

G

BX
4366
G57
2007

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE
Faculté des lettres et des sciences humaines
Université de Sherbrooke

Les Sœurs de la Charité (Sœurs Grises) et la fondation de l'Hôpital
Maisonneuve, 1949-1954

par

Josée-Ann Giroux 1980-

Bachelière ès lettres (histoire)
de l'Université de Sherbrooke

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

pour obtenir

LA MAÎTRISE ÈS ARTS (HISTOIRE)

Sherbrooke

Novembre 2007

I-2282

Résumé

Ce mémoire veut démontrer comment les Sœurs Grises ont su tirer parti de leur expérience dans le domaine du nursing et dans la gestion des hôpitaux en Amérique du Nord pour mettre en œuvre le projet de l'Hôpital Maisonneuve qui se veut pour l'époque un hôpital avant-gardiste.

Le premier chapitre survole les mutations qui touchent le milieu médical et hospitalier après la Seconde Guerre mondiale. Le chapitre deux est consacré aux Sœurs Grises et aux premières démarches pour mettre en place un hôpital dans l'Est de Montréal. Le troisième chapitre analyse une des dimensions majeures de l'œuvre caritative et hospitalière des Sœurs Grises : l'école d'infirmière et le service de nursing. On y découvre le rôle d'avant-garde des religieuses dans ce domaine et le haut degré de qualification qu'elles ont su développer. Enfin, le dernier chapitre s'attarde à deux éléments particulièrement novateurs du projet de l'Hôpital Maisonneuve : d'une part, l'architecture, la construction et l'aménagement des lieux qui se veulent modernes, fonctionnels et efficaces; d'autre part, la recherche de pointe dans le domaine des maladies cardiovasculaires s'incarnant dans la mise en place de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Mots clés : Communautés religieuses, hospitalières, nursing, associations hospitalières, mouvement d'agrément, hôpitaux, cardiologie et enseignement.

Composition du jury

Les Sœurs de la Charité (Sœurs Grises) et la fondation de l'Hôpital
Maisonneuve, 1949-1954

Josée-Ann Giroux

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Peter Southam, directeur de recherche
(Département d'Histoire, Faculté des lettres et des sciences humaines)
Christine Hudon
(Département d'Histoire, Faculté des lettres et des sciences humaines)
Guy Laperrière
(Département d'Histoire, Faculté des lettres et des sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur Peter Southam qui a réussi à faire sortir le meilleur de moi et a su me diriger avec brio tout au long de ce mémoire. Par ailleurs, ce travail n'aurait pu être possible sans la coopération de la Communauté des Sœurs Grises de Montréal. L'aide précieuse de M^{me} Hélène Leblond et de M^{me} Mylène Laurendeau aux archives des Sœurs m'a beaucoup aidée à avancer dans mes recherches. Je voudrais aussi remercier M. Denis Goulet et M^{me} Hélène Lauzon, archiviste de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui m'ont permis d'utiliser les archives de l'Hôpital. D'ailleurs, c'est par l'entremise du travail réalisé pour M. Goulet que j'ai décidé d'approfondir cette question. Enfin, sans le soutien de ma famille et mes amies, cette longue aventure n'aurait pas été la même.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
HISTORIOGRAPHIE	3
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	5
SOURCES	6
PLAN	7
CHAPITRE 1 : LES CONSÉQUENCES DE LA MUTATION MÉDICALE DE L'APRÈS -GUERRE	10
1.1 TRANSFORMATION DES HÔPITAUX.....	11
1.1.1 Avancées scientifiques et spécialisation de la médecine	11
1.1.2 Le mouvement d'agrément et la professionnalisation de la gestion hospitalière.....	16
1.2 LE RÔLE LIMITÉ DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS DANS LE DOMAINE HOSPITALIER	18
1.3 L'ÉGLISE ET LES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES PRENNENT ACTE ET S'ADAPTENT	22
1.3.1 L'implication des communautés religieuses dans le réseau hospitalier québécois	23
1.3.2 Le développement des associations hospitalières catholiques	26

1.3.3	La primauté aux compétences : la formation universitaire des religieuses	33
-------	--	----

CHAPITRE 2 : LES SŒURS GRISES ET LA MISE EN ŒUVRE D'UN NOUVEL HÔPITAL DANS L'EST DE MONTRÉAL..... 36

2.1	UNE COMMUNAUTÉ PARTICULIÈREMENT BIEN PRÉPARÉE	36
2.1.1	Bref survol de leur implication hospitalière nord-américaine avant l'Hôpital Maisonneuve	37
2.1.2	La pénurie de services hospitaliers dans l'Est de Montréal	39
2.2	LE RÔLE DÉTERMINANT DES SŒURS DANS L'ORIENTATION ET LE FINANCEMENT DE L'HÔPITAL	41
2.2.1	La vocation de l'Hôpital	42
2.2.2	L'emplacement de l'Hôpital	46
2.2.3	Le financement de l'Hôpital.....	49
2.3	LE CHOIX DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET MÉDICAL	51
2.3.1	L'organisation administrative	51
2.3.2	La mise en place du personnel	52
2.3.3	Le Bureau Médical Provisoire.....	55
2.3.4	La sélection des membres-clefs du corps médical	57

CHAPITRE 3 : L'ÉCOLE D'INFIRMIÈRES ET LE SERVICE DE « NURSING »..... 62

3.1	LES COMPÉTENCES DES SŒURS GRISES DANS L'ÉDUCATION DES INFIRMIÈRES ET LA FONDATION DE L'INSTITUT MARGUERITE D'YOUVILLE	62
3.2	UN PROGRAMME EXPÉRIMENTAL À L'ÉCOLE DES INFIRMIÈRES DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE	68
3.2.1	Une équipe d'enseignantes hautement qualifiées.....	68
3.2.2	L'enseignement des infirmières de Nightingale et de Weir.....	69
3.2.3	L'accent sur l'expérience pratique et clinique	71

3.3	LE MARIAGE DU SCIENTIFIQUE ET DU SPIRITUEL.....	74
-----	---	----

**CHAPITRE 4 : L'ARCHITECTURE ET LA VOCATION DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE 77**

4.1	LES INFLUENCES ARCHITECTURALES DE L'ÉPOQUE	77
-----	--	----

4.1.1	L'influence du terrain	78
-------	------------------------------	----

4.1.2	L'élaboration des plans.....	79
-------	------------------------------	----

4.1.3	La couleur et son influence	81
-------	-----------------------------------	----

4.2	L'AMÉNAGEMENT DES LIEUX	82
-----	-------------------------------	----

4.2.1	Structure externe et interne de l'Hôpital.....	82
-------	--	----

4.2.2	L'utilisation d'appareils et de méthodes modernes	86
-------	---	----

4.3	L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE.....	88
-----	--------------------------------	----

4.3.1	L'importance de l'Institut de cardiologie au sein des services médicaux ..	89
-------	--	----

4.3.2	L'impact de l'Institut	90
-------	------------------------------	----

	CONCLUSION	92
--	-------------------------	-----------

	BIBLIOGRAPHIE.....	97
--	---------------------------	-----------

TABLE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

Tableau 1 : Hôpitaux du Québec de dix lits et plus en 1961 par statut de propriété et par période d'incorporation.....24

Tableau 2 : Les hôpitaux catholiques dans la province de Québec en 1961.....25

Graphique 1 : Répartition proportionnelle de la létalité des principales causes de mortalité avec leur ordre de priorité, 1948.....44

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Blason de l'Hôpital Maisonneuve.....	48
Illustration 2 : Hôpital Maisonneuve 1954.....	83
Illustration 3 : Image d'une chambre à Hôpital Maisonneuve 1954.....	85

Introduction

La période de l'Après-Guerre apporte beaucoup de changements au sein du système de santé et du milieu hospitalier. Notamment, la médecine, jusque-là essentiellement préventive, se transforme en une médecine curative. Le développement des sciences médicales et de la technologie amène une nouvelle instrumentation et une plus grande spécialisation chez les médecins. Le rôle des infirmières prend aussi un virage. On leur demande d'être davantage l'extension du médecin, ce qui implique de nouvelles responsabilités et une formation plus poussée. L'image de l'hôpital se fait ainsi plus rassurante en lien avec son efficacité, mais le citoyen devient, de ce fait, de plus en plus exigeant. Par ailleurs, les hôpitaux doivent s'adapter à une société plus industrialisée et plus peuplée, ce qui cause, entre autres, des problèmes en ce qui a trait à la capacité d'hospitalisation. Pour répondre aux besoins immédiats, l'intervention du gouvernement se fait plus présente dans les années 1950 en soutenant économiquement la création de nouveaux établissements hospitaliers. Pendant ce temps, les communautés religieuses hospitalières gardent, jusque dans les années 1960, une place prédominante à côté des médecins au sein du réseau hospitalier.

Nous nous sommes penchée sur l'une des plus importantes communautés religieuses impliquées dans le réseau, les Sœurs Grises. C'est par l'importance de leur implication dans le domaine hospitalier au Québec, mais aussi dans le reste du Canada et aux États-Unis, qu'elles se distinguent. Nous étudierons en particulier, dans ce mémoire, le rôle joué par la Communauté des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises) dans la fondation de l'Hôpital Maisonneuve, à Montréal, en 1954. À vrai dire, comme

le travail effectué pour la construction de l'Hôpital remonte à 1949, la recherche couvrira essentiellement les années entre 1949 et 1954.

Mon intérêt pour ce sujet s'est éveillé à l'époque où j'ai travaillé comme assistante de recherche pour Denis Goulet. Lorsque les médecins de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont contacté M. Goulet pour écrire l'histoire de l'Hôpital, celui-ci m'a engagée pour faire des recherches dans les archives à l'institution même. Quand l'ouvrage de M. Goulet fut finalement publié, en 2004, j'ai été déçue de constater que le rôle des religieuses dans la conception et la réalisation de cet établissement hospitalier n'était que faiblement représenté, car presque toute l'attention était accordée aux médecins. Je ne veux pas minimiser le rôle des médecins dans l'histoire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mais ma connaissance des sources me portait à voir qu'il y aurait lieu de faire ressortir, beaucoup plus clairement, le rôle des religieuses durant les années de la fondation.

La perspective de Denis Goulet appartient à un courant qui a été jusqu'à relativement récemment dominant en histoire de la médecine et de la santé, selon lequel la profession médicale joue un rôle déterminant dans toutes les facettes de ce champ d'étude. Cependant, cette façon de voir tend à changer, car comme le constate François Guérard, certains historiens ont décidé de réhabiliter le rôle des religieuses¹. Nous voyons dans le livre de François Rousseau² sur les Augustines de Québec l'exemple le plus remarquable de ce courant. Cet ouvrage cible surtout les Augustines de Québec, mais tient aussi compte des autres communautés religieuses hospitalières

¹ François Guérard, « L'histoire de la santé au Québec : filiations et spécificités », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 17, no 1-2 (2000), pp. 64-65.

² François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*, Québec, Septentrion, 1994, 489 p.

en faisant le lien entre leur travail et l'ouverture à la modernité. Mon mémoire fait partie de ce nouveau courant.

Historiographie

L'historiographie sur l'histoire hospitalière comprend très peu d'ouvrages, comme celui de Harvey G. Agnew³, traitant de la transformation des structures hospitalières canadiennes en général pendant les années qui nous intéressent. Nous retrouvons néanmoins beaucoup de référence à des aspects particuliers de cette question au Québec dans un grand nombre de livres récents. Nous pouvons identifier dans divers ouvrages des passages traitant de sujets tels la pratique médicale au sein de l'hôpital⁴, les associations hospitalières catholiques⁵, le personnel médical des hôpitaux dont les médecins⁶, les infirmières⁷ et les religieuses hospitalières⁸, pour ne nommer que ceux-là. Dans plusieurs ouvrages où l'on traite de sujets divers concernant les institutions hospitalières, nous pouvons aussi obtenir des informations générales concernant les transformations en cours dans les établissements hospitaliers québécois⁹. Enfin, pour

³ Harvey G. Agnew, *Canadian hospitals, 1920 to 1970. A dramatic Half century*, Toronto, University of Toronto Press, 1974, 276 p.

⁴ François Guérard, (chapitre III, partie 2 : L'hôpital investi et transformé par la médecine) dans Normand Séguin, dir., *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1998, 191 p.

⁵ André Cellard et Gérard Pelletier, *L'Histoire de l'Association catholique canadienne de la santé. Fidèles à une mission*, Ottawa, A.C.C.S., 1990, 153 p.

⁶ Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989, 207 p.

⁷ Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, 320 p.

⁸ Esther Lamontagne et Yolande Cohen, « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing », *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), pp. 273-297.

⁹ L'on retrouve par exemple des informations sur le Rapport Weir dans : Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec*, Montréal, Les Éditions du Richelieu, 1970, 270 p. des informations sur les avancées médicales dans : Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, 452 p. ou des informations concernant la professionnalisation dans : Gilles Dussault, *La profession médicale au Québec (1941-1971)*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines Université Laval, Cahiers de l'ISSH, 1974, 133 p.

bien comprendre les enjeux politiques de cette époque, il est essentiel de consulter les enquêtes entreprises par les gouvernements québécois et canadiens¹⁰.

Un autre domaine qui est relié de près à notre mémoire est l'historiographie des communautés religieuses hospitalières et, plus particulièrement, celle de la Communauté des Sœurs Grises. Il existe plusieurs ouvrages traitant des Sœurs Grises. Nous retrouvons, entre autres, l'ouvrage de sœur Estelle Mitchell qui traite de l'histoire des Sœurs Grises de Montréal à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e¹¹. Ceux de Yolande Cohen et d'Esther Lamontagne se spécialisent aussi sur les Sœurs Grises de Montréal, mais ciblent davantage la formation académique, l'implication dans l'enseignement et l'implication à l'Hôpital Notre-Dame¹². D'autres, comme Marguerite Jean, ne se consacrent pas uniquement à la Communauté des Sœurs Grises, mais leur font néanmoins une très grande place¹³. Enfin, Denis Goulet dans son ouvrage récent, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004*, aborde les 50 ans d'histoire de l'institution¹⁴. Il souligne, entre autres, les étapes de la construction, les acteurs qui y ont pris part et les réalisations qui ont marqué l'histoire de l'Hôpital comme, par exemple, le départ des Sœurs de la direction, en 1967, et l'affiliation avec l'Hôpital Saint-Joseph de Rosemont, en 1969.

¹⁰ Québec, Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux, Gouvernement du Québec, 1943; Québec, Rapport de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux, Gouvernement du Québec, 1943; Québec, Enquête sur les services de santé, Gouvernement du Québec, 1948 ; Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, 1970; Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, 1970.

¹¹ Estelle Mitchell, *L'essor apostolique. Sœurs de la Charité de Montréal, Sœurs Grises, 1877-1910*, Montréal, 1981, 268 p.

¹² Yolande Cohen, « La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *The Canadian Historical Review*, vol. 77, no 2 (juin 1996), pp. 185-220. ; Esther Lamontagne et Yolande Cohen, « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing », *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), pp. 273-297.

¹³ Marguerite Jean, *Évolution des communautés religieuses de femmes au Canada de 1639 à nos jours*, Montréal, Fides, 1977, 324 p.

¹⁴ Denis, Goulet, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004*, Québec, Septentrion, 2004, 174 p.

Cependant, comme nous l'avons souligné plus haut, l'auteur met surtout en relief le travail des médecins en omettant parfois d'indiquer ou en ignorant tout simplement l'importance de la Communauté dans la conception et la réalisation de cet Hôpital. C'est ce qui nous amène à revenir sur cette histoire, en nous concentrant sur la période 1949 à 1954, et en rendant à la Communauté des Sœurs Grises la place qui lui est due.

Problématique et hypothèse

Nous soulevons la question suivante : comment les Sœurs Grises ont-elles su tirer parti de leur longue et riche expérience dans la gestion des hôpitaux en Amérique du Nord et de leurs expériences dans le domaine du « nursing » pour mettre en œuvre le projet de l'Hôpital Maisonneuve?

Nous nous interrogerons sur le rôle des Sœurs Grises dans les prises de décision et les relations qu'elles entretenaient avec le gouvernement et les médecins, deux autres acteurs principaux dans le domaine hospitalier. À cet effet, il sera question des relations de pouvoir entre ces acteurs. Nous chercherons ainsi à savoir qui a inspiré le modèle d'hôpital qui voit finalement le jour en 1954.

En examinant le cas de l'Hôpital Maisonneuve, nous voulons explorer l'hypothèse selon laquelle les Sœurs ont su tirer parti de leur longue expérience dans le domaine médical à titre de gestionnaires de services de santé et qu'elles ont su négocier habilement avec les acteurs politiques pour mettre en place un hôpital moderne et avant-gardiste.

Dans un premier temps, ce mémoire veut donner une vision générale de la situation hospitalière durant la période de fondation de l'Hôpital pour mieux expliquer le rôle des acteurs et plus particulièrement, celui des Sœurs Grises. Cet aspect est important parce que la période charnière où s'est produite l'émergence de l'Hôpital Maisonneuve n'a été que très peu étudiée par les historiens québécois spécialistes de l'histoire du système de santé. Les informations se retrouvent de façon fragmentaire et ciblent davantage les périodes antérieures aux années 1945, et celles qui suivent les années 1960 avec l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie. Nous sommes confrontés au même vide lorsque nous voulons avoir une vue d'ensemble des pratiques et des technologies médicales des années 1950.

Nous tenterons donc de combler, en partie, ces lacunes en rassemblant les informations fragmentaires pour dresser un tableau de la situation hospitalière de l'époque. Par la suite, nous pourrions aborder l'oeuvre de la Communauté des Sœurs Grises de façon à faire ressortir l'importance de la performance et des aptitudes des religieuses qui leur a permis d'occuper une place dominante dans le développement des établissements hospitaliers pendant cette période charnière de l'histoire du réseau hospitalier québécois.

Sources

Les sources de ce mémoire sont puisées dans les archives des Sœurs Grises situées à la maison mère à Montréal, dans les archives de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dans les documents officiels du ministère de la Santé et dans les publications de l'époque telles que les revues scientifiques. Les archives concernant l'institution qui se retrouvent chez les Sœurs sont classées par activité dans quatre boîtes distinctes.

Les informations sont séparées en dix dossiers qui portent les mentions L120/A jusqu'à I. Nous retrouvons, entre autres, de l'information concernant les rapports annuels, la correspondance, les contrats divers et des articles de journaux de l'époque qui parlent de l'Hôpital. Pour ce qui est des archives à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, elles contiennent plusieurs documents similaires à ceux des Sœurs, mais on peut aussi y retrouver un bon nombre de photos qui ne figurent pas dans les archives des Sœurs Grises. Il n'y a qu'un seul classeur à la bibliothèque médicale où l'on retrouve des informations pertinentes pour notre travail et celles-ci sont classées par année. Pour les photos, on les retrouve au service des techniques audiovisuelles. Les publications gouvernementales sont aussi importantes, car les commissions d'enquête produites en 1948 et 1970 nous procurent des données et des analyses qui concernent directement le système hospitalier de l'époque. De plus, en 1961, le département d'action sociale de la Conférence catholique canadienne à Ottawa a publié un document sur les hôpitaux dans la province de Québec qui nous permet d'obtenir de multiples données statistiques sur les hôpitaux et leurs rapports avec les communautés religieuses. Enfin, nous utilisons des articles de l'époque de certaines revues scientifiques comme *L'Union Médicale du Canada*, *L'Hôpital d'aujourd'hui*, *Revue d'histoire de l'éducation*, *Relations et Architecture*, *bâtiment-construction* pour le dernier chapitre.

Plan

Le travail est divisé en quatre chapitres. Tout d'abord, nous verrons comment la mutation médicale des années 1940 et 1950 influence le développement hospitalier et le rôle joué par les communautés. Ce premier chapitre présentera le contexte et décrira les changements survenus à cette époque tout en délimitant les rôles respectifs

des médecins, du gouvernement et de l'Église. Nous soulignerons d'abord, les innovations médicales et les changements survenus au sein de la profession, puis nous expliquerons l'importance du phénomène de standardisation dans le développement de la gestion et des pratiques hospitalières. Par la suite, nous aborderons, en lien avec ces changements, le rôle de l'État. Finalement, nous traiterons à la fin de ce chapitre du rôle de l'Église et des communautés religieuses hospitalières par rapport à ces changements. À cette fin, nous examinerons l'implication des communautés religieuses au sein du réseau hospitalier québécois, au sein des associations hospitalières et dans les programmes universitaires.

Le deuxième chapitre traitera, de façon générale, de la mise en œuvre de l'Hôpital Maisonneuve. Il commencera par une brève présentation de la Communauté des Sœurs Grises et de leur implication dans le réseau hospitalier nord-américain. Nous expliquerons ensuite le rôle joué par la communauté dans les principales étapes de la conception et de la réalisation de l'Hôpital Maisonneuve : le choix de la vocation de l'hôpital, le choix de l'emplacement et l'organisation du financement. Il sera ici question des négociations avec le gouvernement du Québec et la Ville de Montréal et de la façon dont les Sœurs ont réussi à imposer leur vision en dépit des priorités de leurs partenaires. Enfin la dernière partie de ce chapitre expliquera comment, par sa mise en place d'une structure administrative et par son contrôle du processus de sélection du personnel médical, la Communauté s'est assurée que l'hôpital répondrait à ses attentes et que son autorité ne serait pas mise en question.

Le troisième chapitre traitera plus spécifiquement de l'École d'infirmières et du service de nursing. En début de chapitre, nous rappellerons l'histoire de l'implication

de la Communauté des Sœurs Grises dans ce domaine, tant au Québec qu'ailleurs au Canada et aux États-Unis. Nous expliquerons pourquoi il y avait un besoin de réforme dans les programmes d'enseignement du «nursing» à l'époque et nous verrons comment la Communauté a saisi l'occasion, lors de la fondation de l'Hôpital Maisonneuve, de créer un programme innovateur répondant aux nouveaux besoins. En fin de chapitre, nous développerons brièvement de la vision des Sœurs Grises en ce qui concerne la conciliation de la dimension professionnelle et scientifique de la vocation d'infirmière avec la dimension spirituelle d'inspiration catholique.

Enfin, le quatrième chapitre examinera, d'une part, l'architecture et l'aménagement interne de l'hôpital en ciblant les innovations et d'autre part évaluera l'intégration au sein de l'hôpital, d'un centre de recherche d'importance, l'Institut de cardiologie. Nous démontrerons que les sœurs s'étaient données pour objectif, dès le début de leur implication dans ce projet, de tenir compte des importantes avancées dans l'architecture et l'aménagement des hôpitaux qui se réalisaient, tout particulièrement aux États-Unis. Nous verrons aussi que les sœurs étaient déterminées à faire en sorte que leur hôpital soit à la fois un centre de soins et un centre de recherche. Elles étaient conscientes que la recherche médicale serait dorénavant indissociablement liée au développement des soins. Leur planification de l'aménagement et du fonctionnement interne de l'institution a donc tenu compte de cette nouvelle réalité.

Chapitre 1 : Les conséquences de la mutation médicale de l'Après -Guerre

L'Après-Guerre voit d'importantes transformations aux niveaux économique et social qui influencent grandement la façon de vivre des Québécois. Ceci a pour effet de modifier les taux et les causes de morbidité et de mortalité et ces modifications créent de nouveaux besoins en matière de soins de santé. Parallèlement, les découvertes en sciences médicales, amorcées dans le courant des années 1930, se multiplient. Ces mêmes progrès scientifiques transforment les cursus des écoles de médecine. En réponse au développement des nouvelles connaissances, la profession médicale se dissocie progressivement du modèle humaniste, si cher aux omnipraticiens, et une proportion de plus en plus grande de médecins s'affiche comme spécialistes, détenteurs d'autorité scientifique.

Les nouveaux besoins en soins de santé, le développement des sciences médicales et la spécialisation de la profession médicale ont de profondes implications en ce qui concerne le rôle des hôpitaux et leur importance par rapport aux autres composantes de ce que l'on peut appeler « le secteur de la santé ». Entre « l'Avant » et « l'Après » Deuxième Guerre, les importants progrès dans les sciences médicales permettent de réduire substantiellement la morbidité et la mortalité dues aux maladies contagieuses, maladies pour lesquelles la médecine était relativement démunie jusque-là. En même temps, les progrès scientifiques ouvrent de nouvelles possibilités en matière de soins curatifs. Ce passage d'une médecine essentiellement « préventive » vers une médecine « curative » a de profondes implications pour les hôpitaux. Jamais auparavant les hôpitaux n'ont eu à jouer un rôle aussi central au sein du secteur de la santé. Comme les ressources de l'État augmentent de façon significative à cette

époque en lien avec l'expansion de l'économie, les conditions sont rassemblées pour la réalisation d'importants investissements dans le réseau hospitalier.

L'Église catholique, qui détient toujours une place prédominante au sein du réseau hospitalier québécois, est au fait de la situation. Les communautés religieuses, appuyées par les hautes instances ecclésiastiques, mettent tout en œuvre pour s'assurer de demeurer à la fine pointe des connaissances en administration hospitalière et en soins infirmiers. De cette façon, elles réussissent, tout au long des années 1950, à jouer un rôle central dans la définition des nouvelles orientations du domaine hospitalier.

1.1 Transformation des hôpitaux

La modernisation du système hospitalier qui se produit à cette époque se réalise en grande partie par les avancées scientifiques, par la spécialisation de la profession médicale et par le mouvement de standardisation des hôpitaux à l'échelle nord-américaine.

1.1.1 Avancées scientifiques et spécialisation de la médecine

Les progrès scientifiques des années 1930 et 1940 dans le domaine de la chimie et de la physique alimentent des avancées fulgurantes en médecine. Entre autres, la recherche pharmaceutique permet dorénavant l'isolement des principes actifs purs de certaines plantes et le développement chimique de nombreux médicaments. De plus, les travaux menés sur la pénicilline qui engendre les premiers antibiotiques représentent une découverte majeure pour la lutte aux maladies infectieuses. Les

médicaments sont de plus en plus associés à des maladies ou infections précises, ce qui a comme effet une diminution de la prescription des médicaments dits polyvalents¹. Par ces nouvelles découvertes se crée, au sein des institutions hospitalières, une course effrénée en vue de satisfaire des attentes vis-à-vis la nouvelle médecine curative. L'hôpital devient alors le centre scientifique et éducationnel incontestable. Nous voyons aussi un grand changement dans l'achalandage au sein des hôpitaux. Au Québec, le taux d'admission pour 1000 habitants, en 1932, était de 37,4 et, en 1955, il atteint 99,1². Les objectifs des institutions hospitalières sont alors définis de plus en plus en fonction de cette nouvelle clientèle.

Le système de santé passe d'une structure de soins généraux, qui étaient destinés principalement aux indigents, à une structure de soins spécifiques orientés vers la classe moyenne plus exigeante. Ce changement favorise la spécialisation et il est accompagné par une augmentation de l'efficacité des méthodes diagnostiques et thérapeutiques³. La spécialisation entraîne la nécessité de développer une plus grande interrelation entre les disciplines médicales. Pendant ce temps, les progrès des sciences et des technologies médicales augmentent considérablement le niveau de connaissance qu'un praticien doit maîtriser pour exercer en tant que médecin généraliste. La spécialisation devient ainsi une solution au développement médical. La création de sous-disciplines prend son envol dans les années 1940. En 1951, il y a déjà, au Québec, 22,5% de médecins spécialistes. Deux décennies plus tard, cette

¹ Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, p. 349.

² François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*, Québec, Septentrion, 1994, p. 211.

³ D. Goulet, F. Hudon et O. Keel, *op.cit.*, p. 283.

proportion augmente à 39,7%⁴. Contrairement au médecin généraliste (médecin de famille) dont la pratique est généralement indépendante de l'hôpital, le médecin spécialiste a absolument besoin du support technique et du climat interdisciplinaire que seul l'hôpital peut lui fournir. La croissance du nombre de spécialistes engendre ainsi un besoin criant d'équipements modernes et de personnel technique sachant les opérer et les réparer.

Parallèlement aux avancées scientifiques, un fort mouvement en faveur d'un renforcement de la formation médicale s'est fait sentir tout au long de la première moitié du XX^e siècle. L'amélioration de la qualité des écoles de médecine, qui découle de ce mouvement, alimente aussi le penchant vers la spécialisation. La tendance vers le renforcement de la qualité des études et le mouvement en faveur de la standardisation des services hospitaliers sont des phénomènes interdépendants qui se déroulent à l'échelle nord-américaine. En d'autres termes, le rythme de changement au sein du système de santé québécois se trouve de plus en plus déterminé par des facteurs exogènes. Au début du XX^e siècle, le bas niveau des critères d'admission dans certaines écoles de médecine pose problème. En 1904, l'*Association médicale américaine* décide de réagir en instaurant le *Conseil de la formation médicale*. Celui-ci fait l'étude de l'organisation des écoles des États-Unis et du Canada et de leur enseignement. Le rapport Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, publié en 1910, découle des études faites par ce conseil⁵. Abraham Flexner, un éducateur de profession, veut souligner la médiocrité de l'enseignement au sein des écoles de médecine et le manque de normes hospitalières. Lors de sa publication, ce rapport connaît un énorme succès auprès du public et gagne

⁴ Gilles Dussault, *La profession médicale au Québec (1941-1971)*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines Université Laval, Cahiers de l'ISSH, 1974, p. 16.

⁵ F. Rousseau, *op.cit.*, pp. 156-157.

l'appui enthousiaste de l'*American College of Surgeons*⁶. Il faut rappeler que c'est depuis 1903, avec le travail du docteur Franklin, que les chirurgiens ont développé un intérêt très marqué pour le perfectionnement de leur formation⁷. Le Collège américain propose, en 1914, « la création à l'échelle nord-américaine d'un programme destiné à évaluer le niveau d'excellence des hôpitaux »⁸. Par ailleurs, en plus de l'amélioration de la formation des médecins, il devient nécessaire d'encadrer et de perfectionner l'enseignement des infirmières. Un comité est créé, en 1927, à la suite des demandes des associations d'infirmières canadiennes et provinciales. Trois ans plus tard, la Commission Weir, présidée par Georges Weir, professeur en sciences de l'éducation à l'Université de la Colombie-Britannique, publie un rapport dans lequel sont identifiés certains problèmes et solutions pour répondre aux nouveaux besoins du marché⁹. On souligne, entre autres, comme le rapport Flexner, la trop grande présence de personnel non qualifié dans les hôpitaux et le manque d'enseignement de qualité. Une des solutions pour répondre à ces problèmes est la création d'un conseil fédéral qui permet d'avoir un contrôle sur l'uniformisation des programmes d'enseignement¹⁰.

Les avancées scientifiques et le processus de spécialisation de la profession médicale provoquent une segmentation des services spécialisés au sein des institutions hospitalières. La création de nouveaux départements reflète l'augmentation du nombre de domaines d'interventions spécialisées où la médecine acquiert une capacité de soins curatifs. De même, une nouvelle instrumentation technologique

⁶ André Cellard et Gérald Pelletier, *L'Histoire de l'Association catholique canadienne de la santé. Fidèles à une mission*, Ottawa, A.C.C.S., 1990, p. 10.

⁷ F. Rousseau, *op.cit.*, p. 161.

⁸ A. Cellard et G. Pelletier, *op.cit.*, p. 10.

⁹ Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 278.

¹⁰ F. Rousseau, *op.cit.*, p. 171.

permet de meilleures observations cliniques. Même si l'analyse clinique du patient reste sensiblement la même, il se développe une plus grande maîtrise et une plus grande précision des examens qui débute à partir du premier quart du XX^e siècle.

Durant l'auscultation du cœur, le médecin peut dorénavant enregistrer les battements du cœur du patient. Il ne tâte plus simplement le pouls, mais mesure aussi la pression. D'ailleurs, le médecin peut maintenant vérifier le taux de sucre dans le sang du patient ou vérifier l'histo-chimique d'une tumeur. Il y a aussi de nouveaux appareils qui font leur apparition à partir des années 1930 comme « l'électroencéphalogramme pour la mesure de l'activité cérébrale; l'angiocardographie pour la mise en évidence radiologique des cavités du cœur et des gros vaisseaux »¹¹. Pendant la décennie des années 1950, c'est le cathéter, qui permet d'explorer l'intérieur du cœur et du système respiratoire, qui fait son apparition¹². À la même époque, on voit le développement des procédés d'anesthésie et des méthodes d'asepsie opératoire. Les transformations théoriques et techniques sont en lien direct avec la modification des salles d'opération, des modes d'interventions, des trousse instrumentales et la composition du personnel est restructurée. Entre 1943 et 1960, la spécialisation des activités chirurgicales devient possible par l'avancement de sciences médicales comme la physiologie, la neurologie, l'endocrinologie ainsi que des sciences paramédicales comme la biophysique, la biochimie et la pharmacologie. Après la Deuxième Guerre mondiale, nous voyons apparaître une multiplication des interventions chirurgicales sur le corps humain telles que la chirurgie thoracique et la chirurgie plastique¹³.

¹¹ D. Goulet, F. Hudon et O. Keel, *op.cit.*, p. 306.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, p. 326.

La généralisation des nouvelles techniques et des nouvelles technologies crée ainsi un besoin d'une plus grande homogénéité au sein du réseau hospitalier afin d'amener un meilleur rendement et une meilleure qualité de soins. Tous ces changements influencent aussi le travail du personnel dirigeant, car la gestion hospitalière se complexifie.

1.1.2 Le mouvement d'agrément et la professionnalisation de la gestion hospitalière

Sous l'égide de l'*American College of Surgeons*, discuté plus haut, il s'est développé, à partir de 1918, un mouvement d'agrément visant la «standardisation» des hôpitaux aux États-Unis et au Canada¹⁴. Sous la direction du docteur Malcolm T. MacEachern, pionnier de la naissante science de l'administration hospitalière, ce programme d'agrément s'étend graduellement au point où il inclut, au début des années 1950, plus de la moitié des hôpitaux canadiens de plus de 100 lits. L'historien François Rousseau rappelle que « l'expression *standardisation*, pour désigner le mouvement d'agrément à ses débuts, a été délibérément choisie, selon le docteur MacEachern, par analogie avec le courant de normalisation qui a traversé le secteur industriel américain et contribué grandement à son essor »¹⁵. Cette « standardisation » à l'échelle canado-américaine signifie, qu'à l'époque qui nous intéresse, les exigences de l'accréditation, dont la sévérité augmentait au fil des années, impliquent que la qualité des services dans les hôpitaux québécois doive progresser au diapason des hôpitaux américains, alors les plus avancés au monde.

¹⁴ Malcolm Thomas MacEachern, *Hospital Organization and Management*, Chicago, Physician's Record Company, 1957, p. 24.

¹⁵ F. Rousseau, *op.cit.*, pp. 162-165.

En 1952, comme l'ampleur du programme d'agrément dépasse les moyens de l'*American College of Surgeons*, il se crée une commission mixte pour lui succéder incluant, entre autres, l'*Association médicale canadienne*. L'*Association* se charge de la majorité des inspections sur le territoire canadien pour le compte de la commission mixte. C'est le 1^{er} janvier 1959 que la Commission devient le *Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux*¹⁶. Celui-ci assume dorénavant, au pays, l'entière responsabilité du programme d'agrément des hôpitaux canadiens. Afin d'être accrédité, un hôpital doit respecter des normes bien précises, ce qui permet aux malades d'avoir la même qualité de soin d'un hôpital à l'autre.

La transformation des hôpitaux, sous l'influence du mouvement d'agrément, des progrès scientifiques et de la spécialisation de la médecine, signifie que la gérance des centres hospitaliers devient de plus en plus complexe. Le travail des administrateurs d'hôpitaux se transforme à la suite de l'ajout de personnel nouveau, du gonflement du budget, de l'accentuation des normes d'accréditation et de standardisation hospitalière et à cause du respect de certaines ordonnances gouvernementales¹⁷. Les nouvelles exigences de la gestion des hôpitaux impliquent ainsi une éventuelle professionnalisation du métier d'administrateur d'hôpitaux. Les premiers cours universitaires d'administration hospitalière aux États-Unis sont inaugurés en 1927, à l'Université Marquette de Milwaukee, à l'initiative du *Catholic Hospital Association of the United States and Canada*¹⁸. Il s'avère que des religieuses, administratrices d'hôpitaux, se trouvent parmi les premières détentrices d'une formation professionnelle dans ce nouveau domaine de spécialisation. Mentionnons, au passage, que l'Université Marquette de Milwaukee est une université catholique, administrée

¹⁶ F. Rousseau, *op.cit.*, p. 163.

¹⁷ D. Goulet, F. Hudon et O. Keel, *op.cit.*, p. 237.

¹⁸ F. Rousseau, *op.cit.*, pp. 166-167.

par les Jésuites. Nous verrons plus loin que les Jésuites sont intimement impliqués dans les associations d'hôpitaux catholiques.

La transformation des hôpitaux, engendrée par l'augmentation des besoins et par le développement des pratiques médicales, soulève un autre problème de taille, celui du financement. Par le passé, dans certaines institutions, les médecins se procuraient les appareils nécessaires à leur pratique en déboursant eux-mêmes les frais. Cependant, dans le contexte des nouveaux progrès médicaux où le matériel est à la fois beaucoup plus dispendieux et de plus en plus indispensable au bon fonctionnement, l'intervention financière de l'État devient essentielle.

1.2 Le rôle limité de l'État québécois dans le domaine hospitalier

Les transformations de l'hôpital ne font que refléter les changements d'une société qui devient de plus en plus industrialisée et développée sur le plan technologique. L'hôpital doit répondre aux attentes de la population qui considère dorénavant la santé comme un droit fondamental. Traditionnellement, au Québec, la responsabilité des soins aux malades relevait des familles, du niveau municipal de gouvernement et des communautés religieuses. Mis à part les premiers balbutiements de la Commission provinciale d'hygiène en 1887, ce n'est vraiment qu'à partir de 1921 que l'État commence à jouer un rôle significatif dans le financement des services de santé au Québec¹⁹. La *Loi établissant le service d'assistance publique*, qui a comme structure un mode de financement tripartite entre l'État, les municipalités et les

¹⁹ Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, « L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec », Québec, annexe 2, 1970, p. 101.

institutions hospitalières, permet alors l'hospitalisation des indigents par la mise sur pied d'un service d'assistance publique²⁰.

Avec les transformations médicales des années 1930 et 1940, l'État assume un rôle plus actif, surtout en ce qui concerne le financement pour la construction hospitalière. Une suite de Commissions explore alors les possibilités d'un rôle beaucoup plus important. En 1930, le gouvernement du Québec met sur pied la Commission des assurances sociales. L'économiste Édouard Montpetit est chargé d'étudier la question des assurances sociales, de l'assistance publique et de l'hygiène industrielle. Le Rapport Montpetit, en 1933, pose la question à savoir si oui ou non l'État doit rendre l'assurance-maladie-invalidité obligatoire. Cependant, l'arrivée de Maurice Duplessis, en 1936, ne favorise pas cette démarche. Presque au même moment, en 1937, le Premier ministre fédéral Mackenzie King décide de mettre sur pied une Commission royale d'enquête pour évaluer, entre autres, le partage des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le rapport de la Commission Rowell-Sirois, qui est déposé en 1940, recommande la mise sur pied d'une d'assurance-santé financée par le Fédéral, mais administrée par les provinces. Cette proposition met entre les mains du Fédéral un très grand contrôle sur ce champ de juridiction provinciale. Deux ans plus tard, le Rapport Heagerty, commandité lui aussi par le fédéral, propose que le programme d'assurance-santé soit financé par les deux niveaux de gouvernement et par une contribution des assurés calculée en fonction de leurs revenus. En s'inspirant des études déjà publiées, le Rapport Marsh de 1943, à l'intention du gouvernement fédéral, propose dans son volet sur la santé l'établissement d'un vaste régime d'assurance-santé. Au Québec, la même année, le

²⁰ Clermont Bégin, Gérard Bélanger, Pierre Bergeron et Vincent Lemieux, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 14.

rapport de la Commission Lessard et Tremblay est déposé. Celui-ci veut instaurer un régime provincial et universel d'assurance-santé²¹.

Tous ces rapports élaborent des recommandations qui, pour la plupart, expriment un désir d'intervention beaucoup plus soutenu par les gouvernements dans le domaine hospitalier. En fait, ce désir d'intervention s'est créé en grande partie à la suite de la crise économique de 1929 qui mettait en évidence la nécessité d'une aide plus directe dans les affaires sociales de la part de l'État. Cependant, le clergé et les médecins, qui sont les deux groupes les plus influents dans le domaine de la santé au Québec, ont une très grande réticence par rapport à l'instauration d'un système d'assurance-maladie étatique. La position officielle de l'Église catholique soutient, entre autres, que la mainmise de l'État viendrait directement à l'encontre d'une saine médecine. Les médecins, pour leur part, craignent que l'État ne se donne un droit de regard sur leurs activités en limitant leur autonomie et leur autorité. Qui plus est, ils affirment que cette ingérence modifierait leur relation avec leurs patients et menacerait la qualité des soins médicaux²². D'ailleurs, les médecins n'hésitent pas à utiliser les arguments du clergé dans leur opposition à l'introduction d'un système d'assurance-santé étatisé. Un article de *l'Union médicale du Canada*, publié en 1955, fait valoir que si l'État imposait ses normes, les pratiques médicales ne correspondraient plus à une vision catholique des soins²³.

²¹ Louise Blain, *L'assurance-médicaments : Les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments*, Mémoire de maîtrise, Département des sciences juridiques, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2000, pp. 21-28.

²² François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Québec, Boréal, 1996, pp. 75-76.

²³ Pierre Jobin, « L'avenir des hôpitaux privés », *L'Union Médicale du Canada*, tome 84, 5 (mai 1955), p. 568.

Ce n'est évidemment pas tout le monde qui s'oppose à l'introduction d'un système d'assurance hospitalisation ou d'assurance-santé étatisé. Les milieux progressistes et les syndicats font valoir que de tels systèmes apporteraient une aide nécessaire aux classes les plus démunies et procureraient aux hôpitaux un apport financier important²⁴. Cela dit, un manque de volonté politique, autant au niveau fédéral que provincial, fait en sorte que les projets d'étatisation, si fortement recommandés pendant les années 1940, sont abandonnés par la suite. En 1957 c'est le programme d'assurance hospitalisation fédéral-provincial, introduit par Ottawa, qui est refusé par le gouvernement de l'Union nationale. Les hôpitaux restent donc sous le contrôle des communautés religieuses, des médecins, des compagnies d'assurance ainsi que différents fournisseurs de soins privés²⁵.

Même si la loi de 1921 a contribué à alléger le fardeau financier des hôpitaux, elle ne peut répondre à l'augmentation croissante du nombre de patients dans les services internes et externes qui se produit après la Deuxième Guerre²⁶. Le besoin d'une aide économique accrue de la part du gouvernement se fait de plus en plus persistant compte tenu des difficultés financières que connaissent les communautés religieuses pour maintenir leurs services dans ce domaine. Le gouvernement de Maurice Duplessis attribue alors des octrois de capitalisation qui favorisent l'expansion des services hospitaliers tout en respectant l'indépendance des institutions hospitalières. Entre 1945 et 1950, le budget provincial accordé à la santé publique passe de 5 900 000\$ à 30 500 000\$. Durant les années 1945 à 1950, pas moins de 28 nouveaux

²⁴ Conférence catholique canadienne, « Les hôpitaux dans la province de Québec. Listes complètes, statistiques, associations, assurance, hospitalisation, documents divers », Ottawa, département d'action sociale, 1961, p. 42.

²⁵ V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, *op.cit.*, p. 15.

²⁶ Denis Goulet et André Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, VLB éditeur, 1992, p. 40.

hôpitaux sont construits dans la province²⁷. Grâce aux subventions du gouvernement, les hôpitaux du Québec ont pu ouvrir 9 500 nouveaux lits pendant cette période²⁸.

Par ailleurs, entre 1948 et 1953, le gouvernement fédéral dépense 29 millions de dollars, au Québec, dans le domaine de la santé, dont près de 16 millions vont à la construction d'hôpitaux²⁹. L'augmentation du nombre de constructions hospitalières et le développement de l'outillage hospitalier accroît le problème du manque de personnel qualifié. L'État décide de remédier à cette situation par des subventions à la formation professionnelle et technique du personnel. Ces octrois aux écoles de médecines et aux hôpitaux jouent un rôle important en favorisant la formation et l'embauche de nouveaux personnels qualifiés. Malgré le financement accru de la part de l'État, qui vise à répondre aux nécessités et à favoriser le développement du système hospitalier, celui-ci reste toujours à l'arrière-scène. L'administration hospitalière privée demeure la norme et l'Église garde sa position prédominante dans la gérance des hôpitaux.

1.3 L'Église et les communautés religieuses prennent acte et s'adaptent

Depuis longtemps, l'Église agit comme la mère des soins, mais au courant du XX^e siècle, elle doit progressivement faire plus de place aux laïcs. Il ne faut pas croire cependant que cette baisse constante de la présence religieuse au sein du système hospitalier durant la première moitié, mais surtout au début de la deuxième moitié du XX^e siècle, représente un délaissement de l'implication de l'Église. Bien sûr,

²⁷ Marie-Joseph d'Anjou, « Le progrès de nos hôpitaux », *Relations*, no 116 (août 1950), p. 239.

²⁸ André Paquet, « Pour qu'ils aient la vie », *Relations*, no 128 (août 1951), p. 216.

²⁹ F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec, op.cit.*, pp. 73-74.

l'augmentation fulgurante des effectifs du personnel hospitalier signifie que les religieuses occupent dorénavant une proportion moins importante des postes au sein de l'hôpital. Néanmoins, leur représentation parmi les cadres supérieurs des hôpitaux et leur vision des soins restent dominant tout au long des années 1950. Pour subsister dans cette ère de grands changements, l'Église a su suivre le mouvement en utilisant les mêmes stratégies que sa concurrence.

1.3.1 L'implication des communautés religieuses dans le réseau hospitalier québécois

Le niveau d'implication des communautés religieuses dans le réseau hospitalier québécois pendant l'Après Guerre et les années 1950 ne s'est d'aucune façon réduit par rapport aux périodes précédentes. En 1961, 34 communautés religieuses (30 communautés féminines et 4 communautés masculines) oeuvrent dans différents hôpitaux du Québec. L'inventaire des hôpitaux de la province, publié en 1961 par la *Conférence catholique canadienne*, indique que parmi les 92 hôpitaux de 10 lits et plus existant en 1940, 61% sont la propriété de communautés religieuses ou comprennent un personnel religieux. Sur les 42 nouveaux hôpitaux qui ouvrent leurs portes entre 1940 et 1950, 60% impliquent des communautés. Enfin, pendant la période 1951-1961, qui voit l'ouverture massive de 72 nouvelles institutions hospitalières, les communautés religieuses sont impliquées dans 61% des cas³⁰.

³⁰ Conférence catholique canadienne, *op.cit.*, pp. 11-22.

Tableau 1

Hôpitaux du Québec de dix lits et plus en 1961 par statut de propriété et par période d'incorporation

Période d'incorporation	Avant 1940	1940-1950	1951-1961	Total
Propriété de communautés religieuses	46	21	36	103
Propriété laïc avec personnel religieux	10	4	8	22
Propriété et personnel laïc	36	17	28	81
Total	92	42	72	206

Source: Ottawa, Conférence catholique canadienne, « Les hôpitaux de la province de Québec, Listes complètes, statistiques, associations, assurance, hospitalisation, documents divers », Département d'action sociale, 1961, pp. 11-22.

Le tableau 1 indique qu'exactement la moitié des hôpitaux québécois de dix lits et plus, en 1961, sont la propriété de communautés religieuses catholiques. En fait, ces données sous-évaluent le rôle des communautés puisque les plus grands hôpitaux sont sous leur contrôle. Quand on compare le nombre de lits d'hôpitaux dans chaque secteur du tableau 2, à la page suivante, il s'avère que les communautés ont 35 110 lits sous leur contrôle contre 24 835 pour les hôpitaux dont le contrôle incombe à des laïcs. Ce déséquilibre s'explique par le fait qu'il existe, à cette époque, beaucoup de petits hôpitaux privés de 5 à 15 lits, appartenant, pour la plupart, à des médecins³¹.

Il est utile de distinguer d'une part les hôpitaux catholiques propriétés de communautés ou de laïcs qui s'adressent à une clientèle francophone du Québec, et d'autres part les hôpitaux protestants, juifs et neutres qui desservent la population anglophone de la province. Du total de 59 945 lits d'hôpitaux au Québec en 1961, les hôpitaux catholiques ou francophones possèdent 48 890 lits, ou 81,6% du total de lits, alors que les hôpitaux anglophones possèdent 11 055 lits, ou 18,4% du total de lits. Pour bien mesurer l'importance de la contribution des communautés religieuses au

³¹ Ottawa, Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, p. 10.

secteur francophone du réseau hospitalier québécois, il faut tenir compte de l'importance de leur présence dans les hôpitaux francophones sous contrôle laïc. Or, il s'avère que sur les 13 780 lits que compte ce secteur, 7 819 lits sont situés dans des hôpitaux dont le personnel est, au moins en partie, composé de religieuses. En d'autres termes, 87,6% des lits d'hôpitaux de la province de Québec, voués à la population francophone en 1961, se trouvent dans des hôpitaux possédés par des communautés religieuses ou dans des hôpitaux, propriétés de corporations laïcs, où des religieuses travaillent comme infirmières, comme enseignantes des écoles d'infirmières, à diverses tâches de soutien ou même à des tâches de direction dans certains cas. Seulement 12,4% des lits d'hôpitaux destinés aux francophones sont dans des hôpitaux où l'ensemble du personnel est laïc³².

Tableau 2

Les hôpitaux catholiques dans la province de Québec en 1961

Sur un total de : 227 institutions 48 890 lits (81,6%)	Nombre d'institutions		Nombre de lits	
	Total	En %	Total	En %
Propriétés de communautés religieuses	105	46,3%	35 110	71,8%
Propriétés de corporations laïques	122	53,7%	13 780	28,2%
A) Avec personnel religieux et laïc	22	9,4%	7819	15,8%
B) Avec personnel exclusivement laïc	100	44,3%	5961	12,4%

Source: Ottawa, Conférence catholique canadienne, « Les hôpitaux de la province de Québec, Listes complètes, statistiques, associations, assurance, hospitalisation, documents divers », Département d'action sociale, 1961, p. 6.

En 1961, parmi les 34 communautés impliquées dans le secteur hospitalier, certaines occupent une place prédominante. Les Augustines de la Miséricorde de Jésus, les Soeurs de la Charité de Québec et les Soeurs de la Providence gèrent chacune une

³² Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, pp. 5-6.

quinzaine d'hôpitaux réparties aux quatre coins de la province³³. Pour sa part, la communauté des Soeurs Grises de Montréal et un de ses rejetons, la communauté des Soeurs Grises de Saint-Hyacinthe, ont fondé moins d'hôpitaux au Québec, mais elles se sont montrées particulièrement actives dans la fondation d'hôpitaux aux États-Unis et dans l'Ouest canadien. Nous verrons que leur expérience des milieux hospitaliers situés au sud de la frontière et dans les autres provinces canadiennes inspire chez elles une vision avant-gardiste en matière d'administration hospitalière et en matière d'éducation des infirmières. Par ailleurs, l'étendue continentale de leur réseau d'hôpitaux les pousse à jouer un rôle important dans le développement d'associations hospitalières dépassant les limites de la province et du pays.

1.3.2 Le développement des associations hospitalières catholiques

Aussi longtemps que le réseau hospitalier demeure du ressort du privé et jusqu'à ce que l'État décide d'assumer une responsabilité prédominante pour sa gestion et son développement, la transformation ordonnée et coordonnée des institutions hospitalières, rendue nécessaire par le progrès scientifique et la médicalisation de la société, ne s'avère possible que dans la mesure où les hôpitaux acceptent de se regrouper et de se soumettre individuellement à des normes communes. Nous verrons que la communauté des Soeurs Grises joue un rôle fondamental dans le développement du mouvement associatif. Ce mouvement s'est d'abord développé avec l'approbation de l'Église aux États-Unis, ensuite, au Canada, dans les régions où les Soeurs Grises étaient suffisamment bien implantées pour jouer un rôle significatif. Enfin, le mouvement associatif s'implante ultérieurement au Québec en surmontant la

³³ Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, pp. 31-32.

résistance de la hiérarchie québécoise et de certaines communautés hospitalières influentes. Ici encore, le rôle des Soeurs Grises est déterminant.

Le mouvement d'agrément et de standardisation des hôpitaux aux États-Unis et au Canada sous l'égide de l'*American College of Surgeons* avait besoin de l'allégeance des hôpitaux catholiques, car ceux-ci occupaient, dans la première moitié du XX^e siècle, une place importante au sein du réseau hospitalier nord-américain. La participation des hôpitaux catholiques au mouvement d'agrément s'est réalisée, en grande mesure, par l'initiative du père Charles B. Moulinier, de la Société de Jésus. Cet homme était régent de l'École de médecine de l'Université Marquette de Milwaukee. Il proposa à l'archevêque de Milwaukee l'idée de créer une Association des hôpitaux catholiques qui, par cette union, permettrait d'obtenir plus rapidement le sceau de l'agrément et ainsi compter parmi les meilleurs établissements de santé. L'archevêque convaincu intercèda, par la suite, auprès de la hiérarchie américaine pour obtenir le support des évêques de tout le pays. Cette démarche fonctionna et l'on vit le premier congrès de l'Association en 1915. Les hôpitaux canadiens se sont rapidement ralliés à cette nouvelle Association. Une année seulement après sa fondation, des hôpitaux catholiques de six provinces canadiennes en faisaient déjà partie. Cette adhésion prompte du Canada s'explique, selon André Cellard et Gérard Pelletier, par l'internationalisme de la foi catholique, le travail des religieux et des religieuses canadiennes au sein de cette association et le fait que certaines communautés, comme les Soeurs Grises, possèdent des hôpitaux dans les deux pays. De plus, c'est une soeur de cette communauté, soeur Virginie Allaire, qui obtient le poste de présidente de la toute première conférence canadienne en 1921 dans l'Ouest

du Canada regroupant des représentants de presque tous les hôpitaux catholiques du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta³⁴.

Le rapide succès de *l'Association des hôpitaux catholiques des États-Unis et du Canada* peut être mesuré par le fait que le Congrès annuel de 1923 regroupe les représentants de pas moins de 500 des 600 hôpitaux catholiques nord-américains. Dès ses débuts, l'Association fonde un institut pour la formation du personnel technique des hôpitaux et, en 1927, elle instaure des cours d'administration hospitalière à l'Université Marquette. Par ailleurs, l'Association lance la revue *Hospital Progress* en 1920, elle crée un institut pour la formation des infirmières en 1933, un regroupement d'aumôniers d'hôpitaux en 1934, un programme de premier cycle universitaire en administration hospitalière en 1937 et, en 1938, un programme d'évaluation des écoles d'infirmières rattachées aux hôpitaux catholiques³⁵. La préoccupation fondamentale de la *Catholic Hospital Association of the United States and Canada* est d'assurer l'acquisition du savoir scientifique dans le fonctionnement des hôpitaux catholiques, tout en respectant la doctrine de l'Église concernant la vocation spirituelle de ces institutions³⁶.

En dépit des efforts répétés du Père Charles Moulinier s.j. et de son successeur le Père Alphonse Schwitalla s.j. en faveur de l'affiliation des hôpitaux catholiques de la province de Québec au *Catholic Hospital Association of the United States and Canada*, l'opposition de certaines communautés hospitalières influentes, telles les Augustines de la Miséricorde de Jésus, a longtemps retardé la participation d'hôpitaux québécois au mouvement associatif. Cette opposition reflète la profonde

³⁴ A. Cellard, G. Pelletier, *op. cit.*, pp. 12-15.

³⁵ F. Rousseau, *op. cit.*, pp. 159-167.

³⁶ A. Cellard, G. Pelletier, *op. cit.*, p. 13.

méfiance de certains éléments du clergé canadien français face à ce qu'ils appellent « l'américanisation ». Malgré cela, il y a une ambivalence dans l'attitude des Augustines. D'un côté, elles refusent de faire partie de cette association, mais en même temps elles entretiennent d'étroites relations avec son président et demandent la traduction en français de certains documents pour qu'un plus large public puisse en bénéficier. L'explication que donne la Communauté pour ne pas faire partie de l'*Association* est le caractère français de l'Hôtel-Dieu et le fait que les Augustines sont cloîtrées, ce qui rend impossible toute participation aux congrès de l'*Association*³⁷.

La création du *Conseil des hôpitaux du Canada* en 1931 change cependant la dynamique au plan national. Il devient dorénavant nécessaire d'augmenter la représentation des francophones et des catholiques, car la majorité des membres du *Conseil des hôpitaux du Canada* sont des laïcs anglophones et protestants³⁸. De plus, le monde infirmier, en pleine ébullition, constitue par ses revendications une menace pour le monopole des communautés religieuses. La menace de l'offensive des infirmières laïques est notamment mise de l'avant par Sœur Virginie Allaire. Lors d'une réunion regroupant cinq des plus importantes communautés hospitalières, elle propose un projet d'association hospitalière. Selon François Rousseau, elle déclare que les communautés doivent être adéquatement représentées au *Conseil des hôpitaux du Canada* pour répondre aux exigences que les infirmières enregistrées veulent faire adopter³⁹. Le projet se concrétise en 1932 et sœur Allaire devient la première

³⁷ F. Rousseau, *op. cit.*, p. 168.

³⁸ *Ibid.*, p. 170.

³⁹ *Ibid.*, p. 172.

présidente de la Conférence des hôpitaux catholiques de la province de Québec⁴⁰. Cette Conférence a pour but la promotion et le soutien de la morale chrétienne, l'amélioration de la qualité des soins aux malades et l'amélioration de la formation des infirmières⁴¹.

L'émancipation des associations canadiennes de la tutelle des États-Unis commence à s'organiser en 1939 avec la création du *Conseil consultatif canadien* au sein de l'*Association des hôpitaux catholiques des États-Unis et du Canada*. Soeur Margaret, des Sœurs de Saint-Joseph de Toronto, est élue première présidente de cette organisation et soeur Dorais, des Sœurs Grises de Montréal, première secrétaire. En 1942, cet organisme juge nécessaire de former un organisme indépendant du *Catholic Hospital Association of the United States and Canada*. Une des explications à ce besoin d'indépendance est le fait que les représentants des hôpitaux catholiques ne peuvent prendre part activement aux discussions relatives aux projets de législation sur l'assurance-santé au Canada, car ils sont liés à une organisation internationale. Il faut, pour prendre part aux discussions, être regroupés en association purement canadienne⁴². On fonde alors le *Conseil des hôpitaux catholiques du Canada* et c'est soeur Berthe Dorais, des Sœurs Grises, qui en sera présidente jusqu'en 1945⁴³. Ce Conseil change de nom, en 1954, pour l'*Association des hôpitaux catholiques du Canada*⁴⁴. Son conseil d'administration représente les hôpitaux sur le plan national et ses conférences les représentent sur le plan provincial⁴⁵. Cette Association regroupe huit Conférences au Canada dont deux au Québec : une pour la région de Montréal et

⁴⁰ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), biographie « Sœur Virginie Allaire », écrite par Julienne Massé, 5 novembre 1984, p. 2.

⁴¹ F. Rousseau, *op. cit.*, p. 173.

⁴² A. Cellard et G. Pelletier, *op. cit.*, p. 42.

⁴³ Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, p. 48.

⁴⁴ F. Rousseau, *op. cit.*, p. 191.

⁴⁵ Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, p. 96.

une pour la région de Québec. Cependant, malgré leurs initiatives dans les domaines de la formation professionnelle des infirmières, de la qualité des soins et dans le dossier de l'agrément, cette association demeure à la remorque du *Conseil des hôpitaux du Canada*⁴⁶. Il faut rappeler que le Québec comptait à cette époque plus de lits d'hôpitaux catholiques que les neuf autres provinces réunies⁴⁷. L'importance d'avoir des associations proprement québécoises devient alors évident.

En 1947, la création du *Comité des hôpitaux du Québec*, un organisme regroupant l'ensemble des hôpitaux francophones du Québec, est approuvée par Mgr Charbonneau. Son conseil d'administration est composé de 20 membres dont 12 religieuses et 8 laïques. D'ailleurs, la présence religieuse se fait aussi remarquer dans son comité de relations extérieures qui comprend 129 personnes dont 64 religieuses et 2 religieux⁴⁸. Ce Comité a comme directeur général le père Hector Louis Bertrand, s.j., qui est aussi, de 1945 à 1952, le président de *l'Association des hôpitaux catholique du Canada*. Le but du *Comité des hôpitaux du Québec* est de représenter, sur le plan provincial, les hôpitaux catholiques des Conférences de Québec et de Montréal, auprès des autorités religieuses et civiles, auprès des Universités, auprès du Collège des médecins et de toute autre association professionnelle et médicale⁴⁹. Par ailleurs, c'est sous l'égide du *Comité des hôpitaux du Québec* que la première école d'administration hospitalière de langue française est instaurée. Cette école, qui voit ses débuts en 1947, a comme mandat de former des religieuses, des religieux et des laïques de langue française pour des postes administratifs hospitaliers, tout en gardant l'esprit de la religion catholique. L'enseignement prôné à cette école n'implique pas

⁴⁶ F. Rousseau, *op. cit.*, p. 191.

⁴⁷ *Chef de file, homme d'actualité : Révérend Père Hector Louis Bertrand, s.j.*, Laval, Fondation Bertrand, 1987, p. 59

⁴⁸ *Ibid.*, p. 60

⁴⁹ *Ibid.*, p. 59

seulement la guérison du corps, mais aussi celle du cœur, de la tête et de l'âme⁵⁰. L'école d'administration est sous-divisée en vingt commissions spécialisées. Plusieurs d'entre elles reflètent la présence religieuse en ayant à leur tête des présidentes ou des enseignantes religieuses. En plus de son école d'administration, le *Comité des hôpitaux du Québec* crée en 1954 la revue *Hôpital d'aujourd'hui*, qui développe les mêmes thèmes enseignés à l'école. Elle s'adresse à tout le personnel hospitalier de langue française. Son directeur-fondateur est encore une fois l'incontournable père Hector Louis Bertrand⁵¹. Une autre des importantes réalisations du Comité est son congrès annuel qui comprend une section où des exposants viennent présenter des milliers de produits et pièces d'équipement pour les hôpitaux. Cette exposition permet aux administrateurs d'hôpitaux de se tenir au fait des améliorations constantes de la science et des techniques hospitalières⁵².

En 1956, un discours du cardinal Léger, l'archevêque de Montréal, souligne en particulier l'importance du regroupement des hôpitaux dans une association hospitalière unique capable de faire pression sur le gouvernement :

Le point capital qui doit vous intéresser en tant que délégués d'Instituts hospitaliers, c'est de chercher les modes d'adaptation à ce climat de service public dans lequel nous entrons [...] Or, dites-vous bien que dans ces domaines nouveaux et extrêmement complexes, l'État moderne et ses organismes ne respectent que les groupements organisés et forts⁵³.

Dans l'esprit de l'Église, le regroupement des hôpitaux permet aussi le développement de stratégies visant à freiner la laïcisation du système de santé. Comme nous l'avons déjà souligné, les infirmières se regroupent et commencent à avoir de plus en plus de poids décisionnel. À ce moment, la question de la formation

⁵⁰ *Chef de file, homme d'actualité : Révérend Père Hector Louis Bertrand, s.j. , op. cit., p. 66.*

⁵¹ *Ibid.*, pp. 311-324.

⁵² *Ibid.*, p. 235.

⁵³ Conférence catholique canadienne, *op. cit.*, p. 91.

des infirmières et de la direction des écoles émerge comme une préoccupation centrale pour les communautés hospitalières.

1.3.3 La primauté aux compétences : la formation universitaire des religieuses

Nous avons vu plus haut que les communautés religieuses hospitalières occupent une très grande place, non seulement au sein de la direction des hôpitaux et de leur personnel, mais aussi dans les nombreuses associations et conférences dans lesquelles sont regroupées les institutions catholiques. Leur vision des soins hospitaliers se reflète dans les thèmes abordés lors des congrès organisés par les autorités hospitalières. Prenons l'exemple des thèmes des conférences organisées par les Conférences de Québec et de Montréal. Nous voyons des sujets comme « le rôle de la garde-malade catholique », « l'influence de l'hôpital catholique sur la société contemporaine », « l'apostolat auprès du personnel et des malades », etc. Ces thèmes montrent que les religieuses administratrices d'hôpitaux tiennent à maintenir le caractère catholique et charitable des hôpitaux tout en sachant très bien que l'univers de la science prend de plus en plus de place. Elles veulent instaurer un système qui conjugue les deux afin de s'assurer que leurs institutions soient de véritables chefs de file dans le domaine des soins, tout en respectant la doctrine de l'Église⁵⁴.

Alors que le maintien de la vocation morale des l'hôpitaux allait de soi pour les religieuses, les plus lucides d'entre elles sont conscientes que, si elles veulent maintenir un contrôle sur leurs institutions hospitalières, elles doivent développer des connaissances dans les domaines de la formation infirmière et de l'administration hospitalière suffisamment avancées pour que personne ne puisse les dépasser au strict

⁵⁴ F. Rousseau, *op. cit.*, pp. 181-182.

point de vue des compétences. Ceci implique la formation universitaire des religieuses.

Jusqu'aux années 1920, la formation universitaire des religieuses se fait surtout à l'extérieur du pays, aux États-Unis principalement. Pour remédier à cela, les congrégations religieuses commencent à faire appel aux universités québécoises afin de former les futures enseignantes et les futures administratrices. En ce qui a trait aux études supérieures, elles ont recours aux programmes universitaires de Laval ou de Montréal. L'éducation des sœurs prend ainsi une place de plus en plus grande parmi les priorités des communautés hospitalières. Par exemple, entre 1933 et 1956, la congrégation des Sœurs de Sainte-Anne possède plus de diplômes que de religieuses⁵⁵. Dans les premiers cours supérieurs pour infirmières offerts à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1923, les Sœurs Grises forment la moitié des effectifs dans une classe composée presque exclusivement de religieuses. Ce programme de 192 heures, visant à parfaire les notions d'administration, d'enseignement et de diététique, est réparti sur six semaines et comprend deux sections, l'une théorique et l'autre pratique. De plus, il y a des cours complémentaires de perfectionnement pour les directrices d'hôpitaux qui traitent des matières à enseigner dans les écoles d'infirmières⁵⁶. Les acquisitions académiques des sœurs ne concernent pas seulement la maîtrise d'une formation clinique d'infirmière, mais aussi un entraînement spécialisé pour répondre, entre autres, aux nouveaux défis de l'administration des hôpitaux.

⁵⁵ Micheline Dumont, « Les religieuses sont-elles féministes ? », Bellarmin, Québec, 1995, p. 85.

⁵⁶ Esther Lamontagne et Yolande Cohen, « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing », *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), pp. 281-282.

En ce qui concerne l'administration, nous constatons une promotion exclusivement religieuse à l'École d'administration hospitalière du *Comité des hôpitaux du Québec* en 1955⁵⁷. Cette présence dominante des religieuses se perçoit aussi dans les cours sur l'accréditation des hôpitaux⁵⁸. Par conséquent, les religieuses sont devenues, jusqu'à la Révolution tranquille, le groupe incontestablement le plus qualifié au Québec en matière d'enseignement des infirmières et en matière d'administration des hôpitaux.

Nous avons vu que durant cette période, l'hôpital connaît de grandes transformations et que les religieuses sont partie prenante dans ces transformations. L'homogénéité du système hospitalier a besoin de s'installer afin de créer une structure forte et performante. L'augmentation de l'achalandage, l'acquisition de nouveaux appareils et le besoin d'une réforme éducative du personnel hospitalier sont, entre autres, des conséquences de cette modernisation qui demande dorénavant des budgets de plus en plus considérable. La création de nouveaux établissements hospitaliers, l'embauche de personnel qualifié et l'achat d'équipements adéquats représentent ainsi des défis de taille pendant cette période charnière de l'histoire hospitalière, des défis que les Sœurs Grises sont prêtes à relever.

⁵⁷ *Chef de file, homme d'actualité : Révérend Père Hector Louis Bertrand, s.j., op. cit.*, p. 198.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 279.

Chapitre 2 : Les Sœurs Grises et la mise en œuvre d'un nouvel hôpital dans l'Est de Montréal

Quand le besoin s'est fait sentir, au tournant des années 1950, pour un nouvel hôpital dans l'Est de Montréal, la Communauté des Sœurs Grises a décidé de saisir cette occasion pour créer une institution hospitalière d'avant-garde qui répondrait à sa vision de ce que devrait être l'Hôpital de la deuxième moitié du XX^e siècle: un hôpital de soins curatifs centré sur la recherche. Avant de s'investir dans ce projet, elles s'assureront d'avoir pleine latitude dans la définition de l'orientation de l'institution et dans le choix de leurs collaborateurs médicaux. Dans leurs négociations avec le gouvernement du Québec et la ville de Montréal, elles ont réussi à imposer leurs objectifs concernant la vocation de l'Hôpital, le choix de l'emplacement et le niveau de financement. La Communauté a d'ailleurs consenti à contribuer elle-même au financement du projet, ce qui renforce son pouvoir de négociation et lui donne, par le fait même, l'assurance que sa vision va l'emporter. Enfin, les Sœurs utiliseront leur prérogative dans le choix des membres de l'équipe médicale de façon à s'assurer que l'Hôpital soit résolument orienté vers la recherche médicale dans les domaines les plus pertinents, compte tenu des besoins de la société. Nous verrons que cet objectif ne va pas de soi au tout début des années 1950.

2.1 Une communauté particulièrement bien préparée

La Communauté des Sœurs Grises était depuis longtemps implantée dans le réseau hospitalier nord-américain, mais elle ne possédait pas d'hôpital général à Montréal. La pénurie de services hospitaliers dans l'Est de Montréal lui a ainsi donné la chance de remédier à cette situation et de prendre en main une telle institution.

2.1.1 Bref survol de leur implication hospitalière nord-américaine avant l'Hôpital Maisonneuve

À Montréal, nous voyons les Sœurs Grises assumer la gestion interne de l'Hôpital Notre-Dame à partir de 1880. Il y a au sein de cette institution une division très nette de l'autorité. Au début, les Sœurs ont le plein contrôle des services internes qui comprennent les charges de la procure, de l'économat, de la cuisine et de l'engagement des employés et des domestiques. Cependant, leurs charges se modifient, lorsqu'en 1897, un projet de création d'une école de garde-malade est mis sur pied. Elles suivent alors des cours auprès des médecins de l'Hôpital et, pour certaines, des cours réguliers de garde-malade dans divers hôpitaux du continent pour pouvoir obtenir la direction de cette école qu'elles obtiennent en 1902. Malgré tout, à partir 1920, les médecins commencent à prendre peu à peu le contrôle des services infirmiers. En 1934, ils obtiennent une révision de la charte qui leur procure un plus grand pouvoir dans les domaines de la recherche, de l'enseignement et des soins. Les Sœurs Grises doivent désormais partager conjointement avec les médecins l'autorité en matière de salaires, d'engagement et de renvoi du personnel paramédical. Leur situation à l'Hôpital Notre-Dame devient donc précaire, d'autant plus que les Soeurs n'ont plus de contrat depuis 1927. En 1940, elles doivent avoir recours à des menaces pour ne pas perdre tous leurs pouvoirs dans la régie interne. Même si elles réussissent à obtenir ce qu'elles demandent, les tensions restent très présentes. Le problème vient du fait que les administrateurs laïcs et les médecins ont comme but ultime de contrôler l'ensemble des sphères de pouvoir à l'Hôpital Notre-Dame sans pour autant perdre les services des Sœurs Grises¹.

¹ Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux de Québec*, Montréal, *op. cit.*, pp. 106-130.

Les Sœurs Grises dirigent aussi ailleurs au Québec l'Hôpital Saint-Roch, l'Hôpital Sainte-Camille, l'Hôpital Saint-Jean (à partir de 1885), l'Hôpital Saint-Paul (à partir de 1905), l'Hôpital St-Mayers (à partir 1930) et l'Hôpital Pasteur (à partir de 1932). Pour ce qui est de leur présence à la direction d'hôpitaux au Canada, nous les retrouvons surtout au Manitoba, en Alberta et en Saskatchewan. Aux États-Unis, elles sont présentes dans les États de l'Ohio, du New Jersey et du Massachusetts². Elles assurent la direction de onze écoles d'infirmières et de quatre écoles d'aide-malades qui se retrouvent sur le territoire du Québec, du Canada et des États-Unis. Annuellement, elles forment près de 2000 étudiantes infirmières.

Leur expérience dans la gestion d'hôpitaux aux États-Unis comme au Canada, leur implication au sein des associations d'hôpitaux, leur participation au mouvement en faveur de l'agrément et de la standardisation des hôpitaux à l'échelle nord-américaine et leur rôle dans l'enseignement des infirmières font des Soeurs Grises de Montréal une communauté remarquablement bien informée des progrès les plus récents dans le monde hospitalier. Elles commencent, dès le début des années 1940, à concevoir l'idée de créer, à Montréal, un hôpital général qui serait entièrement sous leur contrôle et répondrait à leurs attentes³. Ce faisant, elles espèrent innover en matière hospitalière, suivant le courant avant-gardiste avec lequel elles se sont familiarisées grâce à leur implication dans les milieux hospitaliers aux États-Unis et au Canada. Elles sont confiantes de détenir collectivement des compétences que nul autre groupe actif dans le domaine de la santé ne possède au Québec à cette époque. Elles sont

² Esther Lamontagne et Yolande Cohen, « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing », *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), p. 277.

³ Alain Jacques, *Docteur Paul David. Institut de cardiologie de Montréal*, Montréal, Laporte et Cie (éditeur) INC., 1985, pp. 74-75.

donc très bien préparées lorsqu'on leur propose la création d'un nouvel hôpital dans l'Est de Montréal.

2.1.2 La pénurie de services hospitaliers dans l'Est de Montréal

La diminution de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies contagieuses qui résulte des programmes d'assainissement et des découvertes médicales permet à l'individu d'améliorer son espérance de vie. Cependant, cette croissance de l'espérance de vie, le taux élevé d'urbanisation qui caractérise les années 1950 et la croissance de la demande pour les services hospitaliers amènent un problème de taille. La surpopulation de certains territoires crée alors un manque au sein du système hospitalier. Le problème est particulièrement aigu à Montréal qui, en 1948, compte une population de 1 151 670 personnes⁴. Seulement deux ans plus tard, cette population comprend déjà un peu plus de 2 millions de personnes⁵. Cette rapide urbanisation a pour effet l'accentuation des inégalités dans l'accès aux services de santé et une pénurie d'équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Par ailleurs, l'ensemble du Québec connaît, à partir de 1941, une baisse de la proportion du nombre de médecins par rapport à la population⁶. Le problème du manque de personnel est encore plus grave chez les infirmières puisqu'on ne compte qu'une infirmière par 582 habitants, un nombre inférieur d'au moins 50% par rapport à l'Ontario, où l'on compte une infirmière par 230 habitants⁷. Ce déficit du nombre d'infirmières requises pour répondre aux besoins n'est pas seulement le résultat de

⁴ Québec, Enquête sur les services de santé, « Services de santé municipaux », Gouvernement du Québec, Tome IV, 1948, p. 17.

⁵ Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, p. 290.

⁶ Gilles Dussault, *La profession médicale au Québec (1941-1971)*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines Université Laval, Cahiers de l'ISSH, 1974, p. 10.

⁷ Québec, Enquête sur les services de santé, « Services de santé municipaux », *op. cit.*, p. 260.

l'augmentation de la population ou du développement médical, mais découle en grande partie d'un manque de capacité de formation professionnelle adéquate.

L'augmentation de la population de la ville de Montréal, le manque de personnel médical, de services de santé et d'institutions hospitalières qui se font sentir dans certains quartiers sont particulièrement prononcés dans l'Est de la ville, depuis les années 1930. Une grande coalition regroupant l'Association des médecins de l'Est, la Société des Hommes d'Affaires de l'Est, l'Union des Praticiens, l'Alliance Médicale et l'Action Médicale revendique alors l'établissement d'un nouvel hôpital général dans l'Est de la ville. Un comité médical est créé pour représenter les 400 médecins de l'Est de la ville et faire pression dans ce sens⁸. En 1931, ce comité dépose une première pétition de 28 000 signatures adressée aux autorités provinciales⁹. Cinq ans plus tard, une deuxième représentation est tentée auprès du gouvernement provincial, mais elle n'a pas plus de succès que la première¹⁰. Le besoin d'un établissement hospitalier dans l'Est devient encore plus critique lorsqu'en 1943 l'Hôpital des Sœurs de la Providence, situé sur la rue Notre-Dame, est entièrement détruit par le feu¹¹.

En 1948, Monsieur Rosario Marchand, le chargé d'affaire de la communauté des Sœurs Grises, se trouve à Québec par affaire lorsqu'il rencontre l'honorable Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé. Celui-ci lui expose son désir de trouver une communauté pour prendre la direction d'un futur hôpital dans l'Est de la ville de

⁸ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/C, « La Société des Hommes d'Affaires de l'Est », écrit le 30 août 1949.

⁹ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Document 10^e anniversaire de l'Hôpital Maisonneuve et l'Institut de cardiologie de Montréal, 1953-1963 », rédigé par sœur Thérèse Lemieux, 1963.

¹⁰ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, Lise Chevalier, Bureau du Conseil d'Administration (26 septembre 1988) information pour le 250^e anniversaire de fondation de l'Institut des Sœurs de la Charité de Montréal (Sœurs Grises).

¹¹ *Ibid.*

Montréal, car il ne veut pas donner d'octroi pour un tel projet sans la participation d'une communauté de sœurs. La proposition est ainsi faite à la communauté des Sœurs Grises, mais celles-ci hésitent avant de répondre, car, comme nous l'avons mentionné, elles ont déjà en tête le type d'hôpital qu'elles souhaitent diriger. Le 15 mars 1949, le Ministre de la Santé vient lui-même exposer au conseil des Soeurs le projet d'un hôpital de 500 lits dans le quartier Maisonneuve¹².

2.2 Le rôle déterminant des Sœurs dans l'orientation et le financement de l'Hôpital

Le 14 mai 1949, l'administration générale de Sœurs Grises décide d'accepter l'invitation du Ministre de la Santé de prendre en main la création de ce nouvel hôpital, mais seulement à certaines conditions. Elles veulent que l'Hôpital obtienne une charte indépendante et qu'il soit reconnu comme institution d'Assistance publique classée A1. Elles exigent aussi que les Sœurs aient plein pouvoir dans le choix des médecins et dans l'organisation du bureau médical et que la Communauté puisse choisir l'architecte¹³. Toutes ces conditions sont acceptées par le gouvernement, mais le projet amène une autre requête de la part des Sœurs.

Comme nous l'avons vu plus haut, elles sont au service de l'Hôpital Notre-Dame depuis 1880. En revanche, la mise sur pied de ce nouvel Hôpital dans l'Est représente un énorme défi. Les Sœurs Grises constatent alors qu'il leur sera très difficile d'être présentement aux deux endroits, ce qui les incite à demander leur retrait de l'Hôpital Notre-Dame. Mgr Léger leur accorde ce droit, mais les médecins de l'établissement

¹² Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », écrit par sœur Alice Laverdure, écrit le 28 juillet 1952.

¹³ Archives de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, « Historique », écrit par l'archiviste de l'Hôpital, Hélène Lauzon, 2004.

sont fortement opposés à cette idée, car ils craignent que le départ des soeurs n'entraîne des augmentations de coûts, une pénurie de personnel et des difficultés dans le recrutement d'élèves pour l'École des Gardes-malades. La requête des médecins est d'abord rejetée, mais après plusieurs pourparlers avec Mgr Léger, la décision est prise en faveur des médecins. La Communauté doit donc rester à Notre-Dame, mais elles y seront de moins en moins nombreuses avec les années¹⁴.

En dépit des pouvoirs qui leur sont accordés dans la création de ce nouvel hôpital, elles doivent toutefois négocier avec le gouvernement et avec la Ville de Montréal en ce qui concerne la vocation, l'emplacement et le financement de l'Hôpital.

2.2.1 La vocation de l'Hôpital

Le Ministre provincial de la Santé, Albin Paquette, propose d'abord au Conseil général de la Communauté des Sœurs Grises que sur les 500 lits proposés pour ce nouvel Hôpital, 300 soient attribués aux malades incurables et 200 aux enfants. Pour sa part, le Conseil général tient à créer un hôpital général classé A1¹⁵. Les Sœurs soulignent leur désir d'avoir à leur charge 400 lits, dont 250 lits pour adultes et 150 lits pour enfants¹⁶. Les pourparlers sur la vocation de l'hôpital et sur le nombre total de lits s'engagent ainsi.

Avant même qu'une entente ne soit prise sur le nombre de lits et de leur vocation, les Sœurs demandent au gouvernement un octroi de 50 000\$ pour établir à l'Hôpital un

¹⁴ ASGM, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*, p. 2.

¹⁵ Archives des Sœurs Grises de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Préliminaires de la fondation », p. 5.

¹⁶ ASGM, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*, p. 6.

centre de thérapie profonde et de recherche sur le cancer¹⁷. Ce projet est refusé, mais les Sœurs gardent quand même, dans leur plan, un espace au cas où un autre projet intéressant en lien avec la recherche leur soit soumis¹⁸. Elles n'ont pas à attendre longtemps, car en 1950, le docteur Paul David, au moment où il soumet sa candidature pour faire partie du corps médical de l'Hôpital, propose la formation d'un Institut de cardiologie. Le projet du Dr David est épaulé par sœur Mance Décary, directrice du « nursing » à l'Hôpital Notre-Dame et future membre du Comité d'Administration de l'Hôpital Maisonneuve¹⁹. À la demande de la Communauté, un projet formel pour la création de cet Institut est soumis le 23 février 1951²⁰.

Dans son projet, le docteur David souligne l'importance des maladies du cœur, qui sont devenues depuis quelques années une des principales causes de mortalité. Nous pouvons voir qu'en 1948 aux États-Unis, la proportion de décès causés par une maladie du cœur est de 48% et qu'au Canada, cette proportion est de 39%. Au Québec, la proportion représente 28,7% des décès, ce qui la place aussi en première position. L'Enquête sur les services de santé en 1948 démontre aussi son importance dans un graphique qui divise par pourcentage les principales causes de mortalité (graphique 1).

¹⁷ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, lettre adressée au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 20 février 1950.

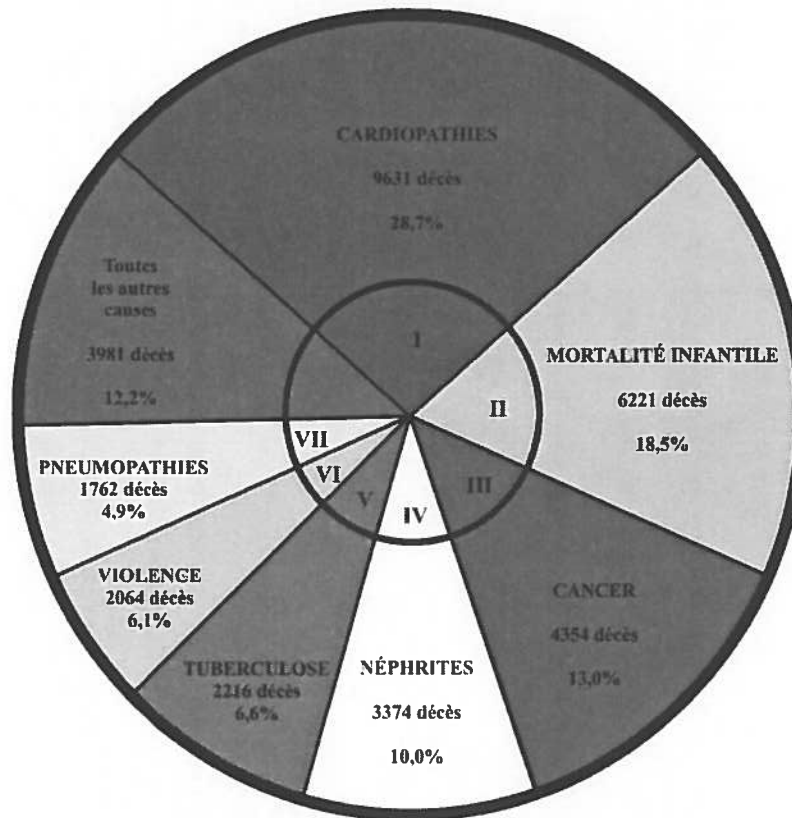
¹⁸ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, lettre adressée au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 10 mars 1950.

¹⁹ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), biographie, « Sœur Mance Décary, 1910-1987 », écrite par sœur Estelle Mitchell, pp. 42/5-42/6.

²⁰ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L121/B, « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », écrit par Dr Paul David, le 23 février 1951.

Graphique 1

Répartition proportionnelle de la létalité des principales causes de mortalité avec leur ordre de priorité, 1948



Source : Québec, Enquête sur les services de santé, « Caractéristiques spéciales de la province ». Gouvernement du Québec, Tome II, 1948, p. 135.

Une des raisons principales de cette augmentation de décès causés par les maladies du coeur est l'augmentation de la durée moyenne de vie²¹. Par ailleurs, l'enquête sur les services de santé en 1948 souligne que dans les districts de la province où l'on retrouve une population plus élevée, le pourcentage de décès par les cardiopathies est supérieur aux autres causes de décès. L'île de Montréal arrive bonne première parmi les régions du Québec en ce qui concerne cette pathologie²².

²¹ ASGM, « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », *op. cit.*, p.1.

²² Québec, Enquête sur les services de santé, « Caractéristiques spéciales de la province », Gouvernement du Québec, Tome II, 1948, pp. 148-151.

Le Dr Paul David souligne aussi le fait que ce projet pourra faire classer immédiatement le nouvel hôpital et permettra un acheminement plus rapide vers l'affiliation à l'Université de Montréal²³. Le 12 avril 1951, le Conseil des Sœurs Grises prend la décision de créer un centre de cardiologie et d'ajouter 42 lits à cette fin²⁴. L'Institut pourra utiliser les laboratoires et les services de l'Hôpital tandis que les médecins de l'Institut donneront des consultations aux médecins de l'Hôpital qui auraient un cas de maladie de coeur²⁵. Le gouvernement n'accepte pas tout de suite ce projet, car il pense que l'Université de Montréal veut établir un projet similaire. Cependant, il est rapidement assuré du contraire²⁶. Les Sœurs ne peuvent évidemment pas prendre la décision finale sans avoir l'accord du gouvernement, même concernant leur propre hôpital, car elles sont fortement dépendantes de celui-ci pour le financement. Malgré tout, la bonne entente entre les deux parties et la grande latitude dont les Sœurs disposent en ce qui concerne le fonctionnement de l'Hôpital permettent à celles-ci de réaliser leurs objectifs.

Après tous ces pourparlers, elles parviennent au résultat final que cet Hôpital soit un hôpital général avec une capacité de 500 lits comprenant 42 lits pour l'Institut de cardiologie. Ce dernier sera aménagé au 10^e étage et une partie du 11^e. On abandonne les 150 lits prévus pour les enfants malades, car selon Denis Goulet, la communauté fut déliée de son engagement lorsque la présidente de l'Hôpital Sainte-Justine obtint du Premier ministre l'approbation de construire un nouvel hôpital sur le chemin Côte-

²³ ASGM, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*, p. 3.

²⁴ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/I, « Rapport annuel de 1954 », p. 3.

²⁵ ASGM, « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », *op. cit.*, p. 3.

²⁶ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, correspondance entre le ministre Albini Paquette et Rosario Marchand du 15 et 19 mars 1951.

Sainte-Catherine²⁷. À la suite de ces ententes, plusieurs éléments restent encore à déterminer, dont l'emplacement et l'acquisition de terrains.

2.2.2 L'emplacement de l'Hôpital

Bien sûr, le quartier Maisonneuve est déjà désigné pour accueillir ce nouvel hôpital, mais l'endroit précis n'a pas encore été choisi. La Communauté doit soumettre des suggestions à ce propos, mais au bout du compte, l'influence des autorités de la ville et de la province est considérable. Le 1^{er} août 1949, les Sœurs Grises demandent au Comité Exécutif de la Ville de Montréal le don d'un terrain pour établir ce futur hôpital. Elles proposent le terrain qui se situe entre les rues Sherbrooke est, William David, Boyce et Desjardins. En réponse, la Ville propose un site entre Sherbrooke, Chambly, Nicolet et Valois. Cette offre semble acceptable au premier abord, car ce terrain est proche du boulevard Pie IX et cela permettrait une accessibilité par le tramway et l'autobus²⁸. Cependant, un nouvel acteur vient s'immiscer dans la question de l'emplacement. Une délégation de médecins de l'Est de Montréal se rend à la maison mère pour protester contre ce deuxième choix de terrain. Ils soulignent le fait que le terrain est situé dans une côte ce qui peut entraîner un sol mouvant. En plus, la petite taille du terrain restreint le développement futur, il y a une atmosphère enfumée par les usines Angus et, finalement, il y a beaucoup de bruit provenant de deux écoles et de la circulation de la rue Sherbrooke. Les Sœurs renoncent alors à ce terrain et se tournent vers le site destiné au Golf des Dames, angle Viau et Sherbrooke²⁹. Cette proposition est rejetée par les autorités municipales, qui tiennent

²⁷ Denis, Goulet, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004*, Québec, Septentrion, 2004, p. 19.

²⁸ ASGM, « Document 10^e anniversaire de l'Hôpital Maisonneuve et l'Institut de cardiologie de Montréal, 1953-1963 », *op. cit.*, p. 6.

²⁹ *Ibid.*, p. 7.

à ce que cet endroit devienne un terrain de golf. Selon elles, il est beaucoup trop proche d'un centre sportif pour obtenir le calme désiré³⁰.

Il était important que la question de l'emplacement soit rapidement réglée, car tout délai risquait de nuire à l'exécution du projet. Comme aucune offre de la part de la ville de Montréal ne s'avère entièrement satisfaisante, les Sœurs décident d'offrir un compromis, selon lequel la Communauté achèterait elle-même une partie des terrains nécessaires. Le 31 août 1949, la ville de Montréal fait l'acquisition, à ses frais, du lot numéro 16, en face du boulevard Rosemont, d'une superficie de 35 arpents. Le 24 septembre, c'est au tour de la Communauté des Sœurs Grises d'acquérir, à ses frais, les lots 15 et 20 pour assurer l'espace nécessaire à la construction. Cependant, il est entendu, que la Communauté cède à la Ville une lisière de terrain de 40 pieds pour l'ouverture d'une rue allant de Sherbrooke au boulevard Rosemont.

Une fois le terrain choisi et accepté par les autorités municipales et provinciales, les Sœurs se penchent sur le nom que l'Hôpital prendra. Le 12 octobre 1949, elles optent pour le nom « Hôpital Maisonneuve » en l'honneur du fondateur de Montréal, mais aussi parce que l'institution sera érigée dans le quartier de ce même nom³¹. En ce qui concerne le nouveau boulevard qui donnera accès à l'Hôpital, elles proposent le nom « Assomption » en l'honneur de la fête religieuse³². Elles élaborent aussi le blason de l'Hôpital qui est représenté dans l'illustration 1.

³⁰ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée à Monsieur R. Marchand, représentant des Sœurs Grises de la part de Monsieur L. A. Lapointe, directeur des Services Municipaux de Montréal, 19 août 1949.

³¹ ASGM, « Préliminaires de la fondation », *op. cit.*, p. 6.

³² Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée à J.O. Asselin, président du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part des Sœurs Grises de Montréal, 30 septembre 1950.

Illustration 1

Blason de l'Hôpital Maisonneuve



Source : Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Hôpital Maisonneuve blason ».

Le flambeau du centre représente le fondateur de Ville-Marie. Nous retrouvons aussi à gauche un *Ave maria*, l’emblème du monogramme de Saint-Sulpice et, à droite, un serpent symbole de la médecine. En haut, la croix entourée par une couronne d’épines est empruntée au blason des Sœurs Grises de Montréal. À ses côtés, il y a deux feuilles d’érable pour représenter le Canada. Finalement, la devise «*Dei Sumus Adjutores*» signifie « nous sommes les coopérateurs de Dieu »³³. Nous voyons ainsi que la Communauté désire conserver la mémoire de ses racines et de sa vocation dans un paysage en plein changement.

Le 8 mai 1950, la première pelletée de terre et la bénédiction du terrain officialisent le début de quatre années de travail avant l’ouverture officielle de cet hôpital si prometteur³⁴. Cependant, nous sommes encore loin de la réalisation des objectifs, car le financement reste un enjeu majeur pour la réussite du projet.

³³ Archives des Sœurs Grises de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Hôpital Maisonneuve blason ».

³⁴ ASGM, « Préliminaires de la fondation », p. 7.

2.2.3 Le financement de l'Hôpital

Il est primordial que le gouvernement soutienne financièrement ce projet, car la Communauté ne peut endosser seule les sommes nécessaires pour un projet aussi ambitieux. Les estimés initiaux représentent environ quatre millions de dollars. Le 7 juillet 1949, la Communauté reçoit une réponse du Conseil Exécutif de la Province de Québec qui lui accorde deux millions de dollars (1 600 000\$ du provincial et 400 000\$ du fédéral) pour la construction de l'Hôpital³⁵. Les Sœurs Grises doivent ainsi emprunter deux millions. La ville, quant à elle, offre une subvention de 45 000\$ pour l'achat du terrain³⁶. L'année suivante, les Soeurs obtiennent de la part du gouvernement fédéral une exemption de taxes qui leur permet d'acheter ou d'importer des produits et équipements imposables, sans payer de droits. Cette faveur est même rétroactive à l'achat du terrain³⁷. Malgré tout, ces mesures ne sont pas suffisantes, car les coûts totaux de l'entreprise augmentent avec le temps et les estimés, en septembre 1950, atteignent les 6 millions de dollars, sans compter les frais d'ameublement. Il faut alors que les Soeurs convainquent les autorités de la nécessité de consentir des montants additionnels. Ces pourparlers sont importants, car les Sœurs Grises devront emprunter la somme qui reste à combler³⁸.

Les Sœurs demandent à la ville de Montréal un octroi d'un million de dollars pour répondre à l'augmentation des coûts. Elles entreprennent une campagne de promotion

³⁵ ASGM, « Préliminaires de la fondation », p. 5.

³⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée à Monsieur R. Marchand, représentant des Sœurs Grises de la part du directeur des finances de la ville de Montréal, 24 novembre 1949.

³⁷ ASGM, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*, p. 3.

³⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée au président et aux membres du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part de Sœur Marie T. Courville, supérieure générale, 27 septembre 1950.

mettant en relief l'importance du projet³⁹. Malgré le manque de succès initial de cette démarche, les Sœurs reviennent à la charge en 1951 en affirmant que les coûts de construction ont encore augmenté et qu'on parle maintenant de sept millions de dollars. Elles doivent alors emprunter cinq millions de dollars, au lieu de deux millions, pour couvrir les coûts du projet. Évidemment, cela implique une charge annuelle très différente sur les intérêts⁴⁰. Enfin, leur démarche porte fruit, car la ville consent, le 5 novembre 1952, l'octroi d'un million de dollars⁴¹.

En fait, les Sœurs ne se contentent pas seulement de demander de l'aide à la Ville, car les coûts augmentent toujours. Le 24 avril 1952 la Communauté fait parvenir au Ministre de la Santé une nouvelle demande de deux millions de dollars. Cette demande chiffre désormais les coûts totaux à 7 912 080\$⁴². En réponse, le gouvernement offre 1 million de dollars⁴³. Plus tard, en 1954, elles sollicitent 10 000\$ à la Fondation Joseph Rhéaume, un montant qu'elles obtiennent peu de temps après⁴⁴. Elles peuvent aussi compter sur les divers organismes de charité qui réussissent à amasser, au cours des années 1953 et 1954, un total de 4464,37\$⁴⁵. En plus, certains médecins de l'Hôpital promettent de réinjecter leur part de salaire et de donner du temps de travail gratuitement⁴⁶.

³⁹ ASGM, lettre adressée, 27 septembre 1950, *op. cit.*

⁴⁰ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, lettre adressée au président et aux membres du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 8 mars 1951.

⁴¹ ASGM, « Hôpital Maisonneuve, études sur octroi de la cité de Montréal », préparée en date du 20 novembre 1961.

⁴² Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, lettre adressée au Dr Albin Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 24 avril 1952.

⁴³ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/C, « Hôpital Maisonneuve, études sur octroi provincial », préparée en date du 20 novembre 1961.

⁴⁴ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, correspondance entre sœur Alice Laverdure, économiste générale et René Morin, administrateur délégué Trust Général du Canada, du 19 et 24 novembre 1953.

⁴⁵ ASGM, « Hôpital Maisonneuve, Rapport annuel 1954 », *op. cit.*, p. 3.

⁴⁶ ASGM, « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*, pp. 3-4.

Une fois les questions de vocation, de terrain et de financement réglées, le gouvernement se retire pour laisser le soin à la Communauté et aux futurs médecins de prendre les rênes de l'Hôpital et de lui créer une structure administrative.

2.3 Le choix du personnel administratif et médical

En ce qui a trait à l'organisation administrative de l'hôpital et au choix du personnel, les Soeurs sont déterminées à imposer leur vision. En ceci, elles peuvent compter sur leur expérience et leur familiarité avec la nouvelle science de l'administration hospitalière telle que développée dans les universités américaines et canadiennes et telle qu'explicitée dans les écrits du Dr MacEachern. L'ouvrage fondamental de ce dernier, *Hospital Organisation and Management*, qui a connu une première édition en 1935 et a été réédité et augmenté plusieurs fois par la suite, demeure encore, à cette époque, l'ouvrage de référence incontournable en la matière.

2.3.1 L'organisation administrative

Officiellement, l'Hôpital Maisonneuve est sous l'autorité immédiate de l'administration provinciale des Sœurs de la Charité et cette dernière est sous l'autorité de l'administration générale de cette même communauté. Bien sûr, l'autorité suprême des Sœurs de l'Hôpital est l'archevêque de Montréal. La « directrice » ou « supérieure administratrice » de l'Hôpital Maisonneuve (les deux termes sont utilisés pour désigner le même poste) représente la plus haute autorité de l'établissement et il est très rare, sauf pour de questions de financement, que cette personne ait à se référer aux plus hautes autorités. L'équipe de direction est alors

formée de la directrice et de deux religieuses assistantes ainsi que des chefs de services dont le directeur médical, le directeur de l'Institut de cardiologie et la directrice du nursing⁴⁷. Même si la composition de l'administration est majoritairement religieuse et que la direction est occupée par une religieuse, il n'en demeure pas moins que les médecins ont une place à part entière en terme d'influence.

2.3.2 La mise en place du personnel

En 1951, les Sœurs commencent à mettre en place les rouages administratifs de cette nouvelle institution. Une directrice générale ne sera pas nommée avant mai 1953, mais en janvier 1951, sœur Annette Dion, membre du comité de construction, reçoit le mandat de l'organisation de l'Hôpital Maisonneuve et en tant que directrice du nursing crée une équipe pour l'éventuelle École d'infirmières. Elle a occupé par trois fois le poste de directrice du nursing dans deux différents hôpitaux avant Maisonneuve⁴⁸. Elle rassemble alors une excellente équipe de collaboratrices formées de religieuses et de laïques. Parmi elles se trouve sœur Jeannette Gagnon, arrivée en 1952 pour s'occuper de la planification des services de l'Hôpital. Celle-ci devient en 1954, directrice adjointe en éducation des infirmières. Elle a étudié, travaillé et enseigné dans différents hôpitaux du Québec, ce qui lui permet d'avoir une bonne vue d'ensemble du système hospitalier québécois. Elle a aussi obtenu, en 1945, un baccalauréat en sciences infirmières de l'Institut Marguerite d'Youville⁴⁹. Sœur Fernande Dussault, qui a décroché un baccalauréat aux États-Unis, à l'Université de Saint-Louis, Missouri, arrive un an plus tard pour établir la technique hospitalière en

⁴⁷ D. Goulet, *op. cit.*, pp. 48-49.

⁴⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Annette Dion, 1907- ».

⁴⁹ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Renseignements sur Sœur Jeannette Gagnon , s.g.m. ».

obstétrique. Les laïques qui font partie de l'équipe d'enseignantes sont Mademoiselle Berthe Therrien, institutrice dans l'art du nursing, qui s'occupe aussi de la préparation de la technique du soin des malades, Mademoiselle Thérèse Daoust, institutrice en sciences, et Mademoiselle Julienne Provost, institutrice en sciences biologiques et chimiques.

En 1952, sœur Blanche Labrosse vient combler la fonction de directrice des finances à l'Hôpital. Celle-ci a un curriculum vitae très dense. Elle a occupé des postes comme institutrice, supérieure d'école, supérieure provinciale, fondatrice-directrice et assistante comptable provinciale, avant que les Sœurs lui offrent la fonction d'économe à Maisonneuve⁵⁰. D'autres sœurs viennent aider, mais leur nombre demeure réduit jusqu'en 1953. Néanmoins, elles connaissent dans la même année une augmentation considérable qui les font passer de 9 à 24⁵¹.

Les sœurs membres du Conseil d'administration sont choisies par l'administration générale des Sœurs Grises. Le 5 mai 1953, le Conseil d'administration des Soeurs procède à la nomination des principaux postes de direction. Les postes de directrice et d'assistantes à la direction sont alors comblés par sœur Rachel Tourigny, supérieure-administratrice, sœur Annette Dion, assistante et directrice du nursing et sœur Blanche Labrosse, assistante et directrice des finances⁵². Sœur Tourigny est bien préparée à ses tâches, car elle a effectué plusieurs voyages et stages aux États-Unis et a même obtenu un Fellowship de l'American College of Hospital Administrators⁵³.

⁵⁰ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Blanche Labrosse, 1889-1984 », écrite par sœur Estelle Mitchell.

⁵¹ ASGM, « Hôpital Maisonneuve, Rapport annuel 1954 », p. 4.

⁵² *Ibid.*, p. 3.

⁵³ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Rachel Tourigny 1905-2006 », écrite par sœur Estelle Mitchell.

En ce qui concerne l'Institut de cardiologie, elle est aidée par sœur Lucille Ouellet qui a été déléguée, en 1952, pour visiter différents centres américains de cardiologie. En 1953, les tâches de sœur Ouellet consistent à préparer le personnel de l'Institut et à aménager les locaux pour les appareils. Elle collabore en ceci avec le Dr Paul David, directeur de l'Institut, et ils supervisent ensemble les derniers préparatifs avant l'ouverture officielle⁵⁴. L'administration de l'Institut est ainsi assumée par le directeur de l'Institut, mais il doit quand même soumettre au Conseil d'administration les nominations de médecins et doit faire des rapports relatant les activités de l'Institut⁵⁵.

Le Dr David a débuté ses études en France où il obtient le diplôme de bachelier de l'Université de Paris. Il poursuit ensuite ses études pour devenir médecin à l'Université de Montréal où il termine en 1944. Au début, il travaille comme interne senior à l'Hôpital Notre-Dame et devient médecin de service attaché à la section de cardiologie en octobre 1947. Il occupe aussi les postes de secrétaire et de vice-président à la Société de cardiologie de Montréal entre 1949 et 1951 et est membre de différentes sociétés, comme la Société médicale de Montréal, la Canadian Medical Association et l'American Heart Association. En septembre 1950, il est choisi comme délégué officiel de l'Université de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame au 1^{er} Congrès International de Cardiologie, à Paris⁵⁶.

⁵⁴ A. Jacques, *op. cit.*, pp. 76-77.

⁵⁵ ASGM, « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », *op. cit.*, p. 28.

⁵⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Soeurs Grises, 19 mars 1951.

2.3.3 Le Bureau Médical Provisoire

Il a été convenu avec le gouvernement que les Soeurs Grises auraient le pouvoir de choisir la première équipe de médecins du nouvel hôpital et d'organiser le Bureau Médical. Néanmoins, elles savent très bien qu'afin d'assurer la crédibilité de cette opération, elles ne peuvent procéder sans la participation de médecins jouissant d'une certaine autorité au sein de la profession. Elles forment donc, dès le mois d'août 1949, un Bureau Médical Provisoire paritaire, composé de cinq soeurs et de cinq médecins pour décider du choix des premiers membres du corps médical de l'hôpital⁵⁷.

Les cinq sœurs choisies pour siéger au Bureau Médical Provisoire - Clarilda Fortin, Annette Lachance, Alice Laverdure, Rachel Tourigny et Mance Décary – ont toutes une expérience impressionnante en administration hospitalière. Sœur Fortin a un long bagage de direction. Ses premières expériences se sont surtout déroulées dans l'Ouest canadien où elle occupe, à l'Hôpital Général d'Edmonton, le poste de Supérieure à partir de 1930. Par la suite, elle passe de 1940 à 1952 de la 4^e assistante à la 1^e assistante générale de la maison mère des Sœurs Grises à Montréal⁵⁸. Soeur Annette Lachance possède aussi une grande expérience en matière de décisions administratives et son cheminement ressemble à celui de Soeur Fortin. Elle a évolué au sein des institutions hospitalières et occupe, à partir de 1947, le poste de supérieure à l'Hôpital de Saskatoon⁵⁹. Sœur Alice Laverdure, occupe au cours de ses années de service, avant la création de ce Bureau Médical Provisoire, les postes d'institutrice, de

⁵⁷ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/A « Hôpital Maisonneuve », note de sœur Mance Décary, 18 octobre 1950.

⁵⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Clarilda Fortin, 1894-1987 », écrite par sœur Estelle Mitchell.

⁵⁹ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Annette Lachance, 1905-1997 », écrite par sœur Geneviève Rocan.

procure, de supérieure, d'assistante provinciale et d'économe générale⁶⁰. Nous retrouvons aussi la future directrice de l'Hôpital, sœur Rachel Tourigny, qui obtient, en 1944, après ses études à l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, le poste de supérieure au sanatorium de Sainte-Agathe-des-Monts et, en 1947, celui de supérieure à la Crèche d'Youville.⁶¹ La dernière, sœur Mance Décary, se démarque par ses connaissances acquises dans le domaine du nursing. Après l'obtention de son baccalauréat à l'Institut Marguerite-d'Youville, elle devient directrice de l'école des infirmières de Notre-Dame. Son goût pour la connaissance ne s'arrêta pas là, car elle poursuivit aux Universités de Princeton, de Columbia et du Michigan, des cours de philosophie, de relations publiques et en diverses spécialités⁶².

En ce qui concerne les cinq médecins, les Soeurs ont choisi d'inviter un groupe prestigieux mais qui ne risquerait pas de faire bloc ou de chercher à imposer des choix qui n'auraient pas leur consentement⁶³. Font partie de ce groupe, tout d'abord, le médecin de la communauté, le docteur Paul Letendre, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. On retrouve aussi le docteur Wilbrod Bonin, doyen de la faculté de Médecine de l'Université de Montréal; le docteur J.F.A.Gatien, vice-président du Collège des Médecins et des Chirurgiens du Québec; le docteur Adélar Groulx, directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal et le docteur Paul Bourgeois, du Collège Royal des Médecins du Canada⁶⁴.

⁶⁰ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), biographie, « Sœur Alice Laverdure, 1898-1977 ».

⁶¹ ASGM, biographie, « Sœur Rachel Tourigny, 1905-2006 », *op. cit.*

⁶² ASGM, biographie, « Sœur Mance Décary, 1910-1987 », *op. cit.*

⁶³ Cet état des choses est cependant présenté différemment dans le livre de Denis Goulet, car celui-ci met fortement l'accent sur les médecins et laisse de côté le rôle de la Communauté des Soeurs Grises dans la composition du Bureau. Voir D. Goulet, *op. cit.*, p. 26.

⁶⁴ ASGM, « Hôpital Maisonneuve », *op. cit.*

Malgré la formation de ce Bureau Médical Provisoire, les Sœurs Grises savent qu'elles doivent se battre pour leurs idées et ne pas se laisser dominer par la communauté médicale de Montréal. Elles ont, notamment, des discussions avec le président du comité médical de *l'Association des médecins de l'Est*, qui essaie d'imposer sa vision de ce que devrait devenir l'Hôpital Maisonneuve. Le docteur Léopold Lamoureux réclame que la liste des futurs médecins de l'Hôpital soit soumise et approuvée par *l'Association des médecins de l'Est* qu'il préside⁶⁵. C'est exactement ce modèle d'hôpital de quartier contrôlé par les médecins généralistes locaux que les Sœurs Grises cherchent à éviter dans leur projet pour l'Hôpital Maisonneuve.

2.3.4 La sélection des membres-clefs du corps médical

Le but de cet Hôpital général n'est pas seulement de se distinguer par le modernisme de son organisation, mais aussi par la place qu'il donnera aux spécialistes. Le Bureau Médical Provisoire sélectionne donc les premiers médecins de l'Hôpital Maisonneuve en 1950, sans consulter les médecins de l'Est. C'est l'obstétricien Marcel Ferron, l'orthopédiste Edgard Lépine et le pédiatre Claude Léonard qui sont choisis. Le cheminement académique du premier candidat comprend des stages dans plusieurs hôpitaux universitaires aux États-Unis. Il a, par la suite, occupé le poste de chargé de cours à l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame et d'assistant bénévole au service d'obstétrique. Le docteur Lépine, lui, possède une spécialisation de quatre ans à l'Hôpital du Sacré-Cœur et un certificat du Conseil de recherches médicales du Canada. Avant Maisonneuve, il travaille comme chirurgien orthopédiste à l'Hôpital de Cartierville et comme orthopédiste expert pour la Commission des accidents du

⁶⁵ D. Goulet, *op. cit.*, pp. 26-27.

travail. Enfin, le dernier candidat, Claude Léonard a effectué un stage d'études d'un an au Saint Louis Children's Hospital, ce qui lui a donné accès au certificat de spécialiste⁶⁶.

Certains candidats comme le Dr Jules Laberge, radiologiste, le Dr Georges Jolivet, pédiatre et le Dr Paul Riopel, bio-chimiste obtiennent un coup de main de la part des Sœurs Grises, car celles-ci intercèdent auprès des autorités pour qu'ils décrochent des bourses. Cependant, il ne faut pas croire qu'elles le font sans arrière-pensée. Après leur stage, ces médecins devront travailler à l'Hôpital pour une période déterminée et concentrer leur travail dans les services requis. Parmi les instances du gouvernement contactées par les Sœurs en vue de l'obtention de ces bourses, nous retrouvons le Dr Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé, et Gustave Poisson, sous-ministre du Bien-Être et de la Jeunesse. Ces bourses permettent aux futurs médecins de l'Hôpital d'aller faire un stage à l'extérieur du pays pour acquérir une formation plus élargie. L'Hôpital Maisonneuve bénéficiera alors de ce perfectionnement technique pour obtenir une plus grande visibilité et reconnaissance au sein du réseau hospitalier et auprès de la population. Par ses stages à l'Institut Curie et ses études spécialisées au Massachusetts General Hospital, le Dr Laberge devient, selon Denis Goulet, l'un des radiologistes les plus influents de l'époque. L'influence des Sœurs ne s'arrête pas là, car lorsque vient le temps de choisir les directeurs de départements, le conseil d'administration choisit Paul Robert comme directeur du département de médecine au lieu du plus réputé Dr Archambault, directeur de *L'union médicale du Canada* et président de la Société médicale de Montréal. Le conseil exécutif n'a d'autre choix

⁶⁶ D. Goulet, *op. cit.*, p. 27.

que d'entériner cette décision. Il paraît donc important pour un médecin postulant d'avoir une bonne entente avec la Communauté⁶⁷.

L'équipe médicale de l'Hôpital se distingue par le jeune âge et par le degré de spécialisation de ses membres. Cela permet de créer une structure plus collégiale et moins hiérarchisée, car ce n'est pas l'ancienneté qui compte, mais les aptitudes du médecin. La plupart d'entre eux joueront un rôle prédominant au sein de l'Institution, mais aussi au sein du monde médical grâce à l'étendue de leur savoir-faire.

Une fois le choix des membres clefs de l'équipe médicale bien établi, le Bureau Médical Provisoire cède la place, en 1952, au premier Conseil des médecins composé exclusivement de membres de la profession. Ce regroupement a la tâche, en consultation avec les Sœurs, de planifier l'organisation physique et matérielle des principaux services médicaux⁶⁸. Furent élus comme membres du Conseil des médecins le Dr Marius Dubeau, président; le Dr Raoul Groulx, vice-président; le Dr Maheux, secrétaire, et le Dr Archambault, trésorier. Le Dr Dubeau travaillait à l'Hôpital des Vétérans comme chef du service d'anesthésie et avait obtenu, en 1950, un Fellowship de l'American College of Anesthesiologists. Le Dr Raoul Groulx occupait, avant Maisonneuve, le poste de chirurgien à l'Hôpital de Verdun et était en même temps chargé de cours à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il avait suivi, pendant 12 mois, des cours aux États-Unis et obtenu un certificat de spécialiste en gynécologie. Le cheminement du Dr Maheux est plus proche des Sœurs Grises, car il a occupé le poste de pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame. Celui-ci ira aussi se perfectionner aux États-Unis. Enfin, le Dr Archambault, le plus âgé de tous,

⁶⁷ D. Goulet, *op. cit.*, pp. 30-32.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 29.

apporte avec lui une large expérience. Directeur de *L'Union médicale du Canada* et président de la Société médicale de Montréal, il s'est qualifié en France comme spécialiste de médecine interne.⁶⁹ Une fois ce conseil établi, une de ses premières tâches consiste, avec bien sûr la participation des Sœurs, à établir les statuts et règlements.

Les Sœurs Grises sont présentes dans presque tous les départements et là où elles ne sont pas présentes, elles gardent un certain contrôle. Malgré cela, leur philosophie demeure une vision de coopération et d'entraide. Cela dit, il ne faut pas croire qu'il n'y a pas certains conflits d'autorité, mais les Sœurs savent instaurer, dès le début, leur conception de la gestion hospitalière. Même si elles sont aux commandes de l'Hôpital, les médecins bénéficient d'une très grande autonomie. Le Conseil d'administration ne s'ingère qu'exceptionnellement et seulement en ce qui concerne les décisions finales, par exemple sur les nominations ou les renvois de médecins.

Comme nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, l'expérience des Sœurs Grises dans la gérance d'hôpitaux a été déterminante dans toutes les phases de la conception et de la réalisation de l'Hôpital Maisonneuve. Une fois le projet de construction d'un hôpital dans l'Est de Montréal accepté, la Communauté a su imposer sa vision concernant ce nouvel établissement. Que ce soit au sujet de la vocation de l'Hôpital, de son emplacement, de son financement ou du choix de son personnel, les Sœurs Grises ont toujours joué le rôle principal dans le processus de prise de décision. Toutefois, leur rôle ne s'arrête pas là. Il reste deux aspects non traités jusqu'à maintenant, qui constituent des éléments essentiels pour l'accomplissement de leur but qui est de faire de cet hôpital un lieu de performance et d'innovation. Nous

⁶⁹ D. Goulet, *op. cit.*, pp. 28-29.

aborderons ainsi, au chapitre 3, leur implication dans la réalisation et la mise sur pied à l'école d'infirmières d'un programme renouvelé d'enseignement et au chapitre 4, des innovations en architecture qui ont contribué à la renommée de l'Hôpital et du rôle central accordé à la recherche scientifique.

Chapitre 3 : L'école d'infirmières et le service de « nursing »

Avec le modèle d'Hôpital qui est en voie de se mettre en place dans le courant des années 1950, la population pourra bénéficier des soins d'une diversité de spécialistes qui, en plus de soigner les patients, contribueront au développement de nouveaux savoir-faire dans la course effrénée pour combattre certaines maladies. L'infirmière devra pour sa part, elle aussi, répondre à ces changements en adaptant son travail aux nouvelles réalités hospitalières. Comme les Sœurs Grises assureront la direction du service de « nursing » et de l'enseignement à l'Hôpital Maisonneuve, elles se doivent d'être bien préparées afin d'appliquer de la meilleure façon leurs connaissances des nouvelles tendances dans la pratique du « nursing ». Dans ce chapitre nous allons rendre compte, dans un premier temps, de l'expérience des Sœurs Grises dans l'enseignement des infirmières avant leur implication dans le projet de l'Hôpital Maisonneuve. Il sera question notamment, de leur haut degré de qualification académique et de leur implication dans la fondation de l'institut Marguerite d'Youville. Dans un deuxième temps, nous expliquerons à quel point le programme de l'École des infirmières, qu'elles ont créé à l'Hôpital Maisonneuve, se démarquera comme une initiative particulièrement novatrice. Enfin, la troisième partie traitera de ce programme du point de vue de sa dimension humaniste ou spirituelle.

3.1 Les compétences des Sœurs Grises dans l'éducation des infirmières et la fondation de l'institut Marguerite d'Youville

Comme nous l'avons déjà souligné au chapitre deux, c'est à l'Hôpital Notre-Dame que la première école francophone d'infirmières au Québec a vu le jour en 1898 et c'est la Communauté des Sœurs Grises, déjà présente à l'Hôpital, qui en a la direction

à partir de 1902. À ce moment, les Sœurs se rendent compte que le degré de contrôle qu'elles pourront exercer dans l'enseignement des infirmières et dans les services de « nursing » des hôpitaux dépend de leur niveau de formation. Un peu plus que les trois quarts des Sœurs Grises nées après 1908, soit 75,6%, suivent alors des cours de perfectionnement afin d'obtenir une spécialisation permettant l'accès à des postes d'enseignement et de direction¹.

Dans cette même optique, à partir de 1917, la maison mère encourage les sœurs à assister aux congrès du réseau hospitalier nord-américain où il est souvent question du développement de la formation des infirmières. En 1919, à l'initiative de sœur Virginie Allaire, les Sœurs Grises engagent une universitaire de Colombie-Britannique, Ethel John, pour donner des cours aux infirmières de Régina². Des actions concrètes de ce genre visant à développer la formation de ses membres mènent aussi la Communauté, au début des années 1920, à faire appel à l'Université de Montréal, pour que soient développés des cours de formation supérieure en nursing. La Communauté a donc conscience que le réseau francophone québécois d'enseignement supérieur pour les infirmières manque de ressources³. C'est sœur Duckett et sœur Fafard qui sont choisies pour établir le nouveau programme de formation en nursing à l'Université de Montréal. Les deux sœurs avaient à leur actif une grande expérience de gestion hospitalière dans l'Ouest canadien et sœur Fafard détenait, en plus, une spécialisation en pharmacie de l'Université d'Ohio. Le projet se

¹ Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, pp. 107-111.

² Esther Lamontagne et Yolande Cohen, « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing », *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), p. 281.

³ Y. Cohen, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, op. cit., p. 109.

concrétise, en 1923, lorsque l'Université de Montréal ouvre ses portes aux femmes qui désirent recevoir une éducation supérieure en nursing.

Avec le temps, à mesure que les connaissances médicales progressent, les besoins en formation infirmière se font de plus en plus grands. Une meilleure formation et une plus grande reconnaissance professionnelle sont aussi revendiquées par les infirmières laïques, ce qui mène à la création de la Commission Weir en 1927 dont nous parlerons plus loin. Pour répondre à cette situation, la Communauté demande à sœur Virginie Allaire de développer un projet en vue de la mise en place d'un nouveau programme à l'Université de Montréal. Les cours offerts à cette université ne sont pas suffisamment permanents et ne sont pas suffisamment spécialisés. En fait, sœur Allaire militait déjà, depuis plusieurs années, pour la création d'une école supérieure qui aurait comme but de fournir aux infirmières un perfectionnement culturel, moral, scientifique et professionnel visant à mieux préparer aux postes de direction et d'enseignement dans les écoles d'infirmières et dans les services de « nursing » hospitalier. En 1931, elle réunit en congrès les religieuses infirmières de sa communauté et dirige plusieurs d'entre elles vers des collèges et universités du Canada et des États-Unis pour les préparer à assumer des postes d'enseignement dans une éventuelle école supérieure de « nursing ». En 1934, grâce à l'appui des médecins de la Faculté de médecine et à des pourparlers avec la direction de l'Université de Montréal, le projet que sœur Allaire avait conçu prend forme avec la création de l'Institut Marguerite d'Youville. Les Sœurs Grises prennent ainsi la tête de la première école supérieure de langue française en Amérique du Nord conduisant au baccalauréat ès sciences hospitalières. Cette école est affiliée, en 1936, à l'Université de Montréal : l'on y établit le premier programme en « sciences hospitalières »

incluant une année de « matières collégiales » et une année de « matières professionnelles »⁴.

La carrière de sœur Allaire représente l'exemple par excellence de la détermination des Sœurs Grises de se maintenir au premier plan dans l'avancement des progrès médicaux. De souche franco-américaine (née à Grafton, au Massachussets, en 1883) sœur Virginie Allaire entre, en 1904, chez les Soeurs Grises. En 1906, elle étudie le « nursing » à l'Hôpital Memorial de Morristown, Arizona puis elle poursuit ses études à l'Hôpital Saint-Joseph de Nashua, New Hampshire et devient, en 1914 directrice des gardes-malades de cet hôpital. Par la suite, en 1917, elle occupe le poste de supérieure locale, à l'Hôpital de Régina, Saskatchewan, et prend conscience de la nécessité de donner aux infirmières une préparation supérieure. Elle occupe devient ensuite supérieure provinciale des Soeurs Grises de Saint-Boniface, de 1921 à 1925. Puis elle est nommée économe générale de la Congrégation des Sœurs Grises et fait plusieurs voyages dans l'Ouest canadien et aux États-Unis. Subséquemment, en 1928, elle est déléguée en Europe par l'Université de Montréal pour un voyage d'étude en science hospitalière qui la conduit en France, en Suisse, en Belgique, en Allemagne, en Italie, en Angleterre et, au retour, aux États-Unis. En 1940, elle reçoit la médaille du mérite de l'Association des hôpitaux des États-Unis et du Canada. En 1947, c'est l'Association américaine des administrateurs d'hôpitaux qui lui décerne le titre de Fellow honorifique. Elle est la première religieuse canadienne à obtenir cet honneur⁵.

Sœur Allaire n'est pas la seule à acquérir une expérience de haut niveau par le travail ou par les études. Pour enseigner les matières dites « professionnelles » à l'Institut

⁴ E. Lamontagne et Y. Cohen, *op. cit.*, pp. 276-283.

⁵ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), biographie « Sœur Virginie Allaire », écrite par Julienne Massé, 5 novembre 1984.

Marguerite d'Youville, une équipe composée de cinq religieuses, en plus de sœur Allaire, a été sélectionnée parmi les enseignantes les plus compétentes. Parmi elles, on retrouve notamment sœur St-Louis, qui a déjà à son actif 11 ans d'expérience dans les hôpitaux de l'Ouest canadien appartenant à la Communauté des Sœurs Grises. Elle détient un baccalauréat en sciences de l'éducation des infirmières de l'Université Saint-Louis et une maîtrise dans la même matière à l'Université catholique de Washington⁶. Le profil de sœur Barry est similaire à celui de sœur St-Louis, mais ses 11 ans d'expériences de direction, de supervision et d'enseignement, se sont produits, en grande partie, en Nouvelle-Angleterre. Sœur Coderre, quant à elle, a suivi une formation d'infirmière, mais a aussi suivi des cours d'enseignement ménager, d'agriculture et de diététique, ce qui lui a permis d'occuper les postes de supérieure, de pharmacienne et de diététicienne⁷. Le plus haut rendement académique est atteint par sœur Denise Lefebvre qui acquiert, en 1932, un diplôme d'infirmière à l'Hôpital Général de Saint-Boniface, Manitoba. Après cela, en 1935, elle obtient un baccalauréat ès arts à l'Université de Montréal et un autre, en 1938, en sciences infirmières de l'Université de Saint-Louis, Missouri. Elle ne s'arrête pourtant pas là, car en 1943, elle décroche une maîtrise en sciences de l'éducation des infirmières à la Catholic University of America, Washington, District of Columbia, en 1951, un certificat de psychologie appliquée à l'éducation de l'Université de Montréal et en 1955 un doctorat en sciences de l'éducation à la même université⁸. Ce doctorat est le premier du genre au Canada⁹. Finalement, la dernière sœur à faire partie de l'équipe d'enseignantes est sœur Marie-Rose Lacroix. Elle possède un baccalauréat et une

⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), biographie « Sœur Béatrice St-Louis ».

⁷ E. Lamontagne et Y. Cohen, *op. cit.*, pp. 284-285.

⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), curriculum vitae « Sœur Denise Lefebvre », janvier 1992.

⁹ La direction, « Un doctorat unique est décerné à Sœur Denise Lefebvre s.g.m. », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 1, no 9 (septembre 1955), p. 27.

maîtrise ès arts avec option psychologie et a été la fondatrice et la directrice de l'École d'infirmières de l'Hôpital Saint-Jean à Saint-Jean-sur-le-Richelieu de 1922 à 1931¹⁰.

À part l'enseignement, les Sœurs Grises s'intéressent à différentes façons de diffuser les connaissances sur le « nursing ». Entre autres, elles publient des articles dans des revues spécialisées comme *La Veilleuse* (1924-1927) et *La garde-malade canadienne française*, créée en 1928. De plus, quatre d'entre elles rédigent, entre 1944 et 1947, un manuel, *Le soin des malades : Principes et techniques*, où elles présentent une synthèse des recherches sur les soins hospitaliers et leur gestion. Par cet ouvrage, les Sœurs veulent donner une vue d'ensemble sur les différents réseaux tant anglophone que francophone. Pour cela, elles rassemblent des textes publiés par des infirmières américaines, des francophones catholiques et des canadiennes anglo-protestantes. Les articles sélectionnés proviennent de différentes revues dont l'*Américain Journal of Nursing*, *La garde-malade canadienne française*, le *Bulletin des infirmières catholiques du Canada*, *The Canadian Nurse*, *Modern Hospital*, *Hospital Progress* et *The Canadian Hospital*¹¹.

Son expertise dans les sciences infirmières amène la Communauté à prendre conscience que les programmes d'enseignement doivent encore se moderniser pour répondre aux nouvelles situations hospitalières. Cette prise de conscience figurera, comme nous le verrons, dans leurs projets pour l'Hôpital Maisonneuve.

¹⁰ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), curriculum vitae « Sœur Marie Rose Lacroix », 21 novembre 1975.

¹¹ E. Lamontagne et Y. Cohen, *op. cit.*, pp. 287-288.

3.2 Un programme expérimental à l'École des infirmières de l'Hôpital Maisonneuve

La fondation de l'Hôpital Maisonneuve permet à la Communauté d'élaborer et d'expérimenter un programme entièrement nouveau pour l'école d'infirmières attachée à cette institution. C'est sœur Annette Dion, première directrice du « nursing », qui est la principale responsable de l'élaboration de ce nouveau programme.

3.2.1 Une équipe d'enseignantes hautement qualifiées

Au cours de son cheminement scolaire, sœur Annette Dion a obtenu, en 1932, un diplôme de l'École Notre-Dame de Toledo, Ohio et, en 1935, un diplôme en sciences infirmières de l'Hôpital St-Vincent de Toledo, Ohio. Après avoir occupé le poste d'hospitalière à cet hôpital, sœur Dion poursuit ses études et obtient, en 1942, un baccalauréat en sciences de l'éducation des infirmières à la Catholic University of America, Washington, D.C. et une maîtrise dans le même domaine, en 1946, à l'Université Saint-Louis, Missouri. En plus d'occuper de nombreux postes au sein de la Communauté des Sœurs Grises, sœur Annette Dion publie dans le *Canadian Nurse* et dans les *Cahiers du Nursing*¹².

Le groupe planifiant l'École d'infirmières de l'Hôpital Maisonneuve bénéficie depuis septembre 1951 de consultantes comme sœur Denise Lefebvre, directrice de l'Institut Marguerite d'Youville, et Mademoiselle Suzanne Giroux, visiteuse officielle des écoles d'infirmières de la province de Québec¹³. Celles-ci jouent un rôle fondamental dans la conception et la mise sur pied du nouveau programme élaboré pour l'Hôpital

¹² Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), curriculum vitae « Sœur Annette Dion ».

¹³ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Historique », septembre 1970.

Maisonneuve. Sœur Lefebvre représente une figure de proue dans l'établissement de l'enseignement supérieur au Québec et elle est l'une des principales responsables de l'évaluation et de l'accréditation des écoles d'infirmières canadiennes. On lui décerna de nombreux prix pour son oeuvre et ses publications. Son cheminement scolaire, vu plus haut, reflète aussi son désir de perfectionnement¹⁴.

Les Sœurs qui ont la responsabilité d'élaborer le programme d'enseignement à l'Hôpital Maisonneuve possèdent donc des connaissances exceptionnelles, de multiples diplômes et d'excellentes références de travail. Comme la Communauté détient le contrôle de l'enseignement à l'Hôpital Maisonneuve, elle peut ainsi mettre à profit les différents talents de ses membres et instaurer sa propre vision du « nursing » pour créer une école à son image.

3.2.2 L'enseignement des infirmières de Nightingale et de Weir

Avant d'expliquer le programme expérimental de l'École d'infirmières de l'Hôpital Maisonneuve, rappelons rapidement les influences qui ont conditionné la démarche des conceptrices. Cette rapide reconstitution permettra de mieux situer les choix des Sœurs Grises dans l'élaboration de leur nouveau programme d'enseignement.

L'influence des idées de Florence Nightingale (1820-1910), qui a fait de l'occupation d'infirmière une profession médicale où les critères d'éducation et de responsabilité prennent de plus en plus d'importance, demeure persistante. Selon Mme Nightingale, trois motifs devraient guider l'infirmière dans sa vocation : le motif naturel, le motif professionnel et le motif religieux. Elle soutient que le motif naturel est l'amour des

¹⁴ ASGM, curriculum vitae « Sœur Denise Lefebvre », *op. cit.*

soins à donner aux malades, que le motif professionnel est le perpétuel effort (que l'infirmière doit déployer) pour réaliser la perfection des soins et que le motif religieux garantit l'importance du travail accompli¹⁵. L'enseignement de Nightingale s'est répandu à travers le monde et convenait très bien à la doctrine catholique en matière de médecine. La pensée de Nightingale permettait ainsi aux sœurs de jeter des ponts entre leur tradition catholique et la philosophie du « nursing » tel qu'il s'est développé dans le monde protestant.

À partir du début des années 1920, à mesure que la proportion d'infirmières laïques augmente dans les hôpitaux francophones du Québec, l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec gagne de plus en plus d'influence dans la définition de l'avenir du secteur hospitalier, au point de commencer à rivaliser avec les communautés religieuses. Influencées par le Conseil International des Infirmières et l'Association Américaine des Infirmières qui militent en faveur d'une amélioration de la formation des infirmières, les Associations nationale et provinciale de gardes-malades procèdent, en 1927, à la création d'un Comité conjoint - médecins et infirmières - pour étudier la question. Cette initiative aboutit en 1932 à la publication du Rapport Weir. Ce rapport présente des recommandations sur les questions pédagogiques, économiques et sociologiques de la profession et donne comme recommandation principale la création d'un programme quasi-uniforme pour toutes les écoles de gardes-malades du Canada. Cette recommandation implique l'élévation des critères au niveau de l'admission, de la qualification des enseignants et de la qualité des cours¹⁶.

¹⁵ Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec*, Montréal, Les Éditions du Richelieu, 1970, p. 105.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 106-117.

Lors de la conception de l'Hôpital Maisonneuve, les Soeurs cherchent à avancer dans le sens des recommandations du Rapport Weir comme, par exemple, la recommandation touchant l'importance des bibliothèques. Dans son rapport, Weir souligne l'inadéquation des bibliothèques, leur manque d'espace et de volumes¹⁷. Les Sœurs ont surenchéri en incluant dans les plans de l'Hôpital Maisonneuve pas moins de trois bibliothèques, dont une pour le personnel de l'Hôpital, une pour l'Institut de cardiologie et la dernière pour les infirmières. Les Sœurs n'ont pas peur des changements engendrés par l'évolution des soins. Au contraire, elles s'en inspirent pour perfectionner leur art et répondre à leur vocation première, le bien-être du patient. Comme réponse au Rapport Weir, les Sœurs Grises se donnent ainsi pour objectif de fusionner la tradition anglophone de nursing de Nightingale à la tradition catholique francophone tout en perfectionnant les pratiques du « nursing ». Ainsi, malgré leur ouverture aux progrès scientifiques, elles continuent quand même à penser qu'il faut concevoir le corps et l'âme comme un tout¹⁸.

3.2.3 L'accent sur l'expérience pratique et clinique

Il faut changer les paramètres d'enseignement des soins, car la formation des infirmières doit être mieux adaptée pour répondre à de nouvelles responsabilités qui étaient auparavant exclusives aux médecins. La réforme de l'enseignement des infirmières mise en application à l'Hôpital Maisonneuve prend ses racines dans les expérimentations faites dans certains hôpitaux aux États-Unis et de l'Ontario, où la

¹⁷ É. Desjardins, S. Giroux et E. C. Flanagan, *op. cit.*, pp. 117-118.

¹⁸ Christina Bates, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers canadiens*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, pp. 208-211.

formation de base se limite dorénavant à deux ans de cours et où la troisième année est consacrée à la formation pratique¹⁹.

L'établissement d'un cours pratique qui coordonne étroitement les études théoriques et cliniques représente une avancée significative dans l'amélioration des méthodes d'enseignement visant à englober les nouvelles techniques médicales. En plus d'améliorer la qualité de l'enseignement, cette réforme vise aussi à augmenter le nombre d'infirmières, élément dont l'importance est soulignée au début du chapitre deux²⁰. Les Sœurs Grises présentent, pour la première fois, leur nouveau programme en avril 1952, au Conseil Général des Sœurs Grises et en juillet, au département du Ministère de la Santé et du Bien-Être de la province de Québec, pour l'obtention d'un octroi de base et d'une subvention annuelle²¹.

Le programme expérimental de l'École d'Infirmières de l'Hôpital Maisonneuve sera le premier de ce genre à être instauré au Québec et au Canada dans les institutions catholiques. Le but général de l'École est de mieux préparer l'infirmière pour qu'elle puisse assurer une plus grande sécurité et de meilleurs soins aux malades dans les différents services de l'Hôpital²². Inspiré des Américains et des Ontariens, ce nouveau programme réduit à deux ans le temps consacré aux cours de base et la troisième année est consacrée au perfectionnement et aux stages cliniques. Les Sœurs Grises maintiennent un cycle de trois ans d'études, comme cela avait été la pratique depuis

¹⁹ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/E, « Requête présentée au département de Ministère de Santé et du Bien-Être de la province de Québec » par l'administration de l'école d'infirmières de l'Hôpital Maisonneuve sous la direction des Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal, p. 3.

²⁰ Paul Martin, « Aide fédérale aux hôpitaux canadiens », *L'Union Médicale du Canada*, tome 80, 2 (février 1951), p. 224.

²¹ ASGM, « Requête présentée au département de Ministère de Santé et du Bien-Être de la province de Québec », *op. cit.*, p. 12.

²² Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Hôpital Maisonneuve, Rapport annuel 1954 », p. 35.

1897²³, mais l'ensemble du contenu de l'ancien programme, à caractère essentiellement théorique, est maintenant concentré dans les deux premières années. La troisième année est consacrée à la formation pratique et clinique sous la supervision de moniteurs dans le contexte des divers services de l'hôpital. De plus, des cours spéciaux d'organisation et d'administration hospitalière permettront à l'étudiante d'assumer la responsabilité de chef d'équipe et d'approfondir ses connaissances dans le service de son choix²⁴.

Le nouveau programme met de l'avant trois objectifs. Premièrement, il développe une meilleure compréhension de la nature humaine et du rôle de l'infirmière en tant qu'adjointe du médecin. Deuxièmement, il focalise sur le perfectionnement de la formation clinique au moyen de directives éprouvées. Troisièmement, il rend l'étudiante pleinement consciente de ses responsabilités vis-à-vis le patient²⁵. Pour répondre à ces objectifs, il faut d'abord que les lieux soient aménagés pour l'élaboration d'expériences suffisantes dans le cadre même des divers services de l'Hôpital. Dans cette optique, il faut qu'un grand nombre de monitrices cliniques soient présentes pour encadrer les étudiantes infirmières. Il faut aussi s'assurer que l'Hôpital ouvre ses services à la formation clinique des infirmières: de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie, de psychiatrie, des salles d'opération, de diététique, de service central de stérilisation et des consultations externes. En somme, la formation des infirmières doit se faire en étroite collaboration avec les services. De plus, l'Hôpital Pasteur, situé dans l'Est de la ville, sur la rue Sherbrooke, fournira aux étudiantes l'expérience nécessaire dans le domaine des maladies contagieuses. La

²³ Y. Cohen, « La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *op. cit.*, p. 212.

²⁴ ASGM, « Requête présentée au département de Ministère de Santé et du Bien-Être de la province de Québec », *op. cit.*, pp. 5-7.

²⁵ ASGM, « Historique », *op. cit.*

confiance que les Soeurs ont en la réussite de leur projet est attribuable au fait que l'Hôpital Maisonneuve est une nouvelle institution. Il sera donc plus facile d'instaurer ce programme, notamment en ce qui concerne la collaboration entre l'École de « nursing » et des services, car il n'y a aucune tradition à briser.

3.3 Le mariage du scientifique et du spirituel

Cependant, même si elles sont soucieuses de la formation théorique et clinique des infirmières, il n'en demeure pas moins que les Sœurs Grises considèrent comme capital le mariage de la science et de la spiritualité dans la pratique de la profession²⁶. Les soins administrés aux malades devront répondre, pour chaque individu, à des besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux. Pour répondre aux besoins physiques et psychologiques, les Sœurs Grises effectuent une adaptation dans leur programme d'études en éliminant les notions qui ne sont pas du domaine du « nursing », et elles ajoutent des cours qui font mieux comprendre les réactions du malade. Elles instaurent aussi des cours plus élaborés de psychologie, d'hygiène mentale et de sociologie afin que l'infirmière comprenne mieux la nature humaine et les différences individuelles des malades²⁷. En ce qui concerne le domaine spirituel, l'Hôpital Maisonneuve s'inspire de la religion chrétienne selon laquelle l'homme est composé d'un corps et d'une âme. L'infirmière intègre ainsi, en même temps que la formation académique, une formation de l'âme qui est capitale selon les Sœurs, pour éviter d'être trop matérialiste. Il faut joindre le naturel et le surnaturel. L'importance de la vocation par rapport à la profession prend ici tout son sens, car pour les Sœurs, il ne peut y avoir de soins complets sans la capacité de considérer son travail comme

²⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/I, « Hôpital Maisonneuve, école d'infirmières », petit carnet de promotion.

²⁷ ASGM, « Requête présentée au département de Ministère de Santé et du Bien-Être de la province de Québec », *op. cit.*, p. 6.

une action régie par la volonté de Dieu. Néanmoins, il est important que l'infirmière puisse garder un certain détachement lorsqu'elle travaille, car cela va lui permettre de tenir bon malgré les misères, les découragements et les épreuves dont elle est témoin. Le contrôle absolu sur son coeur aidera l'infirmière à ne pas se laisser influencer ni par pitié ni par amour lors des situations dangereuses. Enfin, il faut que l'infirmière soit capable de comprendre son milieu pour être apte à répondre aux multiples attentes de celui-ci²⁸.

La relation humaine entre soignant et soigné doit tenir compte des besoins du malade. Le don de soi dans ce travail, dans le sens chrétien du terme, rend chaque patient important aux yeux de l'infirmière, ce qui favorise énormément la qualité des soins administrés. Il ne faut cependant pas oublier que l'infirmière n'agit pas seule et que chaque membre du personnel a des responsabilités particulières qu'il faut équilibrer. Pour cela, l'Hôpital doit se munir des meilleurs médecins, infirmières, techniciens et administrateurs possibles.

Cela dit, pour arriver à comprendre le corps et ses mécanismes et trouver le moyen de guérir les patients, il est capital non seulement d'avoir du personnel qualifié, mais aussi un équipement et un environnement adéquats pour réaliser cet objectif. L'Hôpital Maisonneuve veut ainsi, par sa structure et son ouverture à la recherche, se démarquer pour devenir un centre efficace où les acteurs médicaux viennent de toutes parts pour acquérir un savoir ou apporter leur propre savoir. Le chapitre suivant présentera, toujours en lien avec l'implication des Sœurs Grises, la conception

²⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/E, « La spiritualité dans la vie de l'infirmière », écrit par Léo Tougas prêtre aumônier, janvier 1954.

architecturale de l'Hôpital, l'aménagement des lieux, le recours à la technologie moderne et l'ouverture à la recherche.

Chapitre 4 : L'architecture et la vocation de recherche de l'Hôpital Maisonneuve

Comme nous l'avons vu plus haut, avant même que leur soit faite la proposition de fonder l'Hôpital Maisonneuve, les Sœurs Grises avaient le projet de créer un hôpital moderne qui répondrait à leur vision des soins tout en intégrant les nouvelles pratiques scientifiques. Dans ce dernier chapitre, nous traiterons de deux points centraux qui ont valu à l'Hôpital Maisonneuve une renommée comme hôpital « moderne ». Nous mettrons en lumière la façon dont l'Hôpital a adopté les nouvelles tendances en architecture hospitalière, des années 1940 et 1950. Par la suite, nous verrons dans quelle mesure la vocation de recherche se situe au cœur du projet.

4.1 Les influences architecturales de l'époque

Une fois la décision prise d'aller de l'avant avec le projet de construire un hôpital dans l'Est de Montréal, la Communauté choisit les architectes et la firme d'ingénieurs pour l'Hôpital. Une entente est signée le 18 juillet 1949 entre les architectes Gascon et Parent et la firme d'entrepreneurs généraux J.L. Guay et frères¹. À la suite de cet accord, deux Sœurs sont nommées par la Communauté pour participer à la préparation des plans de l'Hôpital. Sœur Mance Décary, membre du comité provisoire, et Sœur Thérèse Darche partent le 18 août, avec les architectes, visiter neuf hôpitaux et un centre d'architecture aux États-Unis. La délégation commence par visiter The Architects Samples Corporation, à New York. Ensuite, elle visite, toujours à New York et dans ses alentours, les hôpitaux tels que le Babies Hospital, le St. Vincent's Hospital, le Jersey City Medical Center, le New York Orthopedic Hospital, le Hartford Hospital, l'Hospital Facilities, le Providence Hospital, le Georgetown

¹ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Historique », septembre 1970.

Hospital et le George Washington Hospital. Leur choix d'hôpitaux s'arrête surtout sur des constructions très récentes. Trois de ces hôpitaux venaient tout juste d'ouvrir leurs portes en 1948. La visite d'hôpitaux récemment construits permet de voir les dernières avancées en architecture. De plus, la visite d'un hôpital à spécialité comme le Babies Hospital, est pertinent parce que le service de pédiatrie de l'Hôpital Maisonneuve veut refléter les nouvelles tendances dans ce domaine. Enfin, la visite d'institutions de grande envergure, comme le Hartford Hospital, axé sur la recherche et comprenant 900 lits, a comme but d'étudier autant leur fonctionnement que leur architecture².

Après la guerre, l'architecture traditionnelle des institutions hospitalières du Québec paraît désuète et inefficace. Les architectes se tournent ainsi vers les influences étrangères et plus particulièrement vers celle des Américains. L'influence américaine permet non seulement d'introduire un nouveau style, mais aussi un nouveau savoir-faire. Les principales caractéristiques de cette architecture moderne sont le fonctionnalisme des lieux, l'utilisation de nouveaux matériaux et de nouvelles techniques de construction, la standardisation, la construction en hauteur et le recours à des formes géométriques pures³.

4.1.1 L'influence du terrain

Afin de planifier la construction d'un nouvel hôpital, il faut tenir compte des caractéristiques du terrain. Les conditions locales déterminent un ensemble de choix visant à obtenir le meilleur rendement possible. Par exemple, il est important de

² Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, « Visite d'étude : re-Construction : Hôpital Maisonneuve ».

³ Claude Bergeron, « L'ère de la banlieue, 1945-1970 », *Architectures du XX^e siècle au Québec*, Montréal, Méridien, 1989, p. 145-147.

vérifier la pente du terrain, car cela pourrait créer des éboulements et tenir compte de la superficie du terrain, pour planifier d'éventuels agrandissements. Est-ce un endroit tranquille où l'air est bon, où le soleil est très présent et où on est loin du bruit pour une meilleure convalescence du patient? Il faut aussi coordonner l'accessibilité au transport en commun, les lignes de communication et la proximité des grandes routes. L'accès doit être facile autant pour les patients que pour les visiteurs. L'hôpital doit aussi avoir accès aux égouts, à l'eau, au gaz et à l'électricité. Enfin, on vérifie la capacité de drainage et l'installation des services sanitaires.⁴ Nous avons vu, au chapitre 2, que toutes ces considérations ont compté dans le choix du site de l'Hôpital Maisonneuve. Après avoir répondu aux nombreuses exigences, les architectes peuvent se mettre au travail.

4.1.2 L'élaboration des plans

La conception interne des centres hospitaliers a connu de nombreuses modifications depuis les années 1930. Avant la Guerre, la séparation en pavillons était utilisée par la grande majorité des hôpitaux canadiens. Cette influence provenait de l'Europe. Les pavillons servaient à diviser les services spécialisés. D'un côté, il y avait la médication, les laboratoires, les soins intensifs, la nourriture, etc., et de l'autre côté, on retrouvait des espaces pour les patients. Avec les progrès de la ventilation et l'utilisation des ascenseurs, les hôpitaux purent se permettre d'ajouter des étages à l'édifice et de baisser les plafonds. Cela donne dorénavant la possibilité de séparer les spécialités par étage. Les étages supérieurs sont utilisés, entre autres, pour les laboratoires, les salles d'accouchement et les salles d'opérations, car il y a une meilleure luminosité de jour grâce aux fenêtres verticales. Aussi, ces étages sont plus

⁴ Malcolm Thomas MacEachern, *Hospital Organization and Management*, Chicago, Physician's Record Company, 1957, p. 55-56.

loin des poussières de la rue. Les hôpitaux prennent ainsi de plus en plus une forme verticale, bien qu'il reste encore des problèmes de cohésion entre les services; par exemple, l'urgence doit être plus proche des salles d'opérations⁵.

La centralisation de certains départements émerge comme solution. Tout d'abord, on voit une centralisation dans les départements de production et de distribution. Au lieu d'avoir plusieurs petits magasins qui achètent eux-mêmes leurs produits et en assurent la surveillance et la distribution, les hôpitaux commencèrent à centraliser les achats et l'emmagasiner, ce qui permet d'avoir un meilleur contrôle. Le service alimentaire emboîte aussi le pas. On crée un service alimentaire centralisé qui permet une meilleure surveillance du personnel et un meilleur contrôle des portions distribuées aux malades. Ceci implique la disparition des cuisines d'étages, ce qui permet de libérer des espaces⁶.

Le but premier de la centralisation des unités de soins, est de diminuer le va-et-vient du personnel à travers l'institution. Pour cela, il faut regrouper les équipements et rassembler les départements connexes. Le modèle d'unités de soins à double corridor rapproche les malades du poste de l'infirmière, mais l'espace disponible n'est pas utilisé à son maximum. L'unité de soins en carré fait alors son apparition. On dispose au centre les postes et les services auxiliaires et l'on prend un coin pour le poste central et les trois autres coins servent pour les sous-postes. En plus de cela, les architectes doivent tenir compte des progrès futurs de la médecine et doivent prévoir une flexibilité des services pour une éventuelle expansion. Avec l'agrandissement des

⁵ Harvey G. Agnew, *Canadian hospitals, 1920 to 1970. A dramatic Half century*, Toronto, University of Toronto Press, 1974, pp. 181-185.

⁶ Dr. Gérard La Salle, « Quelques tendances en architecture hospitalière. Le point de vue d'un médecin administrateur », *Architecture, bâtiment-construction*, vol. 9, no 95 (1954), p. 49.

centres hospitaliers et l'achalandage tant le jour que la nuit, il faut prévoir des espaces adaptés pour la détente et le bien-être du personnel et des patients⁷. L'importance des choix dans l'aménagement décoratif des lieux et la couleur des murs prennent ainsi tout leur sens.

4.1.3 La couleur et son influence

L'utilisation de la couleur au sein de l'hôpital n'est plus une simple question technique, mais représente dorénavant un aspect psychologique très important pour la guérison, pour le bien-être et pour la détente. Nous retrouvons, dans les écrits de Malcolm Thomas MacEachern, *Hospital Organization and Management*, une explication de l'influence des couleurs. Pour lui, on peut chercher à créer avec l'utilisation de la couleur un impact émotionnel ou mental. Le rouge est décrit comme un stimulant, le rose aussi, mais beaucoup plus délicat et le bleu, comme un calmant qui peut parfois amener à la dépression. Les couleurs à éviter, surtout dans les chambres sont : le bleu électrique, le mauve et le jaune brillant. Les couleurs qui auront le plus de succès sont le vert melon, le rose poudré et le turquoise. L'auteur soutient que dans l'entrée, il faut utiliser des couleurs plus calmantes et douces comme le rose, le gris ou le vert. Il est aussi préférable d'utiliser des couleurs pastel. Les corridors doivent bien refléter la lumière, ce qui implique l'utilisation de jaune, de vert gris et d'ivoire. Les chambres doivent être de couleur pastel et neutre, car les patients n'ont pas tous les mêmes goûts. On souligne l'importance de peindre les plafonds, car le patient regarde souvent au plafond. Enfin, il reste les espaces pour le personnel hospitalier. La cafétéria doit être peinte avec des couleurs vives et

⁷ Dr. G. La Salle, *op. cit.*, pp. 48-49.

stimulantes comme l'orange, le rouille, le vert et le violet. Il est préférable que les espaces de bureau soient de couleurs plus douces⁸.

Avec l'aide des religieuses et l'accord du gouvernement, les concepteurs peuvent ainsi commencer l'élaboration des plans et, ensuite, procéder à la construction de l'Hôpital Maisonneuve.

4.2 L'aménagement des lieux

Il faut décider, entre autres, de la forme de l'Hôpital, du nombre d'étages, de la disposition des départements, des matériaux à utiliser, etc. Voyons ce que ces choix apportent de particulier à l'Hôpital.

4.2.1 Structure externe et interne de l'Hôpital

L'Hôpital Maisonneuve prend la forme d'une croix en partie pour la connotation religieuse faisant référence à la croix de Saint-André, et en partie pour des considérations technologiques. L'apôtre saint André fut crucifié sur une croix qui ressemblait à un x, d'où le nom de la croix. De plus, les architectes de l'Hôpital s'inspirent des nouveaux types d'aménagement des unités, décrits plus haut, en créant une structure cylindrique au centre de laquelle se rattachent quatre ailes. Cette forme permet de combiner le modèle d'unités de soins à double corridor et celui du carré. Elle comprend des postes centraux au milieu et quatre corridors qui s'y rattachent. Nous retrouvons dans ce noyau les services de circulation verticale des passagers et du transport de marchandises, diverses salles d'entreposage, l'admission et les deux entrées. La circulation verticale représente, pour l'époque, un défi de taille, car la

⁸ M. T. MacEachern, *op. cit.*, pp. 60-61.

conception d'ascenseurs rapides avec une capacité de plusieurs personnes, n'ayant besoin d'aucune personne-ressource pour le faire fonctionner, était récente. Nous voyons par l'illustration 2, prise d'une vue aérienne, l'aspect final de l'Hôpital et les deux autres bâtiments adjacents.

Illustration 2

Hôpital Maisonneuve 1954



Sources : Archives de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, « Vue aérienne », prise en 1954.

La disposition des ressources à l'intérieur de l'Hôpital Maisonneuve se conforme aux nouvelles tendances dans la construction des hôpitaux. Comme nous avons vu, l'idée de centralisation consiste à grouper les départements de production et de concentrer la distribution, ce qui apporte une plus grande rapidité d'exécution et une meilleure cohésion entre les services. À l'Hôpital Maisonneuve, on retrouve au sous-sol les réserves, les garages, le bureau d'achat, la buanderie et le service d'autopsie; au rez-de-chaussée, la cuisine, la cafétéria, les vestiaires et la direction du personnel⁹. Il faut dire que la cuisine est centrale et qu'elle est munie d'installations dernier cri. La composition des repas étant devenue une tâche réservée, depuis quelques années, à un

⁹ Gascon et Parant, « Transport vertical, Hôpital Maisonneuve », *Architecture, bâtiment-construction*, vol. 9, no 95 mars (1954), p. 35.

personnel spécialement formé, l'Hôpital engage une diététicienne en charge des régimes alimentaires¹⁰. Le premier étage comprend l'admission, l'administration, la salle d'urgence, le département du « nursing » et la pharmacie. Le deuxième est plus technique avec les rayons-x, les laboratoires, le service central, la thérapie, l'auditorium, les archives et la bibliothèque des médecins¹¹. Cette bibliothèque est affiliée à l'Institut de cardiologie et comprend 24 périodiques en cardiologie¹².

Vient ensuite l'une des particularités du centre hospitalier, le 3^e étage. C'est à cet étage que débutent les chambres pour les patients, où les malades pourront être davantage assurés du maximum de bon air et de tranquillité. Les concepteurs s'inspirent des idées de MacEachern qui souligne que la vue et l'air pur affectent grandement la guérison du patient. L'Hôpital veut ainsi mettre cet aspect à l'avant plan. On retrouve à cet effet, dans le cahier promotionnel de l'Hôpital, une photo qui souligne la vue spectaculaire et le très grand confort qu'offrent les installations, illustration 3.

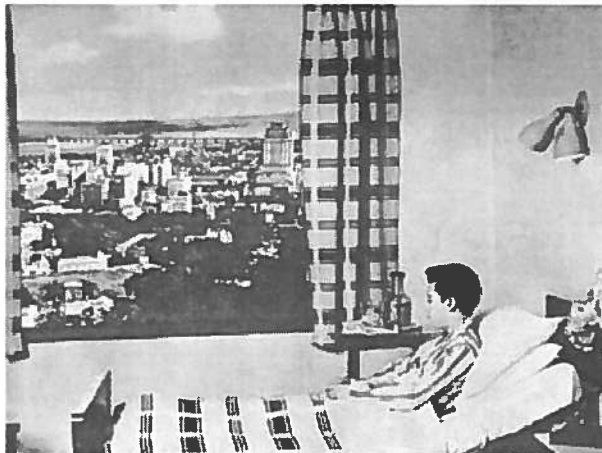
¹⁰ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/G, « Hôpital Maisonneuve. Citadelle des plus moderne, dans le domaine de l'hospitalisation », petit carnet de promotion.

¹¹ Gascon et Parant, *op. cit.*, p. 35.

¹² ASGM, « Hôpital Maisonneuve. Citadelle des plus moderne, dans le domaine de l'hospitalisation », *op.cit.*

Illustration 3

Image d'une chambre à Hôpital Maisonneuve 1954



Source : Archives Hôpital Maisonneuve-Rosemont, « Chambre privée », petit carnet de promotion 1954.

On retrouve aussi dans les étages supérieurs les salles d'opérations, la chapelle, le service d'obstétrique et de pédiatrie, le service social, les logements pour les religieuses, l'Institut de cardiologie, et, au dernier étage, qui se situe uniquement dans la tour centrale, la recherche médicale. Au total, l'immeuble comprend 14 étages, en plus du pavillon de six étages pour les gardes-malades et les employés et d'un édifice de quatre étages pour la résidence des internes. Ces bâtiments sont reliés au centre hospitalier par des tunnels. Les plans de l'Hôpital prévoient aussi, comme il se doit, une expansion future comprenant même des espaces pour de futurs ascenseurs¹³.

Il y a aussi d'autres innovations dans la conception de l'Hôpital, comme l'utilisation de céramique vitrifiée dans les salles d'opérations, qui sont particulièrement sécuritaires en cas d'explosions, et d'autres utilisations de matériels révolutionnaires,

¹³ Gascon et Parant, *op. cit.*, pp. 34-45.

comme les coupe-feux et les isolants¹⁴. Les plans de l'Hôpital Maisonneuve tiennent aussi compte des facteurs psychologiques, comme nous l'avons vu en ce qui concerne le choix des couleurs.

4.2.2 L'utilisation d'appareils et de méthodes modernes

L'on retrouve à travers les étages de l'Hôpital un système de chauffage, distribué par les plafonds et les planchers¹⁵ et un système de ventilation à éventails rotatifs et à succion mue par moteurs¹⁶. L'on retrouve aussi un système de stérilisation central qui dispose de 15 stérilisateur assurant une asepsie absolue et ayant des voies distinctes d'arrivée et de sortie du matériel¹⁷. Deux monte-charges servent au transport des instruments et du linge avant et après la stérilisation¹⁸.

Une fois que le squelette interne est complété, il ne reste qu'à disposer les équipements nécessaires et à bien coordonner les départements et les salles adjacentes pour faciliter la présence médicale et le développement scientifique. L'Hôpital est doté de 13 salles d'opérations, dont deux qui possèdent des caméras de télévision, afin de permettre à un plus grand nombre d'étudiants de suivre les interventions chirurgicales. Celles-ci sont diffusées en couleur sur plusieurs écrans¹⁹. Par ailleurs, cette disposition permet aux spécialistes de toutes parts de visionner à distance ce qui se fait à l'Hôpital Maisonneuve. Comme la recherche et le développement médical

¹⁴ Denis, Goulet, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004*, Québec, Septentrion, 2004, p. 35.

¹⁵ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/A, « Discours du Dr Paul Robert à la bénédiction de la pierre angulaire de l'Hôpital Maisonneuve », 21 septembre 1952, p. 1.

¹⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, lettre adressée au Dr Jean Grégoire, sous-ministre, au Ministère de la Santé de la province de Québec de la part d'Edmond Latourelle, architecte du Ministère de la Santé de la province de Québec, 16 février 1950.

¹⁷ ASGM, « Discours de Dr Paul Robert à la bénédiction de la pierre angulaire », *op. cit.*, p. 1.

¹⁸ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/H, Journal, *Le Devoir*, 19 septembre 1952.

¹⁹ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/H, Journal, *Le Journal de Rosemont*, Montréal, 11 février 1954.

sont mis à l'honneur, nous retrouverons aussi, parmi les nouvelles pratiques, un service de photographie qui permet à l'Hôpital et à ses chercheurs de diffuser plus facilement les connaissances médicales.

Chaque chambre, qu'elle soit pour une personne ou plusieurs, est munie d'appareil de sérum, d'un réservoir à oxygène, d'une salle de bain, d'un téléphone, d'une radio et d'un système interphone²⁰. Ce système, ayant le nom de multi-voix, permet au patient de communiquer avec l'infirmière installée à son poste et donne la possibilité à l'infirmière d'entendre tout ce qui se passe dans la chambre, ce qui est particulièrement utile pour les patients gravement malades. Il y a même un système d'interphone dans la salle d'accouchement de façon à permettre au père du bébé, situé dans la salle d'attente, d'entendre le premier cri. Au département de maternité, on a prévu 14 chambres qui sont munies d'une chambrette de verre pour le bébé. Cette cohabitation est absolument unique à Montréal, bien qu'aux États-Unis, il existe déjà des chambres familiales dans quelques établissements²¹. En fait, c'est la raison qui amène l'Hôpital à intégrer cette cohabitation, car lorsque le docteur Georges Jolivet, boursier pour un stage de deux ans en pédiatrie pour l'Hôpital Maisonneuve, se rendit au Jefferson Hospital de Philadelphie, il observa cette pratique. Puisqu'il communiquait régulièrement aux sœurs les nouveautés cliniques et techniques en pédiatrie, il leur parla de ce système de cohabitation de la mère et de l'enfant. Les Sœurs décidèrent alors de l'intégrer à l'Hôpital Maisonneuve²². Cette méthode permettait à la mère de se familiariser, dès les premiers jours, au nouveau-né et d'apprendre, sous la direction d'une infirmière, les soins à donner au bébé.

²⁰ Archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, Lise Chevalier, Bureau du Conseil d'Administration (26 septembre 1988) information pour le 250^e anniversaire de fondation de l'Institut des Sœurs de la Charité de Montréal (Sœurs Grises), p. 7.

²¹ ASGM, Journal, *Le Devoir*, *op. cit.*

²² D. Goulet, *op. cit.*, p. 31.

La salle de réveil peut accueillir jusqu'à neuf patients à la fois qui sont placés sous la surveillance directe de l'anesthésiste, du médecin et des infirmières avant que le patient puisse réintégrer sa chambre²³. En psychiatrie, les malades ne sont plus confinés dans un département défini, car l'on veut éviter qu'ils se sentent anormaux. Une clinique de la douleur est implantée pour étudier, entre autres, les maladies vasculaires et ainsi établir le bon diagnostic et la bonne thérapie. Au département de chirurgie, il y a une section consacrée uniquement aux chirurgies thoraciques qui connaissent d'importantes percées à cette époque. Finalement, on installe une clinique de fertilité pour les femmes désireuses d'avoir un enfant, mais qui ne peuvent devenir enceintes, pour des raisons physiques ou psychologiques. En résumé, les administrateurs veulent faire de cet Hôpital général un lieu où l'on retrouve une grande diversité de services à qui l'on joint une application des idées les plus avancées en matière de soins et de santé.

4.3 L'Institut de cardiologie

Le projet de créer au sein même de l'Hôpital un institut qui se distingue du centre hospitalier, tout en restant affilié à celui-ci, reste cependant l'acquis le plus important en ce qui a trait à la vocation du développement scientifique médical qui caractérise l'Hôpital Maisonneuve. L'Institut occupe tout le dixième étage et une partie du onzième. Il comprend, à ses débuts, 27 chambres pour les patients, soit 42 lits, trois bureaux pour les médecins, différentes salles dont une pour la radiologie, une pour les opérations, deux pour les laboratoires cliniques, deux pour le dispensaire et trois pour la fluoroscopie. Cet institut comprend aussi quatre laboratoires dont un de chirurgie

²³ASGM, Journal, *Le Devoir*, *op. cit.*

expérimentale et un d'hémodynamique. Plusieurs autres salles sont aussi présentes comme, la bibliothèque, le secrétariat, les salles d'attente, les salles de réunion, etc.²⁴.

4.3.1 L'importance de l'Institut de cardiologie au sein des services médicaux

Comme nous l'avons souligné au chapitre 2, les maladies du cœur prennent de plus en plus d'importance à cette époque. C'est l'augmentation de la durée moyenne de vie qui en est la cause principale. Le stress et les habitudes de vie, comme le tabac, l'alcool et l'alimentation, jouent aussi un rôle. La médecine permet dorénavant à un plus grand pourcentage de personnes de vivre plus longtemps en guérissant des maladies, infections ou accidents qui les auraient tuées plus rapidement auparavant. Cependant, les vieillards ne sont pas les seuls à être atteints de maladies cardiovasculaires. Aux États-Unis, en 1948, un homme sur six décède d'une maladie cardiovasculaire avant l'âge de 40 ans et 1 homme sur deux, après 45 ans. Les enfants sont aussi à risque. Les maladies cardiaques congénitales créent ainsi différentes malformations dès les premiers jours du bébé. Il y a aussi la tétralogie de Fallot ou maladie bleue dont 80% des bébés et enfants bleus sont porteurs. Il existe une chirurgie pour guérir cette maladie, mais elle n'est pratiquée au Canada que par deux centres médicaux dont un à Toronto et l'autre au Children's Memorial, à Montréal. Le manque d'équipements fait aussi en sorte que certaines pratiques médicales, comme celles de la cathétérisation du cœur et de l'angiocardiographie, ne peuvent être faites²⁵. Ainsi, l'Institut de cardiologie à Maisonneuve ne répond pas seulement au manque connu de praticiens ou d'équipements. Il répond aussi à une forte

²⁴ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, « Mémoire sur l'Institut de cardiologie de Montréal », 22 mai 1953.

²⁵ *Ibid.*

demande de recherche pour trouver de nouveaux traitements à certaines maladies qui ne peuvent être traitées.

Les acquis des spécialistes sont mis à contribution pour les patients, les étudiants et les autres médecins de l'Hôpital ou d'ailleurs. En utilisant les chirurgiens les plus qualifiés pour les opérations et en donnant à ces chirurgiens la chance de pratiquer certaines opérations à plusieurs reprises, l'Institut devient un lieu de référence²⁶. Bref, ce centre spécialisé apporte une contribution au progrès de la science tout en répondant aux besoins immédiats de la population.

4.3.2 L'impact de l'Institut

Les médecins de partout dans la province ont réagi rapidement à l'ouverture de l'Institut, ce qui cause certains problèmes. Les demandes dépassent rapidement la capacité de l'Institut, et le Dr David sollicite bientôt plus de lits, de personnel et d'espace. Malgré certains inconvénients pour l'Hôpital, il n'en demeure pas moins que ces réussites, dans le domaine de la recherche, des pratiques ou des interventions médicales, apportent à l'Institut, et donc à l'Hôpital, une très grande renommée. Déjà, en 1954, deux articles scientifiques ont été publiés et plusieurs autres suivront. Ces articles abordent différents aspects des maladies cardiovasculaires et leur traitement. Plusieurs de ces travaux contribuent à l'avancement des connaissances et des pratiques dans le domaine de la cardiologie. Certains médecins réussissent à développer des techniques opératoires audacieuse comme celle du Dr Arthur Vineberg, pour les greffes cardiaques. La transplantation d'une artère mammaire

²⁶ Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », *op. cit.*, pp. 2-23.

permet ainsi au cœur d'obtenir plus de sang. La technique opératoire du Dr Édouard Gagnon fait aussi sa marque pour les cas de sténose mitrale²⁷.

Le projet des Sœurs Grises de créer un centre hospitalier ultra-moderne qui se démarque des autres centres se réalise ainsi très rapidement après l'ouverture officielle. La contribution de la Communauté des Sœurs Grises à la création de ce nouveau centre florissant s'explique par leur foi en la science et à leur non-conformisme pour la hiérarchie médicale, en s'entourant de jeunes spécialistes.

Leurs actions et leurs décisions tout au long de la planification externe et interne de l'Hôpital reflètent leur détermination de bien mener à terme leur projet de départ. D'ailleurs, leur intérêt et leur implication dans les aspects architecturaux de l'Hôpital se constatent lorsqu'elles envoient deux sœurs avec les architectes pour faire un voyage d'étude. Nous savons aussi qu'elles étaient entièrement gagnées aux idées de MacEachern en ce qui concerne l'administration et l'aménagement interne de l'hôpital. Comme elles sont à la tête de la direction, tout le processus de planification et tout achat de matériel devaient être approuvés par elles, ce qui leur donna un très grand pouvoir décisionnel quant à l'orientation et la réalisation de l'Hôpital. Enfin, la place et l'importance qu'elles accordaient à la recherche permirent entre autres, la création d'un Institut de cardiologie de renommée mondiale.

²⁷ Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/H, Journal, *La Presse*, Montréal, 15 mai 1954.

Conclusion

Un ensemble de facteurs peuvent expliquer que le système de santé connaisse un tournant déterminant dans sa façon de fonctionner à la sortie de la Deuxième Guerre mondiale. Entre autres, il émerge de nouveaux traitements pour les maladies, auparavant incurables. La vision du public à l'endroit du système hospitalier devient beaucoup plus positive qu'auparavant, mais apporte en même temps avec elle une hausse des exigences de performance. Pour répondre à ces demandes, une proportion de plus en plus grande de médecins s'oriente vers une spécialisation pour obtenir la maîtrise d'une discipline précise. Il faut alors intégrer à l'hôpital l'équipement nécessaire à ces nouvelles techniques. Comme toutes nouvelles structures, il faut traverser une période d'adaptation qui se caractérise par une standardisation des pratiques. L'augmentation de la complexité des centres hospitaliers amène avec elle la transformation du travail des administrateurs d'hôpitaux. La professionnalisation du métier d'administrateur devient inévitable. Par conséquent, il doit dorénavant être pratiqué par des spécialistes qui sont formés dans ce domaine.

La mise sur pied d'un système hospitalier plus performant engendre en même temps des problèmes de taille reliés au financement et au développement des compétences nécessaires pour assurer la gestion. Les communautés religieuses, les municipalités et les familles ne peuvent plus subvenir seules aux besoins financiers des institutions. Pour cela, l'État prend une place capitale dans le maintien de ces institutions et dans la création de nouvelles. Même si plusieurs études démontrent l'importance du rôle de l'État dans le financement des hôpitaux, celui-ci a longtemps refusé de prendre les rênes du système de santé. L'Église garde donc la mainmise sur le système hospitalier et s'adapte aux changements en suivant le mouvement d'agrément et de

standardisation, en assurant sa pleine place au sein des associations hospitalières et en encourageant la formation universitaire de ses membres. À cet effet, les religieuses sont devenues le groupe le plus qualifié en matière d'administration hospitalière et d'enseignement des infirmières et la Communauté des Sœurs Grises se démarque tout particulièrement à cet égard.

Les Sœurs Grises possèdent plusieurs institutions hospitalières sur le territoire canadien hors Québec et aux États-Unis, en plus de posséder plusieurs écoles pour la formation des infirmières. Elles sont présentes à Montréal, à l'Hôpital Notre-Dame, mais ne sont pas aux commandes. Leur désir le plus cher est d'avoir leur propre hôpital général dans cette ville, qui serait à l'avant-garde des innovations hospitalières. Ce désir devient possible lorsqu'on leur propose le projet de créer un nouvel hôpital dans l'Est de Montréal. Cette partie de la ville, de plus en plus peuplée, connaît un manque flagrant d'institutions hospitalières depuis l'incendie de l'Hôpital des Sœurs de la Providence. La Communauté accepte ce projet, mais à certaines conditions qui ont comme ligne de fond l'obtention d'un très grand contrôle sur la conception et l'orientation de l'institution. L'aboutissement de longues négociations permet la naissance d'un hôpital général d'une capacité de 500 lits dont 42 sont réservés pour la création, à l'intérieur même de l'hôpital, d'un institut de cardiologie.

Même si les Sœurs représentent l'autorité principale à l'Hôpital Maisonneuve, elles jugent important, pour le choix des médecins, d'établir un comité paritaire formé de sœurs et de médecins reconnus au sein de la profession. La spécialisation et le jeune âge des médecins sélectionnés reflètent, entre autres, le désir de créer une institution

se démarquant par l'ouverture de ses membres aux nouvelles pratiques médicales. Une fois les choix établis, les Sœurs donnent aux médecins une grande latitude dans la gestion de leurs départements. Cette façon de faire ne va pas à l'encontre de leur autorité, car elles se sont assurées de choisir des médecins qui partagent leur vision et elles gardent aussi le pouvoir d'intervention à tout moment.

La contribution des religieuses hospitalières à la conception et à la réalisation de l'Hôpital Maisonneuve ne découle pas seulement de leur degré élevé de formation académique et de leur expérience professionnelle dans la gérance d'institutions hospitalières, mais aussi de leur implication de longue date dans le domaine du « nursing ». Leurs connaissances de ce qui se passait ailleurs en Amérique du Nord les a motivées à créer, à l'École d'infirmières de l'Hôpital Maisonneuve, un programme expérimental extrêmement innovateur au Québec. Celui-ci a comme but de réduire le nombre de crédits alloués à la théorie, en enlevant ce qui n'est pas essentiel à la formation, tout en centrant les cours sur les nouvelles réalités médicales et les nouvelles tâches de l'infirmière.

Les autres aspects innovateurs implantés à l'Hôpital Maisonneuve peuvent se retrouver dans trois domaines distincts dont la conception architecturale externe et interne de l'Hôpital, l'utilisation d'appareils et de méthodes modernes, et, finalement la place que l'institution a accordée à la recherche. Nous avons vu que le choix de la forme de l'Hôpital s'inspire des nouvelles structures architecturales développées aux États-Unis. La verticalité de l'Hôpital et la centralisation des services et des départements permettent une utilisation plus efficace de l'espace et un plus grand contrôle de la production et de la distribution. En ce qui a trait aux appareils utilisés

afin d'assurer, le chauffage, la ventilation, la stérilisation, le voyage et la communication, celles-ci représentent, à l'époque, une importante innovation dans la conception des opérations et une amélioration considérable de la qualité de séjour du patient. L'utilisation de nouvelles méthodes, comme la cohabitation de la mère et du nouveau-né, indique ici aussi le désir d'innover pour obtenir une plus grande satisfaction des patients et de meilleurs rendements. La recherche scientifique prônée à l'Hôpital obtient dès le début des échos positifs surtout grâce à l'Institut de cardiologie. La nouvelle conscience de l'importance de cette maladie de la part du public contribue à la renommée de l'Hôpital.

Les quatre chapitres de ce mémoire rappellent donc le trajet parcouru par la Communauté des Sœurs Grises pour obtenir et mettre en place une institution qui a su appliquer les innovations médicales de l'époque tout en répondant aux besoins spirituels, psychologiques et physiques du patient. Bien sûr, nous aurions pu pousser plus loin notre analyse en abordant davantage sur les aspects techniques médicaux, ou comparer la Communauté des Sœurs Grises et leur Hôpital à d'autres communautés religieuses hospitalières. Ceci étant dit, une telle approche aurait été difficile à développer dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. Elle pourrait néanmoins faire l'objet de prochaines recherches. Une autre question a particulièrement suscité notre intérêt, à mesure que nous avançons dans notre travail : il s'agit des effets de la laïcisation sur la qualité des soins. Elle pourrait se formuler de la façon suivante : Est-ce que le système de santé d'aujourd'hui, qui s'est laïcisé, permet d'obtenir la même qualité et la même présence des soignants par rapport aux soignés et le même soutien moral qu'à l'époque de la présence des religieuses dans le réseau hospitalier?

Comme nous l'avons mentionné au départ de ce mémoire, notre recherche veut contribuer à un courant historiographique qui rend compte du rôle des communautés religieuses dans l'histoire du système de santé québécois de façon plus équilibrée que par le passé. Il ne s'agit ni d'exagérer ni de minimiser leur rôle, comme cela a généralement été le cas, mais de le représenter dans toute sa complexité. Compte tenu du caractère central du rôle des communautés religieuses dans l'histoire du réseau hospitalier québécois, il s'agit, selon nous, d'une question incontournable qui devrait susciter plus d'intérêt de la part des historiens.

Bibliographie

SOURCES

Archives Sœurs de la Charité de Montréal (Sœurs Grises) Maison de Mère d'Youville

Boîte 1 : L120/A

Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/A, Historique :

- « Hôpital Maisonneuve », note de Sœur Mance Décary, 18 octobre 1950
- « Notice sur l'Hôpital Maisonneuve », écrit par Sœur Alice Laverdure, écrit le 28 juillet 1952
- « Discours du Dr Paul Robert à la bénédiction de la pierre angulaire de l'Hôpital Maisonneuve », 21 septembre 1952
- « Mémoire sur l'Institut de cardiologie de Montréal », 22 mai 1953
- « Hôpital Maisonneuve, Rapport annuel 1954 », 44 p.
- « Document 10^e anniversaire de l'Hôpital Maisonneuve et l'Institut de cardiologie de Montréal, 1953-1963 », écrit par Sœur Thérèse Lemieux
- « Explications et définitions », administration des Sœurs Grises
- « Historique », septembre 1970
- « Hôpital Maisonneuve blason »
- Lise Chevalier, Bureau du Conseil d'Administration (26 septembre 1988) information pour le 250^e anniversaire de fondation de l'Institut des Sœurs de la Charité de Montréal (Sœurs Grises)
- « Préliminaires de la fondation ».

Boîte 2 : L120/B/C/D

Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, Correspondances :

- Entre le ministre Albini Paquette et Rosario Marchand du 15 et 19 mars 1951
- Entre Sœur Alice Laverdure, économe générale et René Morin, administrateur délégué Trust Général du Canada, du 19 et 24 novembre 1953

Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/B, Lettres adressées :

- À Monsieur R. Marchand, représentant des Sœurs Grises de la part de Monsieur L. A. Lapointe, directeur des Services Municipaux de Montréal, 19 août 1949
- À Monsieur R. Marchand, représentant des Sœurs Grises de la part du directeur des finances de la ville de Montréal, 24 novembre 1949

- Au Dr Jean Grégoire, sous-ministre, au Ministère de la Santé de la province de Québec de la part d'Edmond Latourelle, architecte du Ministère de la Santé de la province de Québec, 16 février 1950
- Au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 20 février 1950
- Au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 10 mars 1950
- Au président et aux membres du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part de Sœur Marie T. Courville, supérieure générale, 27 septembre 1950
- À J.O. Asselin, président du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part des Sœurs Grises de Montréal, 30 septembre 1950
- Au président et aux membres du Comité Exécutif de la cité de Montréal de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 8 mars 1951
- Au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 19 mars 1951
- Au Dr Albini Paquette, Ministre provincial de la Santé de la part de Rosario Marchand, représentant des Sœurs Grises, 24 avril 1952

Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/B, Divers :

- « Visite d'étude : re-Construction : Hôpital Maisonneuve »
- « Institut de cardiologie de Montréal. Projet », écrit par Dr Paul David, le 23 février 1951

Archives des Soeurs de la Charité (Soeurs Grises), L120/C, Études :

- « La Société des Hommes d'Affaire de l'Est », écrit le 30 août 1949.
- « Hôpital Maisonneuve, études sur octroi de la cité de Montréal », préparée en date du 20 novembre 1961
- « Hôpital Maisonneuve, études sur octroi provincial », préparée en date du 20 novembre 1961

Boîte 3 : L120/E/F/G

Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/E :

- « La spiritualité dans la vie de l'infirmière », écrit par Léo Tougas prêtre aumônier, janvier 1954
- « Requête présentée au département de Ministère de Santé et du Bien-Être de la province de Québec », par l'administration de l'école d'infirmières de l'Hôpital Maisonneuve sous la direction des Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal

Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/G :

- « Hôpital Maisonneuve. Citadelle des plus moderne, dans le domaine de l'hospitalisation », petit carnet de promotion.

Boîte 4 : L120/H/I**Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/H, Journaux :**

- *Le Devoir*, 19 septembre 1952
- *Le Journal de Rosemont*, Montréal, 11 février 1954
- *La Presse*, 15 mai 1954

Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), L120/I :

- « Hôpital Maisonneuve, école d'infirmières », petit carnet de promotion
- « Rapport annuel de 1954 ».

Biographies Sœurs**Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), Biographies :**

- « Renseignements sur Sœur Jeannette Gagnon , s.g.m. »
- « Sœur Alice Laverdure, 1898-1977 »
- « Sœur Annette Dion, 1907- »
- « Sœur Annette Lachance, 1905-1997 », écrite par sœur Geneviève Rocan
- « Sœur Béatrice St-Louis »
- « Sœur Blanche Labrosse, 1889-1984 », écrite par sœur Estelle Mitchell
- « Sœur Clarilda Fortin, 1894-1987 », écrite par sœur Estelle Mitchell
- « Sœur Mance Décary, 1910-1987 », écrite par sœur Estelle Mitchell
- « Sœur Rachel Tourigny 1905-2006 », écrite par sœur Estelle Mitchell
- « Sœurs Virginie Allaire », écrite par Julienne Massé, 5 novembre 1984.

Curriculum vitae Sœurs**Archives des Soeurs de la Charité (Sœurs Grises), Curriculum vitae :**

- « Sœur Annette Dion »
- « Sœur Denise Lefebvre », janvier 1992
- « Sœur Marie Rose Lacroix », 21 novembre 1975.

Archives Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

À la bibliothèque de l'Hôpital dans un classeur :

- Photographie chambre privée, petit carnet de promotion, 1954
- Photographie vue aérienne de l'Hôpital, 1954
- Historique écrit par l'archiviste de l'Hôpital, Hélène Lauzon, 2004.

RAPPORTS DIVERS

Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. « L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec ». Gouvernement du Québec, annexe 2, 1970.

Québec, Enquête sur les services de santé. « Caractéristiques spéciales de la province ». Gouvernement du Québec, Tome II, 1948.

Québec, Enquête sur les services de santé. « Services de santé provinciaux ». Gouvernement du Québec, Tome IV, 1948.

Conférence catholique canadienne. « Les hôpitaux dans la province de Québec. Listes complètes, statistiques, associations, assurance, hospitalisation, documents divers ». Ottawa, Département d'action sociale, 1961, 103 p.

ÉTUDES

Ouvrages généraux

AGNEW, Harvey G. *Canadian Hospitals, 1920 to 1970. A Dramatic Half Century*. Toronto, University of Toronto Press, 1974, 276 p.

BATES, Christina, Dianne DODD et Nicole ROUSSEAU. *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers canadiens*. Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, 248 p.

BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989, 207 p.

BÉGIN, Clermont, Gérard BÉLANGER, Pierre BERGERON et Vincent LEMIEUX. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 p.

CHARTRAND, Luc, Raymond DUCHESNE et Yves GINGRAS, *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 1987, 487 p.

COHEN, Yolande. *Profession infirmière. Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, 320 p.

DESJARDINS, Édouard, Suzanne GIROUX et Eileen C. FLANAGAN. *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal, Les éditions du Richelieu, 1970, 270 p.

DUSSAULT, Gilles. *La profession médicale au Québec (1941-1971)*. Québec, Institut supérieur des sciences humaines Université Laval, Cahiers de l'ISSH, 1974, 133 p.

GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*. Québec, Boréal, 1996, 123 p.

GUÉRARD, François. (chapitre III, partie 2 : L'hôpital investi et transformé par la médecine) dans Normand Séguin, dir., *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1998, 191 p.

GOULET, Denis et André PARADIS. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. VLB éditeur, 1992, 527 p.

JEAN, Marguerite. *Évolution des communautés religieuses de femmes au Canada de 1639 à nos jours*. Montréal, Fides, 1977, 324 p.

MACEACHERN, Malcolm T. *Hospital Organization and Management*. Chicago, Physician's Record Company, 1957, 1316 p.

Ouvrages spécialisés

CELLARD, André et Gérard PELLETIER. *L'Histoire de l'Association catholique canadienne de la santé. Fidèles à une mission*. Ottawa, A.C.C.S., 1990, 153 p.

DUMONT, Micheline. *Les religieuses sont-elles féministes ?* Bellarmin, Québec, 1995, 204 p.

GOULET, Denis. *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004*. Québec, Septentrion, 2004, 174 p.

GOULET, Denis, François HUDON et Othmar KEEL. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*. Montréal, VLB éditeur, 1993, 452 p.

JACQUES, Alain. *Docteur Paul David. Institut de cardiologie de Montréal*. Montréal, Laporte et Cie (éditeur) INC., 1985, 288 p.

MITCHELL, Estelle. *L'essor apostolique. Sœurs de la Charité de Montréal, Sœurs Grises, 1877-1910*. Montréal, 1981, 268 p.

ROUSSEAU, François. *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*. Québec, Septentrion, 1994, 489 p.

Chef de file, homme d'actualité : Révérend Père Hector Louis Bertrand, s.j., Laval, Fondation Bertrand, 1987.

Articles de revues

BERGERON, Claude. « L'ère de la banlieue, 1945-1970 ». *Architectures du XX^e siècle au Québec*. Montréal, Méridien, 1989, pp. 145-147.

COHEN, Yolande. « La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940 ». *The Canadian Historical Review*, vol. 77, no 2 (juin 1996), pp. 185-220.

D'ANJOU, Marie-Joseph. « Le progrès de nos hôpitaux ». *Relations*, no 116 (août 1950), pp. 211-213.

GASCON et PARANT. « Transport vertical, Hôpital Maisonneuve ». *Architecture, bâtiment-construction*, vol. 9, no 95 mars (1954), pp. 34-45.

GUÉRARD, François. « L'histoire de la santé au Québec : filiations et spécificités ». *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 17, no 1-2 (2000), pp. 55-72.

LA SALLE, Dr. Gérald. « Quelques tendances en architecture hospitalière. Le point de vue d'un médecin administrateur ». *Architecture, bâtiment-construction*, vol. 9, no 95 (1954), pp. 48-49.

JOBIN, Pierre. « L'avenir des hôpitaux privés ». *L'Union Médicale du Canada*, tome 84, 5 (mai 1955), pp. 566-570.

La direction. « Un doctorat unique est décerné à Sœur Denise Lefebvre s.g.m. ». *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 1, no 9 (septembre 1955), p. 27.

LAMONTAGNE, Esther et Yolande COHEN. « Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal, 1923-1947 : de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing ». *Historical Studies in Education / Revue d'histoire de l'éducation*, vol. 15, no 2 (automne 2003), pp. 273-297.

MARTIN, Paul. « Aide fédérale aux hôpitaux canadiens ». *L'Union Médicale du Canada*, tome 80, 2 (février 1951), pp. 223-225.

PAQUET, André. « Pour qu'ils aient la vie ». *Relations*, no 128 (août 1951), pp. 216-218.

Mémoire

BLAIN, Louise. *L'assurance-médicaments : Les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments*. Mémoire de maîtrise, Département des sciences juridiques, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2000, 145 p.