr Jacqueline Lacroix, et de la directrice des soins infirmiers (*nursing*), Sr Léontine Mongrain, ce comité rassemblait les laïcs suivants : le directeur médical, D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue, le directeur des services auxiliaires, M. Axel Paquette, le directeur financier, M. Fernand Picard, et le directeur du personnel, M. Jean-Paul Boisclair<sup>69</sup>.

66. Au sens de la loi, l'Hôpital Sainte-Croix était un hôpital public.

67. Province de Québec, « Loi sur les hôpitaux », *Statuts de la province de Québec*, Eliz. II, chap. 44, 1962, p. 173.

68. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 6 juillet 1964, p. 42.

69. ASHD, Procès-verbaux du comité de régie de l'Hôpital Sainte-Croix, 1966.



### *Gaston Rodrigue*

*Diplômé de l'Université Laval en médecine, le D<sup>r</sup> Rodrigue a servi dans l'armée de 1943 à 1945. À son retour, il a été admis au bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix en 1947. À la suite des recommandations du D<sup>r</sup> Guy D'Argencourt, il a complété sa formation et est devenu, en 1951, le premier spécialiste certifié en radiologie de l'hôpital. L'aspect administratif l'a intéressé dès le début de sa carrière et, de 1952 à 1968, il a occupé le poste de directeur médical de l'hôpital.*

*Durant ces années, le D<sup>r</sup> Rodrigue s'est démarqué également par son implication extra-hospitalière :*

- À partir de 1956, il est devenu président du Service de transfusions sanguines de la Croix-Rouge de Drummondville.*
- De 1955 à 1960, il a été président de la section drummondvilloise de la Société du cancer.*
- De 1959 à 1961, il a été président de l'Association des directeurs médicaux du Québec.*
- De 1964 à 1966, il a été président de l'Association des hôpitaux catholiques de la province de Québec et, en 1966, il a été président fondateur de l'Association des hôpitaux de la province de Québec.*
- De 1969 à 1970, il a aussi été président de la Chambre de commerce de Drummondville.*
- À partir de 1962, il est devenu consultant pour le service d'assurance-hospitalisation.*
- De 1970 à 1971, il a été président de l'Association des hôpitaux du Canada et président du Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux.*

*En 1968, à la suite du départ de la directrice générale, S<sup>r</sup> Jacqueline Lacroix, il l'a remplacée et est devenu le premier laïc à occuper la fonction de directeur général à l'Hôpital Sainte-Croix.*

*Malheureusement, en 1971, il a été atteint d'une maladie et est décédé quelques mois plus tard. En plus d'avoir favorisé une administration faisant du dialogue entre les différents acteurs une priorité, il a fait de l'agrandissement de l'hôpital sa grande priorité.*

Le comité exécutif du bureau médical de 1970, composé des médecins Jean-Claude Lemaire, Claude Grondin, Claude Bélisle, Normand Houle, Hubert Saint-Pierre, Jean-Jacques Lafond et Noël Pelletier



Par la suite, la participation des laïcs s'est étendue au sein de plusieurs autres nouveaux comités administratifs. En 1969, on a créé le comité médico-nursing, dont l'objectif était de réunir des représentants des soins infirmiers et des médecins pour discuter, puis organiser la coordination entre les deux corps professionnels. En 1970, le comité d'éthique et de morale médicale a été formé et finalement, en novembre de la même année, à la suite de la grève des médecins spécialistes, on a formé le comité médico-administratif en vue de résoudre les problèmes existants entre l'administration et le corps médical.

En 1971, en votant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le gouvernement a mis de l'avant une nouvelle recommandation de la Commission Castonguay-Nepveu. Par cette mesure, il a créé le ministère des Affaires sociales et il lui a confié la gestion de la totalité des organismes sociosanitaires de la province.

Au chapitre des hôpitaux, de nouvelles mesures ont fait leur apparition quant à la composition des conseils d'administration. Les commissaires souhaitaient que la gestion des hôpitaux soit démocratisée et ils favorisaient la participation du public. En ce sens, la nouvelle loi imposait que les CA soient composés de la façon suivante :

- 2 personnes du public, élues par l'assemblée des bénéficiaires;
- 2 personnes recommandées par les secteurs socioéconomiques les plus représentatifs du territoire;
- 4 personnes élues pour 2 par la corporation;
- 1 professionnel nommé par le conseil consultatif des professionnels;

- 1 médecin désigné par le conseil des médecins et dentistes (bureau médical);
- 1 membre du personnel non professionnel;
- 1 personne désignée par le ou les CLSC de la région<sup>70</sup>.

En autorisant la corporation à ne nommer que quatre personnes au conseil d'administration de l'hôpital, cette nouvelle loi a eu pour effet de placer les religieuses en minorité. En conséquence, elle marquait l'étape finale de la laïcisation de l'administration hospitalière à Sainte-Croix. Cela dit, les Sœurs Grises sont demeurées propriétaires de l'établissement et leur implication n'a pas cessé pour autant.

70. Province de Québec, « Loi sur les services de santé et les services sociaux », *Statuts de la province de Québec*, Eliz. II, chap. 48, 1971, p. 347.



Élection des représentants du conseil d'administration de l'hôpital le 19 juin 1974

71. ASHD, Procès-verbaux du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Assemblée annuelle du 29 janvier 1963, p. 650.

72. Société d'histoire de Drummond, *L'Hôpital Sainte-Croix : 75 ans d'histoire*, 1986, p. 64.

## et l'agrandissement de l'hôpital

En 1962, l'Hôpital Sainte-Croix comptait 178 lits<sup>71</sup>. Selon les normes minimales, il aurait dû compter 5 lits par 1 000 habitants, soit 400 lits pour un bassin de 80 000 de population<sup>72</sup>. Avec l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation, cette situation est devenue alarmante et il fallait absolument trouver une solution. Si, au chapitre administratif, la réorganisation hospitalière s'est caractérisée par la laïcisation des instances, au chapitre de la capacité d'accueil, elle s'est manifestée par l'absolue nécessité d'agrandir.

Depuis les premières années de fondation de l'hôpital, le projet de diriger une école d'infirmières avait toujours été très précieux pour les religieuses. En conséquence, à partir de 1964, c'est vers la construction d'un pavillon destiné à cette fin qu'elles se sont tournées pour amoindrir le problème d'espace. À cette époque, l'école des infirmières occupait le sixième étage de l'hôpital et en la déménageant dans un nouveau pavillon, les religieuses souhaitaient récupérer l'espace pour ouvrir de nouveaux lits.

Le projet a reçu l'appui du ministre de la Santé, M. Alphonse Couturier, en novembre 1963. Cependant, ce n'est qu'avec la formation du premier conseil d'administration, en 1964, qu'il s'est réellement mis en branle. Lors de cette séance du conseil d'administration, le D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue a reçu le mandat de présider le comité de construction.

Pour financer le projet, les religieuses ont contracté une dette de 1 500 000 \$. Les travaux ont débuté en 1965 et l'inauguration du pavillon des infirmières a eu lieu en octobre 1966.





Le Pavillon D'Youville utilisé comme école des infirmières

Malgré l'ouverture de 44 nouveaux lits au sixième étage, le problème de l'espace demeurait entier. Aussi, dès 1966, le D<sup>r</sup> Rodrigue a alerté l'opinion publique. Il s'est adressé à la presse en affirmant que la situation qui prévalait à l'Hôpital Sainte-Croix était préjudiciable à la santé de la population<sup>73</sup>. De plus, dès son entrée en fonction au poste de directeur général, il a fait du dossier de l'agrandissement l'une de ses priorités. Pour ajouter à sa voix, il a formé un comité à la Chambre de commerce de Drummondville, lequel a rédigé un mémoire sur les besoins en santé de la population. Le 16 mai 1966, il a rencontré le ministre de la Santé et lui a remis le document.

73. « En raison du manque d'espace et de la demande croissante, la situation actuelle est alarmante et préjudiciable à la santé de la collectivité à l'Hôpital Sainte-Croix », *La Tribune*, Sherbrooke, 9 février 1966.

Rock Beaudet, Suzanne Proulx, Jean-Luc Pépin, Johanne Pinard, Paul Benoit et Réjeanne Letendre lors d'une remise des diplômes en 1972







D' Gaston Rodrigue et Lucien Morissette  
lors de l'annonce du projet d'agrandissement,  
le 7 janvier 1970

En décembre 1969, le D<sup>r</sup> Rodrigue a obtenu gain de cause et le conseil d'administration a reçu l'autorisation de procéder à l'agrandissement de l'hôpital pour porter sa capacité à 505 lits, dont 360 pour les malades aigus, 100 pour les malades chroniques et 45 pour les malades psychiatriques<sup>74</sup>. Malheureusement, en mai 1970, le gouvernement en place a été remplacé et le nouveau ministre de la Santé a décrété un moratoire sur tous les projets d'agrandissement et de construction dans le secteur de la santé. Il a fallu attendre 1972 avant que le projet soit remis en branle. Toutefois, sa nouvelle version a été revue à la baisse, portant le nombre de lits de 505 à 300.

Entre-temps, l'ouverture des cégeps a sonné le glas de l'école des infirmières et la dernière cohorte a gradué en 1972. Un comité s'est penché sur les priorités à mettre de l'avant pour occuper l'espace laissé vacant par le départ des étudiantes et il a remis un rapport au conseil d'administration. Dans ce document, cinq projets ont été retenus :

- expansion des services externes;
- aménagement des services de psychiatrie adulte et infantile;
- installation des services sociaux;
- ouverture d'un centre d'hébergement;
- location de bureaux pour les officiers régionaux des services sociaux.

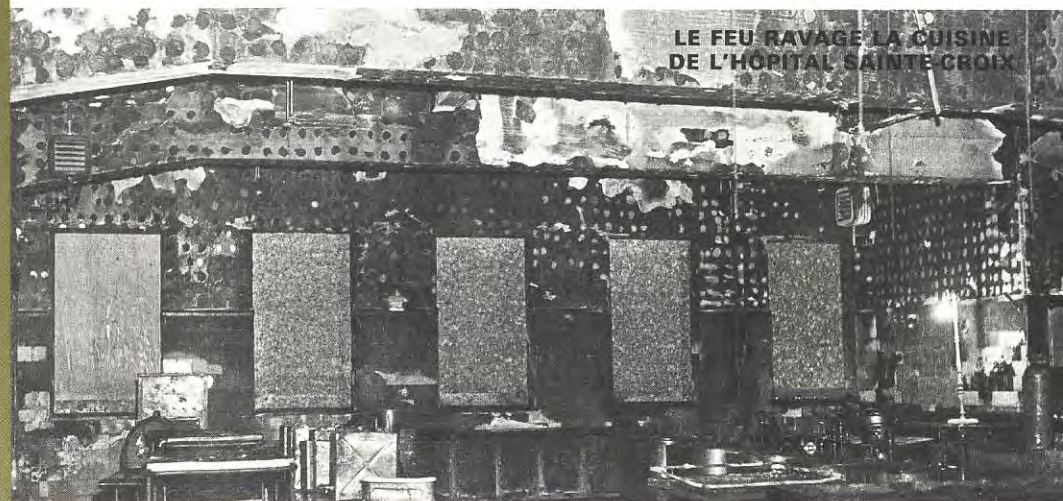
Maquette du futur hôpital,  
Bernard Pinard et D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue, 1971



Quelques finissantes de 1972



Au final, de tous les projets d'agrandissement mis de l'avant durant cette période, seule la construction du pavillon des infirmières a été réalisée. Les complexités administratives ont retardé les autres projets d'agrandissement et de réaménagement envisagés.



### *L'incendie de la cuisine en 1969*

*Dans la nuit du 12 janvier 1969, un incendie déclenché par une friteuse électrique défectueuse a complètement détruit la cuisine de l'hôpital. Le rapport des évaluateurs a chiffré les dommages à 170 671 \$.*

*En raison de la fumée et de l'arrêt des services alimentaires, les médecins ont accordé un congé à 105 patients. Pour ceux qui ont été obligés de rester, les repas des 12 et 13 janvier ont été fournis par l'hôtel Le Dauphin.*

*Dès le lendemain, les employés du service d'entretien se sont affairés à nettoyer et à installer une cuisine temporaire. Pendant toute la durée des travaux, soit près de neuf mois, celle-ci a permis de fournir les repas pour les malades, mais les employés ont dû se débrouiller par eux-mêmes. Seuls les employés de nuit ont eu droit à une soupe, un sandwich et un dessert. La reprise des activités régulières a eu lieu le 8 septembre, dans une cuisine fonctionnelle et construite avec des matériaux sécuritaires.*



D' Guy Paillé, chirurgien de 1960 à 1997

## La reorganisation des départements cliniques et l'ouverture de nouveaux services

Malgré les difficultés rencontrées dans la réalisation des travaux d'agrandissement, l'hôpital a considérablement progressé durant les années 60. De nouveaux spécialistes sont venus s'ajouter à l'équipe médicale et de nouveaux services ont été offerts à la population.

### 1) La départementalisation

En 1959, l'organisation du travail médical se faisait par services. Les procès-verbaux du bureau médical montrent qu'à cette époque, il existait neuf services :

Service	Chef
Médecine	D <sup>r</sup> Hubert Saint-Pierre
Chirurgie	D <sup>r</sup> Guy D' Argencourt
Obstétrique	D <sup>r</sup> René Milet
Pédiatrie	D <sup>r</sup> Gilles St-Onge
ORL et ophtalmologie	D <sup>r</sup> Georges Beauchesne
Dermatologie	D <sup>r</sup> Pierre-Paul Pion
Anesthésie	D <sup>r</sup> Marcel Goyer
Laboratoire	D <sup>r</sup> Arcadie Neaga
Radiologie	D <sup>r</sup> Gaston Rodrigue



D' Marcel Goyer

D' Gilles St-Onge

D' Georges Beauchesne

À partir de 1963, on a procédé à la départementalisation de l'équipe médicale<sup>75</sup>. Dès lors, les différents services ont été organisés à l'intérieur des six départements cliniques suivants :

- anesthésie-réanimation;
- médecine;
- chirurgie;
- obstétrique;
- pédiatrie;
- radiologie.

### 2) La clinique d'urgence

Au début des années 60, un petit groupe de médecins généralistes ont créé une clinique d'urgence à l'hôpital<sup>76</sup>. Le fonctionnement de cette dernière était plutôt rudimentaire : quand un patient s'y présentait, la réceptionniste appelait le médecin de garde chez lui et celui-ci se rendait à l'hôpital. Essentiellement, cette clinique servait à organiser une garde les fins de semaine. Il faut cependant comprendre que le médecin de garde n'était pas nécessairement présent à l'hôpital, ce qui posait parfois de réels problèmes dans certains cas de traumatologie. En 1966, le Dr Rodrigue, alors directeur médical, a demandé aux médecins généralistes de former un département de médecine générale pour prendre en charge l'urgence et y organiser une garde effective 24 heures sur 24. Ceux-ci ont accepté de former le nouveau département, mais affirmant qu'il n'y avait pas suffisamment de travail, ils ont refusé d'assurer une présence à l'hôpital 24 heures par jour. Cette dernière n'a été instaurée qu'à la fin des années 60, quand une nouvelle génération d'omnipraticiens<sup>77</sup> est arrivée à l'hôpital et a décidé de l'organiser.

75. ASHD, Procès-verbaux du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Assemblée du 5 mars 1963, p. 665.

76. Entrevue réalisée avec le D<sup>r</sup> Bertrand Vincent, septembre 2009.

77. Les D<sup>rs</sup> Bélisle, Jutras, Rivard et Guilbault



Clinique d'urgence, 1974 et 1975



78. ASHD, Procès-verbaux du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Assemblée annuelle, janvier 1972.



Devant les difficultés administratives que posait une telle organisation, en 1971, on a regroupé les services de la clinique externe et de l'urgence à l'intérieur d'un département de médecine générale, sous la direction du D<sup>r</sup> Pierre Jutras<sup>78</sup>.

### 3) L'arrivée de nouvelles spécialités

Durant les années 60, deux nouvelles spécialités ont fait leur entrée à l'hôpital. Même si le service d'anesthésie existait avant cette date, en 1960, après que le D<sup>r</sup> Rodrigue l'ait encouragé à entreprendre une spécialisation, le D<sup>r</sup> Jean Quintal a été le premier anesthésiste certifié à Drummondville. Par la suite, en 1969, le pédopsychiatre Jean-Jacques Lafond est venu inaugurer le département de psychiatrie de l'hôpital.

### 4) Les nouveaux services

Durant cette période, six nouveaux services ont fait leur entrée à l'hôpital :

- 1961, physiothérapie;
- 1962, diététique;
- 1968, soins à domicile;
- 1969, biochimie;
- 1971, service d'infirmières en milieu scolaire;
- 1972, soins intensifs.

### 5) Les réaménagements de départements

En 1968, le conseil d'administration a reçu l'autorisation d'agrandir le laboratoire et de déplacer le département de pédiatrie.

### La réforme des structures:

#### la Loi sur la santé et les services sociaux

En 1971, après avoir mis sur pied l'assurance-maladie, laquelle a été la pièce maîtresse de l'étatisation des coûts liés aux soins de santé, en conformité avec les recommandations de sa commission, le ministre Castonguay a voulu rationaliser et uniformiser la gestion des divers organismes sociosanitaires en les structurant de manière cohérente.

Le premier postulat qui a inspiré cette réforme était que la condition sociale d'une personne, c'est-à-dire sa capacité à se loger, à se nourrir, à se vêtir et à entretenir des rapports sociaux avec autrui, était un déterminant majeur de sa santé physique. En ce sens, le ministre a voulu harmoniser les politiques en matière de santé et de services sociaux, afin de développer davantage l'aspect préventif du système sociosanitaire. À cette fin, dès son arrivée au gouvernement, il avait créé le ministère des Affaires sociales en fusionnant le ministère du Bien-être social et celui de la Santé.

Le second postulat ayant inspiré la Loi sur la santé et les services sociaux était que pour prodiguer massivement et à moindre coût des soins de santé et des services sociaux, il fallait rationaliser le réseau sociosanitaire. Pour ce faire, on a d'abord procédé à une catégorisation de ses diverses composantes

en fonction du type de service dispensé et, par la suite, on a uniformisé leur mode de gestion, tout en établissant les liens fonctionnels et hiérarchiques qui les reliaient entre elles.

Tout en haut de la chaîne de commande se trouvait le ministère des Affaires sociales (MAS). Maître d'œuvre des politiques sociosanitaires, cet organisme avait également la responsabilité de prévoir un mode de financement pour les autres composantes du réseau, tout en veillant au respect des diverses normes et règlements.

En dessous du MAS, dans chaque région sanitaire du Québec, la Loi sur la santé et les services sociaux a mis en place des conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS). Ces organismes avaient la responsabilité de regrouper les divers intervenants du réseau sociosanitaire pour procéder à une planification régionale des services. De plus, on leur a attribué un rôle consultatif auprès du MAS et ils étaient chargés d'administrer certains programmes destinés aux établissements.

Finalement, au bas de la ligne hiérarchique, la loi a créé initialement quatre catégories de centres dispensateurs de services:

CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Centre de services sociaux
CA	Centre d'accueil

En plus de procéder à une rationalisation du réseau sociosanitaire, cette réforme voulait favoriser la participation du public dans la gestion des institutions. En ce sens, tel que vu précédemment, elle exigeait que les conseils d'administration soient composés en majorité par des laïcs, dont une partie devait être élue par les usagers de chaque établissement.

L'entrée en vigueur de la Loi sur la santé et les services sociaux a modifié le réseau sociosanitaire en profondeur. Même si le processus était déjà amorcé depuis le début des années 60, cet événement a marqué l'entrée définitive du système dans l'ère technocratique et bureaucratique. Aussi, malgré les nombreuses modifications qu'a subi la loi au fil du temps, près de quarante ans plus tard, ses fondations restent les mêmes et elle constitue toujours l'encadrement légal du système sociosanitaire.

## La vente de l'hôpital

### au ministère des Affaires sociales

En l'espace d'une décennie, l'accroissement du rôle financier de l'État en matière de santé a complètement transformé l'organisation du système sociosanitaire qui prévalait depuis le début du siècle. En effet, alors qu'au début des années 60, les institutions hospitalières étaient pour la plupart possédées et administrées par des communautés religieuses, au début de la décennie suivante, en raison de son rôle accru dans le financement des soins de santé, le ministère des Affaires sociales était devenu le maître d'œuvre du réseau sociosanitaire et avait encadré la gestion des établissements hospitaliers de sorte qu'il puisse en contrôler les principaux paramètres, peu importe qui en était propriétaire.

Dans un premier temps, cette transformation s'est effectuée avec la mise sur pied par l'État d'une couverture universelle contre la maladie. Cette prise en charge des coûts liés aux soins de santé a entraîné une augmentation fulgurante de la consommation des services, et les hôpitaux ont dû procéder à de multiples ajustements pour être en mesure de répondre à la demande.

Dans un second temps, les changements sont survenus sur le plan du mode de gestion. Afin d'assurer une utilisation responsable et efficace des ressources allouées au système sociosanitaire public, le gouvernement a voulu rationaliser la gestion des établissements hospitaliers et leur organisation en réseau. Pour ce faire, il a mis sur pied un système d'encadrement qui restreignait considérablement la marge de manœuvre des propriétaires hospitaliers. Dans un tel contexte,

plusieurs communautés religieuses ont décidé de se départir de leurs institutions en les vendant au ministère des Affaires sociales.

En ce qui a trait à l'Hôpital Sainte-Croix, les pourparlers entourant sa vente ont débuté à la suite de l'adoption de la Loi sur la santé et les services sociaux. Cependant, bien que ce nouveau cadre législatif ait fortement influencé la décision des religieuses, il ne constituait pas l'unique facteur les amenant à entreprendre une telle démarche. En effet, d'année en année, l'hôpital accumulait des déficits et pour arriver à soutenir la dette institutionnelle qui ne cessait de s'accroître, les religieuses étaient à la merci des subventions gouvernementales. Sans contrôle réel sur l'administration de leur institution et devant une situation financière précaire, en 1973, elles ont préféré céder leur institution au ministère des Affaires sociales en échange de la prise en charge de la dette institutionnelle. Ainsi, après avoir fondé et administré l'Hôpital Sainte-Croix pendant 63 ans, la communauté des Sœurs Grises l'a officiellement quitté le 1<sup>er</sup> novembre 1973. Cependant, certaines religieuses ont continué à y œuvrer au-delà de cette date.

1910 - 2010

*Cent ans d'histoire*

Chapitre 4



**À la recherche du juste équilibre (1973-2003)**

La mise en place de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie a entraîné une hausse vertigineuse des dépenses publiques allouées à la santé.

Dès le début des années 70, le gouvernement a voulu ralentir cette tendance en imposant des contraintes budgétaires.



# ... le juste équilibre

Il en a résulté, à l'intérieur du système de santé, une contradiction qui a perturbé son fonctionnement de manière récurrente. D'un côté, l'augmentation croissante des besoins en soins, en technologies médicales et en main-d'œuvre requérait davantage de ressources et, de l'autre côté, les compressions budgétaires limitaient les investissements. Dès lors, il a fallu s'appliquer à trouver un juste équilibre entre ces deux tendances opposées.

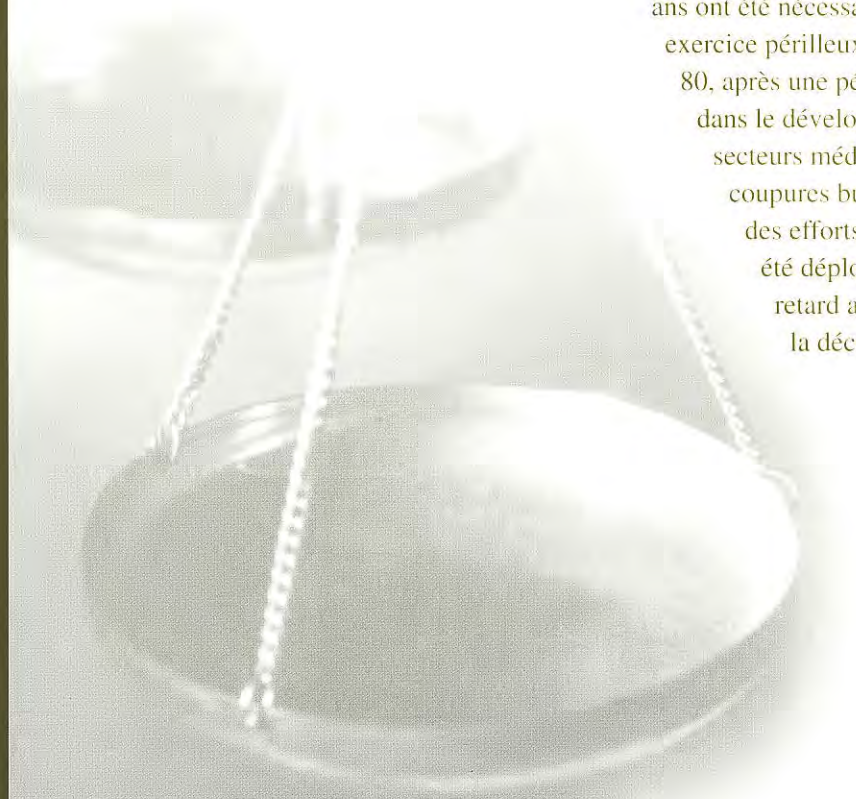
À l'Hôpital Sainte-Croix, près de trente ans ont été nécessaires pour réaliser cet exercice périlleux. À partir des années 80, après une période de stagnation dans le développement de certains secteurs médicaux et en dépit des coupures budgétaires persistantes, des efforts considérables ont été déployés pour rattraper le retard accumulé au cours de la décennie précédente.

Ainsi, malgré des tensions qui ont provoqué un changement à la direction générale de l'hôpital, vingt ans plus tard, on a atteint un équilibre permettant de maintenir un niveau de développement minimal, en dépit d'un contexte provincial de sous-financement.

Au cœur du changement qui s'est opéré au tournant des années 80, il y a eu une prise de conscience fondamentale de la part de tous les intervenants de l'hôpital, à savoir qu'au niveau local, il existait des moyens à mettre en œuvre pour se prendre en main et cesser de subir les directives ministérielles qui provoquaient le sous-développement de l'institution. L'incarnation la plus manifeste de cette prise de conscience a sans aucun doute été la création de La Fondation Sainte-Croix en 1979.

Voué à la mobilisation financière de la communauté drummondvilloise, cet organisme a permis d'amorcer le processus de relance devenu nécessaire pour offrir à la population les soins auxquels elle était en droit de s'attendre.

Le chemin à parcourir était long et semé d'embûches, mais à l'aube des années 2000, la majeure partie du travail était accomplie et l'Hôpital Sainte-Croix s'était à nouveau taillé une place de choix parmi les institutions hospitalières de la région.



## La stagnation de l'Hôpital Sainte-Croix

En mars 1972, le conseil d'administration a engagé M. Rock Beaudet pour succéder au D<sup>r</sup> Rodrigue en tant que directeur général. Lors de son entrée en fonction, trois problèmes majeurs perturbaient déjà le fonctionnement de l'hôpital depuis quelques années, soit le manque de lits, la pénurie de personnel et l'insuffisance des revenus discrétionnaires. Ainsi, à moyen terme, le manque de ressources débloquées par le gouvernement pour régler efficacement ces problèmes a contribué à faire stagner le développement des soins médicaux.



*M. Rock Beaudet*

*Originaire de Mont-Joli, M. Beaudet a été directeur général de l'Hôpital Sainte-Croix de 1972 à 1985. Avant d'arriver à Drummondville, il a été directeur général de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Trois-Pistoles de 1968 à 1972.*

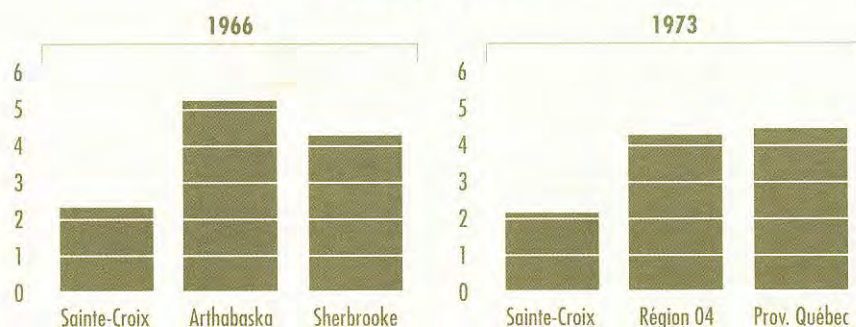
## 1) La sempiternelle saga du manque de lits et des travaux d'agrandissement

De tous les problèmes auxquels l'hôpital a été confronté pendant les années 70, celui du manque de lits a contribué plus que tous les autres à la stagnation du développement hospitalier. Même si la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil de l'hôpital avait été reconnue par le gouvernement dès 1966, cinq ans plus tard et malgré bien des promesses, rien n'était commencé. Or, la population de la région drummondvilloise augmentait sans cesse et le nombre de lits disponibles était bien en dessous de la moyenne provinciale. En tout, il manquait environ 100 lits pour des soins de courte durée et 260 lits en hébergement pour personnes âgées.

Cette situation était exacerbée par la présence, à l'Hôpital Sainte-Croix, de malades nécessitant des soins de longue durée. À cette époque, ceux-ci auraient dû être traités au Centre hospitalier Georges-Frédéric, mais comme le nombre de lits destinés à cette catégorie de malades n'était pas suffisant dans cet établissement, le surplus se retrouvait à l'Hôpital Sainte-Croix, dans des lits qui auraient dû être consacrés aux soins de courte durée. En ce sens, dans une lettre qu'il adressait au président du Comité des affaires sociales de la Chambre de commerce de Drummond, M. André Jean, le directeur Beaudet expliquait qu'« étant donné qu'il y a un manque d'environ 100 lits aigus pour desservir adéquatement la population de notre région, 10 % de nos lits présents ainsi occupés par du long terme crée une situation intenable<sup>79</sup>. »

79. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Dossier « Urgence-lits », 1974.

### Nombre de lits par 1 000 habitants



Source : Chambre de commerce de Drummond, Comité des affaires sociales

80. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 3 novembre 1975 et 7 juin 1976.

81. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Dossier « Urgence-lits », février 1975 et entrevue réalisée avec le D<sup>r</sup> Claude Bélisle, octobre 2009.

Alors que les autres institutions hospitalières de la région pouvaient investir temps et argent dans le développement de nouveaux services médicaux, à Drummondville, on en était encore à travailler sur le dossier de l'agrandissement. Pendant près de 15 ans, ce dernier a monopolisé pratiquement tous les efforts consacrés au développement.

Vers la fin de l'année 1974, le problème du nombre de lits a interpellé la Chambre de commerce de Drummond et son Comité des affaires sociales a lancé le mouvement Urgence-lits. Après avoir mené une enquête sur l'état des services de santé à Drummondville, on a envoyé une lettre aux médias et aux gens d'affaires drummondvillois en vue de faire circuler une pétition.

Même si, en ce qui a trait à l'agrandissement de l'hôpital, le gouvernement n'a jamais respecté la totalité des engagements qu'il avait contractés en 1972, soit de porter la capacité d'accueil de l'établissement à 500 lits par la construction d'un bloc de services de 40 000 pieds carrés, le problème du manque de lits a connu une certaine amélioration à la suite des pressions exercées par la Chambre de commerce. Un nouveau projet a été officiellement autorisé le 25 octobre 1975, quand le sous-ministre de la santé, M. Gérard Nepveu, a annoncé l'octroi d'un montant de 429 000 \$ en vue d'entreprendre l'aménagement de 113 lits d'hébergement<sup>80</sup>. Ainsi, le 1<sup>er</sup> novembre 1976, le

Résidente du centre d'accueil de l'Hôpital Sainte-Croix



centre d'accueil de l'Hôpital Sainte-Croix a ouvert ses portes à l'intérieur du Pavillon des infirmières, qui, depuis la fermeture de l'école en 1972, portait le nom de Pavillon D'Youville. Le même jour, les premiers résidents ont été transportés de l'hôtel le Dauphin où, depuis plus d'un an, ils avaient été temporairement réinstallés après la fermeture de la Villa Bellehumeur de Saint-Eugène<sup>81</sup>. Par la suite, d'autres résidents en provenance de Saint-Guillaume et du Centre hospitalier Georges-Frédéric sont venus s'y établir.

Drummondville,  
le 26 février 1975

À qui de droit,

Le Comité des affaires sociales de la Chambre de commerce s'est fixé pour but cette année de renseigner la population devant la pénurie des services institutionnels, tant du côté de l'hébergement pour personnes âgées que du côté des soins hospitaliers, et d'amener le ministère des Affaires sociales à reconnaître les besoins urgents de la population et d'y apporter des solutions valables.

82. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix,  
Dossier « Urgence-lits », février 1975.

Cette action nécessite la participation de tous les corps constitués de notre région, y compris votre corporation. Le comité vous invite donc à prendre position et à faire connaître vos commentaires afin d'atteindre les buts fixés au bénéfice de toute la collectivité [...]

Après maintes tentatives infructueuses pour solutionner le problème au cours de ces dernières années, la situation des soins hospitaliers et de l'hébergement à Drummondville a atteint son point critique. L'Hôpital Sainte-Croix doit fonctionner à la limite de la prudence, les ressources en hébergement sont désespérément insuffisantes, les demandes et les représentations se multiplient et les dernières positions du ministère des Affaires sociales sont inversement proportionnelles à l'augmentation de la population et des besoins. [...]

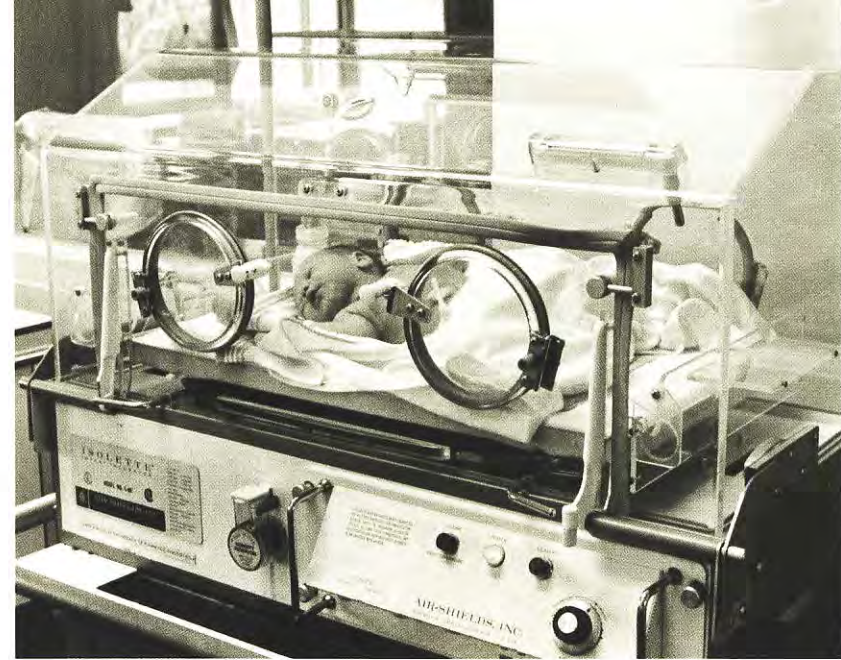
Ce qu'il faut à l'Hôpital Sainte-Croix pour desservir un bassin de population de 87000 habitants et un bassin de population de 100000 habitants prévu pour 1983, c'est 100 lits supplémentaires en plus du bloc de services de 40000 pieds carrés déjà autorisé en 1972 par un arrêté en conseil du ministère des Affaires sociales. Il est inacceptable que le ministère, malgré une augmentation des besoins et de la population depuis 3 ans, réduise les 40000 pieds carrés déjà autorisés à un bloc de services de 20000 pieds carrés dans une lettre datée du 27 septembre 1974.

Le citron ne peut plus être pressé : avec un taux d'occupation nettement supérieur aux autres hôpitaux de la région et de la province, la durée moyenne de séjour réduite à 7,9 jours alors qu'elle est de 10,5 jours dans le reste de la province, avec une liste d'attente de 538 patients au 30 novembre 1974 dont 95% sont des cas de chirurgie, les spécialistes ne pouvant plus pratiquer à cause du manque de ressources en lits, l'Hôpital Sainte-Croix ne peut certes prétendre répondre aux besoins de la population.

De plus, sans nouvelles ressources et sans spécialistes, le champ clinique de l'Hôpital Sainte-Croix devient moins valable. [...]

En fait, tout ce que les autorités de l'Hôpital Sainte-Croix et le Comité des affaires sociales de la Chambre de commerce demandent, c'est que le ministère des Affaires sociales respecte ses propres normes qui sont de 2,7 lits par 1000 habitants pour soins physiques à court terme et de 0,3 lits pour soins psychiatriques à court terme, en tenant compte des besoins actuels et à venir. Nous demandons, pour Drummondville, les mêmes ressources que l'on retrouve ailleurs dans notre région ou dans notre province<sup>82</sup>. [...]

Incubateur à la pouponnière  
au début des années 80



L'ouverture du centre d'accueil au Pavillon D'Youville a déclenché un jeu de « lit musical » qui, à défaut de régler le problème des lits de soins de courte durée, l'allégeait quelque peu. En effet, en déménageant 67 résidents qui étaient hébergés au Centre hospitalier Georges-Frédéric, on a libéré autant de lits pour accueillir la quarantaine de patients en soins de longue durée qui étaient traités à l'Hôpital Sainte-Croix et qui utilisaient des lits destinés aux soins de courte durée.

Inauguration du bloc de services en 1979.  
Sur la photo, on voit le député  
péquiste de Drummond,  
M. Michel Clair.



À la suite de ces améliorations, le projet de construction du bloc de services a enfin été amorcé en 1979. Cependant, malgré les espoirs suscités par l'arrivée du premier gouvernement péquiste en 1976, le projet réduit des libéraux a été maintenu même s'il ne correspondait pas aux attentes du milieu hospitalier. En effet, en plus d'être réduit de 20 000 pieds carrés, le nouveau bloc de services n'était pas assorti d'un ajout de lits pour soins de courte durée physique. Aussi, plutôt que d'inclure l'ouverture d'un département de psychiatrie de 40 lits, on a porté le nombre de lits à 23 et on a ajouté un centre de jour ainsi qu'un volet adulte à la clinique externe pour enfants déjà existante.

En raison des 13 années nécessaires pour en arriver à de si maigres résultats, le 7 septembre 1979, lors de la levée protocolaire de la pelletée de terre inaugurant les travaux de construction du bloc de services, un vent d'amertume soufflait sur la cérémonie. En présence du ministre de la Santé, M. Denis Lazure, et du député de Drummond, M. Michel Clair, le directeur Beudet a lancé cette boutade extrêmement significative: « C'est comme si on accouchait d'un vieillard! » Quant au D' Jean Hobéila, président du bureau médical, qui portait désormais le nom de Conseil des médecins et dentistes (CMD), il a

ajouté, pour faire écho aux propos du directeur Beaudet, qu'« il s'agissait d'un bébé post-mature avec le poids d'un prématuré ». Enfin, le ministre Lazure a répliqué à son tour qu'« il valait mieux un bébé prématuré que pas de bébé du tout ! ».

L'ouverture du bloc de services, en octobre 1980, a permis le réaménagement des installations suivantes : clinique d'urgence, clinique externe, bloc opératoire et service d'orthopédie. Cependant, ces nouvelles installations ne correspondaient pas aux attentes des médecins et ceux-ci n'entendaient pas lâcher prise : « la construction du bloc de services n'est pas une fin, mais plutôt un tremplin vers d'autres choses qui devront servir à améliorer davantage les services à la population. » En ce sens, il faut comprendre que si la bataille des lits n'a été que très partiellement gagnée, les médecins n'entendaient pas remporter celle du développement lié aux technologies médicales avec une victoire aussi mitigée.

## 21 Le manque de personnel

Au début des années 70, la direction des soins infirmiers composait avec une pénurie de main-d'œuvre depuis plusieurs années et n'arrivait pas à résoudre le problème. Pendant les vacances d'été, la situation devenait extrêmement critique, car les autorités hospitalières étaient contraintes de réduire la capacité d'accueil des patients de 50%. Dans un contexte où, en temps normal, un manque de lits sévissait déjà, la diminution des activités pendant la saison estivale aggravait considérablement la situation.

Au printemps 1971, cette pratique a d'ailleurs fait l'objet de vives tensions entre le bureau médical et le conseil d'administration. Accusant ce dernier de n'avoir rien fait pour



DRUMMONDVILLE, SAMEDI, 5 JUIN 1971

## Vote unanime de non confiance des médecins de Ste-Croix envers le Conseil d'administration

Par Adéodat Ross

DRUMMONDVILLE — Les membres du Conseil des médecins de Drummondville, différenciant totalement d'opinion avec les autorités de l'hôpital Sainte-Croix concernant la réduction du taux d'occupation de cette institution hospitalière, pour la saison estivale, viennent d'adopter à l'unanimité un vote de non confiance à l'égard du Conseil d'administration et des délégués en autorité, de l'hôpital Sainte-Croix.

Le conseil des médecins, en adoptant cette attitude, a spécifié trouver "illogique, irresponsable et irrecevable" de restreindre les admissions pour quelque raison que ce soit, à l'hôpital Sainte-Croix.

Cette prise de position catégorique des médecins locaux a été faite lors de la dernière réunion du conseil des médecins.

Un grand total de 25 médecins drummondvillois participaient à cette importante réunion alors que deux autres médecins avaient motivé leur absence.

Rien n'avait transpiré de cette situation jusqu'à hier après-midi alors que le journaliste de La Tribune a réussi à se procurer une copie du procès verbal de cette réunion, où les médecins ont en quelque sorte mis les cartes sur table et fait le procès des difficultés qui seraient actuellement à la base de cette réduction du taux d'occupation, selon les résolutions qui y sont consignées.

La copie du procès verbal est d'ailleurs signée par le Dr Claude Grondin, président du conseil des médecins et par le Dr Claude Bélisle, secrétaire du même organisme.

### Réduction

Selon une lettre signée par le Dr Quintal en date du 26 mai et adressée aux membres du personnel médical de l'hôpital Sainte-Croix, concernant le taux d'occupation réduite, les médecins ont été avisés qu'à cause d'une pénurie de personnel et d'un recrutement difficile, l'hôpital est dans l'obligation de diminuer de 50

pour cent l'occupation de trois unités de soins généraux sur cinq.

La lettre continue: "Aussi, le Service d'admission ne peut maintenant considérer que les demandes de code "1" (c'est-à-dire les urgences) et ce jusqu'au 5 juillet, début de la période des vacances" et elle termine en disant "C'est après étude et consultation qu'une telle décision a dû être prise à regret".

### Des besoins

A l'article "3" du procès verbal, on rencontre un exposé fait par le président du conseil des médecins sur les besoins en surplus de personnel.

Selon cet exposé, pour chaque étage, de 0 heure jusqu'à 8 heures du matin, il existe actuellement deux infirmières licenciées et il faudrait deux auxiliaires en plus. De 16 heures à 24 heures, il existe deux infirmières licenciées et une auxiliaire et il faudrait une auxiliaire de plus. De 8 heures à 16 heures, il existe deux in-

firmières licenciées et quatre auxiliaires et il faudrait une infirmière licenciée et deux auxiliaires de plus.

### Avis des médecins

Le conseil des médecins, selon les commentaires et résolutions inclus au procès verbal de l'assemblée, à l'article "4", spécifie que:

"étant donné que le problème est connu de longue date et que le recrutement n'a été commencé de façon intensive que le 24 avril 1971, le Conseil des médecins conclut qu'il n'y a pas eu de difficultés de recrutement ou de pénurie de personnel étant donné que le Centre de la main-d'oeuvre a expédié à l'extérieur de Drummondville un assez grand nombre de personnel infirmier qui était disponible à Drummondville".

"Etant donné que le problème n'a pas été discuté au niveau du Comité mixte des soins infirmiers alors que des problèmes de second ordre y sont amenés; étant donné que

le comité de consommation a été averti de la chose le 25 mai sans consultation préalable, le Conseil des médecins conclut que le problème de base en est un d'incurie et de négligence, qu'il y a absence d'objectif de planification et de délégation d'autorité de la part de nos administrateurs et qu'en conséquence, l'autorité peut être contestée parce qu'elle ne s'affirme pas".

Le rapport spécifie également que "le Conseil des médecins est d'avis qu'il est illogique de requérir à l'Etat un agrandissement dans notre hôpital si l'on ferme celui-ci deux mois sur douze à 50 pour cent.

### Améliorations proposées

Lors de cette même réunion, les membres du Conseil des médecins ont adopté diverses résolutions concernant des améliorations à apporter à l'hôpital Sainte-Croix de Drummondville.

On y retrouve entre autre les suivantes:

"Que la priorité numéro un

dans la programmation de l'agrandissement de l'hôpital soit l'utilisation optimum et continue de la capacité théorique en lits";

"que les communications soient faites de façon plus rapide, plus claire et plus honnête";

"pour que le Conseil des médecins ait une action efficace, il lui faut le maximum de renseignements pour poser cette action";

"En face des problèmes nos administrateurs doivent être capables de prendre des décisions adéquates dans les délais raisonnables."

Le conseil des médecins a appuyé à l'unanimité ces commentaires et insiste invariablement pour que soit connu publiquement que cette décision a été prise à son insu, sans consultation préalable et sans son accord.

régler un problème qui était connu depuis longtemps, le bureau médical lui a adressé un vote unanime de non-confiance. Aussi, cette dissension a pris une tournure de scandale public quand, de sources confidentielles, le journal *La Tribune* s'est saisi de cette affaire<sup>83</sup>.

Il va de soi que la fermeture de 50 % des lits de l'hôpital pendant deux mois avait de lourdes conséquences sur le fonctionnement hospitalier. En effet, pour arriver à fonctionner à demi-capacité au début du mois de juillet, il fallait commencer à restreindre les admissions non urgentes dès le mois de juin. De plus, quand le service reprenait normalement, le manque de lits freinait le traitement des cas accumulés durant l'été et l'effet de sablier ainsi créé provoquait un engorgement du système qui se prolongeait tout le reste de l'année.

L'existence d'un tel phénomène avait également des répercussions sur le recrutement des spécialistes. En effet, dans un contexte où le volume des activités était réduit par une diminution de la capacité d'accueil, les spécialistes n'étaient pas attirés par l'Hôpital Sainte-Croix, sachant qu'ils auraient de la difficulté à faire admettre leurs patients<sup>84</sup>. En conséquence, tout au long des années 70, la pénurie de spécialistes a également contribué à faire stagner les services offerts à la population.

### 3) L'insuffisance des revenus discrétionnaires

Les revenus discrétionnaires d'une institution hospitalière représentent des valeurs monétaires ou immobilières qui sont à la disposition de celle-ci sans être régies par la Loi sur la santé et les services sociaux. Ainsi, un conseil d'administration peut disposer de ces sommes sans en demander l'autorisation au

Évolution de la liste d'attente pour un lit — janvier 1971 à janvier 1972



Source : Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix

ministère. Dans la plupart des cas, pour accumuler des revenus discrétionnaires, les hôpitaux peuvent compter sur deux types de sources : les revenus de placement et les suppléments de location des chambres individuelles et des chambres à deux lits.

En 1983, le conseil d'administration a autorisé la construction de chambres de naissance individuelles où la mère pouvait cohabiter avec son bébé 24 heures sur 24<sup>85</sup>.



Chambre de naissance

83. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 10 juin 1971.

84. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Dossier « Urgence-lits », février 1975.

85. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 25 mai 1983.





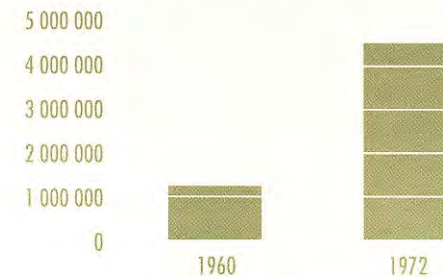
Le Dr Claude Grondin donne son point de vue à la ministre libérale de la Santé et des services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux

En raison des restrictions budgétaires que l'on a imposées à partir des années 70, les revenus discrétionnaires ont joué un rôle stratégique dans l'obtention des ressources nécessaires au développement de nouveaux services médicaux. En effet, puisque les budgets étaient considérablement réduits, il fallait, pour les obtenir, se qualifier à travers un processus d'évaluation effectué par les CRSSS. Par exemple, pour qu'un hôpital reçoive les montants nécessaires à l'achat d'un nouvel appareil, il fallait que son CRSSS approuve la dépense. Ainsi, quand une institution proposait de défrayer une partie des coûts à même ses revenus discrétionnaires, celle-ci se plaçait dans une meilleure position pour recevoir une réponse favorable. Bien entendu, il ne s'agissait pas là du seul critère menant à l'octroi des budgets, mais en situation de compétition, ce facteur avait certainement son importance.

En ce qui a trait à l'Hôpital Sainte-Croix, son manque de revenus discrétionnaires provenait du fait que celui-ci était en grande partie consacré au service de sa dette. Comme le montre le graphique suivant, cette dernière avait augmenté rapidement et représentait un lourd fardeau financier pour l'institution. Au

moment de l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation, elle se chiffrait à 1 268 910 \$ et après 11 ans de régime public, elle atteignait la somme de 4 519 766 \$, soit une augmentation de 3 250 856 \$ ou 356,2 %.

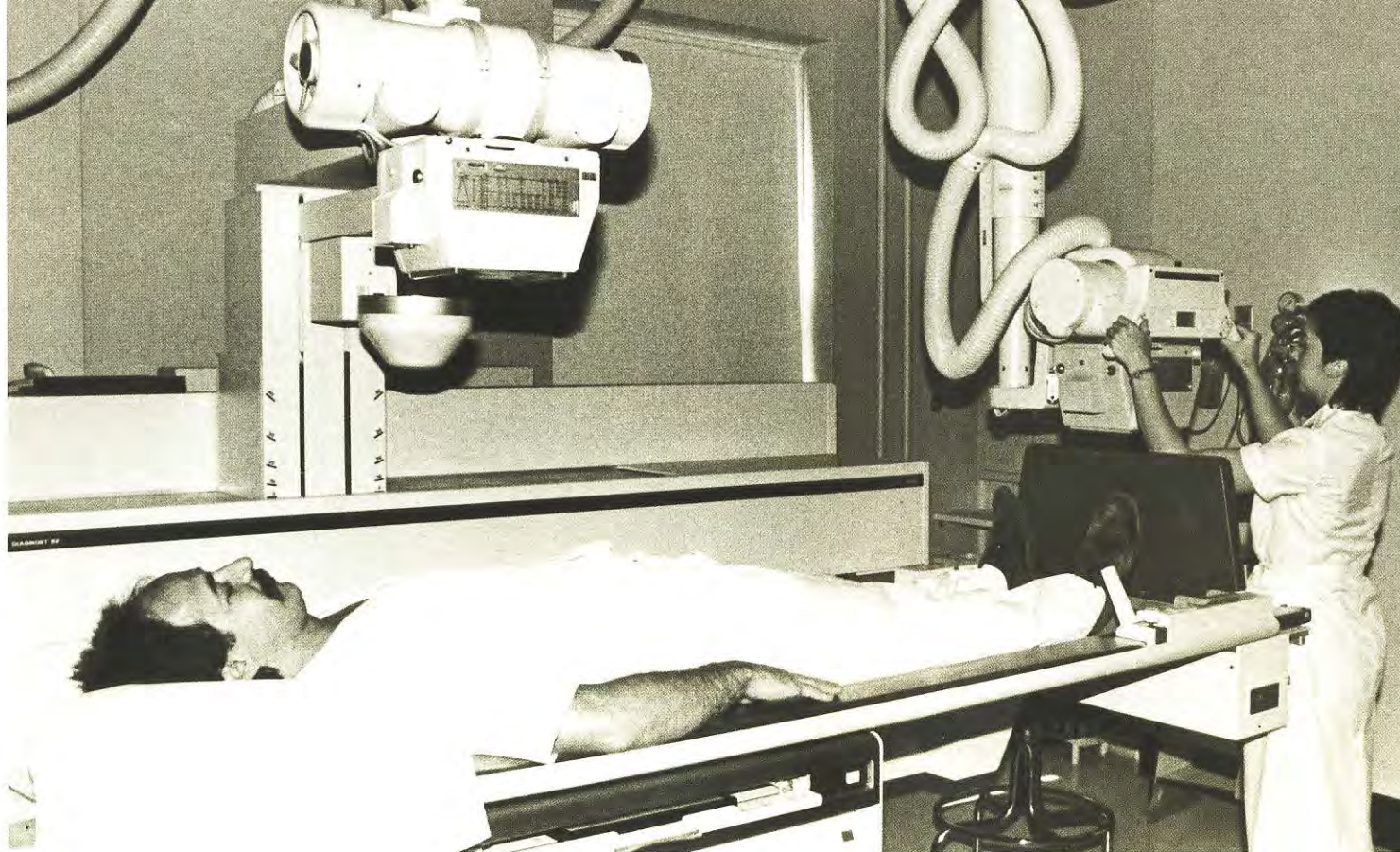
Dette de l'Hôpital Sainte-Croix en 1960 et 1972



Source : Analyse de capital au 31 décembre 1972

En 1970, devant agir pour trouver une solution aux problèmes financiers que posait un tel endettement, l'administration hospitalière a conclu une entente avec le ministère des Affaires sociales. Jusqu'en 1978, en retour des suppléments provenant de la location des chambres individuelles et à deux lits, le gouvernement s'est engagé à verser annuellement une subvention consacrée au remboursement de la dette institutionnelle.

Bien qu'à long terme cet arrangement ait résolu le problème de la dette, à court terme, il a privé l'hôpital de la majeure partie de ses revenus discrétionnaires et, dans la course aux nouvelles technologies, il l'a désavantagé par rapport aux institutions qui n'étaient pas aux prises avec un tel fardeau.



Département de radiologie  
au début des années 80

## et se prend en main

La construction du bloc de services a provoqué une désillusion au sein du milieu hospitalier. Le gouvernement pouvait bien fixer les meilleures normes qui soient en matière d'infrastructures sociosanitaires, le cas de l'Hôpital Sainte-Croix montrait que sur le terrain, le facteur budgétaire primait sur le respect des engagements.

Cela dit, refusant de se laisser emporter par le cynisme, à l'initiative du D<sup>r</sup> Pierre Montpetit, un groupe de médecins et de gens d'affaires ont décidé de prendre les choses en main en mobilisant les ressources du milieu au profit de l'hôpital. C'est ainsi qu'en 1979, ils ont mis sur pied La Fondation Sainte-Croix.

Dès les premières années de son existence, cet organisme a joué un rôle essentiel dans le développement des services hospitaliers. Destiné à constituer un fonds à partir des dons recueillis au sein de la communauté drummondvilloise et à réinvestir une partie des revenus de placement dans les soins médicaux en augmentant considérablement les revenus discrétionnaires de l'hôpital, il a contribué à renforcer sa stratégie d'acquisition de nouvelles technologies.

Par exemple, en 1986, La Fondation Sainte-Croix a fait un don de 71 000 \$ à l'hôpital pour procéder à l'achat des équipements médicaux suivants : mammographe, électroencéphalographe, échocardiographe et urétroscope. Aussi, l'année suivante, elle a continué avec une contribution de l'ordre de 300 000 \$ pour l'installation de la médecine nucléaire et de l'angiographie.



Membres du premier conseil d'administration de La Fondation Sainte-Croix : M. Jean-Yves Fréchette, directeur, M. Gilles Gagnon, J.C.Q, directeur, M<sup>e</sup> André Jean, vice-président, M. René Verrier, trésorier, D<sup>r</sup> Pierre Montpetit, président, D<sup>r</sup> Chaouki Debs, directeur, D<sup>r</sup> Guy Paillé, directeur, M. Wilfrid J' Méthot, directeur (absents au moment de la photo : M. Rock Beaudet, directeur général, D<sup>r</sup> André Côté, directeur et D<sup>r</sup> Bruno Rivard, secrétaire)

Enfin, c'est grâce à un don de 400 000 \$ qu'en mai 1990, l'hôpital a procédé à l'inauguration officielle d'un tomographe axial (*scanner*).

Parmi ces équipements, certains avaient été identifiés comme étant des besoins prioritaires depuis aussi longtemps que 1977. De plus, sans la contribution financière de La Fondation Sainte-Croix, l'achat d'un appareil tel que le tomographe axial n'aurait tout simplement pas été possible à cette époque.

Au début des années 90, alors que les actifs de La Fondation Sainte-Croix totalisaient près de 1 000 000 \$, le montant des dons qu'elle avait versés a atteint la somme de 1 127 900 \$. Ainsi, grâce à la mobilisation suscitée par la création de La Fondation Sainte-Croix, les Drummondvillois se sont donnés les moyens de favoriser le développement des services médicaux par des actions locales.



### *Médecin au féminin*

*En 1900, Irma Levasseur, cofondatrice de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, a été la première Canadienne française à recevoir un diplôme de médecine. Près de 80 ans plus tard, les premières docteurs arrivaient à l'Hôpital Sainte-Croix.*

### *Les premières femmes ayant pratiqué la médecine à l'Hôpital Sainte-Croix :*

<i>D<sup>re</sup> Louise Guay</i>	<i>1977</i>
<i>D<sup>re</sup> Andrée Ruest</i>	<i>1977</i>
<i>D<sup>re</sup> Lise Rousseau</i>	<i>1978</i>
<i>D<sup>re</sup> Guylaine Landry-Fréchette</i>	<i>1979</i>
<i>D<sup>re</sup> Claire-Marie St-Cyr</i>	<i>1980</i>
<i>D<sup>re</sup> Andrée Benoit</i>	<i>1980</i>
<i>D<sup>re</sup> Michèle Lemay</i>	<i>1981</i>

La boutique En passant était située à l'entrée de l'hôpital.



Toujours dans un esprit de prise en charge du développement hospitalier par le milieu, dès l'ouverture du Centre d'accueil Sainte-Croix, des bénévoles ont commencé à organiser un service de visites pour les résidents. En 1979, souhaitant structurer davantage cette organisation afin d'élargir son champ d'action, les responsables du service de bénévoles ont créé le Carrefour de l'humanité Drummond inc. Ainsi, malgré les coupures budgétaires qui se multipliaient, ces bénévoles ont contribué à améliorer la qualité de vie des résidents.

Au milieu des années 80, le Carrefour de l'humanité s'occupait de la boutique En passant, qui était située à l'entrée de l'hôpital et qui donnait la possibilité aux visiteurs d'offrir des présents aux malades qu'ils venaient visiter. Les bénéfices engendrés par cette entreprise servaient à financer les activités du Carrefour et l'excédent était versé à l'hôpital. De plus, en 1980, à l'initiative de M. Josaphat Benoit, le comité des bénéficiaires du centre d'accueil s'est associé à la boutique En passant pour fonder le Magasin 4-5-6, qui était en fait un service de dépanneur destiné aux bénéficiaires et dont les profits étaient versés au comité des loisirs du centre.

En 1986, avec l'ouverture des soins palliatifs, les bénévoles du Carrefour de l'humanité ont suivi une formation en accompagnement à la mort et on ajouta à leurs activités un service d'accompagnement pour les malades en phase terminale.

En 1990, le Carrefour de l'humanité est devenu officiellement l'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix. Cette réorganisation s'est insérée dans le cadre de la mise sur pied d'associations régionales et provinciales. À cette époque, l'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix comptait environ 200 membres.



Résidents du Centre d'accueil Sainte-Croix en activité de loisir

86. ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques; Revue de presse, Discours prononcé par le D<sup>r</sup> Gaston Rodrigue lors de son accession à la présidence de l'Association des hôpitaux catholiques, journal *La Parole*, 31 juillet 1961.

En 1989, parallèlement à l'amélioration des services pour les usagers de l'hôpital, les divers intervenants du milieu hospitalier, la municipalité, les Sœurs Grises et le gouvernement du Québec se sont associés pour mettre sur pied la garderie Grand-mère Douceur. Ainsi, à partir de janvier 1990, les employés de l'hôpital ont eu accès à un service de garde pour leurs enfants.

#### Liste des collaborateurs pour le projet de garderie

André Allard	Daniel Laframboise
Joaquin Bastida	Claire Leroux
Suzanne Bédard	Francine Lupien
Roger Bérard	Esther Martineau
Lucie Brunelle	Martine Milot
Pierre Dionne	Denise Parent
Ginette Durand	France Parent
Martine Durocher	Monique Pellerin
Nagui Habashi	Élise Phaneuf
Danielle Kemp	Denis Picard
Monique Labrie	Lucie Provencher
Julie Laflamme	François Ruest

#### Liste des contributeurs pour le projet de garderie

Hôpital Sainte-Croix	Don de 44 000 \$ pour le terrain Prêt sans intérêt de 30 000 \$
Sœurs Grises	Don de 30 000 \$ pour le terrain
Municipalité de Drummondville	Subvention de 13 000 \$ pour l'infrastructure
Gouvernement du Québec	Subvention de 135 000 \$ pour le démarrage d'entreprise

### Des tensions entre

#### la direction générale et les médecins

Dans l'extrait ci-dessous datant de 1961, le D<sup>r</sup> Rodrigue expliquait les éléments qui, selon lui, étaient fondamentaux pour assurer une bonne gouvernance hospitalière. À partir des années 60, avec l'apport essentiel du syndicalisme et des autres instances de travailleurs dans l'élaboration des politiques de gestion hospitalière, il aurait certainement modifié son équation afin de prendre acte, avec justesse, de la force représentée par les infirmières et les employés généraux.

«...dans cette équipe, les éléments dominants sont, sans oublier ni sous-estimer le nursing, l'administration et la médecine, qui tous deux existent à cause du malade et pour le malade. L'administration hospitalière ne peut être un monologue où l'autorité seule se bornerait à édifier une politique. Afin d'assurer aux malades les soins les meilleurs, il doit exister un dialogue médico-administratif éclairé, compréhensif et désintéressé. [...] Jamais l'administration n'asservira la médecine, jamais la médecine n'asservira l'administration; c'est aux malades de les asservir<sup>86</sup>.»

Nonobstant cette omission, sa conception était tout de même valable, car 20 ans plus tard, l'absence d'« un dialogue médico-administratif éclairé, compréhensif et désintéressé » a provoqué

des tensions persistantes entre la direction générale et les médecins. En effet, au début des années 80, en dépit des efforts collectifs consacrés à la relance du développement des services médicaux, les relations entre les médecins et le directeur général se sont envenimées graduellement.

### La source du conflit : la recherche de l'équilibre budgétaire

En mai 1982, le conseil d'administration a été saisi d'une directive ministérielle à l'effet que les hôpitaux devaient désormais atteindre l'équilibre budgétaire à la fin de leurs exercices financiers<sup>87</sup>. Pour respecter cette nouvelle directive, les directions générale et financière se sont livrées une fois de plus à un exercice de rationalisation des dépenses. Ainsi, l'application de cette mesure a contribué, en plus des coupures budgétaires précédentes, à freiner le mouvement de relance amorcé en 1979, avec la création de La Fondation Sainte-Croix.

Cette situation a contrarié les membres du corps médical qui, à la suite de la déception entourant la construction du bloc de services, croyaient enfin que plus d'efforts allaient être consacrés au développement médical. En effet, malgré l'élaboration d'un plan annonçant l'ouverture de nouveaux services et le réaménagement de ceux déjà existants<sup>88</sup>, les résultats tardaient à se concrétiser. De plus, quand les médecins de l'Hôpital Sainte-Croix se comparaient à ceux de l'hôpital d'Arthabaska, ils considéraient que leurs conditions de pratique étaient moins bonnes, car, disaient-ils, les mesures de compressions budgétaires étaient appliquées moins rigoureusement dans cet hôpital<sup>89</sup>.

Dans ce contexte, le mécontentement des médecins allait en augmentant et le conflit a éclaté plus ouvertement quand la direction générale a annoncé des mesures qui allaient diminuer leur rémunération. Par exemple, le coût de location des radio-chasseurs a été révisé à la hausse et on a projeté d'imposer un tarif pour leur stationnement. Selon les médecins, ces nouvelles mesures étaient injustifiables. Puisque la rémunération des actes posés à l'hôpital était moindre que celle des actes posés dans un cabinet, ils estimaient que la gratuité de ces services compensait en quelque sorte pour le manque à gagner. Aussi, pour discuter de cette nouvelle tarification et des autres dossiers problématiques, ils ont invité les administrateurs à former un comité *ad hoc* sur l'état de la pratique médicale à l'Hôpital Sainte-Croix.

### La polarisation du conflit

Le directeur général a suggéré aux membres du conseil d'administration de refuser l'invitation, car il souhaitait que les structures déjà existantes servent à discuter de ces problèmes. Malgré cet avis, les administrateurs ont choisi de répondre favorablement à l'appel des médecins et dans le cas des radio-chasseurs, le conseil d'administration a tranché en leur faveur. Il a statué que puisque les communications devaient être maintenues entre les médecins et la direction, il fallait que l'hôpital leur fournisse ces appareils gratuitement.

87. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 19 mai 1982.

88. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 3 avril 1984.

89. Ce point est ressorti avec insistance dans toutes les entrevues réalisées avec les D<sup>r</sup> Bélisle, Rivard et Vincent.

Monsieur Yvon Raymond  
Président  
Conseil d'administration  
Hôpital Sainte-Croix

OBJET: Ma dissidence sur la résolution no 82-89 –  
Attribution gratuite de vingt-sept radio-chasseurs aux médecins

Monsieur,

Tel qu'indiqué lors de la dernière assemblée, voici, en plus de celles déjà mentionnées, les raisons qui motivent ma dissidence sur ce projet.

- 1- Les besoins de notre réglementation pour répondre aux urgences de chacune des spécialités nécessitent, après analyse, onze (11) radio-chasseurs. Si l'on ajoute ce qui apparaît nécessaire aux omnipraticiens pour répondre aux accouchements, ce nombre pourrait bien être de quinze (15), maximum dix-sept (17), pour couvrir très très bien toutes les urgences possibles. Ceci veut donc dire que l'attribution gratuite de vingt-sept (27) laisse dix (10) appareils pour l'usage personnel, ce qui, à mon sens, n'est aucunement la responsabilité de l'institution.
- 2- La justification, maintes fois évoquée par les médecins lors des discussions, à l'effet que ce service doit leur être fourni gratuitement puisqu'il fait partie du différentiel payé pour les actes posés à l'hôpital par rapport au cabinet privé n'a jamais été entendue lors de leur négociation avec le M.A.S. et corroborée aux institutions par ce dernier.
- 3- Venir ainsi chercher indirectement dans les institutions des bénéfices économiques qu'ils n'ont pas ou n'ont pu obtenir dans leur négociation avec l'État, et ce, avec votre consentement, c'est intervenir au-dessus de l'État dans leurs conditions économiques de pratique professionnelle et leurs bénéfices marginaux. À mon sens, nous ne pouvons faire cela puisque c'est la responsabilité de l'État de négocier leurs bénéfices.

Voilà donc quelques éléments qui s'ajoutent aux différentes raisons de ma dissidence dans ce projet.

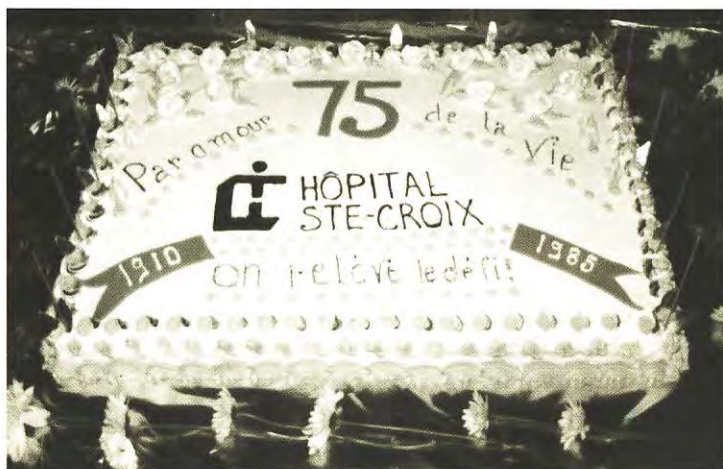
Veillez croire, Monsieur le Président, que malgré cette divergence de vues avec la majorité des membres du conseil d'administration, je respecte leur opinion et je verrai à en faire appliquer la décision.

Le directeur général,  
Rock Beaudet<sup>90</sup>

Cette décision n'a pas été appréciée du directeur général, car selon lui, elle impliquait des coûts annuels de 25 000 \$ puisqu'il fallait embaucher un technicien à temps plein pour entretenir les appareils. Aussi, contrairement au président du conseil d'administration qui ne croyait pas utile de se priver d'un service aussi essentiel pour économiser seulement 25 000 \$ sur un budget totalisant plus de 22 millions de dollars, pour le directeur général, ce raisonnement ne devait pas s'appliquer, car il menait droit vers le déficit. En contexte de réduction budgétaire, « les économies ne [devaient] pas se faire uniquement par centaines de milliers de dollars, mais bien par tranches de 100, 500 et 1 000 dollars<sup>91</sup> ». Enfin, à la suite du maintien de la décision du conseil d'administration, le directeur Beaudet a écrit une lettre afin d'enregistrer sa dissidence au projet.

La question des radio-chasseurs n'est qu'un exemple parmi d'autres. En effet, à cette époque, de nombreuses autres divergences qui ne portaient pas uniquement sur la rémunération des médecins contribuaient à envenimer les relations entre, d'une part, la direction générale, et d'autre part, le conseil d'administration et les médecins. En conséquence, le comité *ad hoc* sur les conditions d'exercice de la médecine est devenu un comité permanent et les bras de fer se sont multipliés. Par exemple, en 1984, à l'invitation du président du conseil d'administration, un omnipraticien a exposé aux autres membres du conseil les raisons qui l'ont poussé à quitter ses fonctions à l'hôpital. Selon ce dernier, sa décision a été motivée par deux facteurs. D'abord, il jugeait qu'il y avait une connaissance et une reconnaissance inadéquates du milieu administratif pour le médecin et son statut. Ensuite, il estimait également qu'il manquait de dialogue entre les médecins et l'administration<sup>92</sup>.

Gâteau servi en l'honneur du 75<sup>e</sup> anniversaire de l'Hôpital Sainte-Croix



En octobre 1985, face à ces tensions persistantes et malgré l'appui de la direction générale au plan de développement qui permettait d'entrevoir une amélioration des conditions de pratique, médecins et membres du conseil d'administration ont estimé que c'était trop peu, trop tard et lorsque le contrat du directeur Beaudet est arrivé à échéance, le conseil d'administration a décidé de ne pas le renouveler.

L'évocation d'un tel conflit ne vise pas à se prononcer en faveur de l'une ou l'autre des deux parties. D'un côté, la direction générale devait se conformer aux directives ministérielles de compressions budgétaires, tout en disposant de peu de marge de manœuvre et, de l'autre côté, les médecins étaient en droit de vouloir pratiquer dans des conditions équivalentes à celles qui prévalaient ailleurs. En fait, en plus de rendre compte de l'épisode du départ du directeur Beaudet, le rappel du conflit des radio-chasseurs permet d'illustrer concrètement les propos tenus par le D<sup>r</sup> Rodrigue, à savoir que « l'administration hospitalière ne peut pas être un monologue ». En conséquence,



*M. Joaquin Bastida*

*Joaquin Bastida a été directeur général de l'hôpital de 1986 à 1997. Après que son administration ait collaboré à la mise en place de nouveaux services à la fin des années 80 (médecine nucléaire, tomographie axiale, endoscopie, etc.), elle a dû freiner le développement hospitalier en raison des compressions budgétaires issues de la réforme de la santé et des services sociaux entreprise au début des années 90.*

l'une des principales tâches du successeur de M. Beaudet a été de restaurer le dialogue avec les médecins et dès lors, le climat de travail s'est nettement amélioré.

## et son application

En 1990, en faisant référence aux conséquences des coupures budgétaires successives dans le secteur de la santé, le D<sup>r</sup> Guy Paillé, qui était devenu président du conseil d'administration, a résumé en quelques mots seulement l'ensemble du malaise vécu à l'hôpital :

« On peut facilement comprendre les inquiétudes exprimées en milieu de travail : alourdissement de la tâche, valorisation de la technique aux dépens de l'humain, formalisation des relations interpersonnelles, bureaucratisation, utilitarisme, insécurité d'emploi pour les jeunes.

Tous ces facteurs se regroupent et convergent vers une constatation : la déshumanisation du milieu de travail associé à une conception utilitaire de la personne<sup>93</sup>. »

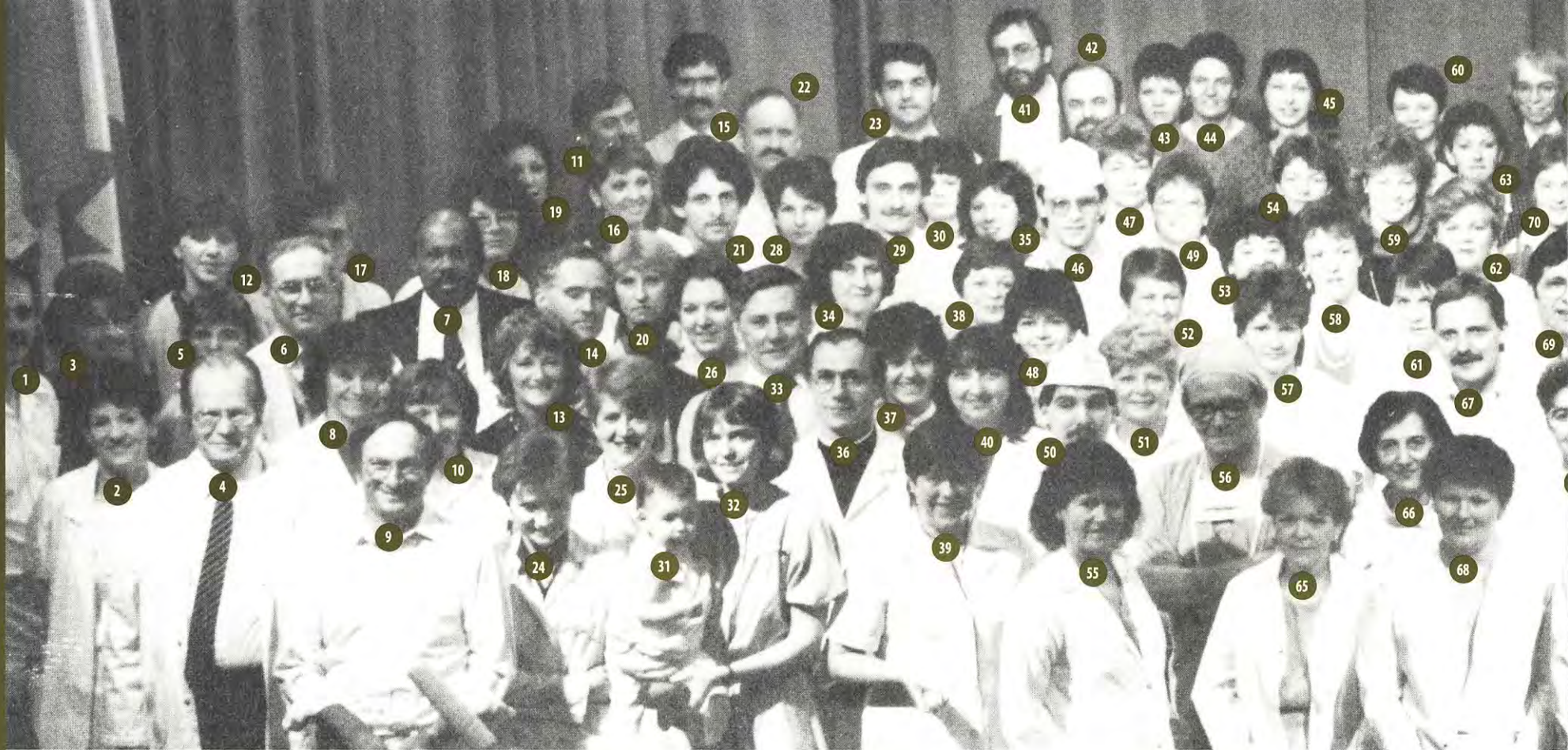
90. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 16 juin 1982.

91. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 16 juin 1982.

92. ASHD, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 21 novembre 1984.

93. ASHD, Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Croix, 1989-1990, p. 4.





1. Réal Lemaire
2. Jeannine Gardner Leclerc
3. Danielle Lauzon
4. D<sup>r</sup> Claude Grondin
5. Nicole Joyal
6. D<sup>r</sup> André Allaire
7. D<sup>r</sup> Jacques Ambroise
8. Madeleine Houle
9. André Cusson
10. Claire Morin
11. Michel Tourigny
12. D<sup>re</sup> Andrée Benoit
13. Lise Bourgault
14. D<sup>r</sup> André Lafontaine
15. Daniel Lavoie
16. Céline Benoit Pellerin
17. D<sup>r</sup> René Roux
18. Thérèse Béliveau

19. Louise Dugré
20. Louise Côté Autotte
21. Raynald Demers
22. Réal Doucet
23. Jeannot Laliberté
24. Claude Gagnon
25. Monique Cloutier
26. Lucie Tardif
28. Diane Perreault
29. André Allard
30. Jocelyne Perreault
31. Enfant (patient)
32. France Labonté Bolduc
33. D<sup>r</sup> Michel Girard
34. Louise Côté
35. Diane Beaugard
36. Roland Comeau, ptre

37. Nicole Bouchard
38. Suzanne Cloutier
39. Luce Auger
40. Claudette Proulx
41. Thierry Daganand
42. Richard Gélinas
43. Carole Landry
44. Marguerite Dauphinais
45. Louise Boudreau
46. Réjean Cardin
47. Rolande Girard
48. Hélène Bouchard
49. Andrée Charron
50. Daniel Gabriel
51. Denise Maher
52. Nicole Bellemare Provencher
53. Diane Lavergne
54. Lucie Buist

55. Françoise Bélanger
56. D<sup>r</sup> Guy Paillé
57. Francine Tremblay
58. Esther Martineau
59. Carole Boisvert
60. Marielle Beaumont
61. Jacinthe Martin
62. Hélène Gosselin
63. Élise Phaneuf
64. Rose-Hélène Cantin
65. Simone Gélinas
66. Fernande Bissonnette
67. Michel Poulin
68. France Morin
69. D<sup>r</sup> Bruno Rivard
70. Francine Grenier
71. Marthe Giroux
72. Lise Côté



- 73. Danielle Salvail
- 74. Ghislaine Fugère
- 75. Daniel Laframboise
- 76. Simone Chabot
- 77. Mario Allard
- 78. Rodrigue Bélanger
- 79. Lise Lefebvre
- 80. Lise Latour
- 81. Lucie Côté
- 82. Ginette Durand
- 83. Pierrette Beaudet
- 84. Jean-Paul Lauzière
- 85. Réjane Bédard
- 86. Claire Lachance
- 87. Jeannette Lambert
- 88. Louise Cloutier
- 89. Nagui Habashi
- 90. Jean-Guy Ouellet, ptre

- 91. Georgette Gagnon
- 92. Renée Jolly
- 93. Lise Fecteau
- 94. Claire Bernier
- 95. Carmen O'Bready Vachon
- 96. Pierre Levasseur
- 97. Claire Grondin Thomas
- 98. Irène Lévesque
- 99. Micheline Rajotte
- 100. Michel Houle
- 101. Manon Trottier
- 102. Yvon Richer
- 103. Jacinthe Salvais
- 104. Nicole Desrosiers
- 105. Jocelyne Yergeau
- 106. Claire Léger
- 107. Marcel Bonneville
- 108. Gilles St-Martin

- 109. Georges-Étienne St-Onge
- 110. Annette Fontaine
- 111. Maurice Simard
- 112. Lévis Descoteaux
- 113. Irène Blanchard
- 114. Gisèle Blanchette
- 115. Suzanne Pétrin
- 116. Francine Roux
- 117. Jeannine Albert
- 118. Johanne St-Pierre
- 119. Jean Turcotte
- 120. Michel Charette
- 121. Lucie Proulx
- 122. Clément Poirier
- 123. Roger Bérard
- 124. Normand Blanchette
- 125. Jacques Fortin
- 126. Louise Patry

- 127. Yvon Rioux
- 128. Lise Demers
- 129. Yolande Dionne
- 130. Monique Roy
- 131. Marcel Lefebvre
- 132. Martine St-Onge
- 133. Réal Cotnoir
- 134. Lorraine Landry
- 135. Cécile Semco
- 136. Pauline Lamothe
- 137. Guy Pellerin

Groupe d'employés et médecins des différents départements de l'Hôpital Sainte-Croix lors du 75<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation



Visite du ministre Jean Rochon à l'hôpital

94. Annexe I du Rapport Rochon, cité dans Pierre Bergeron, « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. 31, no 3, 1990, p. 369.

En 1985, prenant acte de cette réalité également vécue dans plusieurs composantes du réseau sociosanitaire, le gouvernement du Parti Québécois a commandé une nouvelle commission d'études sur la santé et les services sociaux. Pour ce faire, il a recruté le docteur et avocat Jean Rochon, qui était doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval et ancien membre de la Commission Castonguay-Nepveu. Bien que son rapport ait conclu à la nécessité de maintenir le système public, il a tout de même identifié plusieurs problèmes à résoudre.

La réforme de la santé qui a suivi le dépôt du Rapport Rochon a été entreprise par les ministres libéraux Marc-Yvan Côté et Lucienne Robillard. Avec le retour au pouvoir des péquistes, en 1994, elle a été poursuivie par Jean Rochon, qui accédait à ce moment au poste de ministre de la Santé, et Pauline Marois. Dès le départ, deux axes ont été définis en vue de procéder à cette réforme qui a duré près de dix ans.

De l'ensemble des informations recueillies se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand-peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décisions, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la « dispensation » des services et l'efficacité du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêts qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupe de pression issu de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que les personnes à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref, le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes<sup>94</sup>.

## 1) Augmenter le rendement institutionnel

Au milieu des années 90, dans le cadre de la démarche entreprise pour augmenter l'efficacité de l'hôpital, on a procédé au recentrage de sa mission. Concrètement, cette mesure consistait à délester les vocations institutionnelles secondaires en les transférant vers d'autres composantes du réseau sociosanitaire<sup>95</sup>. Ainsi, tous les services qui n'entraient pas dans la mission principale de l'établissement, soit de fournir à la population des services de traitements et de diagnostics spécialisés, ont été cédés à d'autres administrations.

Dans ce contexte, la gestion du Centre d'accueil Marguerite D'Youville (anciennement Centre d'accueil Sainte-Croix) a été confiée au Centre hospitalier Georges-Frédéric. On a transféré l'équipe de santé publique (anciennement Département de santé communautaire) vers la Régie régionale de la santé et des services sociaux (organisme qui a remplacé les CRSSS), puis le service d'aide pour l'alcoolisme et la toxicomanie a été réaménagé à l'intérieur de l'organisme Domrémy.

En plus du recentrage de la mission institutionnelle, l'augmentation du rendement hospitalier est passé par la mise en œuvre du virage ambulatoire. Essentiellement, cette démarche consistait à limiter au minimum le nombre d'hospitalisations. Pour ce faire, on a ouvert des lits de jour et on a augmenté de manière significative le nombre de chirurgies réalisées à l'aide de méthodes non invasives telles que la chirurgie endoscopique.

Comme en témoigne le tableau qui suit, cette transformation des services hospitaliers a permis de traiter un plus grand nombre de patients à moindres coûts.

Évolution du nombre de patients  
et des dépenses en médecine de jour de 1998 à 2003

	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03
Jours traitements	3 150	3 796	3 371	4 461	4 316
Usagers	902	946	987	1 168	1 238
Dépenses (\$)	196 562	247 131	171 956	186 268	168 343

95. ASHD, Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Croix, 1994-1995, p.4.

Service de chirurgie d'un jour mis sur pied dans le cadre du virage ambulatoire



96. Ce conseil regroupe les professionnels de la santé tels que les physiothérapeutes et les inhalothérapeutes.

Cela dit, au-delà des chiffres montrant une augmentation de l'efficience, il est important de mentionner que la mise en place du virage ambulatoire ne s'est pas réalisée sans heurt. En effet, malgré les directives, dans les années 80, visant à équilibrer les budgets, le déficit des institutions du secteur de la santé a continué à croître et, à partir de 1996, le gouvernement a imposé par voie législative le déficit zéro à tous les établissements du réseau sociosanitaire.

Dans un premier temps, cette nouvelle vague de compressions budgétaires a eu pour effet de limiter les réinvestissements en santé qui devaient être réalisés à partir des économies liées à la réduction des dépenses d'hospitalisations. En conséquence, l'inquiétude s'est répandue au sein de la population, car on craignait que la qualité des soins soit délaissée au profit de la quantité et de la rapidité des cas traités.

Dans un second temps, toujours dans l'objectif d'atteindre le déficit zéro, le gouvernement a mis sur pied, en 1997, un programme de départs volontaires à la retraite afin de réduire ses dépenses en ressources humaines. En provoquant ainsi le départ à la retraite anticipée de plus de 100 employés de l'hôpital, cette mesure a exacerbé les problèmes liés aux transformations du système hospitalier, car en plus de provoquer une fuite d'expertise majeure, elle a entraîné un mouvement de réaffectation des postes et des tâches qui a déstabilisé la culture organisationnelle de l'établissement et augmenté la charge de stress pour les employés.

## 2) Donner priorité à la satisfaction des citoyens en assurant le développement des services

À la fin des années 80, pour répondre en partie aux critiques du Rapport Rochon, les directions générales des hôpitaux du Québec ont entrepris de mettre sur pied des programmes d'évaluation institutionnelle afin de mesurer la satisfaction de la clientèle et des employés. À l'Hôpital Sainte-Croix, ces mesures ont permis de constater qu'en dépit du retard au niveau du développement des services médicaux, le taux d'appréciation de la qualité des services existants était très satisfaisant. Aussi, concernant le taux de satisfaction des employés vis-à-vis de leur milieu de travail, plusieurs mesures ont été entreprises pour l'améliorer. C'est dans ce contexte que, par exemple, on a mis sur pied la garderie Grand-Mère Douceur, que l'on a augmenté considérablement le nombre de formations destinées au perfectionnement des employés et que l'on a instauré le conseil multidisciplinaire<sup>96</sup> ainsi que le conseil des infirmières et des infirmiers, qui ont tous deux reçu un pouvoir consultatif auprès du conseil d'administration.

Malgré ces résultats encourageants, il faut néanmoins mentionner que le second axe de la réforme, à savoir l'amélioration des services, a mis beaucoup plus de temps à se réaliser que l'augmentation du rendement hospitalier. En effet, en raison de la politique du déficit zéro, les investissements promis pour soutenir le virage ambulatoire ont été limités et la transformation du système hospitalier s'est opérée avec beaucoup de difficultés. De plus, dans les années 90, en dépit de l'augmentation du nombre d'interventions, la fermeture de 85 lits a aggravé le manque d'espace avec lequel l'hôpital devait composer depuis les années 60.

## Évolution du nombre de lits à l'Hôpital Sainte-Croix de 1927 à 2004

1927 : Inauguration d'un hôpital distinct (18 lits)	1976 : Ouverture de 113 lits en hébergement au Centre d'accueil Sainte-Croix (335 lits)
1930 : Inauguration de la première annexe (35 lits)	1979 : Ouverture des lits en psychiatrie (356 lits)
1943 : Inauguration de la seconde annexe (50 lits)	<b>1994 : Fermeture de 33 lits au centre d'accueil (323 lits)</b>
1949 : Ouverture de l'hôpital actuel (178 lits)	1995 : Transfert du centre d'accueil vers le Centre hospitalier Georges-Frédéric (243 lits)
<b>1965 : Dépôt d'un premier mémoire démontrant la nécessité d'augmenter le nombre de lits</b>	<b>1996 : Virage ambulatoire - première fermeture de lits (229 lits)</b>
1966 : Aménagement du sixième étage à la suite de l'ouverture du pavillon des infirmières (222 lits)	<b>1997 : Virage ambulatoire - seconde fermeture de lits (213 lits)</b>
<b>1969 : Arrêté en conseil autorisant l'hôpital à porter son nombre de lits à 505</b>	<b>1998 : Virage ambulatoire - troisième fermeture de lits (191 lits)</b>
<b>1974 : Révision à la baisse du projet d'agrandissement; aucun nouveau lit pour malades aigus</b>	2004 : Création du CSSS Drummond

97. ASHD, Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Croix, 1989 à 2001.

L'année 1997 a cependant marqué un tournant à partir duquel la qualité des services hospitaliers a connu une nette amélioration. D'abord, le 28 janvier, l'administration a reçu une lettre du ministre Rochon l'autorisant à procéder à un nouvel agrandissement permettant de revitaliser l'ensemble des installations médicales. Ainsi, grâce à la participation financière du gouvernement québécois, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux et de La Fondation Sainte-Croix, 12 724 505 \$ ont été investis dans la nouvelle construction. Même si ce nouvel agrandissement n'a pas augmenté le nombre de lits, la fin des travaux a permis de moderniser les services offerts à l'urgence, au bloc opératoire, en endoscopie, aux soins intensifs et au laboratoire. De plus, dans la foulée de

ces travaux, on a également procédé à l'inauguration d'une clinique d'enseignement de l'asthme (1997), d'une clinique sur la douleur aiguë chronique (1998), d'un centre de dépistage régional pour le cancer du sein (1998) et d'une unité de télémédecine en hémodialyse (2001)<sup>97</sup>.



Début officiel des travaux  
d'agrandissement et de  
réaménagement de l'Hôpital  
Sainte-Croix le 4 septembre 1997



Unité de télémédecine en hémodialyse



Le laboratoire après les travaux  
d'agrandissement débutés en 1997

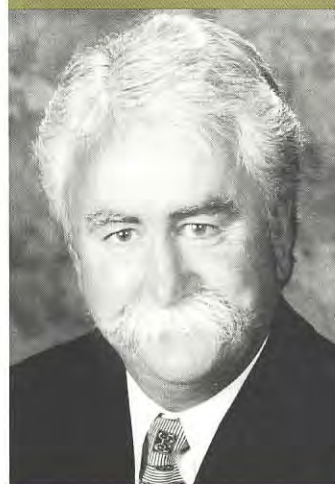


L'unité des soins intensifs  
après les travaux d'agrandissement  
débutés en 1997

*Cent ans d'histoire*

Parallèlement au projet d'agrandissement, l'amélioration des services médicaux a été marquée par la relance du processus de recrutement des spécialistes. Depuis la fin des années 70, ce dossier avait été considéré comme prioritaire, mais il n'avait progressé que très lentement. Cependant, à la fin de 1997, une nouvelle direction générale est entrée en fonction et à travers l'élaboration d'un plan d'amélioration totale, elle a fait du recrutement l'une de ses grandes priorités.

De 1997 à 2004, grâce aux efforts combinés de la nouvelle direction et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le département d'anesthésie-réanimation est passé de 0 à 2 membres actifs, le département d'orthopédie est passé de 0 à 4 membres actifs et le département d'obstétrique-gynécologie a été



*M. Pierre Levasseur*

*Il a été directeur général de l'Hôpital Sainte-Croix de 1997 à 2003. Il a occupé auparavant le poste de conseiller en gestion à la direction générale adjointe et, de 1991 à 1997, celui de directeur des services techniques et diététiques. Sous son administration, l'Hôpital Sainte-Croix s'est engagé dans un vaste plan visant la rétention de la clientèle et le recrutement médical.*



complètement renouvelé par le recrutement de trois spécialistes féminins. Il est à noter que l'arrivée des femmes dans cette discipline était souhaitée depuis longtemps par les patientes de la région drummondvilloise.

Ainsi, le cercle vicieux du sous-développement qui avait caractérisé le centre hospitalier depuis les années 1970 a été brisé avec les développements positifs découlant de l'agrandissement majeur de l'hôpital et de l'intégration de médecins spécialistes à l'équipe médicale. Alors qu'auparavant les patients devaient bien souvent être redirigés vers d'autres centres hospitaliers, faute de ressources médicales, le renouvellement des installations a amené de meilleurs services sur le territoire et le milieu de travail est devenu plus attrayant pour les ressources médicales et professionnelles.

Au cours des trente années qui ont suivi la vente de l'hôpital au gouvernement du Québec, soit de 1973 à 2003, la recherche de l'équilibre entre la réduction des dépenses et la poursuite du développement a été l'un des grands objectifs à atteindre.

D'abord, pendant les années 70, les compressions budgétaires et le retard dans les travaux d'agrandissement ont freiné considérablement le développement de l'Hôpital Sainte-Croix. Conséquemment, le centre hospitalier a connu une phase de stagnation, car de plus en plus de patients étaient redirigés vers d'autres établissements pourvus des technologies médicales de pointe.

Ensuite, au tournant des années 80, grâce aux efforts d'intervenants locaux tels que La Fondation Sainte-Croix, le processus de relance a été amorcé. Cependant, en raison de nouvelles compressions budgétaires qui se sont étendues jusqu'à la fin des années 90, les progrès n'ont pas été accomplis aussi rapidement que souhaités.

Cela dit, à partir de 1997, la mise en chantier d'un second agrandissement et l'arrivée d'une nouvelle direction générale ont donné un élan au développement hospitalier en favorisant le renouvellement des services offerts et en mettant l'accent sur le recrutement des médecins spécialistes.

Ainsi, l'Hôpital Sainte-Croix a comblé le retard qu'il avait accumulé par rapport aux autres établissements de la région et à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, grâce à la collaboration de tous, « la vitesse de croisière fut atteinte » et « les objectifs de rétention de la clientèle furent respectés<sup>98</sup> ». Ainsi, après trente ans d'efforts soutenus, l'équilibre budgétaire a été atteint sans pour autant freiner ni empêcher le développement des services offerts à la population.

1910 - 2010

*Cent ans d'histoire*

Épilogue

**Un nouveau départ (2004-2010)**



# ... un nouveau départ

Arrivé en poste en avril 2003, le ministre de la Santé, Philippe Couillard, considérait que la réforme inspirée par le rapport Rochon avait laissé les problèmes de l'accessibilité et de la continuité des soins non résolus. Plus précisément, celui-ci faisait référence au fait que, par manque d'arrimage entre

les diverses composantes du réseau sociosanitaire, il arrivait que des patients cessent d'être pris en charge lorsque leur dossier était transféré d'un établissement à un autre. Si, dans certains cas, ce type de situation ne posait aucun problème, en ce qui concerne la majorité des patients, il en était autrement.

Par exemple, qu'arrivait-il si, après avoir été reçue à l'urgence, une personne en perte d'autonomie se retrouvait sur une liste d'attente pour accéder au service de maintien à domicile offert par un CLSC ? Dans un tel cas, qui était responsable de cette personne pendant son attente ? Si l'hôpital décidait de la garder le temps qu'elle puisse être prise en charge par un autre service, cette situation contribuait au problème de l'engorgement du réseau hospitalier et si on choisissait de la retourner chez elle, on risquait de créer d'autres problèmes en transférant le fardeau des soins spéciaux à la famille et aux proches. En plus de vouloir assurer la continuité, la réforme Couillard visait aussi à rapprocher les services à la population en faisant participer tous les partenaires possibles sur sa santé et son bien-être.





Selon l'analyse du ministère de la Santé et des Services sociaux, cette discontinuité dans la prestation des soins résultait de la fragmentation du réseau sociosanitaire en de multiples établissements indépendants les uns des autres. Fonctionnant ainsi en vase clos, ceux-ci n'étaient pas tenus de se soucier de ce qui se passait en dehors de leur champ de compétence respectif et, en conséquence, il pouvait bien souvent en résulter un manque de collaboration à l'origine de cette rupture de services.

Pour régler ce problème, la fusion institutionnelle a été identifiée comme la meilleure solution. Ainsi, en 2004, le ministre Couillard a fait adopter une loi pour fusionner les institutions de santé. À Drummondville, cette mesure visait l'Hôpital Sainte-Croix, le CLSC Drummond et le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Cœur-du-Québec.

Le Centre d'hébergement  
L'Accueil Bon-Conseil en 2005



Le Centre d'hébergement  
Frederick-George-Heriot en 2005

Cette nouvelle transformation du réseau s'inscrivait dans la continuité des différentes réformes et des changements apportés au système de santé depuis sa création, il y a plus de 40 ans. Les modifications des années 90 avaient permis de jeter les premières bases d'un rapprochement entre les établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le but du système de santé public a toujours été de maintenir et d'améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes pour qu'elles accomplissent les rôles qu'elles entendent assumer dans leur milieu d'une manière acceptable pour elle-même. Ainsi, cette dernière transformation venait tout simplement favoriser la création d'un véritable réseau en



L'Hôpital Sainte-Croix en 2005

ayant comme objectif principal d'agir sur les déterminants de la santé et le bien-être. Il ne faut pas y voir la seule vision d'un gouvernement, mais bien une évolution nécessaire face aux nouveaux défis de santé et de bien-être.

À travers le Québec, la réforme Couillard a malgré tout provoqué une levée de boucliers au sein des institutions touchées par les fusions. Pour ses opposants, il s'agissait d'une vérité de la Palice que, bien avant le manque de collaboration entre les diverses institutions, le principal problème du



Le CLSC Drummond en 2005

réseau de la santé et des services sociaux était son manque de ressources<sup>99</sup>. De plus, tous savaient que la fusion allait provoquer de grands bouleversements, que ce soit au niveau des différentes cultures institutionnelles, de la réduction du nombre d'accréditations syndicales ou des mouvements de personnel qui en résulteraient. Cela dit, en dépit des nombreuses oppositions qu'il a rencontrées, le gouvernement a mis de l'avant sa réforme et à Drummondville, le 5 juillet 2004, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Drummond a reçu officiellement ses lettres patentes<sup>100</sup>. Désormais, la destinée des trois institutions touchées par la fusion allait être commune.

C'est à M. Nagui Habashi que le conseil d'administration du CSSS Drummond a confié la tâche de diriger l'équipe chargée de mettre en place les structures issues de la réforme. Pour cette nouvelle direction, l'objectif a donc été d'amener les gens à aller de l'avant, tout en respectant les sensibilités de chacun liées aux changements survenant avec le processus de fusion. Après plus de cinq ans de travail, force est de constater qu'un long chemin a été parcouru vers la réalisation des moyens prescrits par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour atteindre les objectifs de la réforme.

99. Jacques FOURNIER, « La réforme Couillard-Charest, une réforme de trop? », *Nouvelles pratiques sociales*, Université du Québec à Montréal, vol. 18, no 1, automne 2005, p. 176.

100. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Rapport annuel du CSSS Drummond 2005-2006, p. 3.



*M. Nagui Habashi*

*Habashi a été nommé directeur général du nouveau CSSS Drummond. Avant son entrée en fonction, il avait été directeur des services techniques, puis directeur général adjoint de l'Hôpital Sainte-Croix de 1983 à 1992 et enfin, directeur général du CHSLD Cœur-du-Québec de 1992 à 2004.*

## Mettre en action le principe

### de la responsabilité populationnelle et définir un projet clinique pour l'ensemble du territoire

En plus de fusionner les établissements de santé d'un même territoire, la réforme Couillard a développé le concept administratif de la responsabilité populationnelle. Cette nouvelle conception de la gestion sociosanitaire conférait aux CSSS le mandat de mettre de l'avant une mission qui débordait du cadre institutionnel traditionnel pour devenir davantage territoriale.

À travers ce changement d'orientation, deux grands objectifs étaient poursuivis : favoriser l'accessibilité et la continuité des soins en mettant en place des protocoles de services interinstitutionnels, puis développer, à travers la concertation, un projet clinique spécifique aux besoins particuliers de chaque région.

Pour réaliser ces objectifs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié aux CSSS la tâche de créer et d'animer un réseau local de santé (RLS) regroupant l'ensemble des intervenants sociosanitaires de leur territoire respectif. C'est ainsi qu'est né, en 2007, le réseau local de santé et de services sociaux Drummond. Concrètement, ce nouvel organisme a regroupé, autour de diverses tables thématiques, tous les intervenants du territoire touchés par les différents sujets abordés. En 2008, les tables de concertation ont établi 14 cibles cliniques visant à répondre de manière coordonnée aux besoins spécifiques de la population de la MRC de Drummond.

Depuis la mise en place du réseau local de santé et de services sociaux Drummond, plusieurs grandes réalisations ont vu le jour à la suite de la définition du projet clinique. Voici les principales :



### 1) Des lits de soins palliatifs dans la communauté

Unité René-Verrier

Une entente de partenariat impliquant le CSSS Drummond, la Fondation René-Verrier et le Centre d'hébergement Saint-Frédéric (Gestions Pierre Pelletier inc.) permet de créer, en septembre 2007, une nouvelle ressource offrant des soins palliatifs, soit l'Unité René-Verrier. Les trois chambres de soins palliatifs situées au Centre d'hébergement Saint-Frédéric accueillent les patients en fin de vie, dont la condition est stable. Ce projet a amené une meilleure accessibilité à ce type de service, tout en procurant aux patients et à leurs proches un environnement leur assurant la dignité, une approche personnalisée, humaine et chaleureuse jusqu'aux derniers moments de leur vie.



## 2) Cinq lits post-hospitaliers

En décembre 2007, le CSSS Drummond a procédé à l'ouverture de cinq lits post-hospitaliers grâce à l'appui du Centre d'hébergement Saint-Frédéric. Ces lits peuvent accueillir des usagers en perte d'autonomie physique ou cognitive et qui ont terminé leur phase d'hospitalisation à l'Hôpital Sainte-Croix. Au cours de son séjour dans ce service, la personne bénéficie d'une évaluation clinique et de services de réadaptation non intensive grâce à une prise en charge par le Service ambulatoire gériatrique. Ces étapes d'évaluation et de rééducation en dehors du milieu hospitalier procurent un meilleur portrait du niveau d'autonomie réelle de l'usager, en prévision de son retour à domicile.

## 3) Un répertoire de ressources réalisé à l'invitation des proches aidants

En 2008, avec l'objectif de développer davantage les services offerts aux proches aidants, la table de travail intersectorielle du Réseau local de santé et de services sociaux Drummond, formée pour la mise en œuvre des projets cliniques visant les personnes en perte d'autonomie ou atteintes d'une déficience physique, a réalisé un document de référence intitulé *Répertoire des ressources aux proches aidants*.

Fruit d'un important travail de concertation des organismes qui œuvrent directement auprès des personnes âgées ou ayant une déficience physique, le répertoire recense plusieurs ressources qui peuvent être fort utiles pour les proches aidants. Il peut s'agir de services de soutien, d'accompagnement, de répit, de gardiennage ou, encore, de groupes d'entraide.



## 4) La Clinique des maladies cardiorespiratoires André-Paquin

En 2008, le CSSS Drummond a procédé à l'ouverture de la Clinique des maladies cardiorespiratoires André-Paquin. Cette clinique accueille les personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et celles souffrant d'insuffisance cardiaque. Une grande part des coûts d'implantation de la clinique, soit 400 000 \$, a été assurée par la Fondation Sainte-Croix/Heriot et par deux partenaires, Pfizer Canada et la famille de M. André Paquin. Ce dernier, décédé en 2006, était reconnu pour son engagement remarquable au sein de la communauté drummondvilloise et pour sa contribution au développement des services de santé.

Le mandat des professionnels œuvrant au sein de ce service consiste à accompagner et à soutenir les personnes ciblées dans la prise en charge de leur maladie, pour qu'elles puissent maintenir ou accroître leur autonomie fonctionnelle et conserver leur qualité de vie. L'équipe interdisciplinaire y offre une gamme complète de services de réadaptation, par des activités physiques supervisées. En vertu de programmes d'enseignement et d'éducation, les professionnels veillent aussi

à outiller les usagers dans la gestion de leur traitement pour ainsi réduire les facteurs de risques d'incapacité. L'approche privilégiée est proactive et préventive.

### 5) Un guichet d'accès en santé mentale

Depuis l'automne 2009, le guichet d'accès en santé mentale exerce une fonction intégrative permettant à l'usager d'être référé vers le service qui lui sera le plus bénéfique, afin qu'il reçoive le traitement approprié à ses besoins, au moment opportun et avec la bonne personne. Les services de liaison entre le CLSC et les services psychiatriques offerts à l'hôpital sont plus fluides.

### 6) Clinique d'insuffisance rénale chronique

En octobre 2009, le CSSS Drummond ouvre officiellement les portes de sa Clinique d'insuffisance rénale chronique. Les personnes du territoire de la MRC de Drummond souffrant d'insuffisance rénale chronique peuvent depuis profiter des services d'évaluation, de suivi médical, de services infirmiers et nutritionnels de même que d'un programme d'enseignement. Cette maladie se développe en cinq stades de sévérité, soit de léger à terminal. Dans ses derniers stades, elle peut être soignée par des traitements médicaux et thérapeutiques comme par la dialyse péritonéale ou la dialyse rénale. La maladie ne se guérit pas mais, fort heureusement, il est possible d'intervenir précocement pour la prévenir ou pour freiner son évolution. C'est donc dans cet objectif que ce service a été créé.

### 7) Des lits de convalescence

En vue d'augmenter l'accessibilité aux soins et aux services, depuis décembre 2009, le CSSS Drummond offre un milieu de convalescence temporaire. Les personnes qui, en raison d'un traitement ou d'une intervention pour des problèmes de santé ponctuels et transitoires, ne peuvent retourner immédiatement à domicile après leur séjour hospitalier, peuvent bénéficier de lits de convalescence (4 lits dont 2 au Centre d'hébergement Saint-Frédéric et 2 à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive du Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot). Elles peuvent ainsi maximiser leur potentiel de récupération ou de réadaptation avant le retour à domicile.

### 8) Des « gestionnaires de cas » pour mieux coordonner les actions

Dans le but de mieux intégrer les services offerts aux personnes âgées, le CSSS Drummond a déployé l'approche « gestion de cas ». Cette approche vise une meilleure coordination des actions dans l'intérêt des personnes âgées en perte d'autonomie significative et de leurs proches, tout en maintenant une relation avec eux tout au long du continuum de services. Le gestionnaire de cas devient « le représentant » de l'usager auprès des autres intervenants et leur fait connaître ses besoins et attentes. Ainsi, les interventions du gestionnaire de cas ont une fonction de coordination de services et peuvent être à caractère psychosocial. Ce sont les travailleurs sociaux des services de soutien à domicile qui assurent le rôle de gestionnaire de cas.

101. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-soutien et les programmes-services*, Québec, janvier 2004, p. 2.

102. *Ibidem*

103. « Où en sommes-nous dans notre projet de redéploiement institutionnel? », *Journal interne du CSSS Drummond*, CSSS Drummond, Année 1, no 1, p. 2.

## 9) Un projet d'accompagnement à domicile pour les proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La Société Alzheimer du Centre-du-Québec, en partenariat avec les centres de santé et de services sociaux Drummond, Arthabaska-Érable et Bécancour-Nicolet-Yamaska, a mis en œuvre, en 2010, un projet d'accompagnement à domicile afin de soutenir les proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou toute autre démence. Les proches aidants peuvent bénéficier de quatre heures de répit par semaine. Ce service d'accompagnement est un excellent moyen pour améliorer la qualité de vie des proches aidants et les aider à maintenir leur équilibre personnel et familial.

### en fonction des nouveaux programmes

Depuis les années 80, le ministère de la Santé et des Services sociaux définissait ses orientations en fonction de programmes-clientèles. Avec la réforme Couillard, on a abandonné cette pratique jugée inadéquate pour faire place à des programmes définis en fonction des besoins de la population. Ainsi, deux types de programmes ont été mis sur pied. D'une part, il y a les programmes-services, qui se rapportent à « un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune<sup>101</sup>. » D'autre part, il y a les programmes-soutien, qui désignent « un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services<sup>102</sup>. »

En aménageant ces deux types de programmes, le ministère a également changé le mode de financement traditionnel. Alors, qu'auparavant, les subventions étaient accordées sur une base institutionnelle, depuis les fusions, le financement est déterminé par programme. En transcendant ainsi le simple cadre institutionnel, le gouvernement souhaite se donner les moyens de pouvoir intervenir efficacement et de manière ciblée sur un type de problème donné.

Au CSSS Drummond, la mise en place des nouveaux programmes a débuté en décembre 2004<sup>103</sup>. Pour procéder à leur implantation, il a fallu redéfinir les structures de services non plus uniquement en fonction de l'hôpital ou du CLSC, mais bien en tenant compte de l'ensemble des points de services et des besoins spécifiques à la population de la MRC de Drummond.

### des services offerts au CSSS Drummond

Même si la réforme souhaitait améliorer l'accessibilité et la continuité des soins à travers la fusion des établissements de santé publics et à travers la mise en place d'une structure favorisant une plus grande collaboration entre les divers intervenants sociosanitaires, la poursuite du développement des services est demeurée une priorité au CSSS Drummond.

Par exemple, en plus des projets mentionnés précédemment, en mars 2005, quatre donateurs de La Fondation Sainte-Croix unissaient leurs forces dans un geste sans précédent en faveur des usagers de l'Hôpital Sainte-Croix.

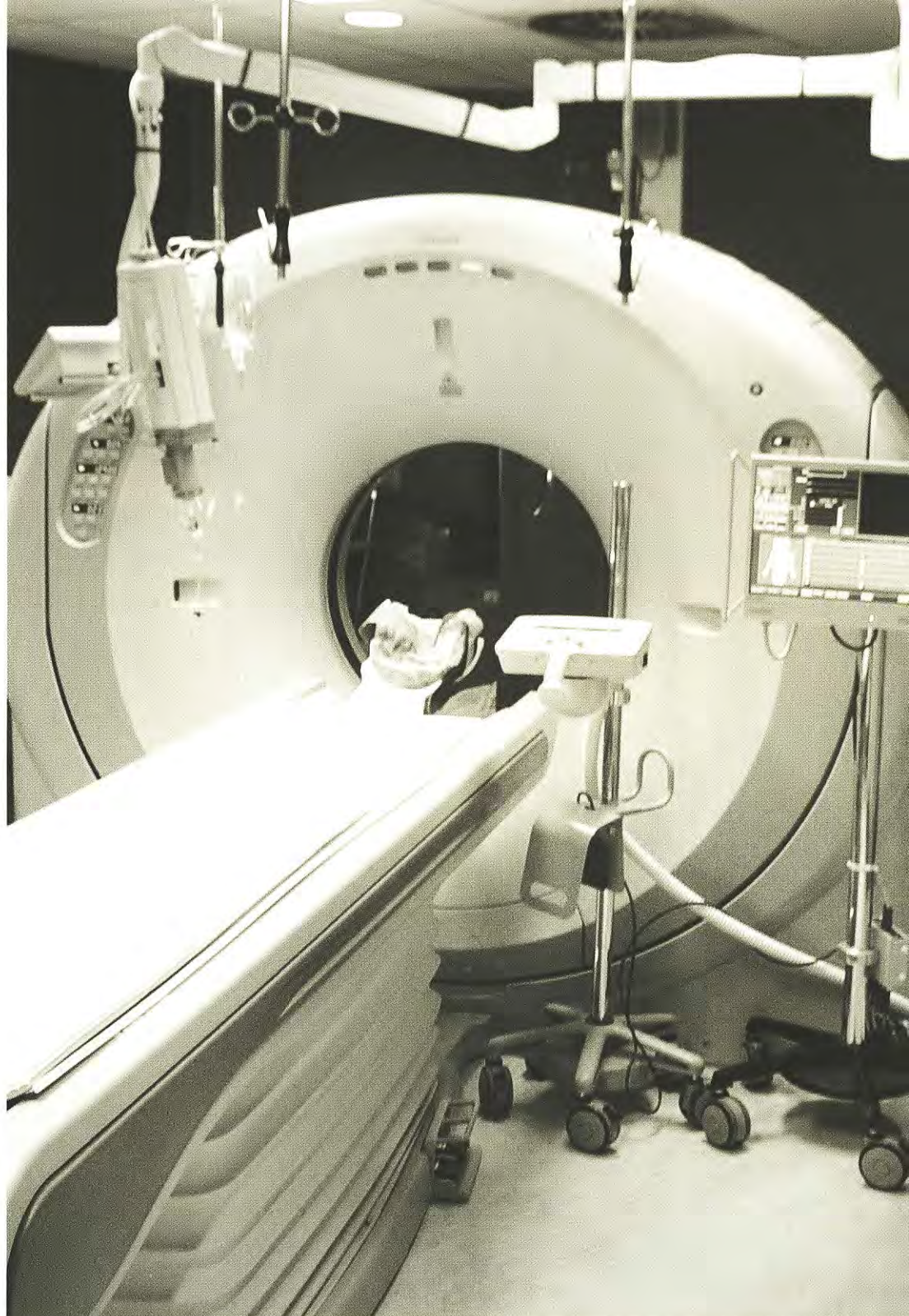
L'Hôpital Sainte-Croix reçoit un don de 1,1 million pour l'acquisition d'un nouveau tomodensitomètre.



En effet, les présidents de Canimex (M. Roger Dubois), de Pétro-T (Léo-Paul Therrien), de la Caisse populaire Desjardins de Drummondville (M<sup>e</sup> André Jean) et de L'Union-Vie (M. Jacques Desbiens) confirmaient une contribution globale et unique de 1,1 million de dollars à La Fondation Sainte-Croix, pour l'achat et l'aménagement d'un tout nouveau tomodensitomètre multibarrettes (*scanner*).

Le nouveau tomodensitomètre a remplacé l'équipement antérieur dont l'acquisition avait été financée par un don de Canimex.

Nouveau tomodensitomètre utilisé pour la tomographie axiale



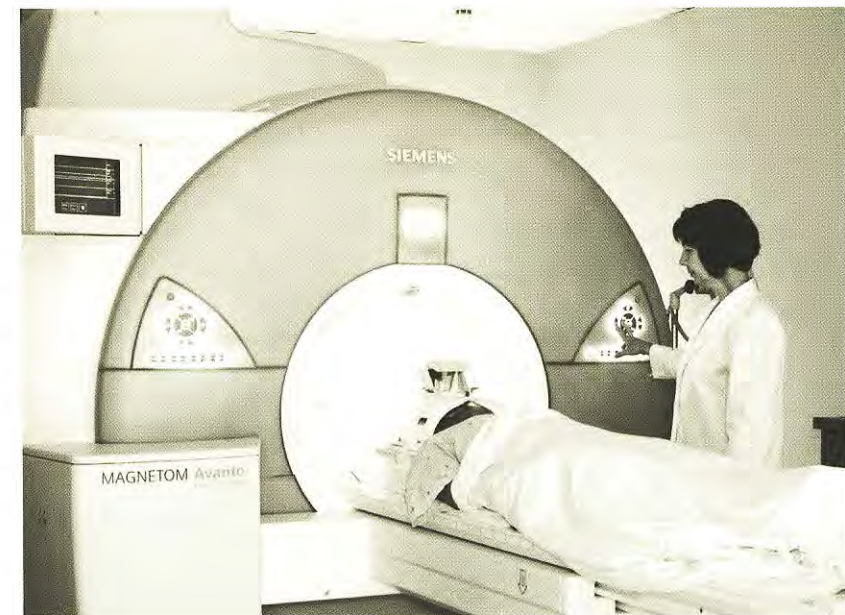
L'arrivée de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique



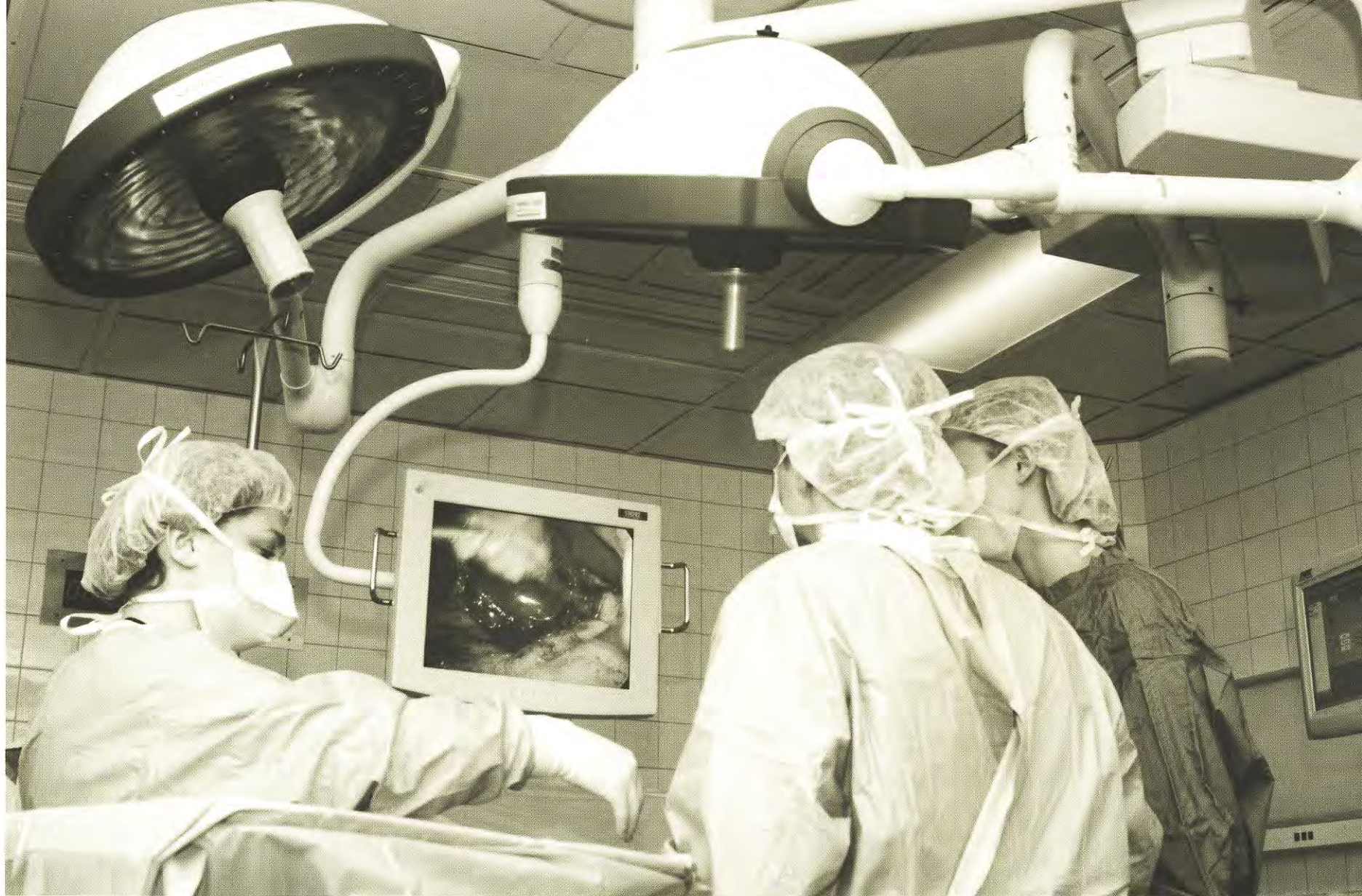
Salle de lecture en tomographie axiale

De plus, on inaugurerait, en septembre 2005, un service d'imagerie par résonance magnétique (IRM) à l'Hôpital Sainte-Croix. La salle où se trouve l'équipement a été nommée « Salle Jean-Pierre Despins », en hommage à ce médecin de famille grandement engagé dans le milieu, décédé en décembre 2000. D<sup>r</sup> Despins avait ouvert la voie au projet d'acquisition de l'IRM.

Aussi, en 2007, grâce à une contribution financière de 250 000 \$ de La Fondation Sainte-Croix, le CSSS Drummond a réalisé une première québécoise en se dotant d'une salle d'opération par laparoscopie équipée de la technologie allemande Storz. La suite opératoire est dotée des appareils d'endoscopie les plus sophistiqués disponibles. Elle favorise une récupération



Appareil d'imagerie par résonance magnétique



plus rapide du patient, donc, une hospitalisation de plus courte durée. De plus, avec cette acquisition, l'Hôpital Sainte-Croix se place à l'avant-scène en matière de téléchirurgie, puisqu'elle comporte un système de téléconférence, permet la mise en réseau de salles d'opération, de même que la saisie électronique et l'archivage des données.

Plus récemment, soit à la fin de l'année 2009, une nouvelle approche dans l'offre de services médicaux dans la région voyait le jour, le Réseau d'accessibilité médicale Drummond. Le CSSS Drummond et des médecins du territoire se sont mobilisés pour apporter une solution concrète à la pénurie de médecins de famille et améliorer l'accessibilité aux soins

Salle opératoire

médicaux. Par extension, le Réseau permet au service de l'urgence de l'Hôpital Sainte-Croix de se recentrer sur les soins médicaux majeurs et urgents.

Finalement, l'année 2010 a déjà été très fructueuse au plan du développement de services chirurgicaux. Premièrement, le CSSS Drummond a été officiellement désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation de chirurgies bariatriques, dans le contexte du plan d'action du MSSS pour le traitement de l'obésité morbide. Deuxièmement, un important réaménagement rendra possible l'ajout, dès septembre 2010, de deux salles d'opération pour la chirurgie ophtalmologique. Ce projet permettra de doubler la capacité de production actuelle de la chirurgie ophtalmologique et, par ricochet, celle des autres types de chirurgies.

### d'amélioration continue

Depuis sa création, le CSSS Drummond poursuit la démarche d'amélioration continue initiée par les entités maintenant fusionnées et sollicite l'agrément d'organismes reconnus en la matière. L'agrément repose sur l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles, en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

Récemment, en février 2010, en fonction d'un rapport provisoire, l'établissement obtenait une certification d'agrément avec condition délivrée par Agrément Canada pour les trois prochaines années. Ce statut confirme que le CSSS atteint donc les grands standards en matière de qualité. Cette certification venait souligner les résultats des efforts de tous les membres de l'organisation.

Dans le même ordre d'idée, en 2008, le Service d'imagerie médicale du CSSS Drummond recevait le certificat d'agrément de l'Association canadienne des radiologistes. Cet agrément est une condition préalable pour que l'établissement puisse agir à titre de centre de dépistage désigné du cancer du sein dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Le Programme d'agrément des mammographies de l'Association canadienne des radiologistes établit les normes qui s'appliquent aux appareils, à la qualité des clichés et aux compétences du personnel.

Toujours en 2008, les membres de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer du CSSS Drummond ont reçu leur certification jusqu'en janvier 2012. Cette désignation du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du ministère reconnaît les efforts considérables déployés et la motivation de ces intervenants afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services de lutte contre le cancer sur le territoire de Drummond.



Salle d'urgence de l'hôpital

Finalement, le Service de biologie médicale recevait, en 2009, un agrément de trois ans du Conseil québécois d'agrément.

Tel qu'on le constate, les premières années du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Drummond lui ont permis d'établir des bases solides pour bien répondre à sa mission. Des défis de taille sont toujours à l'ordre du jour et la pénurie de la main-d'œuvre persiste, s'intensifie et continue de créer

des effets négatifs sur la main-d'œuvre actuelle. Parmi les solutions figure la réorganisation du travail dans une approche participative. Il faut aussi mentionner la lutte aux infections nosocomiales, qui exige l'ajout de ressources importantes. Et, finalement, l'épisode de pandémie de grippe A (H1N1) vécu à l'automne 2009 a prouvé que le réseau de la santé et des services sociaux se doit d'être prêt en tout temps à répondre à une urgence sanitaire.





## le centre famille-enfant

Depuis aussi loin que 1988, la construction d'un centre famille-enfant fait partie des priorités de l'établissement de santé<sup>104</sup>. Or, en janvier 2010, ce projet a franchi une nouvelle étape en recevant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc. Ainsi, après plus de 24 ans d'attente, la construction du CFE débutera enfin en 2012, grâce à un investissement de 21 millions de dollars<sup>105</sup>.

En regroupant dans un même lieu le centre de grossesse, la pédiatrie, l'obstétrique et le service post-partum, le CSSS Drummond réglera plusieurs problèmes qui étaient liés à la vétusté des locaux. De plus, en libérant de l'espace au 3<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> étages de l'hôpital, le CFE permettra de réduire le nombre de chambres multiples, tout en réaménageant les locaux destinés à la médecine de jour et à l'oncologie, entre autres.

Comme en témoignent les nombreux projets réalisés depuis 2004, l'implantation de la réforme Couillard a été menée avec beaucoup de dynamisme au sein du CSSS Drummond. Cependant, dans une perspective historique, après seulement



104. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, *Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Croix 2001-2002*, p. 5.

105. « Le ministre Yves Bolduc donne le feu vert à la réalisation du Centre famille-enfant Girardin », *Synergie*, année 2010, no 1, p. 1.

Vue du futur centre famille-enfant

six ans d'application, il est encore beaucoup trop tôt pour tirer des conclusions valables au sujet d'une telle réforme. En effet, la fusion institutionnelle et les transformations dans les programmes de services n'ont pas fini de livrer leurs promesses et à long terme, les problèmes qu'elles auront générés ne sont certainement pas encore tous connus. Aussi, en dépit des progrès réalisés depuis les six dernières années, seule la nature des prochaines politiques et de la prochaine réforme permettra de savoir si l'histoire aura donné raison aux détracteurs ou aux défenseurs de la réforme Couillard.



Visite du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, à Drummondville en janvier 2010; de g. à d., M. Stephen Bray, président de la Fondation Sainte-Croix / Heriot, M. Gérald Lapierre, président du conseil d'administration du CSSS Drummond, M. Yves Bolduc, M<sup>me</sup> Diane Drouin, ex-présidente du conseil d'administration du CSSS Drummond, M. Jean-Denis Allaire, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et M. Michel Doyon, directeur général adjoint du CSSS Drummond

# Conclusion

En plus de marquer le centenaire de l'Hôpital Sainte-Croix, 2010 marque également le cinquantième anniversaire de l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation. L'histoire de l'hôpital se divise donc en deux parties égales où, d'un côté, il y a un régime hospitalier hybride, soutenu à la fois par le privé (les communautés religieuses) et l'État (l'assistance publique), et, de l'autre côté, un régime hospitalier public, soutenu uniquement par l'État (l'assurance-hospitalisation qui est complétée par l'assurance-maladie). Devant une répartition aussi égale dans le temps, il convient donc de conclure cet ouvrage par un bilan comparatif entre le régime hybride et le régime public.

## et l'incapacité de soigner universellement

Quand on regarde les cinquante premières années d'existence de l'hôpital, on remarque qu'elles se divisent en deux phases : la phase caritative et la phase curative. Bien que les aspects caractérisant chacune de ces phases s'entrecroisent tout au long du demi-siècle, on assiste, au cours de cette période, à un renversement de l'aspect dominant, ce qui constitue la frontière entre les deux phases.

Durant la phase caritative, qui s'étend de 1910 à 1926, les religieuses sont seules au monde pour faire vivre leur mission, mis à part les quêtes et les dons qu'elles reçoivent des riches drummondvillois. Il leur faut donc se livrer à diverses activités qui n'ont rien à voir avec la mission d'un hôpital, tant sur le plan caritatif que curatif. Par exemple, elles prennent des pensionnaires, elles font le ménage à la sacristie de l'église, elles servent des repas aux ouvriers d'un chantier de construction, etc.

Avec les revenus qu'elles tirent de ces menus travaux, elles accueillent chez elles des orphelins, des malades pauvres et des vieillards sans ressource. À cette époque, il faut comprendre que ce type de clientèle ne se retrouve pas à l'hôpital pour que ses problèmes de santé soient diagnostiqués et traités, mais bien simplement parce qu'elle est pauvre et que son état, physique ou mental, ne lui permet pas de subvenir à ses besoins. En ce sens, ces activités hospitalières s'inscrivent dans la phase caritative qui, traditionnellement, caractérisait les hôpitaux depuis aussi longtemps que le Moyen Âge.

Durant la phase caritative, l'aspect curatif s'intègre également aux activités de l'hôpital, mais de manière secondaire. En effet, parce que le type de clientèle qu'elles accueillent chez elles est plus vulnérable à la maladie, les religieuses doivent régulièrement faire venir le D<sup>r</sup> Béliveau à l'hôpital et celui-ci, en bon chrétien et par devoir moral envers la profession, effectue des consultations gratuites.

À cette époque, sur le plan médical, il ne se passe rien de plus à l'Hôpital Sainte-Croix et bien que les religieuses veuillent de toutes leurs forces doter Drummondville d'un hôpital moderne capable de dispenser des soins curatifs, elles en sont incapables par manque de ressources financières.

Malgré la construction d'un hôpital distinct en 1926, la transition réelle vers la phase curative s'effectue avec l'arrivée du D<sup>r</sup> Charpentier, qui entreprend des pourparlers avec les religieuses dès 1927. Il est certain que, pour venir à Drummondville, celui-ci pose comme condition la présence d'une salle d'opération comprenant tous les équipements modernes et l'espace pour hospitaliser ses patients convalescents. Or, pour que les religieuses puissent obtenir de telles infrastructures, elles doivent solliciter le gouvernement, qui subventionne, par le régime de l'assistance publique, la construction de la première annexe en 1929. Dès lors, la situation évolue plus rapidement, mais demeure soumise aux aléas des dons privés et des subventions gouvernementales.

En 1959, à la veille de la mise en place du régime public, les religieuses peuvent être fières du travail qu'elles ont accompli, car elles ont réussi à construire un hôpital de soins spécialisés moderne parmi les meilleurs de la province. Cela dit, il est important de souligner ici que la construction de cet hôpital n'est pas le fruit du Saint-Esprit. En effet, sur un coût total d'environ 1 500 000 \$, 375 000 \$ proviennent de Québec et d'Ottawa, 200 000 \$ proviennent de souscriptions privées drummondvilloises et 925 000 \$ proviennent d'un emprunt hypothécaire contracté par les religieuses, mais qui est en partie remboursé grâce à des subventions spéciales du gouvernement.

De plus, aussi parfait que puisse être cet hôpital, un problème majeur existe : tous les matins, les religieuses et les médecins prient pour que le bon Dieu leur envoie beaucoup de malades à soigner. Au-delà du paradoxe que cela implique, cette pratique démontre un problème d'accessibilité, car l'hôpital ne fonctionne pas à pleine capacité. En réalité, cela s'explique par le fait que la plupart des gens n'ont tout simplement pas les moyens de se payer les soins hospitaliers offerts par les religieuses. Alors que pour les plus pauvres, il y a l'assistance publique, pour les plus riches, il y a l'argent. Pour la vaste majorité des travailleurs et des travailleuses, il n'y a rien.

Ainsi, l'analyse des cinquante premières années de l'histoire de l'hôpital montre que, pendant la phase caritative, les religieuses n'ont pas réussi à rassembler les ressources nécessaires pour développer l'aspect curatif au-delà de la simple visite médicale. Enfin, elle permet également de comprendre que pour que l'hôpital passe à la phase curative, l'intervention étatique a été essentielle.

## Le régime public

### et la remise en question de son monopole

Avec l'entrée en vigueur du régime public, la notion de charité disparaît complètement et l'État a désormais la responsabilité d'offrir gratuitement des soins de santé et des services sociaux à tous les citoyens. En conséquence, le volume d'activité à l'hôpital augmente considérablement et pour suivre la hausse de la demande, il est important que le développement hospitalier soit maintenu.

L'augmentation des coûts liés au système sociosanitaire préoccupe rapidement les gouvernements. Dès les années 70, on procède à des compressions budgétaires de manière récurrente. Ainsi, comme au temps où les religieuses manquaient d'argent pour construire une salle d'opération, les ressources continuent de manquer sous le régime public.

Certains diront que les listes d'attente constituent un obstacle à l'accessibilité; néanmoins, contrairement à l'époque du régime hybride, sous le régime public, tout le monde finit par avoir accès à des soins dans un délai qui est régi par la Loi sur la santé et les services sociaux.

Depuis plus de quarante ans, les gouvernements cherchent sans cesse des solutions qui permettront d'améliorer les services sociosanitaires sans injecter plus d'argent. La dernière mesure proposée par le gouvernement libéral de Jean Charest a été la fusion des hôpitaux, des centres d'hébergement et des CLSC.

Après seulement six ans d'application, même s'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions valables, certains prédisent déjà son échec en affirmant que pour régler le problème du financement du système sociosanitaire, il faut faire appel au privé. Cependant, l'histoire de l'Hôpital Sainte-Croix montre que dans certains cas, le privé ne réussit pas à livrer la marchandise sans l'appui du public. En ce sens, il faut se demander quels intérêts seraient servis par une plus grande place du privé en santé et quelles en seraient les conséquences.

# Annexes

*De La Fondation Sainte-Croix à la Fondation Sainte-Croix / Heriot*

*Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix*

*GRAMI*

*Club des 25 ans*

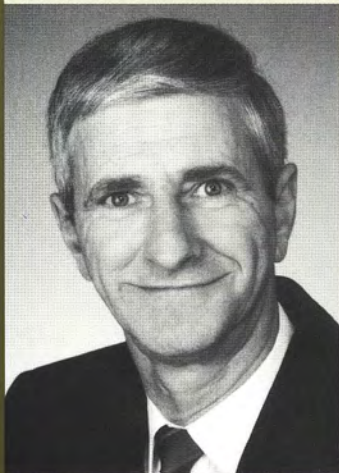
*Principales instances médicales et administratives*

# De La Fondation Sainte-Croix à la Fondation Sainte-Croix / Heriot

Lorsqu'il est question de la santé, il faut faire preuve de vision... C'est bien ce qu'ont démontré feu le D<sup>r</sup> Pierre Montpetit et ses collègues bénévoles en 1979, lorsqu'ils ont mis sur pied La Fondation Sainte-Croix.

Les nombreux obstacles rencontrés à cette époque par la direction de l'Hôpital Sainte-Croix dans le parachèvement de son projet de construction d'un bloc de services et le resserrement des budgets d'équipements dont disposaient les hôpitaux ont incité un groupe de médecins et de gens d'affaires de Drummondville à prendre les choses en main. C'est ainsi qu'en 1979, ils ont procédé à la création de La Fondation Sainte-Croix, ce qui a marqué le début d'une remarquable histoire de mobilisation des gens du milieu au profit d'une cause commune, la santé. Depuis, la présence de la fondation est devenue indispensable et cette dernière s'avère encore aujourd'hui un partenaire de premier plan pour le développement du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Drummond.

D<sup>r</sup> Pierre Montpetit



## Membres du premier conseil d'administration de La Fondation Sainte-Croix

D<sup>r</sup> Pierre Montpetit, président  
M<sup>e</sup> André Jean, vice-président  
D<sup>r</sup> Bruno Rivard, secrétaire  
M. René Verrier, trésorier  
M. Rock Beaudet, directeur  
D<sup>r</sup> André Côté, directeur  
D<sup>r</sup> Chaouki Debs, directeur  
M. Jean-Yves Fréchette, directeur  
M. Wilfrid J<sup>r</sup> Méthot, directeur  
D<sup>r</sup> Guy Paillé, directeur

La générosité des gens d'ici ne s'est jamais démentie et a permis à la fondation de remplir sa mission. À la fin des années 90, l'Hôpital Sainte-Croix a pu franchir une étape importante de son existence, par l'agrandissement et le réaménagement de ses bâtiments, l'acquisition d'appareils spécialisés et le recrutement de nouveaux médecins spécialistes et de professionnels.

### *Une mission... pour la Vie!*

*La Fondation Sainte-Croix/Heriot est un partenaire financier indispensable pour assurer le développement durable des soins et des services offerts par le CSSS Drummond.*

*La Fondation Sainte-Croix / Heriot a pour mission de mettre à profit son expertise et sa créativité afin de mobiliser l'ensemble de la communauté à l'égard des besoins de la clientèle desservie par le CSSS Drummond.*

*À l'aide de formules constamment innovatrices, la Fondation Sainte-Croix/Heriot s'assure de la participation financière et de la contribution de nombreux bénévoles au sein de la communauté et canalise tous les efforts vers un but commun, soit celui de recueillir des fonds qui sont investis dans le meilleur intérêt de la population.*

## Services ayant bénéficié de l'apport financier de la fondation

1997 — Première campagne majeure intitulée « Attrapez la piquûre, injectez-don ! »; plus de 3 millions de dollars sont amassés et permettent la relocalisation de l'Unité des soins intensifs et l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés.

1998 — Acquisition d'un tomographe axial hélicoïdal (*scanner*).

2000 — Aménagement et acquisition d'équipements pour quatre chambres de naissance.

2001 — D'importants travaux de réaménagement sont effectués à l'unité d'hospitalisation de soins aigus psychiatriques.

2002 — Projet d'acquisition d'une caméra fond d'œil et d'un système informatisé d'imagerie de haute technologie pour le service d'angiographie rétinienne.

2003 — Projet d'acquisition d'une suite opératoire « OR 1 ».

2004 — Contribution à l'acquisition d'un équipement d'imagerie par résonance magnétique.

2005 — Projet d'amélioration du Service d'urologie qui a permis la mise en opération du laser Holmium, la source laser la plus efficace et la plus utilisée en urologie, et l'acquisition d'un appareil d'urodynamie et de deux urétéroscopes semi-rigides. Achat et aménagement d'un tout nouveau tomographe multibarrettes (*scanner*).

2006 — Projet dédié au service d'otorhinolaryngologie pour l'acquisition d'un microscope opératoire.

2007 — Projet d'amélioration au service d'orthopédie qui a permis la mise en opération d'un appareil de fluoroscopie « Mini View », de sa caméra et des écrans haute définition pour l'arthroscopie de l'épaule.

2008 — Ouverture de la Clinique des maladies cardiorespiratoires André-Paquin, qui accueille les personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), celles souffrant d'insuffisance cardiaque de même que les insuffisants rénaux. Dans la même année, La Fondation Sainte-Croix et la Fondation Frederick-George-Heriot (la fondation du CHSLD Cœur-du-Québec de 1993 à 2007) choisissent de faire route ensemble. Une nouvelle mais chevronnée fondation émerge donc pour mieux répondre aux besoins découlant de la mission du CSSS Drummond, la Fondation Sainte-Croix/Heriot.

2009 — La Fondation Sainte-Croix/Heriot lance officiellement sa campagne majeure de financement ayant comme objectif de recueillir la somme de 6 millions de dollars sur cinq ans, afin de soutenir le CSSS Drummond dans la réalisation de son projet d'agrandissement aux fins du centre famille-enfant. Le dynamisme de la fondation et la générosité des gens de la région ont permis de fracasser son objectif en recueillant plus de 7 237 000 \$, une récolte exceptionnelle! Le 25 janvier 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D<sup>r</sup> Yves Bolduc, a fait l'annonce de ce projet de plus de 21 millions de dollars, qui rendra possible la construction d'un nouveau centre famille-enfant. En donnant son aval au projet, le gouvernement permet ainsi au CSSS Drummond de procéder à l'élaboration des plans et devis préliminaires qui mèneront au début des travaux en 2012.



De plus, ses collectes de fonds corporatives, grand public et provenant de partenariats ont affiché une belle progression et la somme impressionnante de 2 042 588 \$, un sommet historique, a pu être recueillie. La Fondation Sainte-Croix/Heriot peut s'enorgueillir de cette contribution au développement et à la progression du CSSS Drummond.

En cette année du centenaire de l'Hôpital Sainte-Croix, la Fondation Sainte-Croix/Heriot demeure le partenaire financier de première ligne pour le CSSS Drummond. La vision des membres fondateurs se perpétue et, depuis 30 ans, la contribution de la fondation se chiffre maintenant à plus de 12 millions de dollars redistribués pour le bien-être de toute une collectivité.

Aujourd'hui... et demain, une nouvelle vision s'impose. Par son Programme de dotation et de dons planifiés, la Fondation Sainte-Croix/Heriot veut créer le maillon d'une chaîne sans fin, une façon de léguer aux enfants de notre collectivité un riche héritage, le plus riche qui soit : celui de la santé !

Hier, aujourd'hui et demain :  
la Fondation Sainte-Croix/Heriot... ici pour la VIE!

#### PRÉSIDENTS DU C.A. DE LA FONDATION SAINTE-CROIX/HERIOT

Nom	Année
D <sup>r</sup> Pierre Montpetit	1979, 1980
D <sup>r</sup> André Côté	1981
M <sup>e</sup> André Jean	1982
D <sup>r</sup> Guy Paillé	1983
M. Jean-Yves Desjardins	1984
D <sup>r</sup> Chaouki Debs	1985, 1986, 1987
M <sup>e</sup> Raymond Clair	1988, 1989
M <sup>me</sup> Gloria Lemire	1990
M <sup>e</sup> Jean Côté	1991, 1992
D <sup>r</sup> René Roux	1993
M. André Roy	1994
M. François Girard	1995
M <sup>e</sup> Marc Boisselle	1996
M. Germain DeGrandpré	1997
M. Bernard Gauthier	1998
M <sup>me</sup> France Sylvain	1999
M <sup>e</sup> Gilles Lafrenière	2000
M. Daniel Jean	2001
M. Michel Larose	2002
M <sup>e</sup> Julie Boucher	2003
M <sup>me</sup> Sylvie Leclair	2004
M. Denis Raïche	2005, 2006
M <sup>e</sup> Hugo Bélisle	2007
M. Stephen Bray	2008, 2009
M. Richard Voyer	2010

#### DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE LA FONDATION SAINTE-CROIX/HERIOT

Nom	Année
M <sup>me</sup> Lucie Côté	1985-1988
M <sup>me</sup> Marielle Sylvain	1988-1991
M <sup>me</sup> Sylvie Beaulieu	1991-2003
M. Bernard Gauthier	2003-2005
M <sup>me</sup> Louise Pinard	2005-



Membres du conseil d'administration 2010. De g. à d., en avant, M. Stephen Bray, D<sup>r</sup> Sylvain Côté, M<sup>me</sup> Lysanne Houle, M. Richard Voyer (président), M<sup>e</sup> Jean Côté et D<sup>r</sup> Dominic Corriveau; au centre, D<sup>re</sup> Marie-Claude Parent, M<sup>me</sup> Nancie Chevrette, M<sup>me</sup> Jocelyne Cloutier, M<sup>me</sup> Liette Bouchard, M<sup>me</sup> Diane Fortin, M. Pierre Genest et M. Brian Illick; en arrière, M. André Allard, D<sup>re</sup> Diane Amyot, M. Dominic Mercier, M. Michel Larrivée et M. Martin D'Amour

# Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix

En décembre 1977, un comité provisoire était formé dans le but de voir à la mise en place d'un service de bénévolat à l'Hôpital Sainte-Croix. C'est finalement en juillet 1979 que le nouvel organisme, le « Carrefour de l'humanité Drummond inc. » voyait officiellement le jour avec l'obtention de ses lettres patentes. Les bénévoles qui œuvraient déjà dans le secteur de l'hébergement ont alors intégré cette association.

Les requérants aux lettres patentes étaient alors M<sup>mes</sup> Carmen Bélisle, Annette Comeau, Pauline Gobeil, Laurette Beaubien, Micheline Pinard, Hélène Labelle et M. Guy Monette, directeur des services hospitaliers.

Les objectifs poursuivis par cette nouvelle association étaient d'apporter de l'aide et du réconfort moral aux bénéficiaires. Les bénévoles avaient aussi le mandat d'offrir des services et d'organiser des activités. Sa mission était de compléter et non de suppléer aux services rendus par le personnel de l'établissement. L'association était aussi responsable du recrutement, de la formation et de l'orientation des bénévoles qui joignaient ses rangs.

En 1979, les activités bénévoles s'organisaient ainsi :

- service d'accompagnement des personnes hébergées : faire des visites aux personnes seules, faire des emplettes avec ou sans le bénéficiaire;
- service des loisirs : aider aux activités d'artisanat, participer à certains jeux, participer à l'organisation de différentes fêtes (Noël, Nouvel An, St-Valentin...);
- service de coiffure;
- visites d'amitié aux personnes hospitalisées (commencées en 1981);

- service d'accueil à l'urgence et aux cliniques externes (service de café, service d'information);
- organisation d'une boutique de cadeaux;
- service de bibliothèque (débuté en août 1982). Par la suite, soit vers le milieu des années 90, l'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix instaure son activité annuelle de vente de livres.

Afin d'assurer son fonctionnement, le Carrefour de l'humanité Drummond organisait, en octobre 1979, une campagne de financement. Une campagne de recrutement a suivi peu après.

Déjà, en 1980, sous la direction de sa première présidente, M<sup>me</sup> Madeleine Désilets, le Carrefour de l'humanité Drummond inc. se dotait d'un guide d'éthique pour bien délimiter les actions et les attitudes des membres. C'est à cette époque également que les plans d'aménagement de la boutique de cadeaux ont été acceptés par le conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix. Aussi, en décembre 1980, les bénévoles ont participé à l'opération « portes ouvertes » en relation avec l'inauguration du nouveau bloc de services.

En 1981, le Carrefour de l'humanité Drummond comptait 105 membres actifs. La Boutique En passant a ouvert en octobre 1981 sous la responsabilité de M<sup>mes</sup> Rolande Montminy et Simone Fortier. Les revenus de cette boutique permettent de maintenir et de multiplier les activités pour les bénéficiaires tout en accommodant les visiteurs et le personnel. Un prêt de 5000\$ avait été consenti au Carrefour de l'humanité pour l'organisation du service, à savoir l'achat des équipements, de l'ameublement et de l'inventaire. En février 1999, la Boutique En passant a emménagé dans des locaux plus spacieux, offrant



Inauguration de l'aire de repos pour le personnel, en 2002 :  
M<sup>me</sup> Nathalie Boisvert, M<sup>me</sup> Marthe Lavoie, M<sup>me</sup> Louise Leblanc, M. Jacques Marin, M. Bruno Charpentier, M. Pierre Levasseur et M<sup>me</sup> Jacqueline Raza

également une meilleure accessibilité aux produits offerts pour la clientèle.

En 1985, les bénévoles ajoutent une nouvelle activité en pédiatrie, afin d'offrir aux enfants malades une présence affective. Des services d'accompagnement aux personnes bénéficiant de soins palliatifs ont également fait leur apparition à la fin des années 80.

En 1989, dans une lettre adressée par la présidente du Carrefour de l'humanité Drummond, M<sup>me</sup> Léonne Ouellet, au directeur général de l'époque, M. Joaquin Bastida, le Carrefour de l'humanité Drummond annonçait avoir pris la décision de s'impliquer financièrement dans le développement et l'amélioration du mieux-être de la clientèle du centre hospitalier. Ainsi, une somme de 9800 \$ était remise à l'Hôpital Sainte-Croix, pour l'achat d'un lit de naissance.

Depuis, plusieurs autres projets ont pu voir le jour grâce à la contribution financière de l'Association des bénévoles :

- 1998 Don de 44 250 \$ sur trois ans pour l'acquisition de plateaux thermos servant à la distribution des repas
- 2002 Don de 15 000 \$ pour financer l'aménagement d'une aire de repos extérieure pour le personnel
- 2003 Don de 20 000 \$ pour le renouvellement du mobilier des salles d'attente des cliniques externes
- 2004 Don de 23 000 \$ pour l'acquisition de cinq lits électriques en orthopédie et en médecine
- 2007 Don de 30 000 \$ pour l'achat de sept civières pour l'unité de débordement



Lors de la remise du don de 30 000 \$ en 2007 : M. Bruno Charpentier, M. Nagui Habashi, M<sup>me</sup> Francine Trahan, M<sup>me</sup> Suzanne Vincent et M<sup>me</sup> Colette Houle

2008 Don de 20 000 \$ pour le financement de deux civières pour personnes obèses

2010 Don de 20 000 \$ pour l'acquisition d'un électrocardiographe (appareil permettant de faire des électrocardiogrammes) pour le Service de l'urgence

Le 2 avril 1991, le Carrefour de l'humanité Drummond inc. devenait, en vertu de lettres patentes supplémentaires, l'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix. Les bénévoles de l'association poursuivent encore aujourd'hui sa mission avec toute la passion et l'engagement des membres fondateurs.

#### *Présidentes et président de l'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix*

<i>M<sup>me</sup> Madeleine Désilets</i>	<i>1980-1983</i>	<i>M<sup>me</sup> Suzanne Pelletier</i>	<i>1998-2002</i>
<i>M<sup>me</sup> Yolande B. Mathieu</i>	<i>1983-1985 et 1986-1989</i>	<i>M<sup>me</sup> Jacqueline Raza</i>	<i>2002-2003</i>
<i>M<sup>me</sup> Henriette Guérette</i>	<i>1985-1986</i>	<i>M. Jacques Marin</i>	<i>2003-2004</i>
<i>M<sup>me</sup> Léonne Ouellet</i>	<i>1989-1996</i>	<i>M<sup>me</sup> Francine Trahan</i>	<i>2004-2010</i>
<i>M<sup>me</sup> Hélène Dumais</i>	<i>1996-1998</i>	<i>M<sup>me</sup> Huguette Lachance</i>	<i>2010-</i>

# GRAMI

## Le Groupe de relation d'aide des maladies intestinales

À la fin des années 80, plusieurs personnes atteintes de maladies gastriques ont formé une section drummondvilloise de la Fondation canadienne de l'iléite. Or, puisque cette dernière ne voulait pas qu'une partie des fonds amassés soit réinvestie localement, les membres ont choisi de fonder un organisme distinct qui leur permettrait d'agir ainsi. C'est alors qu'est né, en octobre 1987, le Groupe de relation d'aide des maladies intestinales (GRAMI).



Le champ d'action du GRAMI touche trois volets : l'aide directe aux personnes atteintes, l'éducation de la population au sujet des maladies intestinales et la contribution financière à l'achat d'équipements spécialisés pour l'Hôpital Sainte-Croix.

### L'aide aux personnes atteintes

Tout passe d'abord et avant tout par les bénévoles. Appuyée par une équipe interdisciplinaire regroupant infirmières, diététiste, psychologue, stomothérapeute et médecins, l'équipe de bénévoles visite à domicile ou à l'hôpital les personnes atteintes de maladies intestinales afin de leur apporter écoute et réconfort.

De plus, GRAMI peut leur offrir un soutien financier pour couvrir les frais de certains services ou équipements.

### L'éducation de la population

Afin d'informer et d'éduquer la population, le comité d'éducation organise des conférences sur des sujets tels que la relaxation, l'alimentation, le partage du vécu des personnes atteintes et les diverses formes de traitements.

M. Michel Doyon, directeur général adjoint, M<sup>me</sup> Hélène Letendre, présidente de GRAMI, M<sup>me</sup> Diane Drouin, présidente du conseil d'administration du CSSS Drummond, D<sup>re</sup> Manon Godbout, urologue, M<sup>me</sup> Lucille Roux, bénévole pour GRAMI, D<sup>r</sup> Chaouki Debs, urologue et M<sup>me</sup> Annick Bellavance, membre du conseil d'administration de GRAMI, 2004



Nagui Habashi, directeur général, Pierre-Paul Côté, président d'honneur de la campagne 2007, vice-président aux affaires publiques et communication pour le compte de la compagnie Bluberi Jeux et Technologies Inc., D<sup>r</sup> Steven Miller, chirurgien général, M<sup>me</sup> Hélène Letendre, présidente de GRAMI et M<sup>me</sup> Diane Drouin, présidente du conseil d'administration du CSSS Drummond, 2007.

### La contribution financière à l'achat d'équipements médicaux

Depuis sa fondation, GRAMI collabore avec l'Hôpital Sainte-Croix en vue de doter le centre hospitalier de l'équipement nécessaire au diagnostic et au traitement des maladies intestinales. Dès ses premières années, GRAMI a ainsi contribué à l'achat d'un appareil de nettoyage aux ultrasons, de coloscopes courts et longs, et d'un système vidéo de deuxième génération pour le département d'endoscopie.

Depuis 1988, la contribution financière de GRAMI pour l'achat d'équipements à l'Hôpital Sainte-Croix s'est élevée à plus de 327 600 \$.

### Sources de financement

En plus des dons de la population, GRAMI organise annuellement un tournoi de curling, une vente de gâteaux aux fruits et, en collaboration avec les Assurances Jean-Claude Leclerc, le tournoi de golf Guy Richer. Depuis 2003, l'organisme offre également aux entreprises de la région son expertise en matière d'organisation d'événements.

# Club des 25 ans



M. Roger Bérard

Lacordaire a un jour écrit : « L'histoire est le miroir qui réfléchit le passé et le soleil qui éclaire l'avenir ».

Quand on a 25 ans de service dans une même entreprise, on a tous bien sûr sa propre histoire et son propre miroir.

C'est avec grand plaisir que je vous présente l'histoire du Club des 25 ans de l'Hôpital Sainte-Croix, qui regroupe tous les membres du personnel et les médecins qui ont atteint 25 ans de loyaux services au sein de cette institution drummondvilloise.

L'histoire débute vers 1982, au moment où M<sup>me</sup> Huguette Bellerose a eu l'idée de mettre sur pied un tel regroupement. Son désir de partager avec des collègues et de se regrouper pour évoquer les souvenirs accrochés aux années de travail lui ont donné le goût de fonder ce club. À la suite des démarches entreprises auprès du directeur des ressources humaines, M. Jean-Pierre Blanchet, une première rencontre avec le directeur général du temps, M. Rock Beaudet, a eu lieu. Trouvant l'idée très bonne, il a recommandé à M. Blanchet d'apporter ce point au comité de régie (en présence de tous les directeurs) qui a appuyé unanimement l'initiative.

Dès 1983, trois femmes sont intronisées et forment le premier comité provisoire. Ce sont M<sup>mes</sup> Jeannine Leclerc, Huguette Bellerose et Louisette Côté. Ces pionnières savaient-elles qu'en 25 ans d'existence, ce club accueillerait dans ses rangs plus de 650 personnes (employés, employées et médecins) ayant œuvré 25 ans au service de l'Hôpital Sainte-Croix?

Un dicton populaire dit : « La meilleure façon de prédire l'avenir, c'est de l'inventer » et un autre dit : « Il y a des idées qui portent fruits ».

Les fondatrices du club connaissaient sûrement l'existence de ces dictons, mais lorsqu'elles ont pensé et façonné ce club des 25 ans, elles n'ont certainement pas prévu qu'il y aurait autant de membres après 25 ans d'existence. Sur les 500 entreprises de Drummondville, combien peuvent se vanter d'avoir gardé à leur emploi pendant un quart de siècle 650 personnes?

En 1984, ce sont huit nouveaux membres qui font leur entrée au club et en 1985, 29 nouveaux membres, dont 13 médecins.

C'est en 1985 qu'a lieu le premier souper d'intronisation des nouveaux membres à l'hôtel Le Dauphin. Le 29 mai, c'est une quarantaine de membres qui y participent. Les invités sont le directeur général, M. Rock Beaudet, et le président du conseil d'administration, M. Germain Jutras. C'est aussi en cette année que les premières élections du premier comité exécutif ont lieu. En effet, le 10 septembre sont élus les membres qui ont formé ce comité. M<sup>me</sup> Huguette Bellerose était présidente, M. Clément Poirier, vice-président, M<sup>me</sup> Madeleine Lebel, secrétaire, M<sup>me</sup> Louisette Côté et le D<sup>r</sup> Laurent Massé, directeurs et M. Jean-Pierre Blanchet, conseiller représentant la direction de l'hôpital.

Depuis le début, ce club se nommait « Club quart de siècle », mais le 8 octobre 1985, il est devenu officiellement le « Club des 25 ans de l'Hôpital Sainte-Croix ».

Toujours en 1985, le 20 novembre, pour être plus précis, le conseil d'administration de l'Hôpital a accepté les premiers « Statuts et règlements » du Club des 25 ans de l'Hôpital Sainte-Croix.



Au centre, M<sup>me</sup> Françoise Roux jubilée pour son 25<sup>e</sup> anniversaire de service, entourée des membres du premier comité exécutif du Club des 25 ans de l'hôpital, M<sup>mes</sup> Simone Gélinas, Jeannine Leclerc, Madeleine Lebel, Huguette Bellerose et M. Clément Poirier, 16 octobre 1986

Lors de la réunion du 25 février 1986, on a adopté un logo qui est le même que celui de l'hôpital, où le patient au centre est remplacé par le chiffre 25. Lors du souper de mai 1986, une épinglette a été remise à chacun des membres. Elle est formée de quatre cercles qui s'entrecroisent et le chiffre 25 est inscrit en couleur or. Chacun des cercles a une couleur différente et est bordé d'une ligne or. Au haut du cercle jaune, il est inscrit le mot « Hôpital » et dans le cercle du bas, apparaît « Sainte-Croix », le cercle de gauche est bleu, tandis que celui de droite est rouge.

Lors du cinquième anniversaire du club, le 10 novembre 1989, une deuxième activité s'est ajoutée, soit le déjeuner-buffet du dimanche matin. Tenue à l'automne de chaque année, cette activité s'est maintenue depuis ce temps. De 1989 à 1995, elle s'est tenue au Restaurant Boisjoli et par la suite, elle s'est déplacée au Manoir Trent, à l'hôtel Le Dauphin, au centre communautaire St-Jean-Baptiste, au centre communautaire de Drummondville-sud et depuis 5 ou 6 ans, à l'hôtel Best Western de Drummondville.

La mission du club a toujours été de reconnaître les longues années de service du personnel et des médecins ayant atteint 25 ans de loyaux services et ainsi féliciter les efforts déployés par tous les membres. Par sa présence, le club des 25 ans assure

#### Liste des présidents depuis sa fondation

1983 à 1992	M <sup>me</sup> Huguette Bellerose
1993-1994	M. Yvan Maillette
1995-1996	M. Gaétan Prince
1997-2000	M. Roger Bérard
2001	M <sup>me</sup> Nicole Joyal
2002 à 2010	M. Roger Bérard
2010	M <sup>me</sup> Suzie Lemire

le maintien des relations interpersonnelles ou l'établissement de contact entre ceux et celles qui sont toujours au travail et ceux et celles qui ont pris leur retraite et qui continuent de porter un intérêt à la grande équipe de l'Hôpital Sainte-Croix.

En terminant, je veux exprimer toute ma reconnaissance à chacun des membres de ce club dynamique et à tous ceux et celles qui ont pris des responsabilités au comité exécutif. Je souhaite à ce club d'amitié longue vie afin qu'il nous permette de conserver ce lien si important avec ceux et celles qui ont embelli nos heures de travail.

L'histoire n'est pas terminée. Bien au contraire, elle se continue et grâce à tous les membres, qui apportent leur vécu et leur expérience, le CSSS Drummond devient un milieu de vie et de travail de plus en plus vivant.

Roger Bérard, président



# Principales instances médicales et administratives

## DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE L'HÔPITAL SAINTE-CROIX / CSSS DRUMMOND

Nom	Année
S <sup>r</sup> Jacqueline Lacroix	1962-1967
D <sup>r</sup> Gaston Rodrigue	1967-1971
S <sup>r</sup> Réjeanne Letendre (intérim)	1971-1972
M. Rock Beaudet	1972-1986
M. Simon Rousseau (intérim)	1985-1986 (8 mois)
M. Joaquin Bastida	1986-1997
M. Pierre Levasseur	1997-2004
M. Blaise Desrosiers (intérim)	2004
M. Ghislain Turgeon (intérim)	2004
M. Nagui Habashi	2004-

## PRÉSIDENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Nom	Année
M. Marcel Gaudette	1963-1967
M. Lucien Morrisette	1967-1974
M <sup>e</sup> Gérard Fradet	1973-1974
M. Majella Croteau	1974-1975
D <sup>r</sup> André Savoie	1975-1977
M <sup>e</sup> André Jean	1977-1978
M. Gilles Chagnon	1978-1982
M. Yvon Raymond	1982-1983
M <sup>e</sup> Germain Jutras	1983-1986
M. Guy Drouin	1986-1989
D <sup>r</sup> Guy Paillé	1989-1993
M. Jean Bourbeau	1991-1993
M <sup>me</sup> Elisabeth Méthot-Courchesne	1993-1995
M. Jacques Desbiens	1995-2004
M <sup>me</sup> Diane Drouin	2004-2009
M. Gérald Lapierre	2009-



M. Lucien Morrisette



D<sup>r</sup> André Savoie



M. Gilles Chagnon



M. Guy Drouin



M<sup>me</sup> Elisabeth Méthot-Courchesne



M<sup>me</sup> Diane Drouin

## PRÉSIDENTS DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL SAINTE-CROIX

Nom	Année
D' Lane Charpentier	1930-1936
<b>INTERRUPTION DU BUREAU MÉDICAL DE 1936 à 1943</b>	
D' Lucien Hélie	1943-1952
D' Guy d'Argencourt	1952-1954
D' René Millet	1954-1955
D' Marcel Goyer	1955-1956
D' Aristide Gendron	1956-1957
D' Gilles St-Onge	1957-1959
D' Hubert St-Pierre	1959-1960
D' Wilfrid Mélançon	1960-1961
D' Jean-Marc Morin	1961-1962
D' Pierre-Paul Pion	1962-1963
D' J.T. de M. Taschereau	1963-1965
D' E. Turmel	1965-1966
D' Rosaire Milette	1966-1968
D' Guy Paillé	1968-1970
D' Claude Grandin	1970-1972

## PRÉSIDENTS DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Nom	Année
D' Jean-Charles Lemaire	1972-1973
D' Normand Houle	1973-1974
D' André Savoie	1974-1975
D' Marc Laforest	1975-1976
D' André Allaire	1976-1977
D' Bertrand Vincent	1977-1978
D' Bruno Rivard	1978-1979
D' Jean Hobélla	1979
D' Daniel Lemaire	1979-1981
D' Noël Pelletier	1981-1982
D' Gilbert Matte	1982-1983
D' Claude Bélisle	1983-1984
D' Jean-Claude Fortin	1984-1985
D' André Côté	1986-1988
D <sup>re</sup> Andrée Benoit	1989-1990
D' Paul Pépin	1990-1991
D' André Larose	1991-1992
D' Chaouki Debs	1992-1994, 1999-2000, 2000-2001
D' François Boyer	1994-1995
D' Yves Allard	1995-1997
M. Charles Fortier	1997-1999
D' Daniel Carrier	2001-2009
D' Jacques Labrèche	2009
D' René Roux	2009-2010



D' René Millet



D' Hubert St-Pierre



D' Rosaire Milette



D' Guy Paillé



D' Yves Allard



M. Charles Fortier

#### PRÉSIDENTS DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Nom	Année
M. Richard Jourdain	1993-1997
M. Martin D'Amour	1997-2000
M <sup>me</sup> Diane Gobeil	2000-2004
M <sup>me</sup> Nicole Doucet	2005-2008
M. Paul-Antoine Beaudoin	2008-2010
M <sup>me</sup> Annie Deschambeault	2010-

#### PRÉSIDENTS DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Nom	Année
M <sup>me</sup> Denise Parent	1993
M. André Lemire	1993-1995, 2001-2003
M <sup>me</sup> Suzie Carrière	1995-1999
M <sup>me</sup> Lyne Croteau	1999-2001
M <sup>me</sup> Jocelyne Lanthier	2003-2005
M <sup>me</sup> Anne Bolduc	2005-

#### PRÉSIDENTS DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Nom	Année
M. Mario Cardin	1993-1995
M <sup>me</sup> Guyline Parenteau	1995-1999
M <sup>me</sup> Nicole Lacharité	1999-2002
M <sup>me</sup> Micheline Chapdelaine	2003
M. Marcel Ally	2006-2008
M <sup>me</sup> Marie-Claude Girouard	2010



M<sup>me</sup> Nicole Doucet



M. André Lemire



D. Claude Bélisle

#### MEMBRES HONORAIRES DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Nom	Année
D <sup>r</sup> Gérald Slater	1990
D <sup>r</sup> Guy Tremblay	1991
D <sup>r</sup> Jean-Marie Plante	1992
D <sup>r</sup> Jean Quintal	1993
D <sup>r</sup> Hubert Saint-Pierre	1994
D <sup>r</sup> Rosaire Milette	1995
D <sup>r</sup> André Allaire	1996
D <sup>r</sup> Michel Girard	1996
D <sup>r</sup> Jean-Claude Fortin	1996
D <sup>r</sup> Claude Grondin	1997
D <sup>r</sup> Jean-Charles Lemaire	1997
D <sup>r</sup> Pierre Montpetit	1997
D <sup>r</sup> Guy Paillé	1997
D <sup>r</sup> Noël Pelletier	1997
D <sup>r</sup> Bertrand Vincent	1997
D <sup>r</sup> Marc Laforest	1998
D <sup>r</sup> André Lafontaine	1998
D <sup>r</sup> Roger Therrien	1998
D <sup>r</sup> Paul Pépin	1999
D <sup>r</sup> Daniel Lemaire	1999
D <sup>r</sup> Normand Houle	1999
D <sup>r</sup> Yvon Castonguay	1999
D <sup>r</sup> André Savoie	2000
D <sup>r</sup> André Côté	2001
D <sup>r</sup> Jean-Pierre Despins	2001
D <sup>r</sup> Gérard Duchesne	2001
D <sup>r</sup> Pierre Jutras	2008
D <sup>r</sup> Claude Bélisle	2008
D <sup>r</sup> Marcel Jutras	2010
D <sup>r</sup> Jules Cartier	2010
M. Daniel Gadbois	2010

**MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS DRUMMOND (JUILLET 2010)**

M. Gérald Lapierre, président

M. Clément Bernard, vice-président

M<sup>me</sup> Chantal Desmarais, secrétaire

M. Michel Larrivée, trésorier

M. Nagui Habashi, directeur général

M<sup>me</sup> Julie Allard

M. Gérald Blais

M<sup>me</sup> Ghislaine Béliveau-Lampron

M<sup>me</sup> Élisabeth Bisson

M. Guy Châteauneuf

M<sup>e</sup> Annie Durocher

D<sup>r</sup> Gilles Faust

M<sup>me</sup> Yvette Grisé

M. Marc Jutras

M<sup>me</sup> Stéphanie Lessard

D<sup>r</sup> René Roux

M. Réal Trépanier

D<sup>r</sup> Michel Villeneuve

**DIRECTEURS DU CSSS DRUMMOND (JUILLET 2010)**

M. Nagui Habashi, directeur général

M. Michel Doyon, directeur général adjoint

M<sup>me</sup> Stéphanie Bush, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M. André Allard, directeur des Services hospitaliers

M. André Beaulieu, directeur adjoint, Services techniques

M<sup>me</sup> Nathalie Boisvert, directrice du Programme santé physique

M. Étienne Charpentier, directeur des Ressources humaines

M. Martin D'Amour, directeur de la Qualité

M<sup>me</sup> Lyse Garant, directrice du Programme personnes en perte d'autonomie

M<sup>me</sup> Manon Giguère, directrice adjointe, Programme personnes en perte d'autonomie

D<sup>r</sup> Luc Gilbert, directeur des Services professionnels

M<sup>me</sup> Manon Leblanc, directrice adjointe, Programme santé physique

M<sup>me</sup> Élise Leclair, directrice des Soins infirmiers

M<sup>me</sup> Nathalie Magnan, directrice des Programmes famille, santé publique et santé mentale

M<sup>me</sup> Michèle Perron, directrice des Services techniques

M<sup>me</sup> Julie Poirier, directrice adjointe, Programmes famille, santé publique et santé mentale

M<sup>me</sup> Sonia Thibault, directrice des Services financiers

## MEMBRES DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

### Anatomopathologie

LÉVEILLÉ, François

MASSON, Suzanne (chef du département)

### Héмато-oncologie

BLANCHETTE, Pierre, associé

CARON, Johanne, associée

CARRIER, Christian, associé

CHAPDELEINE, Sylvie, associée

MIGNEAULT, Chantal, associée

PETERS, Claire, associée

TREMBLAY, Anouk, associée

### Microbiologie

BOUCHARD, Jean, associé

GALARNEAU, Lise-Andrée, associée

GOYETTE, Monique, associée

POIRIER, André, associé

TREMBLAY, Carole, associée

### Anesthésie-réanimation

CORMIER, Rachel, associée

DUROCHER, Jean-Guy

LAPLANTE, Francine

PELLETIER, Stephan (chef du département)

ROBERT, Bruno

### Chirurgie générale

BELLEMARE, Benoît, associé

BILOCQ, Alain, associé, neurochirurgien

BOURGOUIN, Daniel, conseil,  
chir. vasculaire et thoracique

CHAPDELAINE, Joyaube

LABRÈCHE, Jacques

LALANCETTE, Mathieu

LAPLANTE, Richard

MILLER, Max, associé,  
chirurgien buccal et maxillo-facial

MILLER, Steven

### Gynécologie-obstétrique

LINCOURT, Isabelle

PHILIBERT, Marie-Claude

RAYMOND, Chantal (chef du département)

ST-ONGE, Annick

DOUCET, Paul, associé

### Médecine familiale

ALLARD, Marc-André

AMYOT, Diane

AUBIN, Lydia

BASTIN, Gauthier (chef du département)

BEAULIEU, Linda

BENOIT, Andrée

BENOIT, François

BILODEAU, Alain

BIRON, Daniel

BOYER, François

BROUILLETTE, Nancy

CAMIRÉ, Valérie

CAMPEAU, Gilles

CAYOUILLETTE, Marie-Claude

CHAMPAGNE, François

CHARRON, Claire

CHASSÉ, Geneviève

CLOUTIER, Anne-Marie

CÔTÉ, Sylvain

COURCHESNE, Sophie

DANEAULT, Mathieu-Jacques

DONALDSON, Danièle

DOYON, Linda

DUMAS, Guy

DURAND, Nancy

FISSET, Amélie

FONTAINE, Karine

FORCIER, Jean-François

GAGNÉ, Annie-Claude

GAGNON, Maude

GAGNON, Mylène

GAILLOUX, Tom

GERVAIS, Benoit

GERVAIS, Robert

GODIN, Isabelle

HÉBERT, Julie

HÉBERT-SEMCO, Geneviève

JOYAL, Renée

LACHANCE, Nicole

LACROIX, Ghyslain

LAFLEUR, Daniel

LAGUÉ, Guylaine

LANOUE, Martin

LARRIVÉE, Mathieu

LEMAIRE, Julie

MADORE, Stéphanie

MALENFANT, Hélène

MASSÉ, Lyne

MOREAU, Caroline

MORIN, Anne-Marie

OTIS, Gilles

OUELLET, Gilles

PAQUETTE, Daniel

PÉPIN, Paul-André

PLAMONDON, Catherine

PROTEAU, Caroline

PROULX, Richard

RENÉ, François

RIVARD, Bruno, associé

SIMARD, Vincent

---

ST-ONGE, Chantal

---

TÉTREULT, Guy

---

THIBAUT, Julie

---

TRAN, Jean Cao Phat

---

TREMBLAY, Sylvie

---

VIENS, Gilles

---

VIGNEAULT, Marc

---

VILLENEUVE, Michel

---

#### **Médecine interne**

ALLARD, Yves

---

CARRIER, Daniel

---

FALARDEAU, Simon (chef du département)

---

GALLANT, Marco

---

LAROSE, André

---

NOËL, Alain

---

ROUX, René

---

ST-GEORGES, Catherine

---

SANFAÇON, Martin

---

VIENS, Daniel

---

#### **Médecine nucléaire**

HUOT, Denis, associé

---

PHAM, Xuan-Huyen, associé

---

TAILLEFER, Raymond, associé

---

TROTTIER, Mickaël, associé

---

VILLEMAIRE, Jean-Marc, associé

---

#### **Néphrologie**

ARCAND-BOSSÉ, Jean-François, associé

---

BESSETTE, Maral, associé

---

LAMBERT, France, associée

---

MOREAU, Vincent, associé

---

TOUSIGNANT, Karine, associée

---

TURCOT, Richard, associé

---

YOUMBISSI-T, Joseph, associé

---

#### **O.R.L.**

BATHALON, Sébastien

---

DARVEAU, Simon

---

DROLET, Richard

---

NAPPERT, Catherine

---

#### **Ophthalmologie**

ESPER, Philip

---

GAGNON, Pauline

---

GAUTHIER, Daniel  
(chef du département de chirurgie)

---

SAUREL, Patrick

---

#### **Orthopédie**

CAMIRÉ, Michel

---

DORION, Martin

---

---

SINCLAIR, Karine

---

TURGEON, Jean-Martin

---

#### **Pédiatrie**

ABBAS, Fadwa

---

ARÉVALO, Ruben Dario

---

PAQUET, Marc,  
cardiologue pédiatrique, associé

---

#### **Pharmacie**

ALAIN, Karine

---

BLANCHETTE, Maryline, associée

---

BLANCHETTE, Nicolas, associé

---

BUREAU, Alain (chef du département)

---

CLOUTIER, Jocelyne, associée

---

CLOUTIER, Nancy

---

DESPINS, Mireille, associée

---

DUBÉ, Julie, associée

---

FORTIER, Charles

---

GAGNON, Nathalie

---

GAUDET, Michèle

---

TOURIGNY, Josée

---

#### **Psychiatrie**

DESLANDES, Carole

---

DRAGON, Normand

---

---

GILBERT, Luc

---

LAPRISE, Geneviève

---

MARTEL, Julie, pédopsychiatre

---

MORIN, André

---

PARENT, Marie-Claude (chef du département)

---

#### **Radiologie diagnostique**

CORRIVEAU, Dominic

---

DROUIN, Yves

---

GRANDMONT, Brigitte (chef du département)

---

LAPORTE, Julie

---

ROY, Sylvain

---

#### **Urologie**

DEBS, Chaouki

---

GODBOUT, Manon

---

---

ST-ONGE, Chantal

---

TÉTREULT, Guy

---

THIBAUT, Julie

---

TRAN, Jean Cao Phat

---

TREMBLAY, Sylvie

---

VIENS, Gilles

---

VIGNEAULT, Marc

---

VILLENEUVE, Michel

---

#### **Médecine interne**

ALLARD, Yves

---

CARRIER, Daniel

---

FALARDEAU, Simon (chef du département)

---

GALLANT, Marco

---

LAROSE, André

---

NOËL, Alain

---

ROUX, René

---

ST-GEORGES, Catherine

---

SANFAÇON, Martin

---

VIENS, Daniel

---

#### **Médecine nucléaire**

HUOT, Denis, associé

---

PHAM, Xuan-Huyen, associé

---

TAILLEFER, Raymond, associé

---

TROTTIER, Mickaël, associé

---

VILLEMAIRE, Jean-Marc, associé

---

#### **Néphrologie**

ARCAND-BOSSÉ, Jean-François, associé

---

BESSETTE, Maral, associé

---

LAMBERT, France, associée

---

MOREAU, Vincent, associé

---

TOUSIGNANT, Karine, associée

---

TURCOT, Richard, associé

---

YOUMBISSI-T, Joseph, associé

---

#### **O.R.L.**

BATHALON, Sébastien

---

DARVEAU, Simon

---

DROLET, Richard

---

NAPPERT, Catherine

---

#### **Ophthalmologie**

ESPER, Philip

---

GAGNON, Pauline

---

GAUTHIER, Daniel  
(chef du département de chirurgie)

---

SAUREL, Patrick

---

#### **Orthopédie**

CAMIRÉ, Michel

---

DORION, Martin

---

---

SINCLAIR, Karine

---

TURGEON, Jean-Martin

---

#### **Pédiatrie**

ABBAS, Fadwa

---

ARÉVALO, Ruben Dario

---

PAQUET, Marc,  
cardiologue pédiatrique, associé

---

#### **Pharmacie**

ALAIN, Karine

---

BLANCHETTE, Maryline, associée

---

BLANCHETTE, Nicolas, associé

---

BUREAU, Alain (chef du département)

---

CLOUTIER, Jocelyne, associée

---

CLOUTIER, Nancy

---

DESPINS, Mireille, associée

---

DUBÉ, Julie, associée

---

FORTIER, Charles

---

GAGNON, Nathalie

---

GAUDET, Michèle

---

TOURIGNY, Josée

---

#### **Psychiatrie**

DESLANDES, Carole

---

DRAGON, Normand

---

---

GILBERT, Luc

---

LAPRISE, Geneviève

---

MARTEL, Julie, pédopsychiatre

---

MORIN, André

---

PARENT, Marie-Claude (chef du département)

---

#### **Radiologie diagnostique**

CORRIVEAU, Dominic

---

DROUIN, Yves

---

GRANDMONT, Brigitte (chef du département)

---

LAPORTE, Julie

---

ROY, Sylvain

---

#### **Urologie**

DEBS, Chaouki

---

GODBOUT, Manon

---

#### CADRES INTERMÉDIAIRES DU CSSS DRUMMOND

M. Alex Adam-Smith, chef du service des assignations temporaires

M. André Allard, directeur des services hospitaliers et adjoint au directeur des services professionnels

M<sup>me</sup> Fernande Aubry, adjointe administrative

M<sup>me</sup> Suzanne Bédard, coordonnatrice

M. Michel Béland, chef de service chirurgie 5<sup>e</sup>

M. David Bélanger, chef des services de télécommunications, sécurité et buanderie

M<sup>me</sup> Manon Bélanger, chef des services d'accueil

M<sup>me</sup> Yanika Bélisle, chef du service ambulatoire gériatrique, du centre de jour et des lits temporaires d'hébergement, des mécanismes d'accès et des services en ressources non institutionnelles

M<sup>me</sup> Diane Bergeron, chef d'unité de vie en hébergement – 1<sup>er</sup> Ouest

M<sup>me</sup> Claudia Biron, chef des services soins intensifs, hémodialyse et santé physique CLSC

M<sup>me</sup> Guylaine Camirand, chef de service médecine 6<sup>e</sup>, médecine de jour et hématologie

M<sup>me</sup> Line Cardin, conseillère cadre aux achats

M. André Côté, chef des services de fonctionnement, entretien et réparation des installations « CH »

M. Pierre-Luc Côté, conseiller en relations de travail et en dotation

M. Thierry Dagonaud, chef du service des systèmes d'information de gestion

M<sup>me</sup> Carole Desrosiers, chef du service budget

M<sup>me</sup> Sylvie Dionne, chef du service des salaires et des avantages sociaux

M<sup>me</sup> France Dubois, chef du service de santé et sécurité au travail

M<sup>me</sup> Denise Filion, chef d'unité de vie en hébergement – Centre d'hébergement Marguerite-D'Youville

M. Dave Fillion, chef de service en santé mentale 2<sup>e</sup> ligne (temporaire)

M<sup>me</sup> Sonia Fleurent, chef du service alimentaire

M. Claude Fontaine, chef des services techniques « hébergement »

M<sup>me</sup> Danielle Forcier, chef de service en dotation et développement des ressources humaines

M<sup>me</sup> Caroline Gadoury, conseillère cadre clinique

M<sup>me</sup> Nancy Gentesse, chef de service médecine 7<sup>e</sup> et soins palliatifs

M<sup>me</sup> Nicole Godin, coordonnatrice

M<sup>me</sup> Hélène Grimard, coordonnatrice du Centre d'hébergement L'Accueil Bon-Conseil

M<sup>me</sup> Diane Guimont, chef du service d'imagerie médicale, médecine nucléaire et électrophysiologie

M<sup>me</sup> Annie Laberge, conseillère cadre en prévention et contrôle des infections

M<sup>me</sup> Nicole Labrie, chef des services en déficience physique et réadaptation

M<sup>me</sup> Manon Lachance, conseillère en gestion de la présence au travail

M<sup>me</sup> Nathalie Lafleur, chef d'unité de vie en hébergement – 2<sup>e</sup> Ouest

M. Jeannot Laliberté, chef des services professionnels

M<sup>me</sup> Élise Landry, chef de service soutien à domicile

M<sup>me</sup> Andrée Lapierre, chef des services bloc opératoire, centrale de stérilisation et de distribution

M<sup>me</sup> Patricia Lapierre, conseillère en dotation

M<sup>me</sup> Estelle Leclair, chef de service en hébergement – 1<sup>er</sup> Nord Paradis et des services professionnels en hébergement

M<sup>me</sup> Guylaine Leclerc, conseillère en communication

M<sup>me</sup> Annie Lelièvre, adjointe au directeur des ressources humaines

M<sup>me</sup> Michèle Lemay, chef d'unité de vie en hébergement – 2<sup>e</sup> Nord Côté et Paradis

M. Stéphane Lemire, chef du service de biologie médicale

M<sup>me</sup> Ginette Lévesque, chef de programme 0-5 ans et santé publique

M<sup>me</sup> Dorine Lim, chef de programme 6-18 ans

M<sup>me</sup> Karine Maillette, chef du service de comptabilité

M<sup>me</sup> Carole Perreault, chef de production et cafétéria

M. Jean-Philippe Pérusse, chef de service hygiène, salubrité et déchets biomédicaux

M. Denis Picard, chef du service de génie biomédical

M<sup>me</sup> Lyne Pineault, chef des services des bénévoles, de la brancarderie et de la pastorale et conseillère cadre clinique

M. Gaëtan Proulx, chef du service soutien à domicile

M. Hugues Rivard, conseiller en relations de travail

M. Richard Robichaud, chef de service santé au travail

M<sup>me</sup> Nicole Rodriguez-Vigouroux, chef d'unité de vie en hébergement – 3<sup>e</sup> Nord Côté et Paradis

M<sup>me</sup> Suzanne Ruel, chef des services ambulatoires

M<sup>me</sup> Trudy Ruel, chef du service des archives et centre de documentation

M<sup>me</sup> Sylvie Taillon, coordonnatrice

M<sup>me</sup> Isabelle Tessier, chef de service centre famille-enfant

M. Guylain Vigneault, coordonnateur du service d'approvisionnement





# Bibliographie

## Sources

- ASGM : Archives des Sœurs Grises de Montréal
- ASHD : Archives de la Société d'histoire de Drummond
- ASGM, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L076/A, Documents historiques 1910 à 1992.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Biographie du D<sup>r</sup> Ambroise Béliveau par Édith Béliveau, 1992.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Dossier « Urgence-lits », 1974. ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Dossier « Urgence-lits », février 1975.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, L'Hôpital Sainte-Croix, brochure publiée par M<sup>re</sup> Paul Mayrand, en collaboration avec le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Croix, Drummondville, 1949.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 1960-2003.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical de 1930 à 1936.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du bureau médical de 1943 à 1972.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbal de la réunion du Comité des médecins, dentistes et pharmaciens de 1972 à 1998.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Rapport annuel du CSSS Drummond 2005-2006.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Croix, 1986-2006.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Sœurs de la Charité de Drummondville, Lettres à conserver.

## Articles de journaux

- ALLARD, Ghislain. « Laparoscopie à Sainte-Croix : mise en service d'une salle d'opération intégrée avant-gardiste », *L'Express*, Drummondville, 2007, p. 3.
- « Le ministre Yves Bolduc donne le feu vert à la réalisation du Centre famille-enfant Girardin », *Synergie*, Année 2010, numéro 1, p. 1.
- « Où en sommes-nous dans notre projet de redéploiement institutionnel? », Journal interne du CSSS Drummond, CSSS Drummond, Année 1, n<sup>o</sup> 1, p. 2.
- Union nationale. « J. J. Bertrand : on va contre la doctrine sociale de l'Église » et « Inconstitutionnelle et dictatoriale », *Le Temps*, vol. 21, n<sup>o</sup> 43, p. 4.

## Articles de périodiques

- BERGERON, Pierre. « La commission Rochon reproduit les solutions de Castanguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. 31, n<sup>o</sup> 3, 1990. 359-380.
- DESROSIERS, Georges. « Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, n<sup>o</sup> 1, 1999, pp. 3-18.
- FECTEAU, Jean-Marie. « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle » dans *Lien social et Politiques*, n<sup>o</sup> 33, 1995, p. 107 à 113.
- FOURNIER, Jacques. « La réforme Couillard-Charest, une réforme de trop? » *Nouvelles pratiques sociales*, Université du Québec à Montréal, Volume 18, numéro 1, Automne 2005.
- GAUMER, Benoit. « L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité », *Lien social et Politiques*, n<sup>o</sup> 55, 2006, p. 25-32.
- JETTÉ, Christian et Jacques BOUCHER. « L'évolution des positions de la Fédération des affaires sociales par rapport aux nouvelles formes d'organisation du travail de 1970 à 1994 », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.10, n<sup>o</sup> 2, 1997, p. 69-81.
- LEMIEUX, Madeleine. « La médiation et le règlement des conflits dans les services essentiels au Québec », *Relations industrielles*, vol. 51, n<sup>o</sup> 2, p. 333-356.

## Monographies

- BAILLARGEON, Denyse. *Naître, vivre, grandir : Sainte-Justine 1907-2007*, Montréal, Éditions Boréal, 2007.
- BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec : naissance et évolution d'une profession*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1989.
- DESROSIERS, Georges et al. *La santé publique au Québec : Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998.
- FLEURY, Marie-Josée. *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2007.
- FOURNIER, Marcel et al. *Sciences et médecine au Québec perspectives sociohistoriques*, Québec, Institut québécois de recherches sur la culture, 1987.
- GAUMER, Benoit et al. *Histoire du service de santé de la ville de Montréal 1865-1975*, Sainte-Foy, Éditions de l'IQRC, 2002.
- GOULET, Denis. *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997.
- GOULET, Denis. *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Une histoire médicale, 1954-2004*, Sillery, Les éditions du Septentrion, 2004.

GOULET, Denis. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993.

GOW, James Iain. *Histoire de l'administration publique québécoise*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1986.

GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions Boréal, 1993.

JANELLE, Thérèse. *Saint-Frédéric de Drummondville*, Société d'histoire de Drummondville, 1997.

KEATING, Peter et al. *Santé et société au Québec XIII<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Éditions Boréal, 1995.

PERRON, Normand. *Un siècle de vie hospitalière au Québec : Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec, 1984.

PETITAT, André. *Les infirmières de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989.

ROUSSEAU, François. *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, tome II 1892-1989, Québec, Les Éditions du Septentrion, 1989.

Société d'histoire de Drummond. *L'Hôpital Sainte-Croix : 75 ans d'histoire*, 1986.

ST-JEAN, Charles A. *Drummondville, ses origines et son développement*, Société d'histoire de Drummond, 1991.

### Ouvrages de références

DUCHESNE, Raymond et Yves GINGRAS. *Histoire des sciences au Québec : De la Nouvelle-France à nos jours*, Montréal, Éditions Boréal, 2008.

### Publications gouvernementales

CASTONGUAY-NEPVEU. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1972.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-soutien et les programmes-services*, Québec, janvier 2004.

Province de Québec. « Loi instituant l'assurance-hospitalisation », Statuts de la province de Québec, Eliz. II, chap. 78, 1960.

Province de Québec. « Loi sur les hôpitaux », Statuts de la province de Québec, Eliz. II, chap. 44, 1962.

Province de Québec. « Loi sur les services de santé et les services sociaux », Statuts de la province de Québec, Eliz. II, chap. 48, 1971.

Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique, institué par l'arrêté en conseil 2369 du 6 décembre 1961 (rapport Boucher), 1963.

ROCHON, Jean. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 1988.

### Sites Internet

« Bilan de l'assurance-maladie », émission Le Point, diffusée le 16 février 1993, consultée sur le site Web des archives de Radio-Canada, le 8 mars 2010, à cette adresse : [http://archives.radio-canada.ca/sante/sante\\_publique/dossiers/213/](http://archives.radio-canada.ca/sante/sante_publique/dossiers/213/).

« Historique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », page consultée sur le site Web de la FMOQ, le 8 mars 2010, à cette adresse : <http://www.fmoq.org/fr/fmoq/history/60/default.aspx>.

« Historique », site Web de la communauté des Sœurs de la Charité de Montréal, consulté le 23 août 2009, à cette adresse : <http://www.sgm.qc.ca/sgm/francais/frameset.htm>

# Crédits photographiques

**Couverture :** Archives des Sœurs Grises de Montréal

**Première page de garde :** Pelletée de terre en avril 1947, Archives de la Société d'histoire de Drummond, Fonds P19; 5.4j2

**Dernière page de garde :** Équipe du Service d'hémodialyse en 2006, Archives du CSSS Drummond

**Séparation du chapitre 1 :** Une infirmière au chevet d'un patient, Archives de la Société d'histoire de Drummond, Fonds P19; 8.3f27 (photo p. 21)

**Séparation du chapitre 2 :** Le personnel de l'hôpital occupant l'école Garceau lors de la pandémie de grippe espagnole en 1919. Sur cette photo, nous reconnaissons Noël Boisclair, Walter Moisan, Napoléon Garceau, J. O. Montplaisir, des infirmières, Ernest Fleurent, M. St-Onge, N. Cloutier, l'échevin O. F. Pinar, N. A. Biron, l'échevin G. E. N. Pépin, F. W. St-Onge. Archives de la Société d'histoire de Drummond, Fonds P19; 8.3f30 (photo p. 37)

**Séparation du chapitre 3 :** L'Hôpital Sainte-Croix en 1979, Archives de la Société d'histoire de Drummond, Fonds P89; P89-790328-03 (photo p. 71)

**Séparation du chapitre 4 :** M<sup>re</sup> Roger Maltais, Armand Simoneau, Majella Croteau et Rock Beaudet en 1974, Archives de la Société d'histoire de Drummond, Fonds P89; P89-740828-02 (photo p. 95)

**Séparation de l'épilogue :** Équipe de la Clinique des maladies cardiorespiratoires André-Paquin, Archives du CSSS Drummond (photo p. 121)

**Archives de la Société d'histoire de Drummond**

Photo p. 26 : Fonds C1; 2.4d23

Photo p. 52 : Fonds C1; ab3a, ab3b

Photo p. 59 : Fonds P19; 8.3d1, 8.3d3, 8.3d4

Photo p. 60 : Fonds P19; 8.3f18 / Fonds P25; 8.3f4

Photo p. 61 : Fonds P19; 8.3a5, 8.1b7, 8.3f28

Photo p. 62 : Fonds P19; 8.3f13, 8.3f9

Photo p. 63 : Fonds P19; 8.3d2, 8.3d5 / Fonds IC; 5.4f1

Photo p. 65 : Fonds P19; 2.1a4, 5.4j2

Photo p. 66 : Fonds P19; 2.1a5, 5.4j4, 2.1a1

Photo p. 67 : Fonds P19; 5.1g2

Photo p. 72 : Fonds P89; P89-730502-03

Photo p. 74 : Fonds P89; P89-720322-07, P89-731010-02

Photo p. 80 : Fonds P89; P89-701007-10

Photo p. 82 : Fonds P19; 8.1b13

Photo p. 84 : Fonds P19; 8.1a22, P89-701222-10

Photo p. 85 : Fonds P89; P89-760619-16

Photo p. 87 : Fonds P89; P89-720628-07

Photo p. 88 : Fonds P89; P89-700107-10, P89-710106-09

Photo p. 89 : Fonds *La Parole*, 15 janvier 1969

Photo p. 91 : Fonds P89; P89-741113-03, P89-750305-10

Photo p. 100 : Fonds P89; P89-801217-04

Photo p. 102 : Fonds *La Tribune*, 5 juin 1971

**Archives des Sœurs Grises de Montréal**

Photo p. 24 : Fonds L076; A1\_p.2A

Photo p. 25 : Fonds L076; S' St-Alphonse de Liguori,

AlphonsineMartin, Vigneault, Pépin, Miséricorde

Photo p. 26 : Fonds L076; N\_1

Photo p. 28 : Fonds L076; A1\_p.11A

Photo p. 30 : Fonds L076; A1\_p.2B

Photo p. 31 : Fonds L076; A1\_p.11B, A1\_p.11C

Photo p. 35 : Fonds L076; A1\_p.3A

Photo p. 39 : Fonds L076; A1\_p.8, A1\_p.9B, A1\_p.9A

Photo p. 40 : Fonds L076; p.6-7

Photo p. 41 : Fonds L076; A1\_p.10B, A1\_p.10A

Photo p. 42 : Fonds L076; A1\_p.12A

Photo p. 44 : Fonds L076; A1\_p.12C, A1\_p.14A

Photo p. 46 : Fonds L076; A1\_p.17

Photo p. 48 : Fonds L076; L076N-p24-C, A1\_p.20A, A1\_p.19A

Photo p. 49 : Fonds L076; A1\_p.29A, A1\_p.7B, A2\_p.41

Photo p. 50 : Fonds L076; A1\_p.30A

Photo p. 54 : Fonds L076; A1\_p.33B, A1\_p.24C

Photo p. 55 : Fonds L076; A1\_p.38A

Photo p. 56 : Fonds L076; A2\_p.39, A1\_p.37B

Photo p. 57 : Fonds L076; A1\_p.40A

Photo p. 58 : Fonds L076; A1\_p.39B

Photo p. 60 : Fonds L076; p.6-18

Photo p. 64 : Fonds L076; p29-D, p20-F, p14-A

Photo p. 67 : Fonds L076; 3-p03a

Photo p. 68 : Fonds L076; 3-p33a

Photo p. 69 : Fonds L076; p.-14, p9-A, A2\_p.35C

Photo p. 73 : Fonds L076; p.4-20

**Archives Wikipedia libres de droits d'auteur**

Photos p. 25, p. 27, p. 106

**Archives du Séminaire de Nicolet**

Photo p. 33 : Fonds F085; P5299

**Archives privées**

Photo p. 14 : Archives de Émilie Gagné, photographe

Photo p. 57 : Archives de Gisèle A. Blanchette

Photo p. 66 : Archives de François Jutras

Photo p. 70 : Archives de Luce Auger

Photo p. 78 : Archives de Roger Therrien

Photo p. 127 : Archives du journal *L'Express*

Photo p. 144 : Archives de Roger Bérard

**Archives du CSSS Drummond**

Photos p. 62, p. 78, p. 83, p. 86, p. 89, p. 90, p. 92, p. 97, p. 98, p. 100, p. 101, p. 103, p. 104, p. 105, p. 106, p. 107, p. 111, p. 112, p. 114, p. 115, p. 118, p. 119, p. 123, p. 124, p. 125, p. 126, p. 128, p. 131, p. 132, p. 133, p. 135, p. 136, p. 137, p. 142, p. 143, p. 145, p. 146, p. 149, p. 151, p. 152, p. 153, p. 154

# Commanditaires



**Yves-François Blanchet**  
Député de Drummond



**Roger Pomerleau**  
Député de Drummond



**TEKNIKA HBA**  
Membres du Collège



**DEMERS  
PELLETIER**  
architectes

**DRUMCO**  
CONSTRUCTION



Conception et mise en page. DUOKOM communication








L'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville a été fondé en 1910 par les Sœurs Grises de Nicolet. En un siècle, son histoire a été marquée par le développement spectaculaire des sciences médicales et l'étatisation des soins de santé.

Grâce à la participation financière du CSSS Drummond, cet ouvrage a été produit par la Société d'histoire de Drummond, dans le cadre des célébrations entourant le centième anniversaire de cet établissement hospitalier.

Depuis la fondation de l'hôpital en 1910, il retrace donc le cheminement particulier de cette institution drummondilloise dans le contexte général de l'histoire de la santé au Québec.

Centre de santé et de services sociaux  
Drummond



Sur l'auteur :  
Né à l'Hôpital Sainte-Croix en 1980,  
Jean-Pierre Marcotte  
a complété en 2007 un baccalauréat  
en histoire à l'Université du Québec  
à Montréal.