



The *Great* Canadian
Catholic Hospital History Project

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



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

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

**Au cœur de St-Mary
Histoire du Centre hospitalier
de St-Mary de Montréal**

par
Alan Hustak

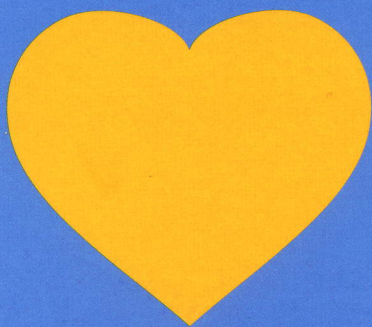
traduit par
Michel Saint-Germain et Mario Pelletier

Source: Courtesy of Alan Hustak

Copyright: © 2014 Alan Hustak. With
permission of the author

Digitized: November 2017

Au



de



Histoire du Centre hospitalier de

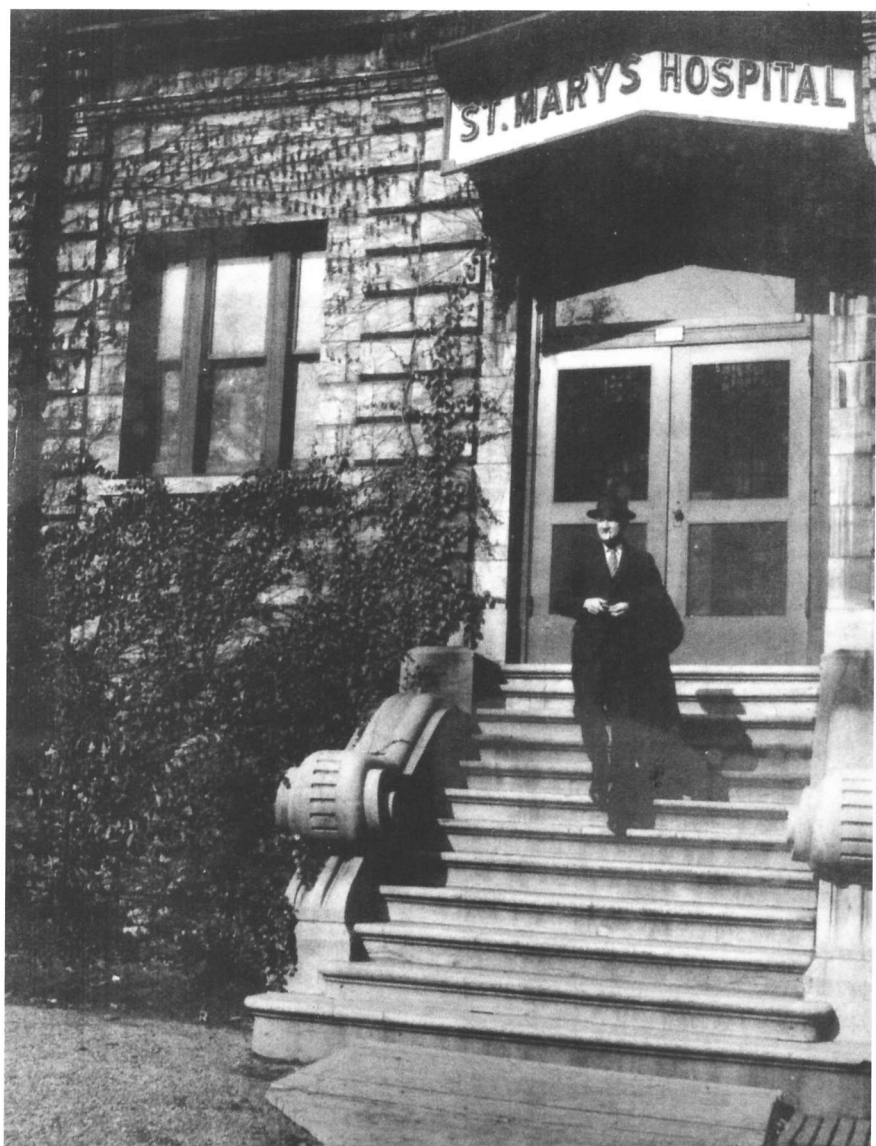
St. Mary de Montréal **ALAN HUSTAK**

Extrait de l'Introduction

« Les responsables du St. Mary's Memorial Hospital avaient des idéaux élevés. L'un des premiers manuels de fonctionnement énonçait que, même s'il était censé être une institution catholique, il était conçu à tous les points de vue comme un hôpital communautaire, "ouvert à tous, riches ou pauvres, sans égard à la race, à la confession ou à la situation financière." »

Tous les patients devaient être traités d'une façon égale, peu importe leur statut ou leurs revenus. Le code d'éthique de l'hôpital fut plus tard énoncé par le chirurgien en chef, Dr Donald Hingston : "L'idéal d'amitié et d'équité entre les membres du personnel; l'idéal d'une courtoisie et d'un respect sans faille envers les religieuses infirmières et les patients, l'ambition que les membres du personnel soient admirés du point de vue scientifique et professionnel, et que le succès financier soit toujours tenu au second plan derrière le succès professionnel." »

Au cœur de St. Mary



Le Dr Jack Lanthier, radiologue, sur les marches du premier Hôpital de St. Mary, à la Maison Shaughnessy, en 1926.

Au cœur de St. Mary
*Histoire du Centre hospitalier
de St. Mary de Montréal*



ALAN HUSTAK

Traduit par
MICHEL SAINT-GERMAIN ET MARIO PELLETIER


Véhicule Press

Publié grâce au soutien du Conseil des arts du Canada, du Fonds du livre du Canada
du ministère du Patrimoine canadien et de la Société de développement des
entreprises culturelles du Québec (Sodec).

Conception de la couverture : David Drummond.
Cet ouvrage a été composé en Minion par David Leblanc
et imprimé à l'Imprimerie Marquis.

Copyright © Alan Hustak 2014

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada
Hustak, Alan, 1944-, auteur
Au cœur de St. Mary, une histoire du Centre hospitalier St. Mary de Montréal /
Alan Hustak.

Comprend un index.

ISBN 978-1-55065-361-8 (couverture souple)

Hôpital de St. Mary (Montréal, Québec) — Histoire. 2. Hôpitaux — Québec
(Province) — Montréal — Histoire. I. Titre.

RA983.M6S36 2013 362.1109714²28 C2013-905910-5

Publié par Véhicule Press, Montréal, Québec, Canada
www.vehiculepress.com

Distribué au Canada par LitDistCo
www.litdistco.ca

Distribué aux États-Unis par Independent Publishers Group
www.ipgbook.com

Imprimé au Canada sur du papier certifié par le fsc

Un hôpital doit non seulement fournir les services les plus efficaces aux malades, il doit également avoir un cœur. Il doit comprendre qu'un patient est un être humain, une créature à l'image de Dieu, et en tant que tel, il mérite gentillesse et considération. St Mary est un pareil hôpital.

—Georges Gauthier, archevêque de Montréal



Ce livre est dédié aux patients de St. Mary et à leurs familles, qui, depuis neuf décennies, ont fait confiance à cet hôpital pour fournir des soins de qualité avec compassion; à la communauté irlandaise qui l'a bâti, aux religieuses qui l'ont dirigé, aux employés de soutien et aux bénévoles qui continuent d'entretenir son esprit, aux étudiants en médecine et aux stagiaires qui demandent un effort à l'hôpital et le font avancer, à ses directeurs et aux membres de son conseil d'administration, de même qu'à tous ceux qui, par leur leadership et leur engagement, continuent d'enrichir St. Mary par leur loyauté et leur expertise.

TABLE DES MATIÈRES

xi	Avant-propos
xiii	Préface
3	Introduction
8	Chapitre un
33	Chapitre deux
52	Chapitre trois
62	Chapitre quatre
76	Chapitre cinq
98	Chapitre six
111	Chapitre sept
128	Chapitre huit
138	Chapitre neuf
157	Chapitre dix
173	Chapitre onze
195	Chapitre douze
210	Chapitre treize

AVANT-PROPOS



Ce livre répond au souhait de certains membres de la grande famille du Centre hospitalier de St. Mary qui, par attachement à cet établissement, voulaient voir consignée son extraordinaire histoire. En 1987, le Dr Jack Dinan avait écrit un premier volume, intitulé *St. Mary's Hospital : The Early Years*.

Depuis ses débuts tumultueux d'institution confessionnelle, dans les années 1920, jusqu'à sa reconnaissance officielle par le ministère en 2008 en tant que centre hospitalier affilié universitaire, en passant par son expansion au cours de la Grande Dépression économique de 1929, St. Mary a eu une dimension humaine qu'il n'est pas toujours facile de saisir dans un cadre institutionnel.

L'histoire de cet hôpital est fondée avant tout sur un extraordinaire dévouement — celui de ses bâtisseurs, de son personnel et de toutes les personnes qui ont soutenu son rôle unique dans la collectivité. L'histoire qui est relatée ici ne se limite pas à célébrer les réussites médicales de l'institution : elle raconte aussi les rivalités et les luttes continuelles qui ont fini par en assurer la survie. Elle reconnaît également l'apport des médecins, des religieuses, des infirmières et autres professionnels de la santé, celui de tout le personnel et, bien sûr, des innombrables bénévoles qui, dès les débuts de l'hôpital, se sont sans cesse engagés à assurer son excellence en soins de santé.

St. Mary fait partie de ma vie depuis mon arrivée au Québec, en 1972, à titre d'étudiant en médecine pour un été. J'y suis revenu en 1974, pour faire mon internat, avec 35 dollars en poche. J'ai eu le privilège non seulement d'y travailler, mais aussi, depuis 16 ans, de guider

ses destinées en tant que directeur général. St. Mary n'est pas parfait, et même s'il n'est pas toujours facile, par les temps qui courent, de faire partie du système public de santé, je suis particulièrement fier de voir St. Mary constamment reconnu comme l'un des hôpitaux les plus performants de l'île de Montréal.

Plus personnellement, j'ai eu le plaisir et le privilège d'être associé à l'hôpital tout au long de ma carrière professionnelle. Au nom de tout le personnel de l'hôpital, je veux remercier les milliers d'étudiants de toutes les disciplines de la santé qui ont suivi une partie de leur formation à St. Mary. Notre institution s'en trouve mieux. Et je sais gré, tout spécialement, aux générations de patients et de familles qui ont fait confiance à St. Mary et qui nous ont accordé le privilège de les servir.

Je m'en voudrais ici de ne pas saluer bien bas les quatre personnes qui se sont passionnées pour ce projet : les docteurs Guy Joron, Richard Moralejo, Constant Nucci et James Sullivan. Bien sûr, mes remerciements s'adressent aussi à Alan Hustak pour avoir écrit le livre et Véhicule Press pour l'avoir publié.

Au moment où une nouvelle génération d'administrateurs s'apprête à entrer dans l'avenir, j'espère que cette histoire servira non seulement à rappeler le passé de l'hôpital, mais aussi à les aider, en période de changements inévitables, à garder et à préserver l'identité indélébile de St. Mary.

Arvind K. Joshi. M.D.

PRÉFACE



En janvier 1930, avec la contraction de l'économie, le Dr Donald Hingston, fils ambitieux d'un chirurgien montréalais fait chevalier, entreprit de recueillir un million de dollars pour bâtir un hôpital qui serait au service des catholiques irlandais de Montréal. C'était une initiative audacieuse, mais graduellement, la communauté irlandaise appuya les projets de Hingston et, en dépit de la crise économique, les gens contribuèrent, une brique à la fois, à la construction d'un hôpital communautaire. En 1934, l'Hôpital de St. Mary ouvrit ses portes à son emplacement actuel, au 3830, avenue Lacombe.

Hingston était un homme d'une énergie et d'une ambition peu communes. Il fallut beaucoup de négociations et de détermination pour garder l'hôpital en fonction, et malgré la pression constante que cela lui imposa au fil des ans, Hingston a réussi. Grâce à la générosité des bénévoles, les largesses des bienfaiteurs et l'argent du gouvernement, le Centre hospitalier de St. Mary a non seulement survécu, mais depuis sa désignation ministérielle à titre de centre hospitalier affilié universitaire en 2008, il est devenu le principal hôpital communautaire de Montréal.

Il y a cinq ans, au cours de la douzième récession officielle en 80 ans, l'hôpital a une fois de plus entamé une initiative audacieuse : cette fois, il allait lancer un plan de renouvellement des infrastructures de 120 millions de dollars qui lui permettrait de relever les défis du vingt et unième siècle. Les plans comprenaient l'ajout de deux nouveaux étages à l'aile ouest, la rénovation et l'expansion des unités de soins intensifs, l'ajout de salles opératoires au deuxième étage et la recons-

truction du 5300, Chemin de la Côte-des-Neiges en tant qu'édifice à bureaux dernier cri pour les cabinets des médecins et les cliniques associés à l'hôpital. À la différence des projets de super-hôpitaux qui coûteront plusieurs milliards, notamment le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) — qui, au moment où ces lignes sont écrites, est empêtré dans un scandale administratif et des dépassements de coûts —, le projet de St. Mary progresse lentement, par phases.

Il y a dix ans, une telle expansion aurait été impensable. Mais dans le passé, St. Mary a démontré qu'il pouvait vaincre l'improbable. « Notre institution a été fondée par une communauté catholique irlandaise et un groupe de médecins catholiques irlandais et dirigée, fort bien dirigée, pendant 50 ans, par des religieuses catholiques, puis par William Busat, suivi par le Dr Constant Nucci un médecin d'origine italienne [canadienne]; et maintenant, l'hôpital est géré par un Indo-Africain, détenteur d'une maîtrise en administration, qui a étudié en Irlande, qui parle huit langues et est marié à une Québécoise », explique l'ancien président du conseil, Richard Renaud, le financier et philanthrope créatif qui a contribué à tracer l'avenir de St. Mary. Les raisons de l'expansion, selon Renaud, font partie de l'évolution naturelle de l'hôpital. « Il s'agit de continuer à fournir des soins de santé de qualité, une activité maintenant différente de ce qu'elle était jadis. Les étiquettes, en ce qui concerne les hôpitaux, c'est fini, insiste-t-il. Il n'y a plus d'hôpitaux catholiques, protestants, juifs ou d'une ethnie minoritaire. Il n'y a que des hôpitaux communautaires. Et pour St. Mary, la meilleure façon d'exceller en tant qu'hôpital communautaire, c'est d'affirmer son excellence, de miser sur les forces spécifiques qui le distinguent. C'est l'un des plus grands centres de naissance, avec environ 5 000 naissances par année. Il se spécialise dans la chirurgie de la cataracte, il fournit les plus bienveillants des soins primaires et secondaires en oncologie, et selon tous les critères, il a les laboratoires les plus efficaces de la province. C'est l'un des hôpitaux les mieux dirigés au Québec. Son expansion est une affaire de bonne gouvernance. »

Écrire sur une institution comme St. Mary est une tâche intimidante. Tous ceux qui y sont passés en tant qu'employés ou patients ont une anecdote à raconter à propos de l'hôpital. Ses inconditionnels y

croient avec dévotion. Il sert une population immédiate de 233 000 personnes dans plus densément peuplé et le plus multiculturel des douze régions socio-sanitaires du grand Montréal. Ce livre est une histoire populaire du Centre hospitalier de St. Mary depuis ses débuts en 1924. Ce n'est aucunement une histoire académique ou définitive, car les archives de l'hôpital ont été dramatiquement négligées et n'ont jamais été convenablement cataloguées. Je suis reconnaissant envers le Dr Jack Dinan pour son livre sur l'hôpital, écrit 20 ans avant le mien. Sa monographie, courte mais utile, intitulée *St. Mary's Hospital : The Early Years*, a posé les bases de ce livre. Toutefois, les débuts de l'hôpital ne m'étaient pas tout à fait inconnus, car j'en avais déjà abordé l'histoire dans ma biographie de Sir William Hingston, en 2004.

Les grandes institutions sont formées par des dirigeants dynamiques et j'ai eu la chance d'en interviewer un certain nombre pour ce livre, dont les médecins David Kahn, Guy Joron, Richard Moralejo et Constant Nucci, qui ont enrichi ces pages de leurs observations, et Mgr Sean Harty et le Dr Arvind K. Joshi, qui m'ont soutenu quand l'écriture a demandé plus de temps que prévu. Je les remercie tous de leur patience. De même, Alain Benedetti et Richard Renaud ont fait la lumière sur quelques passages obscurs. Une grande part de la documentation du livre provient des procès-verbaux du conseil d'administration de l'hôpital et des rapports annuels de l'institution, auxquels on m'a donné un accès sans réserve.

Les Sœurs de la Providence, les Sœurs Grises et les Hospitalières de St-Joseph ont été fort bien disposées à fournir du contenu pertinent provenant de leurs archives, tout comme Gilles Teasdale, Marjolaine Martel et Anthony Mullins, de la bibliothèque et des archives photographiques du Centre hospitalier de St. Mary.

Les journaux inédits des docteurs Donald Hingston et Emmett Mullally, qui étaient là depuis le début, ont ajouté de la texture. L'Osler Library of the History of Medicine, à l'Université McGill, et le *Canadian Medical Association Journal* se sont avérés d'une importance inestimable. Mes remerciements vont particulièrement à Nancy Marrelli, archiviste émérite à l'Université Concordia et membre de longue date du Conseil d'administration du Centre hospitalier de St. Mary, à Gordon Burr des archives de l'Université McGill, à Louise

Verdant du Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, à Mylène Laurendeau et à Hélène Leblond, archivistes des Sœurs Grises de Montréal, ainsi qu'à Gayle Desarmia et à Danielle Hugues, archivistes des Sœurs de la Providence de St. Vincent de Paul, à Kingston, en Ontario. Aux nombreux médecins qui m'ont parlé, ou aux membres des familles qui m'ont écrit ou ont autrement offert leur aide, ma plus profonde appréciation. Mentionnons parmi eux : Mme Janet Macklem, Ralph Dadoun, John Keyserlingk, Ben Thompson, Peter Gruner, Mark J. Yaffe, Gerald Berry, Tom Altimas, Peter Duffy, Joe Dylewski, Peter McCracken, José Rodriguez, Mme Karl Essig, Jeffrey Kwitko, Daisy Pick, Richard Cruess, David Shaffelburg, Yosh Taguchi, Sandra Dolan, Peter Howlett, Andy Gutkowski et surtout, Jim Sullivan, qui a fait avancer les choses et qui, avec le Dr Guy Joron, ont offert des conseils au cours d'agréables dîners au restaurant Le Béarn. Mon seul regret est que Guy n'ait pas vécu assez longtemps pour lire le manuscrit définitif. Il est décédé en 2011.

Je remercie également Danielle Robitaille, Dan Burke, Caroline Emblem, Charlotte French, Nicole Tinmouth, Maureen Fitzgerald, Maureen Rappaport, Margaret O'Hanley, Brian Gallery, Jay Gould, Betty Ann Huberdeau, Edna Johns, Helene McCormack, Patricia McDougall, Jane Skelton Mullally, Helen Lanthier, Patrick Wickham, Brian O'Neill, John Pepper et Desmond Clarke, qui, tous, m'ont permis de consulter des documents familiaux pertinents, ou m'ont aiguillé vers des textes originaux que je n'aurais peut-être pas trouvés autrement. Ma recherche a été assistée par Lucinda Boyd à Chicago, Cynda P. Heward et Sheila Aronoff à la Fondation de l'Hôpital St. Mary, Hugh Whalen, Barbara Bourne, Patricia Bennett, Lucile Lavigneur, Nick Beshwaty, Elizabeth Gibson, Mary Lynne Desbarats, Julie Plamondon, Jean Mahoney, Dominic Taddeo, Robert Vanden Abeele, Suzanne Brosseau, Stanley Drummond, Viviane Tawil, Patrick Letang, et Sonia Grégoire à l'Hôpital général du Lakeshore. Je remercie aussi les bibliothécaires de la *Gazette*, Michael Porritt, Patricia Duggan et David Pinto; Éric Durocher du *Catholic Times*; et Beryl Wajzman qui non seulement m'a offert un chapeau, mais m'a assigné un bureau où l'accrocher.

Bien entendu, je remercie le Centre hospitalier de St. Mary et la Fondation de l'Hôpital de m'avoir commandé ce livre et je suis encore plus reconnaissant envers le personnel de l'hôpital de m'avoir laissé l'entière liberté de l'écrire, sans interférence. Si cet ouvrage a des défauts, je suis le seul responsable de son contenu et de l'interprétation des faits. Mes remerciements à Mary Williams pour avoir révisé le manuscrit anglais. Une fois de plus, il m'a fait grand plaisir de travailler avec Simon Dardick et son équipe chez Véhicule Press. J'apprécie son expertise, son jugement, sa franchise, ses conseils, et surtout son amitié.

Montréal — Montebello

Avril 2013

A. M. D. G.



Le gouverneur général Bessborough (au centre) pose la pierre angulaire de l'Hôpital de St. Mary, le 17 juin 1933, sous le regard de Thomas Taggart Smyth, président du conseil d'administration de l'hôpital.

INTRODUCTION



Le samedi 17 juin 1933, à Montréal, des médecins, des politiciens en haut-de-forme, des curés, des vicaires en soutane, des religieuses en habit noir et rugueux, ainsi qu'un nombre inhabituel de femmes se rassemblèrent dans un champ situé au coin de l'avenue Lacombe et du Chemin de la Côte-des-Neiges, à Montréal. Malgré la menace de pluie, cette foule était rassemblée, en cette année la plus cruelle de la Grande Dépression, pour assister à la pose de la première pierre du St. Mary's Memorial Hospital, une institution destinée à la population anglophone de Montréal. Parmi la foule se trouvaient le maire Fernand Rinfret, qui avait été secrétaire d'État du cabinet du premier ministre Mackenzie King, Joseph Henry Dillon, député provincial de Sainte-Anne, un comté majoritairement irlandais, et Thomas Taggart Smyth, directeur général de la Montreal City and District Savings Bank et président du conseil d'administration de l'hôpital, qui faisait preuve de civisme. Des cadets du Collège Mont-St-Louis donnèrent le salut royal, tandis que le 14^e gouverneur général du Canada, l'aristocrate britannique Vere Brabazon Ponsonby, le 9^e comte de Bessborough, venait placer la pierre angulaire. Insérés dans une cache à l'intérieur de la pierre se trouvaient des pièces de monnaie, des souvenirs et des journaux du jour — qui, entre autres choses, rapportaient que le dollar américain avait atteint « son plus bas niveau de mémoire d'homme », que le président Franklin Delano Roosevelt passait ses vacances chez sa mère à Campobello, au Nouveau-Brunswick, que le premier ministre canadien, Richard Bedford Bennett, était en route vers un sommet économique en Angleterre et que le premier ministre du Québec,

le libéral Louis-Alexandre Taschereau, promettait d'aider les nombreux chômeurs « au moyen de travaux publics plutôt que par le secours direct ».

Partout, il y avait des signes de maladie et de malnutrition, des files d'attente à la soupe populaire et des chômeurs. Bessborough dédia l'édifice « à ceux qui cherchent à être soulagés de la souffrance » et demanda à Dieu « d'accorder sa bénédiction à ceux qui travailleront entre ses murs ». Mais le corpulent évêque catholique de Montréal, Georges Gauthier, qui donna la bénédiction, ne semblait pas s'inquiéter de ces temps difficiles. « Je ne suis pas très inquiet de la crise économique actuelle ni de ses effets sur notre population, déclara l'évêque. Je n'ai pas à vous rappeler que Montréal est, sur le plan géographique, une assez grande ville, parmi les premières en termes de commerce et d'industrie. Mais elle occupe une position non moins honorable dans le domaine de la charité. Je me réjouis du fait qu'une autre institution charitable soit sur le point de prendre sa place parmi les nombreuses autres dont nous profitons. » La *Gazette* rapporta que la nouvelle institution médicale, « tout en étant détenue et dirigée par des catholiques anglophones, serait un hôpital général ouvert à tous les citoyens, quelles que soient leur race, leur confession ou leur situation ».

Il n'avait pas été facile de faire construire l'hôpital. Une institution destinée aux catholiques anglophones n'était pas une grande priorité dans ce diocèse majoritairement francophone. En 1924, les premières tentatives d'ouvrir un hôpital temporaire sans le soutien essentiel du gouvernement s'étaient avérées semées d'embûches. Les responsables se disputèrent à propos de la création de St. Mary, et souvent, le projet parut impossible. Le Dr Donald Hingston, qui deviendrait le chirurgien en chef de l'hôpital, qui était noyé dans la foule ce jour-là, avait fait la promotion de l'idée et assuré le soutien financier nécessaire de la ville et de la province. Le krach boursier de 1929 avait obligé les parties concernées à modifier les plans, mais l'hôpital fut tout de même construit. Certes, les responsables du St. Mary's Memorial Hospital avaient des idéaux élevés. L'un des premiers manuels de fonctionnement énonçait que, même s'il était censé être une institution catholique, il était conçu à tous les points de vue comme un hôpital communautaire,

« ouvert à tous, riches ou pauvres, sans égard à la race, à la confession ou à la situation financière ». Tous les patients devaient être traités d'une façon égale, peu importe leur statut ou leurs revenus. Le code d'éthique de l'hôpital fut plus tard énoncé par Hingston : « L'idéal d'amitié et d'équité entre les membres du personnel; l'idéal d'une courtoisie et d'un respect sans faille envers les religieuses infirmières et les patients, l'ambition que les membres du personnel soient admirés du point de vue scientifique et professionnel, et que le succès financier soit toujours tenu au second plan derrière le succès professionnel ».

Les plans originaux de l'hôpital avaient été dessinés en 1932 par Henry Walsh, un consultant de Chicago, en prenant comme modèle ceux du Passavant Memorial Hospital, ouvert à une clientèle riche en juin 1929. Le Passavant était situé dans l'un des quartiers les plus aisés de Chicago. Lambris considérables, éclairage tamisé et fauteuils confortables dans la salle d'attente créaient une atmosphère de digne tranquillité. Le minutieux concept gothique-jacobéen de Walsh pour St Mary — un édifice de sept étages avec deux tours, l'une d'elles contenant une chapelle à dôme et l'autre un solarium avec vue panoramique sur la ville — s'avérait trop palatial. Pendant la Dépression économique, les plans furent simplifiés par un architecte de Montréal, Edward J. Turcotte, également responsable de la construction d'un certain nombre d'établissements hospitaliers dans Brome-Missisquoi, au Québec, ainsi que dans les Maritimes. D'ailleurs, Turcotte est l'architecte responsable de l'église de l'Ascension à Westmount.

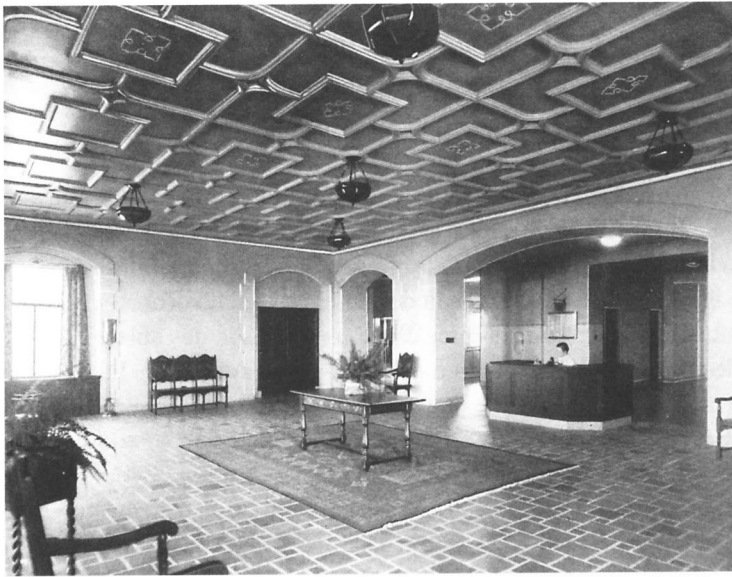
Si St. Mary ressemblait à un hôtel de chemins de fer de première classe lors de son ouverture, c'est peut-être parce que John Archibald, qui travailla au projet pendant deux ans avant son décès en 1934, avait conçu un certain nombre d'hôtels pour le Canadien National. L'entrée principale était située avenue Lacombe. Deux escaliers de marbre menaient au hall principal, avec sa mezzanine de style jacobéen et un plafond à caissons décoratifs. Au rez-de-chaussée se trouvaient les bureaux de la direction et de l'administration, une chapelle, des chambres pour cinq internes, les laboratoires — cardiographie, pathologie et bactériologie — et la cuisine principale. Il y avait également un service de consultation externe, avec salle d'urgence et salle d'opération, une installation que Turcotte décrivait comme étant « unique, car les



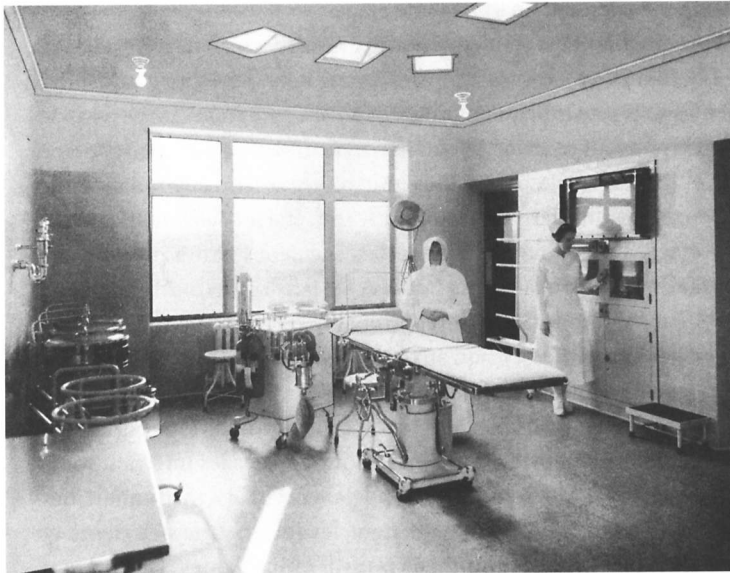
Le Passavant Memorial Hospital de Chicago, inauguré en 1929.



L'Hôpital de St. Mary de Montréal, inauguré en 1934.



Le hall principal original en 1935.



Salle d'opération dernier cri en 1935.

patients sont amenés par d'une entrée d'ambulance couverte, une caractéristique que l'on ne retrouve pas, habituellement, dans l'hôpital moyen ».

Au deuxième étage se trouvaient les salles communes, la plus grande comptant six lits, mais la plupart, quatre — à une époque où tous les autres hôpitaux de la ville offraient des salles communes de 12 à 36 lits. Le troisième comprenait des suites privées, luxueuses et vivement éclairées, chacune décorée d'une combinaison de couleurs gris perle et vert, et contenant des meubles aux tons assortis qui lui donnaient une allure « joyeuse et accueillante ». Chaque étage avait sa propre cuisine de service, son poste d'infirmières, son solarium, sa salle de fleurs et sa salle de literie. Cinq salles d'opération dernier cri, aux planchers de terrazzo et des salles de stérilisation étaient situées au quatrième étage — trois pour la chirurgie générale, une avec une table orthopédique de Holly et une pour les procédures génito-urinaires. Les lampes de la salle d'opération « ne jettent aucune ombre et ne dégagent aucune chaleur; ce sont des aspects fort importants, et le dernier cri de l'éclairage en salle d'opération ». Les salles de réveil se trouvaient également au quatrième étage.

Le cinquième étage était entièrement réservé à la maternité, avec 30 lits et berceaux, et « toutes les installations nécessaires au confort des patientes ». Trente infirmières vivaient au sixième étage. Un service de pédiatrie pouvant recevoir 30 enfants occupait l'aile ouest du septième étage, et les cloîtres des religieuses infirmières se trouvaient dans l'aile est. Deux solariums fermés, situés sur le toit, étaient également au huitième étage, et deux terrasses ouvertes, avec vues panoramiques sur une grande partie du lac Saint-Louis et du lac des Deux-Montagnes à l'ouest, sur l'Oratoire Saint-Joseph (encore en construction) au sud, et à l'est, les Laurentides, jusqu'aux toits de Saint-Jérôme. Tous les couloirs et les salles communes étaient insonorisés, ce qui rendait l'hôpital exceptionnellement paisible. Seul le son calmant des xylophones, dont on jouait à chaque poste d'infirmière pour appeler les internes, rompait la quiétude. Un interne se rappelait ceci : « On donnait des signaux différents : en do majeur pour les internes de deuxième et troisième années, et en mi mineur pour les plus jeunes. Les hymnes

nationaux et les airs populaires étaient exclus, mais on permettait des mesures d'hymnes religieux. »

L'équipement électrique de l'hôpital, les turbogénératrices et un système d'alimentation d'urgence à batterie étaient logés derrière l'hôpital, dans un édifice séparé, en forme de tour. L'architecte Turcotte n'était pas peu fier : « Chaque étage est en soi un hôpital complet, ce qui veut dire que St. Mary comprend en réalité plusieurs hôpitaux sous un même toit, et c'est l'un des plus modernes et les mieux équipés pour sa taille sur le continent ».

L'hôpital avait son propre service d'ambulance et d'urgence, disponible en permanence, et tous les médecins détenteurs de privilèges pouvaient admettre leur clientèle privée à St. Mary. Pendant la construction, on mit sur pied 12 services médicaux et on embaucha des médecins. Parmi les principaux services, mentionnons l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, la médecine et la chirurgie. Parmi les autres, l'anesthésie, la neurologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la pathologie, l'oto-rhino-laryngologie, la dentisterie et la radiographie. St. Mary, également nanti d'une clinique de consultation externe et de services sociaux, fut certifié par l'American College of Surgeons en tant qu'hôpital général de catégorie A.

Le premier ministre Taschereau et le maire de Montréal, Camillien Houde, faisaient partie des dignitaires qui assistèrent à la consécration formelle de St. Mary, le dimanche 24 novembre 1934. « S'il y a toujours des pauvres parmi nous, les malades en sont aussi », déclara Taggart Smyth, président du conseil, aux invités rassemblés. Là-dessus, Mgr Gauthier, qui se trouvait à 600 kilomètres, à Woonsocket, dans le Rhode Island, appuya sur un bouton, et à exactement 15 h 12, les portes principales s'ouvrirent toutes grandes, électroniquement. Smyth énonça alors ce qui est devenu, depuis, l'énoncé de vision de l'hôpital : « La porte de St. Mary n'a pas de serrure. Maintenant que nos portes sont ouvertes, elles ne pourront jamais se refermer. Elles resteront ouvertes vingt-quatre heures par jour aux malades et aux blessés de toutes les races, de toutes les religions et de toutes les couleurs. »

Le miracle ici, pour ceux qui y croient, était que les portes avaient fini par s'ouvrir.

CHAPITRE 1

St. Mary. C'est le nom merveilleux de la sainte mère de notre Seigneur, un nom universel loin de tout esprit de clocher. J'aime ce nom.

~Thomas Taggart Smyth



Si St. Mary existe, c'est grâce à deux personnes : un jeune chirurgien nanti et une religieuse combative. Alors que d'autres disaient qu'il n'y avait pas suffisamment de catholiques anglophones à Montréal pour soutenir un hôpital, Donald Hingston et Helen Morrissey faisaient avancer le projet par la seule force de leur détermination, sans plus.

Morrissey, une religieuse infirmière, rencontra Hingston en 1901, alors qu'ils travaillaient ensemble à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le plus vieil hôpital de la ville destiné aux patients francophones. Fondée par Jeanne Mance en 1644, l'institution avait été efficacement dirigée pendant presque deux siècles et demi par une communauté de religieuses infirmières, les Hospitalières de St-Joseph. Les sœurs avaient une bonne expérience de la direction d'hôpitaux et elles comprenaient l'énorme potentiel que recelait le fait d'associer la guérison du corps à une foi qui offrait une guérison de l'âme.

Helen Morrissey naquit dans une famille catholique à Pickering, en Ontario, le 28 mai 1860. Elle étudia dans des écoles protestantes et à l'Ontario Ladies' College. En 1885, au grand désarroi de ses parents, elle se joignit aux Hospitalières pour devenir religieuse infirmière. C'était une romantique zélée et selon ses consœurs, « elle avait des aspirations élevées et une ambition napoléonienne ». Selon sa biographe Jeanne Lama, Morrissey était « une sainte femme courageuse, qui manquait souvent de sens pratique ». Il est peut-être révélateur qu'elle ait pris pour l'un de ses modèles Frances Margaret Allen (« Fanny »), la fille rebelle d'Ethan Allen, le légendaire héros de la Guerre révolutionnaire américaine. Le père de Fanny avait fondé, au

Sœur Helen Morrissey, première supérieure de St. Mary



Vermont, les Green Mountain Boys, envahi Québec en 1775 et été fait prisonnier par les Britanniques. Contre la volonté de son père, elle rejeta une proposition de mariage et devint religieuse. Elle entra chez les Hospitalières en 1808 et passa 11 ans chez les cloîtrées, en tant que pharmacienne de l'hôpital, avant sa mort en 1819. Helen Morrissey, elle aussi, dirigeait la pharmacie de l'hôpital. Comme elle était l'une des deux religieuses anglophones de l'Hôtel-Dieu, elle avait facilement accès aux dirigeants de la communauté anglophone de Montréal. Elle avait un talent pour la collecte de fonds. Elle établit « un réseau de généreux bienfaiteurs » et transforma le dispensaire périmé de l'Hôtel-Dieu en un service qui faisait « l'admiration des autorités des autres hôpitaux ».

Lorsque Sœur Morrissey commença à travailler à l'Hôtel-Dieu, il n'y avait que deux téléphones sur place : un dans le hall d'entrée, l'autre dans le cloître. Non seulement persuada-t-elle Bell de faire don à l'hôpital de ses 30 premiers téléphones, mais elle obtint également que la compagnie renonce à la facture annuelle de téléphone de 750 dollars. De même, elle organisa une collecte de fonds qui rapporta 10 000 dollars. C'était plus que suffisant pour acheter « deux des plus jolies voitures et quatre des plus beaux chevaux de la ville » pour le premier service d'ambulance de l'hôpital.



Donald Hingston, fondateur de St. Mary

Donald Hingston arriva à l'Hôtel-Dieu en 1901, jeune interne de 23 ans, qui venait d'obtenir son diplôme en médecine de l'Université Laval, à Montréal (succursale établi en 1878). Il venait travailler avec son père, Sir William Hingston, le chirurgien en chef de l'hôpital, qui avait été maire de Montréal dans les années 1870, et fait chevalier en 1895 par la reine Victoria pour ses contributions à la chirurgie moderne, avant d'être nommé au Sénat canadien. Son fils Donald était un jeune homme d'un dynamisme et d'une énergie considérables. À l'Hôtel-Dieu, le jeune Hingston s'inquiéta de plus en plus de voir comme on ignorait les besoins des patients anglophones. Il passa son internat en Angleterre où, en 1903, il fut reçu au Royal College of Surgeons. En son absence, Sœur Morrissey avait entrepris de rénover la salle St. Bridget, qui logeait les patientes anglophones de l'Hôtel-Dieu. Elle connaissait bien les meubles antiques. En redécorant, elle découvrit une table Louis XIII du 17^e siècle, de grande valeur, qui avait été recouverte de tant de couches de peinture qu'elle était méconnaissable. Elle la fit restaurer, et on la trouve encore dans la salle commune de la maison-mère des Hospitalières. Au moment où elle avait fini de redécorer, la salle était si luxueuse que les gens avaient commencé à l'appeler « la Maison Blanche ».

Les catholiques anglophones de Montréal se trouvaient sans hôpital depuis près de 50 ans, depuis que le petit et éphémère St. Patrick's

Hospital avait fermé ses portes. Cet hôpital avait ouvert en 1852, mais il avait été absorbé par les Hospitalières — occupant deux salles de leur vaste et nouvel édifice de l'Hôtel-Dieu — en 1860, lorsque la communauté consolida toutes ses installations avenue des Pins. Près de 40 pour cent des catholiques anglophones de Montréal durent alors compter sur les trois hôpitaux protestants de la ville : le l'Hôpital Royal Victoria, ouvert sur les pentes du mont Royal en 1894; le Western Hospital, un établissement privé, ouvert en 1876 ; et le l'Hôpital général de Montreal, dont les débuts remontent à 1821.

Ces hôpitaux protestants n'étaient pas favorables à l'idée de compter parmi leur personnel des internes ou des infirmières catholiques, et l'Université McGill n'était pas particulièrement accueillante envers les catholiques. « Les étudiants catholiques de McGill, même s'ils habitaient dans une ville catholique, étaient laissés à eux-mêmes pour la pratique de leur religion », écrivit Emmett Mullally, qui était venu de Souris-Ouest, à l'Île-du-Prince-Édouard, en 1897, pour étudier la médecine à McGill. « Il y avait toujours le danger que notre foi vacille sous les attaques insidieuses lancées contre notre religion par des professeurs à la manque. » Pour terminer leur formation médicale, les jeunes diplômés catholiques et anglophones comme Mullally devaient souvent s'éloigner du Québec. Ceux qui pouvaient se le permettre allaient en Europe.

Même si les hôpitaux protestants admettaient des catholiques en tant qu'internes et patients, ils décourageaient les catholiques de pratiquer leur religion sur place et les prêtres avaient de la difficulté à entendre la confession, à donner la communion ou à administrer les derniers sacrements aux mourants. Les catholiques francophones de Montréal disposaient de deux hôpitaux. En plus de l'Hôtel-Dieu, il y avait l'Hôpital Notre-Dame, fondé en 1880 par l'Université Laval. Pour les catholiques anglophones de la ville, un hôpital se faisait attendre depuis longtemps.

Au départ, le Dr Hingston et Sœur Morrissey s'entendirent bien. Le jeune médecin appréciait la forte personnalité de la religieuse et admirait surtout son « talent exceptionnel » pour recueillir des fonds. Tous deux croyaient que, malgré l'excellence des installations de l'Hôtel-Dieu, le bien-être psychologique des patients anglophones n'était pas

assuré au sein d'une institution exclusivement francophone. Ces patients, comme l'affirmait Sœur Morrissey, « ne pouvaient pas mourir en anglais ». Elle convenait avec Hingston qu'en créant un nouvel hôpital, on aurait tiré un meilleur parti de l'argent qu'elle avait consacré à des rénovations. Comme il n'existe que peu de documents sur les origines du projet de St. Mary, il est difficile de savoir qui en avait eu l'idée. Une chose est claire : on ne peut ignorer la force combinée des relations d'affaires et du dynamisme passionné du médecin et de la religieuse. Il est indéniable que cette dernière, avec l'approbation de sa supérieure, prit les devants et commença à frapper aux portes pour recueillir de l'argent. Les Hospitalières étaient une force répandue à travers la ville. Elles avaient le pouvoir d'établir une nouvelle assise pour leur ordre partout où il était nécessaire, et c'était précisément l'intention de Sœur Morrissey. En fait, dans l'histoire francophone, c'est aux Hospitalières qu'on attribue la fondation de St. Mary. Le Dr Hingston rêvait d'un hôpital; Sœur Morrissey envisageait de mettre sur pied son école d'infirmières pour en former le personnel.

La proposition tomba dans l'oubli pendant plusieurs années, jusqu'en 1907, lorsque mourut Sir William Hingston. Donald Hingston prit la direction de la Montreal City and District Savings Bank, dont Sir William avait été le président. Les timides étapes préliminaires en vue de la construction d'un hôpital furent abordées à l'automne 1908, lorsque Hingston invita à dîner un petit groupe de personnages influents. Il avait perdu son père, mais aussi sa sœur cadette, Aileen, décédée l'année précédente. Pour célébrer leur mémoire, il proposa la construction du Sir William Hingston Memorial Hospital. Dès le début, Hingston envisageait un hôpital particulièrement accueillant envers les catholiques. Ce serait une institution privée « caractérisée par la charité catholique dans le sens universel du terme », dirigée par un conseil laïque indépendant de l'Église institutionnelle, mais représentant « absolument et sans hésitation » l'Église catholique. Hingston avait une bonne raison de se méfier de l'Église institutionnelle. Son père, Sir William, un certain nombre des collègues médecins de celui-ci à l'École de médecine et de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, ainsi que certains des étudiants de l'École, avaient été excommuniés en 1883 pour avoir refusé de rompre leurs liens avec le Victoria College, une uni-

versité protestante de l'Ontario, et d'accepter plutôt des postes sur un campus satellite de l'Université Laval, une institution catholique que l'archevêque Édouard-Charles Fabre tentait alors de faire construire à Montréal. L'excommunication ne fut suspendue que lorsque les médecins eurent fait appel de la décision au pape. Le plus grand obstacle au rêve d'un hôpital pour catholiques anglophones, c'était toutefois le successeur de l'archevêque Fabre, le formidable Louis-Joseph-Napoléon-Paul Bruchési.

Au début du vingtième siècle, l'Église catholique de Québec était un État dans l'État. Elle faisait fonction de service social, en plus d'être une institution religieuse et un diocèse; elle administrait et dirigeait tous les aspects du bien-être culturel, éducatif, médical et social de ses paroissiens. Sans l'appui de Mgr Bruchési, le projet n'aurait pu aboutir. À l'époque, l'archevêque se préoccupait de la construction, de l'Hôpital Notre-Dame, rue Sherbrooke, une institution destinée aux patients catholiques francophones. Les fidèles anglophones étaient environ 15 000 dans une ville de 200 000 résidents francophones. Pour Mgr Bruchési, les besoins d'une si petite minorité n'étaient pas prioritaires. Hingston explora des solutions de rechange. Il demanda l'aide des Sulpiciens, qui avaient été les premiers seigneurs de l'île de Montréal et qui exerçaient encore leur emprise, mais ils refusèrent. En 1913, Hingston se rendit à Toronto pour voir si les Sisters of the Order of St. Joseph seraient intéressées à l'aider. « Elles m'ont demandé à brûle-pourpoint si Mgr Bruchési les accueillerait. Je leur ai dit qu'en vérité, elles ne seraient pas bienvenues, mais que nous pourrions fortement nous en remettre au délégué du pape. » Les religieuses réfléchirent à sa demande, puis la déclinèrent. Une récession et une incertitude financière généralisée retardèrent encore davantage les plans pour un hôpital, puis l'idée fut rangée pour un temps indéfini lorsque la Première Guerre mondiale éclata en 1914. Le Dr Hingston s'enrôla dans le corps médical et alla se battre à l'étranger avec les Irish Rangers. Pendant son absence, Sœur Morrissey ouvrit le St. Ann's Dispensary, une petite clinique médicale rue Eleanor, à Griffintown. Elle traitait environ 6 000 patients par année, mais c'était loin de ce que les deux avaient imaginé.

À l'automne 1916, Hingston revint d'Europe pour enseigner l'embryologie à l'Université Laval, à Montréal. « Ses méthodes d'enseignement étaient différentes de celles de ses collègues, se rappelait un de ses étudiants. En tant qu'anatomiste, il connaissait à fond la topographie et l'histologie. Sa mémoire ne lui faisait jamais défaut. Il dirigeait ses cliniques par la méthode des questions et réponses. Le temps n'avait pas d'importance. Lorsqu'il était appelé pour une consultation, le Dr Hingston gardait son calme et ne prenait jamais de décision hâtive. Selon lui, il valait toujours mieux, au lieu de prendre une décision douteuse, de s'en tenir à une pratique bien connue : temporiser. » Il aimait citer cette maxime de Voltaire : « L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit. »

St. Mary débuta symboliquement le 10 octobre 1916, lorsque Hingston convoqua une rencontre au University Club pour relancer l'idée de construire un hôpital. Parmi les personnes présentes ce soir-là se trouvait un ancien ministre du cabinet provincial, le Dr James John Guerin, qui avait été maire de Montréal en 1910 et 1911. Hingston considérait Guerin comme « un bruyant m'as-tu-vu, mais un allié important ». Un autre sympathisant de la première heure était le Dr Francis Devlin, directeur médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu (une institution psychiatrique) et le principal psychiatre, ou « aliéniste », comme on les appelait à l'époque, de la ville. Aux yeux d'Hingston, Devlin était « un battant sans réserve, un homme d'une personnalité charmante, un artiste, un musicien, un remarquable débateur à la répartie mordante et un idéaliste tout à fait loyal à ses idéaux, un catholique véritablement sincère, un homme honorable qui possédait une vision très claire ». Il y avait aussi le Dr John Leo Delany Mason, diplômé de McGill en 1903, capitaine dans le corps médical de l'armée royale canadienne au cours de la Première Guerre mondiale, puis professeur de pharmacologie à McGill. Comme Devlin, Mason était un orateur éloquent et persuasif qui s'engagea à faire tout ce qu'il pouvait pour promouvoir l'hôpital. Également présent était le Dr Joseph James « Mac » McGovern, de Danville, au Québec, qui enseignait le jour, étudiait la dermatologie le soir et avait sa propre pratique privée à Pointe St-Charles, un quartier déshérité où vivaient la plupart des Irlandais qui étaient pauvres — après avoir reçu son diplôme de la faculté de

médecine de l'Université Bishop en 1904. « Ce soir-là où le flambeau fut allumé, il y avait un enthousiasme et un beau sentiment de détermination à réussir envers et contre tout », écrivit Hingston dans son journal.

Helen Morrissey n'était pas présente à la réunion. Mais à la suggestion de Hingston, et « en souvenir de l'importante dette de gratitude des catholiques anglophones envers les religieuses de l'Hôtel-Dieu », il fut résolu que Morrissey s'occupe de la gestion interne et du personnel infirmier au nouvel hôpital qui était proposé. Ce dernier serait, décida-t-on, « dirigé et entretenu » par un conseil d'administration laïc. « Nous formulons cette requête... avec une entière confiance en un avenir très fructueux », annonça le conseil à Sœur Ste-Thérèse, la supérieure de Morrissey, le 1^{er} novembre. « Si votre communauté veut bien se joindre à nous dans cette entreprise, nous pouvons vous promettre une aide et une coopération pleines et loyales. »

Le 16 novembre, l'archevêque Bruchési consentit à cet arrangement à la condition que le diocèse ne soit pas impliqué. Il accorda sa bénédiction aux sœurs « qui désirent se consacrer à cette bonne oeuvre et à former leur propre communauté autonome avec des religieuses infirmières d'autres ordres qui ont reçu de leurs supérieures la permission de se joindre à elles. Si, après avoir envisagé tous les aspects de la question, votre ordre accepte l'offre en principe, je n'ai aucune objection. Vous êtes libres de décider par vous-mêmes. » Le prélat précisa toutefois que la permission finale devrait venir de Rome.

Bruchési ne tenait pas tellement à l'idée de nommer Sœur Morrissey à la tête de l'école ds infirmières. Il prévint Hingston : « Elle n'est pas la personne que vous cherchez. Elle n'a aucun sens pratique. Elle a de bonnes intentions, mais il lui manque la vertu chrétienne fondamentale de la charité. » La religieuse vivait dans un monde cloîtré de chants et de prières en latin, d'encens et de sacrements, et n'avait presque pas d'expérience en administration. Elle examina l'offre des médecins et, hésitant beaucoup à se retrouver dans une position où elle serait soumise à un conseil laïc, informa les médecins qu'elle refusait de placer « la vie religieuse, avec les règles et les règlements que les sœurs doivent suivre » sous le contrôle de laïcs. Les religieuses infirmières sous son autorité, avança-t-elle, devront obéir aux règles de la communauté

religieuse qu'elle voulait instituer. Les négociations se poursuivirent et, le 29 décembre, après une rencontre avec l'archevêque Bruchési, le Dr Hingston et Sœur Ste-Thérèse s'entendirent pour que « les dépenses de la communauté [religieuse] » soient acquittées à même « les fonds des Hospitalières ». Dans l'éventualité d'une dispute entre les Sœurs et le conseil, « l'évêque de Montréal aurait le dernier mot ».

Le 19 janvier 1917, les Hospitalières acceptèrent les conditions et consentirent à laisser leurs sœurs anglophones se consacrer au travail imminent. Une riche veuve, Mme James Cochrane, fit don d'un beau bâtiment de grès brun de 10 pièces, situé au 34, rue Hutchison, tout près de la rue Sherbrooke, pour qu'il serve d'édifice hospitalier. La maison valait 22 000 dollars. Parce qu'elle était trop petite pour être convertie en hôpital, Morrissey la vendit. Elle était prête à lancer une grande collecte de fonds publics, mais Bruchési trouvait le moment « inopportun », et préférait attendre la fin de la guerre.

En 1918, Donald Hingston fut nommé professeur d'embryologie à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il n'avait plus autant de temps qu'il l'aurait voulu à consacrer au projet d'hôpital. Cet automne-là, la guerre prit fin, puis une épidémie de grippe ferma les écoles et les églises de la ville. D'autres complications survinrent. Le frère aîné de Hingston, William, un prêtre jésuite, avait été nommé recteur du Collège Loyola, dans le quartier montréalais de Notre-Dame-de-Grâce. L'école, qui avait ouvert ses portes en 1916, était en faillite. William Hingston demanda à son frère de retarder la collecte de fonds pour l'hôpital jusqu'à la fin de sa propre campagne en vue de recueillir 300 000 dollars pour Loyola. « Un collège comme Loyola est une nécessité, et il est évident que le public catholique ne peut s'en passer, insista William. D'abord le collège, puis un hôpital, et d'autres travaux suivront d'office. »

À la mi-janvier, les médecins impliqués dans le projet d'hôpital décidèrent par vote de retarder leur campagne de financement jusqu'à ce que Loyola ait atteint son objectif. Plus tard, ce printemps-là, Taggart Smyth de la Montreal City and District Savings Bank, se joignit au groupe. En mai, une collecte de fonds fut lancée en faveur de Loyola, mais la réaction fut décevante. Les contretemps s'accumulaient. En 1919, l'archevêque Bruchési perdit le sens de la réalité, et

l'administration du diocèse fut transférée à son coadjuteur, Georges Gauthier. Il allait falloir répéter tout le processus : Mgr Gauthier devrait être familiarisé avec le projet, et son appui devrait être gagné.

Afin d'assurer un financement, le conseil approcha le catholique laïc le plus puissant du Canada, Lord Shaughnessy, le président du Canadien Pacifique, un natif des États-Unis inflexible et imprévisible. Shaughnessy avait été nommé baron en 1916 pour services rendus au roi et au pays durant la guerre. Il était reconnu pour être très pointilleux. Les membres du conseil n'allaient pas oublier leur rencontre avec lui. Hingston écrivit : « Shaughnessy a attaqué sans merci tous les aspects du projet. L'hôpital était-il nécessaire? Avons-nous les hommes? Pourrions-nous obtenir l'argent? Pourquoi un hôpital religieux? C'était principalement à moi qu'il adressait les questions, et j'y répondais autant que possible. Il questionnait presque avec virulence. Puis, satisfait de nos réponses, il changea de ton et dit : "Messieurs, je suis avec vous". »

Lord Shaughnessy accepta de devenir président fondateur de l'Hôpital St. Mary. Il promit 20 000 dollars à condition que tous les directeurs de l'hôpital soient des catholiques anglophones. Avec l'appui de Shaughnessy, St. Mary obtint la charte d'entreprise de la législature du Québec le 14 février 1920. Cette charte était inhabituelle pour l'époque, car elle confiait l'administration à un conseil de direction laïc, plutôt qu'à l'Église. La nature double de l'institution était énoncée à l'article 2 de la loi 82, la loi d'habilitation : St. Mary serait un hôpital général dirigé par des catholiques, et allait traiter « les malades et les blessés de toutes les races et croyances, sans distinction », et parallèlement allait fournir « de l'enseignement en soins infirmiers et accorder des certificats de compétence aux infirmières ».

La nouvelle aurait dû susciter l'allégresse, mais les circonstances entourant l'adoption de la loi provoqua un conflit d'ego qui entraîna le premier d'une série d'épisodes désagréables dans l'histoire de la gestion de l'hôpital.

La législature était censée se proroger le jour où le projet de loi 82 devait être adopté, mais avant que la loi soit sanctionnée, le gouvernement avait besoin des noms des requérants de l'hôpital. On téléphona à Hingston et, sans réfléchir, il mentionna Lord Shaughnessy;

le juge Charles Doherty, ministre fédéral de la justice; Frank Devlin, député fédéral de Ste-Anne, une circonscription irlandaise de Montréal; et Taggart Smyth. Lorsque les noms furent publiés le lendemain matin, le Dr Guerin était hors de lui. Il venait d'annoncer qu'il allait se présenter contre le juge Doherty à la prochaine élection fédérale. La nomination de Doherty au conseil d'administration, comme le faisait valoir Guerin, allait donner au juge un avantage politique injuste. Hingston ajouta donc le nom de Guerin à la liste. Aussitôt que la liste des requérants fut réimprimée avec le nom de Guerin, Sœur Morrissey arriva à la porte de Hingston « en furie, dans l'un de ses accès de colère les plus noirs ». Elle exigea de savoir pourquoi on avait ajouté le nom de Guerin, en martelant que si jamais cet homme était associé à l'hôpital, elle ne voulait en faire partie d'aucune façon. « Elle était inflexible : il fallait radier le nom de Guerin de la liste, sinon elle démissionnerait sur-le-champ. » Convaincue d'avoir été contournée délibérément, la religieuse convoqua une réunion de ses supérieures, le 9 mai 1920. Leur appui lui permit d'avoir une plus forte emprise pour amener le conseil à se plier à ses volontés.

Le premier conseil d'administration de l'hôpital fut nommé le 15 novembre 1920. Le Dr Guerin en faisait partie. En plus de Hingston, Devlin et Smith, le conseil comprenait Leo George Ryan, le fondateur de Monsanto Canada, qui avait fait fortune en mettant au point des produits chimiques destinés à l'agriculture; William J. Daly, président fondateur de la compagnie manufacturière Daly and Morin; et l'abbé Thomas O'Reilly, un prêtre séculier discret, qui avait été, par périodes, aumônier à l'Hôtel-Dieu pendant 27 ans. Le juge Doherty complétait le conseil. Il ne fallut pas longtemps pour que des conflits encore plus graves apparaissent entre les diverses personnalités en cause.

Le premier élément à l'ordre du jour était financier : on demandait à Sœur Morrissey de rendre compte des sommes qu'elle avait recueillies pour la construction de l'hôpital. Celle-ci resta évasive. Elle n'était pas prête à ouvrir ses livres avant que Rome n'ait approuvé la création de son ordre d'infirmières. Elle assura le conseil qu'elle disposait de 150 000 dollars pour son école d'infirmières, mais qu'elle n'en donnerait pas la moindre part avant que le conseil n'ait lui-même recueilli des fonds pour l'hôpital. De plus, aussi longtemps que son antagoniste,

le Dr Guerin, faisait partie du conseil, elle ne voyait aucune raison de collaborer. Hingston se tourna vers l'abbé O'Reilly pour voir s'il ne pourrait pas raisonner la religieuse. Le prêtre avait la réputation d'être « d'une écoute patiente et silencieuse », mais lui aussi trouvait ardu de traiter avec Sœur Morrissey. Hingston en conclut : « Il n'y avait plus qu'à exposer la question ouvertement au Dr Guerin, et à lui demander de se retirer du conseil ». « Piqué au vif » par cette proposition, Guerin refusa de partir. À la fin, les membres du conseil votèrent, à 13 contre 4, pour donner satisfaction à Sœur Morrissey. C'est ainsi que Guerin fut écarté. « Cette affaire fort regrettable nous a causé beaucoup d'ennuis, fit remarquer Hingston. Guerin ne nous a jamais pardonné et n'a plus contribué au mouvement. Par la suite, il n'a jamais manqué une occasion de nous faire du tort. »

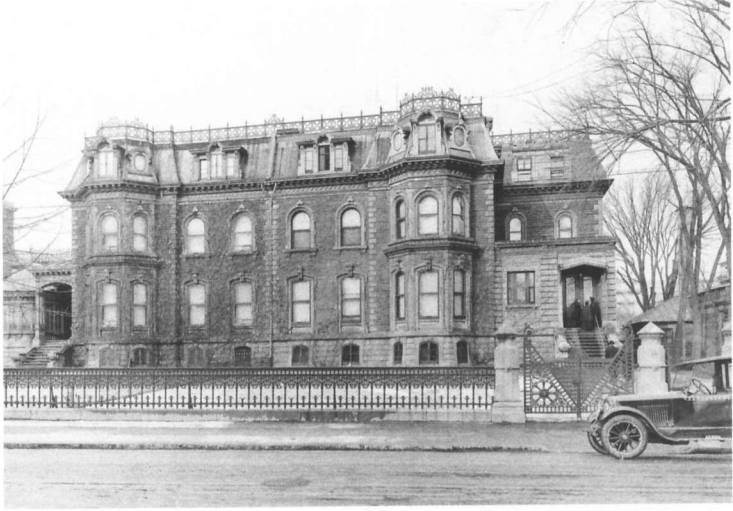
Le contrat signé le 10 mai 1921 entre les Hospitalières, Sœur Morrissey et le conseil d'administration de St. Mary était essentiellement celui qu'on avait péniblement élaboré avec Mgr Bruchési cinq ans plus tôt. Il autorisait Sœur Morrissey à établir sa propre communauté religieuse, qui allait « coopérer au fonctionnement et à l'administration de l'hôpital ».

Le dernier obstacle fut levé le 19 janvier 1923, lorsque le cardinal Camillo Laurenti, préfet de la Sacrée Congrégation pour les ordres religieux, à Rome, mit fin à l'obligation de la vie cloîtrée pour la nouvelle communauté de religieuses infirmières, dont Sœur Morrissey devenait la révérende mère supérieure. Selon la charte du Vatican, celle-ci avait la charge non seulement de « donner des conseils médicaux et des médicaments aux pauvres », mais aussi d'« enseigner et d'accorder des certificats de compétence aux infirmières ». Un contrat entre St. Mary et Sœur Morrissey, approuvé en février 1924, confiait à celle-ci la responsabilité de sa propre communauté religieuse et stipulait clairement que « s'il devait survenir une divergence d'opinions entre le conseil d'administration et Sœur Morrissey, la question serait soumise à l'archevêque de Montréal, dont la décision serait finale et exécutoire pour toutes les parties ».

À présent à la tête de sa propre communauté religieuse, sœur Morrissey semblait plus survoltée que jamais. Cet été-là, elle fit la tournée des hôpitaux « les meilleurs et les mieux équipés » à Kingston,

Toronto, Windsor, Detroit, Chicago, Minneapolis, Niagara, Hamilton, Cornwall et Brockville. Le rapport de sa mission remis le 22 septembre, recommandait que St. Mary prenne pour modèle soit le collège de médecine de la Mayo Clinic, à Rochester, dans le Minnesota, le Ford Hospital à Detroit ou le St. Vincent Hospital à Chicago. Tous avaient des plans d'étages « faciles à superviser avec moins d'employés ». Elle voulait que St. Mary soit « un édifice de briques, de couleur brun clair ou rouge foncé, couronné d'un jardin sur le toit et de balcons ensoleillés ». Le 29 novembre 1923, alarmé par ses plans grandioses, le conseil adopta une autre résolution exigeant de savoir précisément combien d'argent elle avait à sa disposition. Encore une fois, la religieuse refusa d'ouvrir ses livres, disant qu'elle garderait le secret sur ses finances jusqu'à ce que le conseil décide de l'endroit où l'hôpital serait construit. Là-dessus, les événements prirent une nouvelle tournure inattendue. Le pasteur de la paroisse St. Patrick, Gerald McShane, homme résolu et bien pourvu en relations, se joignit au conseil et lui offrit un million de dollars et un grand emplacement inexploité près de l'Orphelinat St. Patrick, à Outremont, entre le Chemin de la Côte Sainte-Catherine et l'avenue Wilderton, pour y construire l'hôpital. Il y avait toutefois des conditions. McShane voulait que mère Morrissey soit congédiée et que la paroisse St. Patrick (c'est-à-dire McShane lui-même) prenne charge du projet d'hôpital. « La modeste fondation de Sœur Morrissey, quels que soient ses mérites, n'est pas compatible avec la notion d'un grand hôpital, soutint-il. Sa nouvelle communauté, avec tout son personnel, ses novices [et ainsi de suite]... a assumé une responsabilité financière qui dépasse de loin ses moyens. » McShane était prêt à rembourser aux Hospitalières l'argent qu'elles avaient déjà investi pour faire décoller St. Mary, mais il tenait mordicus à ce que la religieuse s'en aille.

Ce fut un moment décisif. Hingston n'allait pas abandonner l'autonomie du conseil ni à McShane, ni à la paroisse, ni au diocèse. Quels que soient les ennuis que Sœur Morrissey avait causés, Hingston lui avait promis qu'elle dirigerait l'école des infirmières et il était lié par sa promesse. McShane souligna que le Vatican avait changé les règlements pour les religieuses infirmières et il insista de nouveau pour que Morrissey soit congédiée. Le conseil vota en sa faveur. Hingston menaçait



La Maison Shaughnessy, boulevard Dorchester, en 1924 : le premier
Hôpital St. Mary

alors de démissionner si la proposition de McShane était maintenue. Encore une fois, le conseil vota. Cette fois, il renversa la décision d'évincer la religieuse. Il revint aussi sur la décision d'inspecter ses livres comptables. Par conséquent, il n'y avait plus moyen de déposer un rapport financier. Hingston écrit : « La corporation n'a pas de fonds dont faire rapport, tous les déboursments ayant été réglés personnellement par vos administrateurs. »

Nantie d'une autorité absolue, Sœur Morrissey prit les administrateurs tout à fait par surprise, la semaine suivante, lorsque, de sa propre initiative, elle déposa un acompte de 10 000 dollars sur « des quartiers temporaires au 1905, rue Dorchester Ouest, à la résidence du regretté président du conseil, Lord Shaughnessy », décédé l'année précédente. Là-dessus, cinq des administrateurs, y compris McShane et Doherty, démissionnèrent en signe de protestation. Lorsque la *Gazette* rapporta la nouvelle, Doherty nia qu'« il y ait eu le moindre problème », et pria les médias de ne pas « donner une impression qui pourrait nuire aux bonnes oeuvres [pouvant]... être accomplies par l'institution ».



Les lustres et l'opulence n'ont pas suffi à constituer une salle d'hôpital.

La vaste résidence de 30 pièces que Sœur Morrissey acheta fait aujourd'hui partie du Centre canadien d'architecture. Conçue dans le style du Second Empire par l'architecte montréalais William Tutin Thomas, elle était destinée à être une résidence somptueuse. Sir William Van Horne y avait vécu dans les années 1880, alors qu'il était directeur général du Canadien Pacifique. Après s'y être installé, dans les années 1890, Shaughnessy commanda à l'architecte Edward Maxwell d'agrandir les lieux. Hingston n'était pas impressionné par l'édifice. Il considérait qu'il « se prêtait mal à être transformé en hôpital ». Malgré ses doutes, et sans l'approbation du conseil, mère Morrissey prit une hypothèque de 55 000 dollars sur la maison. Comme les femmes au Québec, à l'époque, n'étaient pas autorisées à être propriétaires à part entière, la maison fut inscrite au nom du père Thomas O'Reilly. L'acquisition étant un fait accompli, le conseil n'avait pas d'autre choix que de respecter le contrat signé avec Sœur Morrissey. Le 15 mai 1923, la religieuse prit possession des lieux. Le lendemain matin, une messe fut célébrée dans la salle à manger. « La splendeur du riche décor, la tapisserie, les installations à demeure, les tapis, tout

contribuait à la solennité de l'occasion, écrivit Morrissey dans ses mémoires. Quel sentiment de joie et de gratitude avons-nous eu en pensant que Notre Seigneur était maintenant notre premier invité, et demeurerait avec nous pour nous donner force et soutien dans les épreuves. »

Selon le procès-verbal du conseil, Helen Morrissey fut officiellement nommée « première supérieure et fondatrice de St. Mary ». Devenue Sœur Morrissey, elle était en effet la supérieure d'une communauté, avec deux autres infirmières religieuses, Bridget McCowan et Florence Champion. Le lendemain, 16 mai, à l'instigation de Mme James Cochrane, l'association des dames auxiliaires de St. Mary fut établie au cours d'une assemblée de fondation, à l'Hôtel Windsor. Elle avait pour mission d'aider à équiper l'hôpital. Lady Margaret Hingston fut élue première présidente de l'association. La redoutable Lady Hingston, 81 ans, était une pieuse catholique qui voulait que l'appartenance à l'association soit ouverte aux femmes de toutes les paroisses, et non restreinte aux femmes nanties. Dans son discours d'acceptation, elle vitupéra les rivalités paroissiales qui menaçaient de nuire à la réussite de l'hôpital. « La sympathie est nécessaire, mais la coopération est capitale », dit-elle, en insistant pour que le conseil exécutif comprenne un représentant « de chacune des 16 paroisses anglophones et catholiques romaines de l'île. »

Aloysius Chopin devint le premier directeur de l'hôpital. À l'époque, faute de financement gouvernemental des soins de santé, il avait à peine « assez d'autorité, d'aide ou d'argent » pour fonctionner convenablement. Né en Inde de parents britanniques, il avait combattu dans l'armée anglaise au cours de la Première Guerre mondiale. Il était arrivé au Canada en 1919, pour servir de tuteur aux enfants de l'industriel Wilfrid Laurier McDougald, un médecin, alors président de la Commission du port de Montréal. (C'est à McDougald qu'on attribue généralement le fait d'avoir convaincu le gouvernement fédéral de construire le pont Jacques-Cartier au-dessus du Saint-Laurent.)

Les hôpitaux de l'époque étaient, en grande partie, tributaires du paiement des frais médicaux par les patients; toutefois, selon la Loi québécoise de l'assistance publique, ils recevaient 1,10 dollar par jour pour chaque patient recevant l'aide sociale, soit environ le tiers du



Wesley Bourne, premier anesthésiologiste de St. Mary.

coût du traitement. Il n'y avait que quatre chambres individuelles à St. Mary. Les bénévoles étaient essentiels à la survie de l'hôpital. Le manque à gagner du budget de fonctionnement allait devoir être compensé par une souscription publique ou des collectes de fonds.

Cinq médecins soignants s'occupaient de l'organisation médicale de l'hôpital. Hingston était le chirurgien en chef. Parmi les autres membres du premier conseil médical, il y avait Leo Mason, participant de la première assemblée de fondation en 1908, qui était récemment revenu d'un stage postdoctoral à Paris; Emmett Mullally, « l'homme de l'île », un historien amateur qui avait reçu son diplôme de McGill en 1901 et avait servi avec Hingston au cours de la Première Guerre mondiale en tant que médecin-major dans les Irish Rangers; Jack C. Wickham, un spécialiste de la chirurgie abdominale; et Henry Robert Dunstan Gray, un obstétricien qui dirigeait sa propre clinique de maternité, Gray's Private Hospital. Thomas J. Gaslin, un interne court-taud et compatissant de 24 ans, originaire de Green Valley, en Ontario, et frais émoulu de l'Université de Toronto, fut embauché pour gérer les admissions. Gaslin devait être en service 16 heures par jour, « faisant des visites et des pansements tous les jours à 9 heures et tous les soirs avant 20 heures ». Il n'avait pas la permission d'examiner les patientes, « sauf en présence d'une infirmière », il ne pouvait « recevoir d'argent

ni aucune autre forme de rémunération d'un patient ou d'un visiteur », et il était chargé de rédiger les observations avant qu'un patient reçoive son congé.

Pour administrer l'éther, le chloroforme ou l'oxide d'azote, on avait recours à Wesley Bourne, arrivé à Montréal en provenance de la Barbade pour étudier la médecine à McGill. Il allait être, plus tard, le premier à appliquer les sciences fondamentales à la pratique de l'anesthésie. John Cecil Lanthier fut le premier radiologiste de l'hôpital. Il travaillait dans « une salle de radiographie au rez-de-chaussée, qui était à peine plus grande qu'une cabine téléphonique ». Lanthier se rappelait que lorsqu'un médecin et son patient étaient tous deux présents dans la pièce, il devait « ramper sous la table pour atteindre le panneau des commandes. Le personnel de la salle de radiographie et la chambre noire était en désaccord, et ne s'adressaient certainement pas la parole. La situation était si désespérée que le personnel de la chambre noire insistait pour emménager dans les écuries, mal chauffées et situées aux confins de ce vaste domaine, complètement isolées et séparées en termes de domicile ».

Olive Fitzgibbon fut nommée directrice des quatre infirmières laïques diplômées, et des 16 infirmières étudiantes. Le 16 août 1924, l'Hôpital St. Mary (numéro de téléphone : Wilbank 5186) accueillit son premier patient, « une domestique irlandaise nécessiteuse » qui avait besoin « plus longtemps que ne le permettait sa santé ». À mesure que le personnel s'installa, il apparut vite que la grande demeure était tout à fait impropre à servir d'hôpital. « Elle ne suscitait pas la moindre fierté dans la communauté catholique, qui, en fait, ne l'acceptait pas », note Jack Dinan dans *St. Mary's Hospital : The Early Years*.

L'édifice ne comportait aucun ascenseur de service. Il fallait monter et descendre les patients dans les escaliers jusqu'à la salle d'opération située à l'étage supérieur. Il y avait quatre chambres individuelles et trois salles communes, mais l'édifice était infesté de blattes, et le sous-sol, de rats. « Lorsqu'on était assis à l'étage, au bureau des infirmières, les rats sortaient de l'armoire et nous regardaient dans les yeux », écrit Dinan. Ceux qui pouvaient se le permettre évitaient le nouvel hôpital, même si c'était l'ancienne demeure de Lord Shaughnessy.

Au cours des premières années, la plupart des patients de l'hôpital furent des « indigents délaissés » des quartiers pauvres qui n'étaient pas toujours « admissibles dans d'autres institutions ». Ce fut Olive Fitzgibbon qui, presque à elle seule, bâtit la renommée de l'hôpital. « Elle fit la réputation de l'établissement non seulement par les soins dispensés aux patients, mais aussi par la bonne formation donnée aux infirmières », rappelait Emmett Mullally dans son journal.

Le 16 mai 1924, l'association des dames auxiliaires de l'Hôpital de St. Mary élit son premier conseil : 7 vice-présidentes, 17 conseillères de paroisses, 3 responsables (admissions, literie et pansements chirurgicaux), une trésorière, une greffière, et une secrétaire affectée à la correspondance. Deux semaines plus tard, Sœur Morrissey exposa à l'association les grandes lignes de ses plans ambitieux. Elle compara St. Mary à St. Bernard, un hôpital de Chicago. « Ses débuts ont été très modestes, bien plus modestes que ceux de St. Mary, et sa réussite a dépassé toutes les attentes », dit-elle. La religieuse parla ensuite de son projet de construire une annexe à la Maison Shaughnessy pour y installer une école de soins infirmiers. Sûre de l'ouverture prochaine de cette école qui accueillerait « de 12 à 15 externes », elle demanda aux femmes de recueillir de l'argent pour les couvertures, les draps et les taies d'oreillers. Par souci d'économie, elle ajouta que « les dons de confitures seront également bienvenus ».

Dans un rapport déposé auprès de sa supérieure en décembre, la religieuse mentionnait qu'elle avait recueilli 200 000 dollars pour son hôpital et demandait aux soeurs de l'Hôtel-Dieu de prier à Noël pour sa réussite. « Comme vous le savez, la joie est fugace, et nous avons subi un certain nombre de revers et de contretemps dans nos tentatives en vue de convertir cette maison historique en hôpital... On n'invoque jamais en vain les noms de Saint-Joseph et de Sainte-Thérèse. »

Il fallait à la fondatrice plus que des prières pour joindre les deux bouts. En moins d'un an, son manque de compétence en administration et en relations humaines était devenu pitoyablement apparent. Les religieuses infirmières qu'on avait fait venir de Kingston, en Ontario, et de Chatham et Campbellton, au Nouveau-Brunswick, pour travailler avec elle, ne restèrent pas après leur période d'essai. Des documents d'époque font état d'un roulement incessant de personnel

religieux. « Elle avait bonne apparence et, à l'occasion, était fort agréable », dit Hingston à propos d'elle. « Elle avait une foi enfantine, sa vie religieuse était au-dessus de tout reproche. Mais, ajoutait-il, elle était excessivement vaniteuse et manquait de jugement. Ce n'était pas une bonne infirmière, elle négligeait ses patients et ils la détestaient. Elle était dure. »

Des signes de problèmes encore plus graves ressortaient du premier rapport annuel de l'hôpital, présenté lors de l'assemblée générale du 19 mai 1925 : « Le Conseil médical déplore vivement le manque d'espace dans l'hôpital; les logements des sœurs sont fort bondés, il n'y a pas de place pour une salle de radiologie. Le fonctionnement efficace d'un hôpital de première catégorie, même petit, exige plus d'espace. »

On trouva des logements pour les infirmières au 624, rue St-Marc. Elles s'y installèrent le 21 décembre 1925. « La maison ne laisse rien à désirer », déclara Mlle Fitzgibbon, satisfaite. « Nous avons un charmant salon, une salle de classe bien éclairée et aérée, et des chambres pour 18 infirmières. »

Mère Morrissey fit tout ce qu'elle pouvait pour se mettre à dos le nouveau président du conseil, Angus Robertson. Il démissionna après six mois, en novembre 1925, exaspéré, déclarant qu'aussi longtemps que la religieuse en était la directrice, « l'hôpital n'avait aucune chance de réussir ». Le 17 novembre, Donald Hingston prit la relève à la présidence du conseil et il fit preuve d'une patience digne de Job. « Nous traînions de la patte », dit-il à propos de cette période. « Aucun signe d'enthousiasme nulle part, aucune perspective d'aide financière ni aucun désir de lancer un recours. » Pour ses relations avec la directrice dans le cadre du conseil, Hingston adopta la seule approche possible dans les circonstances. Il faisait comme si elle n'était pas là. « Une résolution du conseil était présentée, je demandais une discussion. Un réquisitoire de la directrice Morrissey s'ensuivait, on passait au vote, je jetais ma voix décisive dans la balance, et la réunion était levée », déplorait Hingston. À son tour, la directrice ne tenait aucun compte de l'avis du conseil. Sans le consulter, elle demanda à Birks, le joaillier le plus cher de la ville, de concevoir et de confectionner les épinglettes qui seraient décernées aux diplômées lors de la remise des diplômes.

Cette décision allait avoir des conséquences graves et précipiter un

affrontement qui allait ébranler l'hôpital dans ses fondements. « On pourrait en dire beaucoup sur les épinglettes des infirmières, écrivit Mullally. Lorsqu'elle fut réprimandée par le Conseil pour ne pas avoir consulté Mlle Fitzgibbon, qui faisait la renommée de l'hôpital par l'excellente formation qu'elle donnait aux infirmières Sœur Morrissey persista à faire les choses à sa façon. Le Dr Hingston reprit l'affaire en main, convoqua une réunion du conseil puis fit concevoir et fabriquer les épinglettes par la firme de bijouterie de Murray et O'Shea (qui étaient intéressés par le progrès de l'hôpital). Mère Morrissey informa alors le conseil qu'elle n'allait plus s'occuper des cérémonies de remise des diplômes. »

Une campagne de financement destinée à combler le déficit de fonctionnement et à payer de l'équipement de radiographie fut lancée en 1926, avec un objectif de 75 000 dollars; ce fut un échec lamentable, et l'hôpital ne pouvait faire les frais d'une machine à électrocardiographie. Mais malgré ses problèmes internes, St. Mary comblait un besoin. Pendant l'épidémie de typhoïde de 1926, elle traita plus de patients atteints de cette maladie que tout autre hôpital de la ville; des 130 décès de la typhoïde enregistrés cette année-là, un seul fut rapporté à St. Mary. « Quiconque était en position d'observer la manière sans réserve dont le Dr Gaslin s'est sacrifié au cours de l'épidémie comprendra qu'il y a un esprit particulier au coeur de St. Mary, rapporta le *Knight News*. Le soin des patients atteints de la typhoïde demande beaucoup d'efforts à un personnel infirmier, et cette épreuve n'a fait ressortir que la plus complète bonne humeur et un esprit de sacrifice de soi illimité. »

Les trois premières infirmières à terminer leur formation à l'École des infirmiers de l'Hôpital St. Mary — Dorothy Donovan, Anne Lalonde et Irene Nugent — reçurent leurs diplômes le 17 février 1927. Comme elle l'avait promis, mère Morrissey boycotta les cérémonies tenues dans la chapelle de l'hôpital. Dans son journal personnel, Emmett Mullally décrit la cérémonie :

La veille de la remise des diplômes, le Dr Hingston ne savait pas comment tournerait la cérémonie, car Sœur Morrissey était frustrée de ne pouvoir faire les choses à sa façon. Elle voulait

louer une grande salle, faire prononcer des discours, etc. Le matin de la remise des diplômes, Hingston avisa les membres du conseil médical d'être à l'hôpital à 3 h 45 de l'après-midi, pour prendre part à la cérémonie. La chapelle était remplie d'amis et de parents, non seulement des diplômées, mais de ceux qui s'intéressaient à l'hôpital, et d'autres gens continuaient d'arriver. Il était passé quatre heures, la cérémonie devait commencer, et aucune épinglette n'était arrivée. La commande avait été donnée trop tard, à cause de l'initiative malencontreuse de Sœur Morrissey. Que faire? Finalement, à 4 h 30, le Dr Hingston remet aux trois infirmières leurs diplômes sous une couverture souple de cuir pourpre, leur serre la main et laisse la parole au Dr Devlin; ce dernier, malgré le peu d'espace et le décor inapproprié, prononce un petit discours qu'il sait si bien faire... Le père O'Reilly commence la bénédiction, mais avant la bénédiction proprement dite, les infirmières lisent ensemble un vœu qui, dans ce cas-ci, était une traduction des vœux prononcés par des infirmières d'un hôpital français, une autre manifestation des méthodes de Sœur Morrissey. À la fin de la bénédiction, les épinglettes n'étant toujours pas arrivées, nous sommes tous allés à la résidence des infirmières où les trois reçurent trois jolis sacs de cuir noir. Ils coûtaient 60 dollars en tout, et le coût était assumé par les cinq membres du conseil : Hingston, Gray, Mullally, Mason et Wickham.

Ayant réglé tous les arrangements financiers nécessaires pour acheter l'hôpital avec une somme qu'elle avait elle-même recueillie, Sœur Morrissey prit des mesures pour s'assurer un pouvoir sans partage sur l'établissement. Avec l'appui du père McDougald, le curé rédemptoriste de la paroisse St. Anne, elle entreprit de se débarrasser du conseil d'administration laïque de l'hôpital et de faire placer St. Mary sous son autorité. McDougald, un prêtre ascétique, voulait que l'hôpital soit relocalisé à Pointe St-Charles, un quartier irlandais démuné, et que le diocèse le dirige en plaçant Sœur Morrissey à sa tête. McDougald présenta ses arguments à Mgr Gauthier. Ce dernier ordonna au conseil de rendre l'hôpital à Sœur Morrissey. Hingston refusa.

Une série de rencontres eurent lieu entre Hingston, Mgr Gauthier, McDougald et Morrissey — « plusieurs d'entre elles fort désagréables », selon Hingston. Puis, écrivit-il en maniant l'euphémisme à sa manière, il s'ensuivit « plusieurs autres années de chamailleries et de rencontres fort déplaisantes ». Il poursuivait : « Morrissey était maintenant devenue impossible. Elle était déterminée à asseoir son pouvoir personnel à l'hôpital. Elle faisait les achats qui lui plaisaient, donnait ses ordres et ne collaborait avec personne. » Selon Hingston, elle affichait également « une haine profonde » envers la directrice des infirmières laïques, Mlle Fitzgibbon. « Sa constante impolitesse à son endroit était extraordinaire et fort déplacée. Par conséquent, le chaos régnait dans ce petit hôpital. » Les procès-verbaux des réunions du conseil révèlent qu'à plusieurs occasions, pour des raisons jamais élucidées, Sœur Morrissey exigea le congédiement de Mlle Fitzgibbon. Le conseil s'y refusant, elle insista pour que ses objections soient dûment inscrites au procès-verbal. Lors d'une réunion du conseil, elle annonça : « Nous protestons et voulons que cette protestation soit inscrite au procès-verbal; d'autres moyens seront pris [pour destituer Fitzgibbon]. Ce sera porté à la connaissance du public. »

L'hôpital perdait de l'argent, et dès 1929, ses dettes s'élevaient à 18 000 dollars. La première cueillette de fonds, mise en oeuvre en janvier 1929, donna moins de 1 000 dollars. Lors de la deuxième remise des diplômes aux infirmières, le 8 février, Sœur Morrissey refusa de nouveau de présenter les médailles et les diplômes. De plus, elle refusa mordicus de verser les paiements sur l'hypothèque, insistant sur le fait que l'édifice de l'hôpital était sous la responsabilité du conseil, et non la sienne. Son comportement devenait une grave menace à l'existence de l'hôpital. À l'instigation du père McDougald, elle offrit carrément d'acheter l'hôpital pour son ordre de religieuses, puis elle menaça de retirer tous les services d'infirmières à moins que l'institution lui soit remise. « St. Mary, encore à ses débuts, arrive à la fin de ses cinq premières années de service, écrivit-elle. » « Nous croyons que le moment est venu de trouver un site propice à un plus grand nombre de bâtiments, non seulement pour l'hôpital, le service externe et la résidence des infirmières, mais aussi pour une communauté et un noviciat où nos sœurs pourraient terminer leur formation religieuse et se qualifier pour le travail auquel elles étaient destinées à l'origine. »

Les arrérages sur l'édifice s'accumulaient. La directrice ne démordait pas. « Le progrès de l'hôpital a été retardé en grande partie par mère Morrissey, » la supérieure confia Mullally à son journal personnel. « Bien qu'elle insiste pour conserver auprès du public l'idée d'un hôpital pour catholiques anglophones qu'elle ait pris en charge les débuts de l'hôpital, il est évident qu'elle n'a pas les qualités requises pour être à la tête d'une telle institution. De fait, certaines de ses qualités sont estimables, mais elle ne pourrait être offerte en exemple du type de femme qui compose les ordres de religieuses infirmières. »

Il était évident l'ambition de la religieuse avait dépassé ses capacités. Elle s'était aliéné tous les médecins, toutes les infirmières et presque tous les donateurs. Elle était devenue, comme l'appelait Mgr Gauthier, « une mégère en habits religieux ». Pour le bien de toutes les parties concernées, Hingston demanda à l'archevêque d'user de son autorité épiscopale pour faire taire Sœur Morrissey. « Vous la connaissez aussi bien que moi, répliqua le prélat. À moins que je ne l'enferme dans sa chambre à St. Mary, un tel ordre serait futile. »

Le 10 septembre, la baronne Shaughnessy saisit la propriété hypothéquée. Le vendredi 13, Mgr Gauthier rencontra le Conseil d'administration réuni d'urgence. Hingston déclara qu'à moins que l'archevêque n'utilise son autorité épiscopale pour révoquer Sœur Morrissey, « il serait inutile de poursuivre le travail de l'hôpital. Il ne reste d'autre choix que la liquidation et la saisie. » Mgr Gauthier n'était pas disposé à congédier la supérieure. Il ne pouvait absolument rien faire, dit-il, pour l'empêcher d'ouvrir son propre hôpital. « Elle est intelligente, mais réfractaire. Si je lui ordonnais de partir, elle s'en irait agiter les bras rue Dorchester et se rendrait peut-être au couvent des Petites Sœurs des Pauvres, comme elle a menacé de le faire. Il faut éviter le scandale à tout prix. » S'il la faisait taire, poursuivit-il, « son ordre débutant pourrait se prétendre opprimé, nourrir de l'amertume, et porter sa cause directement à Rome. » Cependant, l'évêque accepta de reparler à la religieuse pour voir s'il pourrait la persuader de changer d'idée. Il fut incapable de la faire plier. Le matin du dimanche 15 septembre, à 8 h 30, il téléphona à Hingston pour le lui dire. « Voilà, c'est la fin de St. Mary », conclut-il. Les Hospitalières n'assumeraient l'hypothèque que si le conseil annulait la charte de St. Mary et leur remettait l'hôpital, afin que les religieuses puissent demander leur

propre charte. Hingston ne voulait rien savoir. « Comme nous n'avions pas d'autre possibilité que de nous accrocher à nos principes, nous avons donné des ordres pour que l'hôpital soit fermé », écrivait-il dans ses mémoires.

Le 8 octobre 1929, le St. Mary's Memorial Hospital, « en faillite, financièrement et moralement », ferma ses portes. Un groupe de 18 médecins de l'hôpital signa une déclaration sous serment à l'appui de la décision de Hingston. « L'état des finances de St. Mary ne justifie pas qu'elle continue d'être en service, disait la déclaration, et surtout, considérant qu'il y a entre les éléments du conseil d'administration un manque d'union auquel on ne peut remédier, il est résolu avec un profond regret de fermer l'hôpital. » Deux semaines plus tard, la Bourse s'effondrait. C'était le début de la Grande Dépression, et il semblait que St. Mary ne rouvrirait jamais.

Des patients furent confiés à d'autres hôpitaux, les infirmières laïques trouvèrent du travail à l'Hôpital Royal Victoria et Sœur Morrissey retourna à l'Hôtel-Dieu, où elle joua un rôle prépondérant dans la fondation du musée de l'hôpital. Elle s'attribua plus tard le mérite d'une biographie de Jeanne Mance, qui avait en fait été écrite par Joseph Foran.

« C'était un grand général, mais seule une armée de saints pénitents aurait pu travailler sous ses ordres, » soutient Jack Dinan. « Elle était incomprise du groupe médical, malgré les avertissements de l'évêque... C'était une Hospitalière de St-Joseph, élevée au couvent, dévouée et sincère... Complètement absorbée par l'idée d'organiser à Montréal une section anglaise des Hospitalières, de la pourvoir en personnel avec des sœurs infirmières et de le diriger comme si c'était n'importe quel Hôtel-Dieu du Québec. En raison de son expérience de ses convictions, elle ne pouvait accepter l'idée d'un contrôle laïc, et elle fut amèrement désillusionnée lorsque le conseil médical employa une responsable laïque pour former ses infirmières. Elle ne s'est jamais remise de ce qu'elle considérait comme un affront. »

CHAPITRE 2

*On ne peut laisser en faillite un hôpital dédié à la plus sacrée des mères...
Dans les édifices érigés au nom de Marie, tout le monde est chez soi et personne
n'est un étranger... Marie est notre mère. Faire partie de ce lieu, c'est faire
partie d'une famille qui vénère son nom... On ne peut permettre la faillite
d'une institution qui porte son nom.*
~Sœur St. Simon (Victoire Séguin)



Hingston refusa de capituler.

Encouragé par Wilfrid Emmett McDonagh, le prêtre fondateur de la paroisse Ascension of Our Lord, à Westmount, Hingston mobilisa ses propres ressources. La semaine même où l'hôpital ferma ses portes, il se rendit à Québec pour rencontrer le premier ministre Louis-Alexandre Taschereau et le secrétaire provincial, Louis-Athanase David, en vue de sauver l'Hôpital. Hingston souligna qu'au cours de ses quatre années, St. Mary était devenue indispensable : on y avait traité 4 363 malades hospitalisés et 2 000 en consultation externe, et procédé à 1 827 opérations.

Taschereau offrit 50 000 dollars pour refinancer l'hôpital, pourvu que l'on puisse trouver une communauté de religieuses infirmières désireuse de le garder ouvert. Hingston rendit ensuite visite aux Sœurs de la Providence de Saint-Vincent de Paul — un ordre montréalais fondé en 1844 par Émilie Tavernier-Gamelin —, mais l'accueil fut « plutôt froid », dit-il : « D'entrée de jeu, les sœurs en sont venues à l'essentiel, et ont demandé au nom de qui serait placée la propriété. Lorsque j'ai dit qu'elle serait au nom de la compagnie des administrateurs, et non à celui de l'ordre des religieuses, elles se récuserent. » Alors, le 1^{er} janvier 1930, Hingston alla voir l'une des amies de sa mère, l'influente Sœur Margaret McKenna, qui avait été, pendant des années, l'économe des Sœurs de la Charité de Montréal, plus communément appelées les Sœurs Grises. Tout le monde, à Montréal, connaissait

« Sœur McKenna des Sœurs Grises ». Elle avait grandi dans le village de Côte-des-Neiges, où son père était fleuriste. Elle avait fondé un orphelinat et un hôpital pour les vétérans, et avait fait pression pour que le Square du Parlement, dans le Vieux-Montréal, soit rebaptisé Place d'Youville, en l'honneur de Marguerite d'Youville, la religieuse qui avait fondé les Sœurs de la Charité en 1755.

Hingston rencontra une McKenna malade et pas très encourageante. Les Sœurs Grises, lui dit-elle, avaient dépassé leurs moyens en ouvrant des hôpitaux dans l'Ouest canadien et aux États-Unis. Si elles acceptaient de diriger St. Mary, dit-elle, elles devraient fermer l'un de ces hôpitaux. Par ailleurs, la vieille religieuse « avait des hésitations fort naturelles à les voir [les Sœurs Grises] dans une situation de grande dépendance vis-à-vis des laïcs ». Toutefois, la semaine suivante, elle changea d'idée et apprit à Hingston qu'« après beaucoup de déchirements », les Sœurs Grises avaient décidé de fermer leur hôpital à Nashua, dans le New Hampshire, afin de pouvoir garder St. Mary ouvert. Un contrat paraphé le 13 février par Hingston et la supérieure générale des Sœurs Grises, Mère Marie-Louise-Octavie Dugas, donnait aux religieuses le contrôle absolu de l'école d'infirmières et du personnel.

Selon les conditions du contrat de trois pages, les Sœurs Grises « peuvent engager [des infirmières], fixer leur rémunération et les congédier... Les visites des malades auront lieu sous le contrôle et la supervision des sœurs, qui peuvent déterminer les jours et les heures auxquels ces visites seront possibles, et quels visiteurs pourront être admis ou non ». De plus, l'Hôpital St. Mary allait accorder à chaque religieuse infirmière 200 dollars par année et assumer « toutes les dépenses reliées à l'administration et à l'entretien de l'École de soins infirmiers ». L'article 2, la clause la plus importante, qui allait plus tard s'avérer la plus litigieuse, donnait aux Sœurs Grises l'autorité nécessaire pour « acheter toutes les provisions, les aliments, le linge, la literie, les fournitures ordinaires, etc. pour les malades ».

Victoire Séguin, appelée Sœur St. Simon, fut rappelée de Calgary pour être la directrice des infirmières. C'était une religieuse de 51 ans, stricte, mais sereine, qui avait terminé des études de troisième cycle en pharmacie à Toledo, en Ohio, et qui, après avoir travaillé dans un cer-



Sœur St. Simon

« On ne peut laisser en faillite un hôpital dédié à la plus sacrée des mères... »

tain nombre d'hôpitaux des Maritimes et de la Nouvelle-Angleterre, avait été nommée supérieure de l'hôpital Holy Cross de Calgary, en 1929. Troisième d'une famille de 12 enfants, elle était originaire de Stoney Point, en Ontario, mais avait grandi à Windsor et à Detroit. Entrée dans les Sœurs Grises en 1900, elle avait prononcé ses vœux en 1908. Peu après son transfert à Calgary, elle avait subi une opération à l'apophyse mastoïde, qui avait laissé son visage partiellement paralysé. Dans une lettre à Hingston, Sœur St. Simon expliquait pourquoi elle avait si hâte de venir à Montréal. « On ne peut laisser en faillite un hôpital dédié à la plus sacrée des mères. Lorsque la Vierge Marie devient la patronne d'une cause, elle ne l'abandonne jamais. Là où des édifices sont érigés au nom de Marie, tout le monde est chez soi et personne n'est un étranger. En tant que supérieure, j'entends me consacrer à la souffrance et être un exemple pour ceux qui mènent une vie religieuse. Sur ce point, je suis de plus en plus inflexible. »

Avec Sœur St. Simon aux commandes, les Sœurs Grises emménagèrent le 1er mars, et St. Mary rouvrit ses portes le 19 mars 1930, la fête patronale de saint Joseph, le patron du Canada. Le lendemain, on admettait une première patiente : une femme nommée Mary Boyle.

Hingston lança ensuite une campagne de financement. Pour la diriger, il versa 8 000 dollars de sa poche au consultant professionnel Sam Stalford, de Toronto. Les initiatives de Hingston, nullement soutenues par ses collègues, furent financés par sa mère, Lady Hingston. Stalford

calcula qu'il en coûterait 4 000 dollars par lit pour construire un nouvel hôpital, puis 1 000 dollars par lit, par année, pour l'entretenir. Par conséquent, pour un hôpital de 200 lits, il fallait amasser au moins 1 million de dollars. Leur objectif était le suivant : si les 18 paroisses catholiques anglophones de la ville pouvaient rassembler au total 250 000 dollars pour démarrer la campagne, la Ville de Montréal pourrait apporter une contribution de 100 000, et le conseil pourrait compter sur une subvention de 400 000 de la province. Les autres 250 000 dollars, appelés « l'Objectif du Citoyen », seraient recueillis en ciblant un petit groupe de riches entreprises donatrices au moyen d'un « comité des noms spéciaux ». Des cibles furent établies pour chacune des paroisses : St. Patrick, Ascension of Our Lord, St. Michael, St. Augustine of Canterbury et St. Willibrod étaient censées recueillir 10 000 dollars chacune; St. Anthony et St. Raphael, 6 000 dollars chacune; les paroisses moins prospères, comme St. Anne, St. Agnes, St. Dominic, Holy Family, St. Thomas Aquinas, St. Aloysius et St. Ignatius, 4 000 dollars chacune; et St. Brendan, St. Mary et Holy Cross, qui comptaient parmi les plus petites paroisses, 1 000 dollars chacune.

Un sondage mené auprès des paroisses montra des réactions mitigées. Hingston fut « reçu d'une façon fort discourtoise » par le curé de la paroisse Holy Family, Aloysius Walls, qui l'accusa d'avoir des « ambitions grandioses », « trop exigeantes pour une communauté irlandaise dans le besoin ». S'il fallait construire un hôpital, selon le prêtre, c'était à l'évêque, et non à Hingston, qu'il revenait de sonder les curés. Pour sa part, l'abbé Thomas Francis Heffernan de St. Augustine of Canterbury ne voulait rien savoir du projet s'il impliquait des religieuses francophones. Le curé Gerald McShane, de St. Patrick, renvoya impérieusement Hingston, lui disant que, pour ses paroissiens, « St. Mary n'a plus d'intérêt ». L'abbé Philip Brady, partisan de Sœur Morrissey et aumônier de St. Mary, dit à Hingston qu'il ne soutiendrait une campagne de financement que si la religieuse était impliquée. Voyant qu'il pouvait être perçu comme une entrave, Hingston était prêt à démissionner de la présidence du conseil d'administration de l'hôpital. Il tenta de persuader l'un de ses amis, le lieutenant-colonel William Patrick O'Brien, un éminent courtier, de prendre la situation en main.

« Comme O'Brien était un homme fort riche, il pouvait réussir l'entreprise bien mieux que moi, écrivit Hingston. Je lui ai suggéré de faire de l'édification de St. Mary l'oeuvre maîtresse de sa vie. Je lui ai dit que j'allais me retirer et lui céder la direction, et qu'il serait reconnu en tant que fondateur de l'hôpital. » Mais O'Brien était engagé dans l'organisation de la Federation of Catholic Charities, destinée à venir en aide aux chômeurs durant la Dépression, et il écarta le projet d'hôpital en disant qu'il était difficilement applicable. En fait, il recommandait que St. Mary soit « fermé et qu'aucune autre obligation financière ne soit assumée pour son fonctionnement ».

Pour la réussite de l'hôpital, il fallait la coopération entière de toutes les paroisses de la ville. Ce dont Hingston avait désespérément besoin, c'était une lettre pastorale de Mgr Gauthier donnant au projet le plein appui de l'archidiocèse. « Nous connaissons la crainte et l'inquiétude de Votre Excellence, écrivit Hingston à Mgr Gauthier le 21 février, mais nous assurons Votre Excellence qu'au cours des années à venir, elle n'aura jamais aucune raison de regretter cette aide. » L'archevêque ne répondit pas. Un appui épiscopal semblait peu probable.

Alors, une nouvelle voix se fit entendre. L'abbé Luke Callaghan, curé de la paroisse St. Michael, dans le Mile-End, avait de bonnes relations aux bureaux de l'archidiocèse — si bonnes, en fait, qu'en 1904, il avait été le premier prêtre à prêcher en anglais à la basilique Notre-Dame. Il avait également été vice-chancelier du palais de l'archevêque, à l'époque où Mgr Gauthier était encore un subalterne. Le 29 août, l'abbé Callaghan alla voir Hingston pour lui demander de rédiger la lettre pastorale dont il avait besoin d'urgence. Il se chargeait de la présenter à l'archevêque. Hingston écrivit ce qui suit : « L'Hôpital St. Mary, soumis dès ses humbles débuts aux embarras les plus éprouvants, a rendu des services admirables à notre communauté et aux citoyens de Montréal. Je perçois le besoin immense d'un hôpital plus grand et plus moderne, comme celui dont l'actuel conseil d'administration de St. Mary propose la construction. Leur campagne, dont l'objectif est de rassembler les fonds nécessaires, reçoit mon approbation et ma bénédiction les plus chaleureuses, et je la recommande à notre communauté, dans l'espoir qu'elle contribue fort généreusement à cette louable cause. » Au grand étonnement de Hingston, l'abbé

Callaghan revint dans l'heure suivante avec la lettre portant la signature de l'évêque. « Jusqu'alors, Mgr Gauthier ne s'était jamais montré sympathique à l'entreprise, écrit Hingston dans ses mémoires. Selon moi, Luke Callaghan a sauvé St. Mary. »

Le dimanche 7 septembre, une lettre pastorale plus formelle fut lue en chaire dans les paroisses. L'évêque y déclarait que « le fait de recueillir une somme suffisante pour construire un nouvel hôpital, tout à fait moderne et à l'épreuve du feu » recevait son approbation, et il demandait à tous les catholiques « de reconnaître leur devoir envers les malades et les affligés par une généreuse réponse à cet appel ». Aucun catholique, pas même McShane, ne pouvait ignorer cette directive.

Stimulée par ces nouveaux développements, l'association des bénévoles organisa une « réception-bénéfice » à l'Hôtel Mount Royal, le 21 octobre, ce qui permit de recueillir 5 000 dollars. On élaborait un plan de financement : les catholiques anglophones devaient fournir 250 000 dollars; des entreprises commanditaires souscriraient 300 000; la province, 350 000; et la Ville de Montréal, 100 000. Le 29 octobre 1930, Hingston écrivit au maire Camillien Houde pour lui demander une subvention municipale. « Il est bien connu que la Ville de Montréal a besoin d'un plus grand nombre de lits d'hôpitaux, et même si l'Hôpital St. Mary a fait des efforts modestes pour fournir des soins et des traitements médicaux à nos citoyens, il serait tragique de laisser le petit hôpital actuel, qui a si bien servi la communauté, disparaître faute d'aide financière. »

Puis, Hingston invita 18 curés anglophones de la ville à le rencontrer le 24 novembre. Il les convainquit de s'engager à fournir « le soutien moral, la coopération et l'aide financière » de leurs paroisses respectives. « Pour la première fois, un grand nombre de nos pasteurs se sont réunis, écrivit-il. L'élément discordant avait été exclu. Tout le monde s'est réjoui. » Brillèrent par leur absence les curés des paroisses St. Patrick, St. Anne et Holy Family; mais ils n'eurent d'autre choix que de se conformer. Il y eut toutefois des revers irritants. La collecte de fonds fut retardée de six mois pour permettre à O'Brien et à la nouvelle Federation of Catholic Charities d'atteindre l'objectif de 75 000 dollars de leur première campagne.

« Dans toute mon expérience de direction de campagnes de financement, je n'ai jamais été aux prises avec des situations aussi changeantes, dont aucune n'a offert de perspectives positives », écrivit au conseil Stalford, le directeur de la campagne. « En réalité, les catholiques anglophones de Montréal, dans l'ensemble, reconnaissent le besoin d'un nouvel hôpital, moderne et à la fine pointe, et la majorité d'entre eux le désirent. Mais les différents groupes d'intérêt semblent avoir une telle divergence d'opinions qu'il est impossible de continuer sans plan précis, à moins que l'un de ces groupes n'assume la responsabilité de poursuivre le projet. Autrement dit, nous devons cesser de remettre à plus tard... et affronter la situation avec une détermination à mener à bien les plans originaux de la campagne et la conclure par la réussite. »

Les revers furent temporaires. Le 9 février 1931, le comité exécutif de Montréal ne se contenta pas d'approuver la demande de subvention de Hingston, il l'augmenta substantiellement. Grâce, en grande partie, au lobbying du conseiller municipal Tom O'Connell, la ville accepta d'assumer le tiers du projet d'un million de dollars. « Il est très rare qu'une députation, lorsqu'elle demande des subventions à la ville, reçoive plus que ce qu'elle requiert, fit observer le *Montreal Star*. Ce précédent a été créé aujourd'hui. »

Le dimanche 15 mars, une maquette en carton de l'édifice de l'hôpital fut promenée dans les rues de la ville, dans le cadre du défilé annuel de la Saint-Patrick. Des artistes se mirent à l'oeuvre pour concevoir les armoiries de l'hôpital, soit « un buste de la Bienheureuse Vierge Marie sur une croix rouge, ceinte d'un parchemin ». Le 11 mai 1931, l'appel général d'un million de dollars fut lancé, et on demanda à chaque paroisse de « faire sa contribution en argent comptant ». La campagne recueillit 360, 465,93 \$. « Dans toute mon expérience de directeur de campagnes, cet appel fut le plus difficile que j'aie jamais tenté, car chaque élément et événement connu nous entravait, écrivit Stalford. En temps ordinaire, le même effort aurait permis d'accumuler plus de deux millions de dollars. »

Lors d'une réunion du conseil tenue en avril 1932, il fut décrété qu'« afin d'assurer la continuité », le vieil hôpital demeurerait ouvert

jusqu'à ce qu'un nouvel établissement soit construit, « même si les conditions de fonctionnement sont peu propices et peu susceptibles de changer avant que le nouvel hôpital puisse recevoir des patients. » À la même réunion du conseil, on expliqua que la construction d'un hôpital était pensée « en fonction de possibilités d'agrandissement plus tard », ce qui entraîna une discussion sur l'endroit où l'établissement devait être bâti. Certains pensaient qu'il devait être situé près du Collège Loyola, à Notre-Dame-de-Grâce, d'autres, quelque part à Pointe St-Charles. Plusieurs sites que Hingston avait trouvés idéaux semblaient maintenant, après mûre réflexion, « trop petits, trop éloignés ou trop coûteux ». Ce fut Sœur McKenna qui indiqua une terre de sept arpents (281 000 pieds carrés ou 26 000 mètres carrés) à Côte-des-Neiges, le village où elle avait grandi. Le site était à l'ombre de l'Oratoire Saint-Joseph, directement derrière le Collège Notre-Dame. Il avait été voué à l'agriculture par les Sulpiciens en 1698. Le plus récent propriétaire, François-Xavier Cardinal, était mort, et sa veuve avait mis la ferme familiale en vente. Mais dès que Hingston se montra intéressé par la propriété, un influent conseiller municipal du quartier, Pierre Deguire, tenta d'empêcher la vente. Il s'avéra que Deguire était l'homme de paille de l'abbé Alfred Nantel, le curé qui avait construit son presbytère et une église de mission, St. Thomas à Becket, à côté du site proposé. Nantel convoitait la propriété de Cardinal pour sa paroisse. Il avait l'intention de l'acheter, de la subdiviser pour un usage résidentiel, et d'utiliser les recettes des ventes immobilières pour financer la construction d'une église. Toutefois, le frère de Sœur McKenna, Leo McKenna, persuada Deguire qu'il n'était pas dans l'intérêt du curé Nantel de s'opposer à la construction de l'hôpital. Pour enfoncer le clou, McKenna brigua les suffrages pour être conseiller municipal du district, et il fit de la construction de l'hôpital le grand thème de sa campagne. Il fut élu, servit au conseil municipal pendant 20 ans et resta un fidèle défenseur de l'hôpital jusqu'à sa mort en 1956.

Selon le contrat de vente, le conseil d'administration versait 45 840 pour acquérir la propriété. Hingston voulait que deux architectes de Boston, Edward Stevens et Fredrick Lee, dessinent les plans de St. Mary. Ils avaient été les architectes de l'Hôpital Notre-Dame, qui avait ouvert ses portes en 1922. Mais après avoir souffert de douleurs

au thorax et d'un trouble cardiaque provoqué sans aucun doute par les tensions auxquelles il avait été soumis au cours des trois années précédentes, Hingston démissionna comme président du conseil, le 26 mai 1931. Son successeur, le sénateur Wilfrid Laurier McDougald, insista pour embaucher une équipe d'architectes établis au Québec, et nomma son secrétaire privé, Aloysius Chopin, responsable du projet. Edward J. Turcotte et John Archibald furent donc engagés. « Il y a eu maints problèmes et discussions à propos des plans, des soumissions et des contrats, se rappela Hingston. Je me suis effondré avec une crise de myocardite et, pendant quelques mois, n'ai pu prendre part activement à la planification qui se déroulait avec, je le crains, bien des erreurs. Cependant, nous nous sommes tirés d'affaire. » John Quinlan, qui avait proposé une soumission de 553 880 dollars, fut embauché en tant qu'entrepreneur général, et James Ballantyne reçut 159 113 dollars pour installer la plomberie, le chauffage et la ventilation. Comme la ville payait le tiers de la note, une condition s'appliquait : « Pour tous les achats, les entrepreneurs accorderont leur préférence aux matériaux fabriqués à Montréal ou ailleurs dans la province de Québec. » Le conseil énonça clairement qu'« aucun changement d'aucune sorte ne devra être autorisé après le début de la construction... Et que les architectes et ingénieurs seront tenus moralement responsables de voir à ce que le programme soit exécuté ».

On leva une première pelletée de terre le 23 mai 1933. « Pour limiter les coûts, les travailleurs étaient payés 15 cents l'heure, soit moins que le salaire minimum. Le quotidien *Montreal Star* condamna cette exploitation dans ses pages éditoriales. Même s'il reconnaissait que cette pratique était fort répandue durant la Dépression, le journal dénonça les faibles salaires comme étant « une mesure rétrograde, un revers de la campagne menée depuis des siècles pour un traitement équitable de la main-d'oeuvre ».

Le 6 juillet, piqué au vif par les critiques des médias, le conseil d'administration écrivit à John Quinlan pour lui exprimer son « embarras » au sujet des salaires versés aux ouvriers. À l'occasion d'un incident isolé, les travailleurs quittèrent le chantier pendant trois jours pour protester contre leur faible rémunération, mais la question fut rapidement résolue, et la construction du « nouveau palais médical de



St. Mary en construction, au printemps 1934.
Reproduit avec l'aimable autorisation du Dr Richard Moralejo.

Montréal », comme l'appelaient maintenant les journaux, continua en avance sur le calendrier. L'hôpital s'éleva rapidement. La structure d'acier fut terminée en mars, la charpente recouverte dès la fin de l'été, et le travail général de finition terminé en trois mois. Le gardien en chef Roger Kelly, un immigrant irlandais récemment arrivé de Galway, fut le premier à se présenter au travail dans le nouvel édifice, assumant la responsabilité de la sécurité des entrepôts et supervisant l'installation du nouvel équipement de l'hôpital. St. Mary's Memorial Hospital ouvrit ses portes le 24 novembre, 16 mois après la première pelletée de terre.

La *Gazette* rapporta le transfert en ambulance de 20 patients du vieil édifice au nouveau. « Afin de faciliter cette tâche difficile, tous les convalescents qui s'étaient suffisamment rétablis ont reçu leur congé, ce qui n'en laissait que 20 à déplacer », nota le quotidien. L'hôpital de la Maison Shaughnessy fut vendu 40 000 dollars aux Sisters of Service, qui en firent une maison pour mères célibataires. Le nouvel hôpital, comme l'ancien, permettait aux patients de trouver du réconfort dans



Le nouveau « palais médical » de Montréal, en 1938.

Photo : Graetz Bros.

leur foi catholique malgré leurs souffrances, et s'efforçait de respecter la dignité de tous les patients, quelle que soit leur confession religieuse.

On trouva des chambres pour les étudiantes infirmières dans un édifice situé en face de l'hôpital, au 3835, avenue Lacombe, que l'hôpital avait l'intention de louer jusqu'à ce qu'on puisse construire une résidence permanente. Le révérend Thomas O'Reilly, « un homme tranquille, presque invisible, qui apportait un réconfort discret aux malades », devint le premier aumônier résident de St. Mary. Le personnel comprenait 11 médecins, auxquels s'ajoutaient 60 médecins et chirurgiens avec droits de pratique hospitalière. « Ce que nous avons amené au nouvel hôpital, c'est un sentiment familial. Non seulement ce sentiment est-il demeuré, mais il s'est bientôt étendu aux nouveaux qui se sont joints à nous. C'était une atmosphère de travail heureuse et accueillante », se rappelait Dr Jack Dinan.

Sir Henry Gray, un Écossais d'Aberdeen costaud de carrure, arriva inopinément en 1935. Il ajouta beaucoup de cachet à l'établissement. Il s'était distingué au cours de la Guerre des Boers et de la Première

Guerre mondiale. Fait chevalier pour son travail de chirurgien dans la Troisième Armée britannique en France, au cours de la Première Guerre Mondiale, il était considéré comme « le dernier des demi-dieux excentriques de la chirurgie ». En fait, Gray avait été appelé à Montréal pour occuper le poste de chirurgien en chef de l'Hôpital Royal Victoria, mais comme le président l'établissement Sir Vincent Meredith, l'avait nommé sans demander l'approbation du conseil médical, il y eut une levée de boucliers, et peu après son arrivée, Gray dut renoncer au poste. Il s'adonna à la pratique privée et acquit des droits de pratique hospitalière à St. Mary. Gray amena à St. Mary son assistant médical, Frank Scully, un médecin « court, drôle et beau » qu'il était impossible de détester, « même lorsqu'on savait qu'il vous prenait pour un imbécile ». Le Dr Gray est l'un des premiers médecins à avoir incité ses patients à sortir du lit quelques jours après une opération chirurgicale, à une époque où il était de règle de garder les patients au lit au moins une semaine après leur opération.

Le Dr Hingston devint le premier chirurgien en chef de l'hôpital. À partir de là, et jusqu'à sa mort, tout le monde l'a vénéré et appelé affectueusement « le Chef ».

Le lieutenant-colonel Charles Peters, natif de St-Jean de Terre-Neuve, qui avait reçu son diplôme de médecine, de McGill avec grande distinction en 1898, et qui, comme Gray, avait combattu à la Guerre des Boers et à la Première Guerre mondiale, fut amené de l'Hôpital général de Montréal pour établir le département de médecine. Superbe diagnosticien et enseignant, le Dr Peters était très estimé des internes. Cependant, il quitta St. Mary moins d'un an après son arrivée. Il fut remplacé par Leo Mason, qui avait complété sa formation à l'Hôpital Laennec, à Paris, et à la clinique Mayo.

Norman Williamson, qui avait encore l'air du footballeur qu'il avait jadis été, était un roux à la personnalité bien affirmée, qui parlait haut et fort et déplaçait beaucoup d'air. Il prit à sa charge l'orthopédie, spécialité encore nouvelle et limitée, introduisant des soins améliorés pour les troubles musculosquelettiques. « Mac » McGovern, l'un des dévoués fondateurs d'origine, dirigea le département de dermatologie.

Le Dr A. G. « Bert » McAuley fut nommé responsable du département d'ophtalmologie, lequel était influencé par les progrès de l'industrie aéronautique. Le neurologue Thomas Hoen, un natif de Baltimore qui avait déménagé à Montréal pour étudier avec Dr Wilder Penfield, fut nommé chef du département de neurochirurgie. Il y travailla avec Arthur Wilson Young, un neurologue de Revelstoke, en Colombie-Britannique, qui avait remporté la médaille Holmes à sa sortie de McGill en 1921, et qui avait ensuite étudié la psychiatrie à Boston, à Londres, à Paris et à Berlin. Dr Ansel Tanney vint du Western Hospital pour ouvrir le département de médecine génito-urinaire, et James Rogers fut embauché pour diriger le département d'oto-rhino-laryngologie. James MacIntyre, originaire du Cap-Breton, qui avait travaillé pour la papetière Price à Trois-Rivières, fut embauché en tant que technicien en chef de l'entretien, et il veilla pendant des décennies au bon fonctionnement de l'édifice.

Comme le nouvel hôpital manquait de médecins spécialistes et avait beaucoup d'omnipraticiens, des membres du personnel accrédités de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal reçurent des privilèges hospitaliers et furent accueillis en tant que consultants. St. Mary établit rapidement sa réputation de maternité de premier ordre, à « forte intensité ». Au départ, l'obstétrique et la gynécologie étaient des départements distincts, et Dr James Goodall — beau, sémillant et fringant — fut amené du Royal Victoria pour diriger la gynécologie, et Dunstan Gray — aucun lien de parenté avec Sir Henry — fut nommé chef de l'obstétrique. Le Dr Gray, diplômé de McGill, avait terminé ses études de troisième cycle à Paris. C'était un homme aimable, un médecin habile, et un administrateur attentionné. Il fut l'un des premiers à utiliser « de petites quantités d'un médicament fiable et à peine toxique », le Pentothal, pour réduire les douleurs de l'accouchement. Sous sa direction, le département d'obstétrique devint un modèle avec des chambres privées et et semi-privées, deux salles d'accouchement à la fine pointe avec chambres de travail adjacentes, une pouponnière de 25 berceaux et une salle d'isolement séparée avec fenêtre d'observation, afin que les familles puissent voir les bébés. L'obstétricien et gynécologue principal du département,

Le Dr A. G. « Bert » McAuley fut nommé responsable du département d'ophtalmologie, lequel était influencé par les progrès de l'industrie aéronautique. Le neurologue Thomas Hoen, un natif de Baltimore qui avait déménagé à Montréal pour étudier avec Dr Wilder Penfield, fut nommé chef du département de neurochirurgie. Il y travailla avec Arthur Wilson Young, un neurologue de Revelstoke, en Colombie-Britannique, qui avait remporté la médaille Holmes à sa sortie de McGill en 1921, et qui avait ensuite étudié la psychiatrie à Boston, à Londres, à Paris et à Berlin. Dr Ansel Tanney vint du Western Hospital pour ouvrir le département de médecine génito-urinaire, et James Rogers fut embauché pour diriger le département d'oto-rhino-laryngologie. James MacIntyre, originaire du Cap-Breton, qui avait travaillé pour la papetière Price à Trois-Rivières, fut embauché en tant que technicien en chef de l'entretien, et il veilla pendant des décennies au bon fonctionnement de l'édifice.

Comme le nouvel hôpital manquait de médecins spécialistes et avait beaucoup d'omnipraticiens, des membres du personnel accrédités de l'Hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal reçurent des privilèges hospitaliers et furent accueillis en tant que consultants. St. Mary établit rapidement sa réputation de maternité de premier ordre, à « forte intensité ». Au départ, l'obstétrique et la gynécologie étaient des départements distincts, et Dr James Goodall — beau, sémillant et fringant — fut amené du Royal Victoria pour diriger la gynécologie, et Dunstan Gray — aucun lien de parenté avec Sir Henry — fut nommé chef de l'obstétrique. Le Dr Gray, diplômé de McGill, avait terminé ses études de troisième cycle à Paris. C'était un homme aimable, un médecin habile, et un administrateur attentionné. Il fut l'un des premiers à utiliser « de petites quantités d'un médicament fiable et à peine toxique », le Pentothal, pour réduire les douleurs de l'accouchement. Sous sa direction, le département d'obstétrique devint un modèle avec des chambres privées et et semi-privées, deux salles d'accouchement à la fine pointe avec chambres de travail adjacentes, une pouponnière de 25 berceaux et une salle d'isolement séparée avec fenêtre d'observation, afin que les famille puissent voir les bébés. L'obstétricien et gynécologue principal du département,

Sherbrooke, au Québec, qui avait obtenu son diplôme de McGill en 1933, fut embauchée en tant qu'assistante clinique, et devint la première femme médecin de l'hôpital. Les normes de St. Mary étaient si élevées que l'hôpital commença à attirer des patientes en obstétrique de l'hôpital Royal Victoria et de l'Hôpital général de Montréal. Sous la direction du Dr Basil Cuddihy, les Chevaliers de Colomb dirigèrent la collecte de sang, et le Dr James Goodall inaugura une banque de sang placentaire, qui constituait selon lui « l'un des progrès les plus importants de l'histoire de la médecine moderne ». Dr Goodall avait commencé à conserver le sang placentaire provenant des accouchements normaux, qui autrement aurait été jeté. Il le conservait pendant 90 jours dans des flacons scellés et l'utilisait pour des transfusions. Cette approche était si novatrice que St. Mary pouvait se vanter de ce que « la technique provenant du laboratoire de recherche de cet hôpital soit adoptée par un grand nombre d'hôpitaux bien connus, en Amérique et ailleurs ».

Jack Gerrie, l'un des premiers chirurgiens plastiques qualifiés au pays, arriva à titre de consultant en 1935. Natif de Stratford, en Ontario, Gerrie avait reçu son diplôme en dentisterie de l'Université de l'Alberta à Edmonton lorsqu'il avait 21 ans, et son diplôme de médecin de McGill en 1931. Ce pionnier du domaine naissant de la chirurgie reconstructive alla ensuite travailler à l'hôpital St. Bartholomew, à Londres, Angleterre, avec Archibald McIndoe et le cousin de ce dernier, Sir Harold Gillies, les doyens de la chirurgie plastique, qui, plus tard, furent tous deux faits chevaliers pour leur travail. Gerrie étudia également l'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital de Londres, Angleterre, et finit par devenir un éminent expert de la chirurgie faciale, professeur à l'Université McGill, et président de l'American Society of Maxillofacial Surgeons.

Dès son ouverture, St. Mary était une entreprise déficitaire. Le premier rapport annuel, déposé dans la salle du conseil du nouvel édifice le 16 mai 1935, indiquait que l'hôpital perdait 6 000 dollars par mois — « bien plus que l'estimation de 45 000 par année qui avait été calculée à l'ouverture de l'hôpital ».

Après la Dépression, un grand nombre de gens n'arrivaient pas à régler leurs comptes d'hôpital, et beaucoup s'endettaient. Au début, à part les cas de maternité, les Irlandais catholiques étaient réticents à

utiliser le nouvel hôpital. Même si les salles communes étaient remplies, les chambres semi-privées et privées, plus chères, demeuraient souvent vides. Pour bien des gens, l'hôpital était trop coûteux ou trop loin des sentiers battus. Au cours de la première année de fonctionnement, St. Mary ne soigna que 2 754 patients, dont 95 pour cent provenaient de Verdun, de Griffintown et de Pointe St-Charles. Parmi ceux-là, 75 pour cent étaient catholiques, 23 pour cent protestants, et 1 pour cent juifs. Le département d'obstétrique, qui comptait 283 naissances au cours de cette première année, était le plus occupé. Cette année-là, un total de 846 interventions chirurgicales furent effectuées. Le taux d'occupation général était inférieur à 40 pour cent, ce qui permit à 63 étudiantes infirmières d'emménager dans des chambres du septième étage qui avaient été destinées à des patients. Dr Dunstan Gray n'aimait pas la situation. L'édifice logeait plus de religieuses et d'infirmières que de patients. Il recommanda de consacrer 175 000 dollars à la construction d'une « maison d'infirmières bon marché » et d'ouvrir le septième étage aux patients. On ne tint aucun compte de sa recommandation. Gray luttait contre l'opinion publique, qui, à l'époque, désapprouvait du travail des femmes à l'extérieur de la maison. Durant la Dépression, les femmes n'étaient pas censées enlever des emplois aux hommes et ainsi dérober leur dignité en tant que soutien de famille. L'abbé McShane l'exprima en termes plus paternalistes en s'adressant à une classe de diplômées : il fit remarquer à ces jeunes filles qui étaient sur le point de recevoir leur diplôme que leur vraie vocation n'était pas les soins infirmiers. « C'est le mariage qui est la vocation de toute jeune fille catholique, souligna-t-il, et une jeune fille ne pourrait recevoir meilleure formation, pour devenir une épouse, que la formation d'infirmière. » McShane les exhortait à s'inspirer de l'Hôpital St. Mary même, « qui s'élève au sommet d'une montagne et apporte tous les jours le soleil dans la vie de centaines de gens ».

En juin 1936, Sœur St. Simon partit pour devenir supérieure d'un hôpital à Biggar, en Saskatchewan; elle fut remplacée par sœur Mary-Ann Casey, originaire du Nouveau-Brunswick, qui avait été supérieure des Sœurs Grises en Alberta. En même temps, un autre des amis de Hingston, le major Daniel O'Donahoe, un soldat de carrière de Brock-

ville, en Ontario, succéda à Taggart Smyth à la présidence du conseil d'administration. Officier d'état-major de la Quatrième Division canadienne au cours de la Première Guerre mondiale, O'Donahoe avait été mentionné deux fois dans des dépêches et avait reçu une Croix de guerre et l'Ordre du service distingué pour sa bravoure. Après la guerre, il s'était établi à Montréal, où il était devenu directeur général de la Canadian Industrial Alcohol Company et participait activement à la Federation of Catholic Charities.

St. Mary ouvrit son département de dentisterie en avril 1937, dans une salle de 0,4 mètre carré qui avait servi à entreposer du plâtre. « Dans cet espace, nous avons un cabinet dentaire, un fauteuil tellement rouillé qu'il refusait de s'ajuster et une fraise qui ne fonctionnait qu'après avoir été convenablement amadouée », se rappelait John Dohan, le dentiste dur de caractère qui fonda le département. Il avait été formé à la faculté de médecine de l'Université Bishop ainsi qu'à l'Université McGill, et avait servi au cours de la Première Guerre mondiale avec les 55^e Irish Rangers, en tant que commandant de compagnie. Il avait pratiqué l'art dentaire à Trois-Rivières et à Grand-Mère avant d'épouser une fille d'une riche famille de Montréal. En effet, son épouse, Juliette Timmins, était, la fille du magnat de l'industrie minière Noah Anthony Timmins, qui découvrit de l'or à Cobalt, en Ontario en 1910 et qui devint l'un des plus généreux bienfaiteurs de l'hôpital. Dohan était l'un des fondateurs du Mount Stephen Club, qui avait ouvert ses portes rue Drummond, en 1926. Cet homme intraitable et rigide demeura à St. Mary jusqu'en 1949, lorsqu'il partit enseigner l'art de la prothèse dentaire à McGill; il allait plus tard devenir le premier Canadien à être élu président de l'American Academy of Restorative Dentistry.

Le personnel commença à s'accroître rapidement. Arthur Wilson Young, un neurologue de la Colombie-Britannique, faisait partie des nouveaux visages. Son confrère diplômé de McGill, John Lanthier, alors « le meilleur interprète de radiographies abdominales à Montréal », vint de l'Hôpital Royal Victoria pour diriger le département de radiologie. L'obstétricien Louis James Quinn, diplômé de McGill en 1936, débuta comme interne à St. Mary. Parmi les autres spécialistes

prometteurs, qui firent partie du personnel, à temps plein ou partiel, mentionnons : Mario Orlando, embauché en tant qu'assistant clinique junior en chirurgie; Raymond Hughes, qui allait fonder la clinique de rhumatologie; Joe Pritchard, un pathologiste; et Neil Feeney, un cardiologue de l'Hôpital général de Montréal.

Grâce à l'amélioration de son statut, St. Mary fut reclassifié établissement de catégorie A par le gouvernement du Québec. En théorie, cela signifiait que le taux quotidien du gouvernement pour les patients allait augmenter de 1,34 à 2 dollars par jour, mais l'hôpital avait du mal à percevoir les comptes, et le conseil s'inquiétait de plus en plus de l'état des finances. Pour recueillir de l'argent, le conseil autorisa l'impression d'une brochure souvenir, « soumise à la censure stricte qui s'appliquait aux publications » et qui se vendait 25 cents.

L'association des bénévoles continua à recueillir activement des fonds. Le 29 octobre 1937, son premier bal de financement — « *Gay Gambol* » — fut tenu à l'Hôtel Mount Royal. Plus de 700 invités dansèrent avec la musique de l'Orchestre de Maurice Davis. Le bal permit de recueillir plus de 700 dollars, et, jusqu'en 1973, il demeura l'un des événements chics du carnet mondain de la ville.

Le 26 novembre, Lady Tweedsmuir, l'épouse du gouverneur général du Canada, fit la tournée de l'hôpital. Particulièrement impressionnée par le service de maternité, elle encouragea l'association des bénévoles à lancer un comité de maternité pour fournir des layettes et du lait aux femmes défavorisées qui ne pouvaient se permettre d'acheter des vêtements à leurs enfants. Cela poussa la fille du Dr Hingston, Katherine Gallery, à fonder le Comité de maternité de l'Hôpital St. Mary. Mais ce groupe débutant se heurta aux bénévoles plus âgées, qui conseillèrent aux jeunes de « se contenter de l'entretien des plate-bandes et des fleurs, de la décoration des salles communes et de l'aide pour l'organisation du bal annuel ». Mais les jeunes bénévoles avaient de plus grandes ambitions, et bientôt, une rivalité apparut entre les deux groupes, qui allait perdurer pendant des années.

L'attention reçue dans les pages mondaines remontait le moral, mais n'aidait pas à recueillir de l'argent pour l'hôpital. Au cours de ses quatre premières années dans le nouvel édifice, St. Mary avait accu-

mulé un déficit de 54 000 dollars, et l'avenir paraissait sombre. En avril 1938, on annonça une campagne en vue de recueillir 500 000 dollars pour ajouter une aile ouest à l'édifice principal, mais le projet s'avéra chimérique. Le conseil demanda alors l'aide du gouvernement fédéral. Le ministère des Anciens Combattants à Ottawa avait commencé à acquérir un terrain pour un hôpital de vétérans à l'ouest de St. Mary, avec une option en vue de développer une propriété voisine de St. Mary, entre l'avenue Lacombe et la rue Jean-Brillant. Le président du conseil, le major O'Donahoe, eut une idée novatrice pour relever la mission de l'hôpital. Il se dit qu'il serait plus logique de la part du gouvernement fédéral de construire des annexes à St. Mary, des annexes qui pourraient accueillir des anciens combattants plutôt que d'investir pour améliorer l'Institut Nazareth, hôpital fédéral voué aux soins des malades chroniques. O'Donahoe écrivit au ministre responsable pour lui indiquer que les nouvelles ailes proposées pour St. Mary « seraient sous la direction du ministère des Pensions et de la Santé, et feraient partie plus tard de l'hôpital auquel elles auraient été ajoutées ». Toutefois, le gouvernement fédéral avait déjà signé des contrats avec d'autres hôpitaux montréalais — notamment le Royal Victoria et l'Hôpital général de Montréal — afin de fournir des services médicaux aux anciens combattants. L'idée d'O'Donahoe ne fut même pas envisagée.

CHAPITRE 3

*Enlevez l'idéal de la charité chrétienne, et un hôpital civil devient
une institution comme les autres, où règne la bureaucratie et où le
patient est réduit à un numéro.*

~Aloysius Chopin



La Seconde Guerre mondiale, qui débuta en septembre 1939, a coûté très cher à St. Mary, en argent, en matériel et en personnel, et elle a perturbé la routine établie de l'hôpital. Chaque jour, le conseil devait faire face à « une augmentation constante de travail à l'hôpital, conséquence naturelle de la croissance, et de fait, les services étaient parfois surchargés ». Tout était devenu rare, sauf la multiplicité formalités administratives du gouvernement.

L'impact immédiat se fit sentir dans les services d'obstétrique et de pédiatrie. Au cours des années de la guerre, on estime à 500 000 le nombre de « bébés de l'au revoir » qui naquirent au Canada, dont 7 500 à St. Mary. En 1938, il y avait eu 541 accouchements; ce nombre bondit de 26 pour cent au cours de la première année de la guerre, et à la fin de celle-ci, les accouchements à St. Mary avaient augmenté de 111 pour cent. En janvier 1941, le comité de maternité de l'Hôpital St. Mary commença à inscrire les noms de tous les bébés nés à l'hôpital dans un livre d'or, une tradition qui perdura jusqu'en 1988. Des livres d'or furent laissés à l'entrée de la salle d'accouchement, et d'anxieux futurs papas furent invités à y griffonner leurs pensées en attendant que leur femme accouche. Parmi les notes les plus remarquables, relevons celle-ci :

Nuit et jour, docteur, vous m'avez appelé.
J'ai filé à la pouponnière : après tout, c'est mon bébé!
Le nez collé à la vitre, j'ai en vain cherché,
Mais je crois bien avoir été dupé.
Ils finissent tous par se ressembler!



Gerald Altimas, père du service de gynécologie et d'obstétrique.

Et celle-là :

Je l'écris dans ce livre avec joie et fierté,
 Aujourd'hui, nous avons enfin eu un bébé!
 Notre émoi est vécu par un autre petiot,
 Car Lisa a maintenant découvert un frerot!

Voici ce que se demandait Patrick Curran, journaliste sportif, en attendant la naissance de son enfant :

Est-ce que ce sera une fille ou un garçon ?
 Et qu'est-ce qu'on lui choisira comme nom?
 Pourvu que tout le monde soit en bonne condition,
 Bon, ça va, nous nous en accommoderons.

Puisque le pays avait un besoin urgent de nombreux soldats, 30 membres des équipes administrative, médicale, d'entretien et de sciences infirmières de St. Mary partirent combattre. Parmi eux, il y avait : Jack Dinan, alors âgé de 33 ans, qui venait de terminer ses études de troisième cycle en chirurgie à Londres; James Emmett Donahoe, un médecin de 29 ans de Rocanville, en Saskatchewan, qui venait de recevoir son diplôme de la faculté de médecine de l'Université de Dalhousie; le fils de John « Mac » McGovern, 27 ans, qui s'était enrôlé



Le Dr Harold Dolan, gendre de Hingston, dirigeait l'hôpital au cours de la Deuxième Guerre mondiale.

dans l'aviation canadienne; et Charles Pick, interne depuis moins de six mois. Le président du conseil, le major O'Donahoe, fut transféré au quartier général de la Défense à Ottawa; il fut remplacé par James A. Kennedy.

Dès 1941, le conseil d'administration avait été informé du fait que certains services de l'hôpital étaient surchargés, et que l'espace, disait-on, était « lamentablement insuffisant. Le service d'obstétrique, en particulier, est obligé d'occuper tout le quatrième étage, et le service de pédiatrie est déjà trop petit ».

À cette époque, le gouvernement du Québec contrôlait toutes les agences sociales par l'intermédiaire de l'Église. L'abbé Alex Carter, un administrateur hautement qualifié qui venait d'obtenir sa licence en droit canonique à Rome, prit ses quartiers d'aumônier à l'hôpital. Il allait y rester jusqu'à sa nomination à titre d'évêque de Sault-Sainte-Marie, en Ontario, en 1958.

En juin 1941, Mgr Lawrence Whelan, consacré premier évêque anglophone de Montréal, fut d'office nommé président du conseil, un poste qu'il occupa pendant les 20 années suivantes. À la demande du conseil, le Dr Harold Sylvester Dolan intervint pour gérer l'hôpital pendant que Chopin était à l'étranger. Le Dr Dolan était marié à Andrea, la fille de Dr Donald Hingston. Chirurgien aimable et travailleur, « aux mains habiles et à la technique sûre », il venait du Nouveau-Brunswick,

où son père dirigeait une scierie. Dolan avait déjà une licence en lettres de l'Université St. Francis Xavier avant de obtenir son diplôme en médecine de l'Université Dalhousie, en 1923. Il se joignit à St. Mary en 1928, uniquement parce qu'en tant que catholique, il n'avait pas été accepté à l'Hôpital Royal Victoria. Même si Dolan était le gendre de Hingston, les deux se fréquentaient peu. Hingston, semble-t-il, trouvait que Dolan était trop âgé pour sa fille et qu'il venait d'une famille d'un rang inférieur. Hingston en a peut-être voulu aussi à Dolan d'être reconnu meilleur chirurgien. En plus de son rôle à l'hôpital, Dolan avait également assumé le poste de médecin-major principal, responsable des réservistes du corps médical de l'armée canadienne à Montréal.

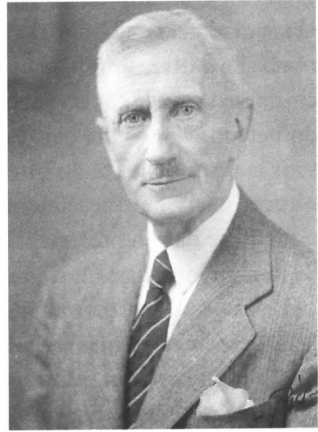
Dolan n'était pas porté vers l'administration. Lors de l'assemblée générale annuelle de 1941, il en fit part au conseil en signalant d'abord : « La Deuxième Guerre mondiale, dans laquelle notre pays est si activement engagé, a réduit non seulement le personnel médical et infirmier, mais a rendu difficile de trouver facilement des travailleurs, qualifiés ou non; dans presque chaque service de l'hôpital; notre personnel médical a été perturbé plus d'une fois, au cours de l'année, par l'enrôlement de certains de ses membres pour combattre sur le Front. » Comme il était devenu de plus en plus coûteux de diriger St. Mary, Dolan recommanda l'embauche à temps plein d'un directeur compétent, capable de maîtriser les dépenses et de prendre le contrôle absolu des finances. Le conseil était d'accord, et il eut la clairvoyance d'engager comme directeur le colonel John Brannen, qui venait de prendre sa retraite en tant que médecin hygiéniste en chef du Québec. Autre collaborateur de Hingston, Brannen, avait été le patineur le plus rapide de son époque, alors qu'il étudiait au Collège Loyola, et il faisait partie de l'équipe de hockey des Shamrocks de Montréal lorsqu'elle remporta la Coupe Stanley en 1899 et 1900. Diplômé de McGill en 1900, le Dr Brannen commença à pratiquer la médecine générale aux États-Unis. La Première Guerre mondiale le ramena au Canada, où il s'engagea dans les Irish Rangers. Après la guerre, il devint médecin hygiéniste provincial et médecin de l'équipe de baseball des Royaux de Montréal. Comme c'était souvent le cas des médecins qui avaient

servi dans les forces armées, sa parole avait force de loi, et ses subordonnés n'osaient pas le contredire. Dès son entrée en fonction à St. Mary, Brannen dut faire face aux nouveaux problèmes qui surgissaient. L'hôpital se mit à rationner les vivres : thé, café, sucre et légumes en conserve. Les patients recevaient des carnets de rationnement, et il fallait remplir des formulaires de comptabilité et les envoyer à Ottawa. Pour compliquer les choses, toute embauche de personnel en temps de guerre était sujette à l'approbation du Service sélectif national.

L'hôpital était très occupé, et avec l'ouverture d'une base aérienne, à Cartierville, il le devint encore plus. Trois chirurgiens faisaient le travail de six, les soins cliniques étaient écourtés, et la banque de sang du Dr Goodall dut fermer, faute de personnel. Les religieuses durent utiliser moins de gaze, de pansements, d'adhésifs et de plâtre, et elles tâchèrent d'économiser plus encore en achetant des médicaments de la pharmacie de McGill. Mais, assurément, la tâche la plus pressante de Brannen était de gérer la situation financière de l'hôpital qui était de plus en plus précaire.

« À cause de la guerre, le gouvernement peut recruter, mais les hôpitaux n'ont pas le droit d'engager du personnel adéquat, écrivait Brannen à Hingston le 26 septembre 1942. Nous devons protéger les jeunes enfants et les bébés vulnérables confiés à nos soins. Le manque d'aide et le genre d'aide que nous devons accepter, tout cela entraîne des privations qui pourraient même avoir des conséquences tragiques si nous n'agissons pas tout de suite... L'injustice est évidente, du fait que la vie des enfants, ces citoyens de l'avenir, de même que la vie des soldats sont importantes à tout point de vue. Ce n'est que le début d'une situation très grave, laissant présager une négligence générale qui pourrait même entraîner la mort. » Durant la guerre, ce furent les étudiantes infirmières qui permirent à St. Mary de fonctionner. Ces filles de 18 ans fraîchement émoulues du cours secondaire faisaient des journées de travail de 12 à 14 heures, sans rémunération, s'occupant de 20 à 30 patients, car il n'y avait qu'une seule infirmière diplômée par étage. « Il fallait obéir, on ne pouvait pas ouvrir la bouche », se rappelait une infirmière qui travaillait à l'époque. « Les jeunes infirmières

Dr. John Brannen, premier directeur
de St. Mary



qui arrivaient avec des suggestions ou de nouvelles procédures étaient ignorées. Il n'y avait ni syndicat ni droits de l'homme. Nous faisons ce qui était demandé, et on s'en contentait. »

En vertu de la Loi québécoise de l'assistance publique, la province devait verser le tiers du coût des soins dispensés aux patients nécessiteux, soit 4 dollars par jour. Mais à cause de l'effort de guerre, St. Mary était remboursée selon l'ancien tarif de 1,62 dollar, ce qui représentait une perte de plus de 2 dollars par patient par jour. « Il est assez difficile de comprendre l'attitude apathique du gouvernement, qui n'assume pas sa juste responsabilité dans les soins aux malades nécessiteux. Un simple calcul montre l'ampleur du fardeau financier », déplorait Brannen. Le coût du fonctionnement de l'école d'infirmières grimpa également. À la suite du départ de sœur St. Simon, en 1936, les supérieures de l'école d'infirmières tentèrent, à tour de rôle, d'équilibrer les finances. En vain. Malgré ses nombreux défauts, Mère Morrissey avait eu raison sur une chose : il fallait considérer l'hôpital et l'école d'infirmières comme des institutions distinctes. C'était folie de les traiter comme une seule unité. Les consultants en gestion industrielle Dufresne, McLagan and Associates furent embauchés pour déceler les sources de gaspillage et pour recommander des moyens d'augmenter les revenus. Les consultants découvrirent que l'entente entre St. Mary et les Sœurs Grises était inefficace sur le plan financier.

Les fournitures de l'hôpital étaient achetées par quatre services différents. En outre, Brannen fit observer : « Le fonctionnement de la cuisine est sous la supervision du directeur médical, mais l'embauche du personnel est faite par les religieuses, et le congédiement tombe sous la responsabilité du directeur du personnel. » Comme les fournitures de la cuisine étaient mal contrôlées, on chapardait de la nourriture dans les réserves. Par conséquent, le coût des repas variait de jour en jour, passant de « 12,7 cents à 14,5 cents chacun ».

Les consultants recommandèrent d'engager un superviseur médical pour gérer un système d'achats centralisé. « Il est d'usage actuellement que les fonds soient administrés par la supérieure responsable des infirmières. Nous n'y voyons aucun avantage pour l'hôpital, et recommandons que ces fonds et ces documents soient intégrés au système de comptabilité central de l'hôpital. » Pour appliquer les recommandations, l'hôpital devait renégocier son contrat avec les Sœurs Grises, plus précisément l'article 2, qui autorisait les religieuses infirmières à faire tous les achats, notamment la nourriture, le linge et la literie, ainsi que les fournitures ordinaires pour les malades et généralement pour tout le personnel.

Brannen rencontra la supérieure infirmière Sœur Rose-Anne Rozon, et demanda aux Sœurs Grises de rouvrir le contrat. Le 18 août 1942, il écrivait :

« Depuis quelques mois, les administrateurs de St. Mary sont fort inquiets de la direction financière et interne de l'hôpital. Après avoir consacré beaucoup de temps et d'attention aux problèmes en cause, après avoir consulté des experts en gestion financière, et sur leur recommandation, le conseil d'administration désire déléguer toute son autorité sur l'exploitation financière de l'hôpital à un seul superviseur qui sera encadré par le conseil et à qui il fera rapport. Il est proposé que l'article 2, qui a trait aux achats ainsi qu'à l'embauche et au congédiement des employés, soit éliminé de votre contrat. Soyez assurée que cette mesure ne constitue aucunement une critique de l'efficacité et de la coopération des révérendes sœurs. Elle a pour unique objectif une plus

grande efficacité de notre conseil. Il nous est absolument nécessaire de centraliser tous les services si nous voulons réduire les dépenses et un déficit de plus en plus grand, qui a atteint des proportions alarmantes. Il y a quelques années, ce déficit ne nous aurait pas inquiétés, car nous pouvions compter sur la générosité de ceux qui croyaient en St. Mary pour nous aider à régler d'éventuels problèmes financiers. Aujourd'hui, à cause du taux élevé de taxation et de l'augmentation du coût de la vie, ce moyen d'équilibrer notre budget n'existe plus. À cause de la guerre, nous ne pouvons nous permettre le luxe d'une gestion libérale. Nous devons réduire toute dépense inutile et superflue, et dans bien des cas, réduire même le nécessaire. »

C'est précisément à cause des conditions en vigueur pendant la guerre que les Sœurs Grises étaient réticentes à rouvrir le contrat. Il n'avait pas été facile de recruter des religieuses prêtes à travailler en anglais. Former des femmes pour fournir des services de santé en anglais entraînait aussi beaucoup de dépenses. « En aucun cas, nous ne croyons pouvoir agir avant d'avoir obtenu un document écrit du Conseil général de la maison-mère », répondit Sœur Rozon. Le Conseil général se réunit, et conclut qu'il fallait des religieuses infirmières bilingues dans ses hôpitaux de l'Ouest canadien pour remplacer celles qui s'étaient enrôlées dans le service sur le front. De plus, si les Sœurs Grises cédaient leur contrôle sur les achats, elles s'attendaient à recevoir une compensation. On fit appel à Mgr Gauthier pour résoudre l'impasse, et il régla la question en décidant qu'« à cause de la langue anglaise », les Sœurs Grises ne feraient plus partie du personnel de St. Mary. Leur départ de l'hôpital pendant la guerre ne fit qu'aggraver les problèmes administratifs, et le conseil resta « grandement inquiet » de l'avenir de l'hôpital, que celui-ci « demeure une institution privée comme on l'avait conçue à l'origine, ou qu'il soit repris par le gouvernement et fonctionne en institution privée sous son égide ».

Les Sœurs Grises parties, on lança une autre association de bénévoles, l'Union of Hospital Volunteers, avec sa propre direction, à la consternation des deux groupes existants. Les nouvelles bénévoles



La mère supérieure Mary Adalbert Rozmahel, vue ici sur le toit de l'hôpital, a amené les Sœurs de la Providence à St. Mary en 1943.

entreprirent de visiter les salles communes, « apportant des cigarettes aux hommes et des friandises maison aux femmes, tout en distribuant des magazines et des médailles scapulaires ».

Le 1er juin 1943, douze religieuses des Sœurs de la Charité de la Maison de la Providence à Heathfield, près de Kingston, en Ontario, acceptèrent de remplacer les Sœurs Grises aux conditions de l'hôpital. Les Sœurs de la Providence, alias Sœurs de la Charité, avaient essaimé à partir de Montréal dès le 19e siècle. La congrégation avait été fondée en 1861 par Catherine McKinley, une couturière qui s'était jointe à la communauté des soeurs montréalaises avant de s'établir à Kingston.

Sœur Mary Adalbert Rozmahel, de nature calme, déterminée et perfectionniste, fut choisie pour être la nouvelle supérieure administrative de St. Mary, et Sœur Mary Flavian Kearney allait prendre en charge la direction des infirmières.

Mary Adalbert Rozmahel naquit à Ord, dans le Nebraska, mais grandit en Alberta. Impressionnée par la façon dont les Sœurs de la Providence avaient pris soin de sa grand-mère à l'hôpital de la congrégation à Daysland, en Alberta, elle décida de devenir religieuse. « Leur charité envers les malades est insurpassable, écrit-elle. Peu importe la

difficulté que représentait la patiente, elles s'en sont occupées comme si c'était le Christ. » Rozmahel avait 20 ans lorsqu'elle entra dans l'ordre, en 1913. Elle fut formée en tant qu'infirmière à Brockville, en Ontario, et passa 17 ans au St. Vincent's Hospital de cette ville avant d'être mutée à Montréal. Là, elle découvrit à quel point il était difficile de diriger un hôpital en temps de guerre. Dans un éditorial la *Gazette* décrivit la situation : « Pour commencer, il y avait une pénurie de médecins, puis une pénurie d'infirmières parce que beaucoup d'infirmières diplômées étaient parties travailler dans des usines de munitions, et ensuite une pénurie d'internes. Les jeunes gens qui, normalement, auraient passé une année dans un hôpital s'en vont maintenant, aussitôt après avoir reçu leur diplôme, dans le corps médical de l'armée canadienne. Le pire, c'est la pénurie de personnel d'entretien. Les infirmiers, les femmes de ménage, les cuisiniers, les serveuses sont presque introuvables, et à moins d'en recruter bientôt, les hôpitaux seront dans de beaux draps. »

Il était difficile de retenir le personnel, et le conseil se plaignait de l'augmentation du nombre de femmes de ménage sans formation. « Il y en a trop qui se tournent les pouces », déplorait-on couramment. La guerre apportait des changements dans les mœurs, et le personnel devenait plus difficile à discipliner. On se plaignait continuellement des étudiantes infirmières qui prenaient du soleil sur le toit, qu'elles avaient surnommé « la Riviera de papier goudronné ». Une infirmière diplômée fut expulsée « pour manque de décorum et pour avoir dérobé quelque chose à une camarade de classe ». Une anecdote circula à propos d'un interne amoureux qui prenait le monte-plat pour aller voir sa petite amie à sa chambre du sixième étage. Un soir, il appuya sur le mauvais bouton et sortit plutôt dans les quartiers des religieuses, au septième étage. Là, l'interne embarrassé se retrouva nez à nez avec une religieuse imperturbable qui, sans un mot, lui mit un plateau d'assiettes sales dans les mains et poussa le bouton qui allait le retourner à la cuisine.

CHAPITRE 4

Accumuler des sommes importantes pour les soins médicaux, c'est une chose; savoir utiliser cet argent efficacement, c'en est une autre, fort différente.

~Reginald Percy Vivian



En 1943, St. Mary fut entraîné dans l'orbite de McGill, quand l'université, pressée d'augmenter le nombre des médecins qualifiés, prolongea les sessions d'enseignement à 50 semaines. Pour obtenir un permis d'exercice de la médecine au Québec, un médecin devait effectuer quatre ans d'études universitaires et un an d'internat. Le doyen par intérim de l'université, John R. Fraser, autorisa des jeunes diplômés à compléter leur internat à St. Mary. Au total, 12 internes de McGill furent affectés des accouchements, aux chirurgies simples et à l'assistance lors d'interventions majeures ainsi que pour « la prise en charge des patients ». De ce nombre, quatre étaient en rotation en chirurgie, y compris un chef résident et un résident subalterne. À mesure que leur nombre augmentait, les internes exigeaient plus d'espace d'habitation. Ils étaient installés à raison de trois par chambre, au quatrième étage de la centrale d'énergie, un étage au-dessus de la buanderie. Chaque chambre était équipée d'un téléphone, et lorsque ce dernier sonnait durant la nuit pour appeler un interne à une chambre de malades, les trois étaient réveillés en sursaut.

En mai 1944, les infirmières furent expulsées de leur résidence temporaire du 3835, avenue Lacombe. Elles emménagèrent au septième étage de l'aile ouest, dans un hôpital déjà bondé. Bien que les internes disposaient d'une allée de quilles au sous-sol, il n'y avait pas d'espace adéquat pour d'autres laboratoires, cliniques ou installations de radiographie. Construit pour 200 patients, St. Mary était devenu un hôpital de 140 lits. Le réaménagement des quartiers des infirmières ne pouvait plus attendre la fin de la guerre. « L'administration doit assumer ses

responsabilités de faire fonctionner une école de formation pour les infirmières en fournissant des conditions de logement et d'enseignement adéquates », affirma le président du conseil, James Kennedy. L'impulsion à continuer de développer l'hôpital, et à cadence accélérée, était symptomatique des conditions chaotiques de la guerre. Donald Hingston, qui avait accédé à la présidence de la Montreal City and District Savings Bank en 1942, était la personne idéale pour négocier le financement d'une résidence d'infirmières. Il proposa « du matériel meilleur marché et une construction moins élaborée » et dit au conseil qu'il fallait « étudier la question avant de pouvoir faire des recommandations ».

Hingston négocia toutefois une entente à long terme de 800 000 dollars avec le Premier ministre Libéral de la province, Adélard Godbout, afin de donner à St. Mary une base financière solide. Le gouvernement garantirait à l'hôpital des versements annuels de 40 000 dollars pendant 20 ans. « Les hôpitaux ont dépassé le stade de simples institutions caritatives, fit remarquer Hingston. Ils figurent parmi les plus grandes entreprises du monde en traitant la matière première la plus précieuse : la santé. Par conséquent, il faut les gérer le plus possible de manière commerciale, mais la santé ne peut être sacrifiée pour des raisons de situation financière. »

Hingston était bien conscient du fait que, sans l'assistance du gouvernement, construire une résidence d'infirmières et agrandir l'hôpital jusqu'à 500 lits, était trop difficile. Pourtant, il y avait un urgent besoin d'agrandissement. Après une réunion des plus décourageantes sur l'état des finances de l'hôpital, en mai 1944, Hingston ressuscita l'idée d'O'Donahoe d'impliquer le gouvernement fédéral dans les plans d'expansion. Dans une note de service à la Ligue d'amélioration de la Ville de Montréal, il proposa qu'« au lieu de construire un nouvel édifice pour les soldats de retour qui auraient besoin de soins médicaux, le gouvernement prenne des mesures afin d'agrandir St. Mary et d'autres hôpitaux de la ville... Si ce plan était adopté, il permettrait d'importantes économies en ce qui concerne le matériel mécanique : chaudières, machinerie, équipement pour la buanderie, appareils électriques, etc. Cela réduirait les dépenses, augmenterait la vitesse de construction, entraînerait une plus grande efficacité, et en somme

ferait beaucoup, pour soulager la sous-hospitalisation des pauvres dans différentes parties de la ville. »

Hingston souligna également que, malgré la construction des nouvelles ailes, « les laboratoires et l'équipement de radiographie ainsi que les services de spécialistes seraient mis, à peu de frais, au service des agents du gouvernement ». Une fois de plus, la proposition ne fut pas entendue. En juin, le ministère de la Défense nationale expropria l'Institut Nazareth — qui avait ouvert ses portes en 1932, sur le Chemin de la Reine-Marie à quelques rues de St. Mary, — et le renomma Queen Mary Veterans Hospital. Pendant les 15 années suivantes, le gouvernement agrandit les installations, qui abritent aujourd'hui l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Hingston était démoralisé, et sa santé commença à défaillir. « Je n'ai plus la force de faire pression, dit-il à Jack Dinan. Mais si vous voulez encore vous mettre en campagne [en vue de l'expansion de l'hôpital], je vous aiderai autant que je pourrai. Mettez les jeunes médecins de l'hôpital de votre côté et allez-y. Je vous aiderai. »

En juin, le Dr Hingston abandonna l'enseignement de la chirurgie clinique à l'Hôtel-Dieu, et en juillet, il démissionnait de son poste de chirurgien en chef à St. Mary. Harold Dolan le remplaça. Gordon Cassidy fut nommé chef du département de médecine, et J. D. McGovern président du conseil médical. « Le temps entraîne des changements dans toute institution, commenta le *Canadian Register* lors de la démission de Hingston. Certains de ces changements sont tenus pour acquis, d'autres attirent l'attention et soulèvent des discussions pendant une courte période de temps pour être oubliés dans le cours normal des événements. La retraite du Dr Donald Hingston est d'un tout autre ordre... Souligner les services rendus par le Dr Hingston équivaut à renchérir sur la perfection. Sa part du travail, ce fut la part du lion, tous les sacrifices et les soucis qui sont liés au fait de mener à la réussite une entreprise difficile et compliquée. »

À l'été 1944, la pénicilline fut mise à la disposition des civils, et l'hôpital en commanda son plein quota. Presque du jour au lendemain, les infirmières mirent les bouchées doubles pour répondre aux demandes d'injections des patients. Une clinique de soutien psychopédagogique ouvrit également ses portes, et prit une expansion rapide

alors que la guerre continuait. L'ouverture à Cartierville, cette année-là, de l'usine Canadair d'avions civils et militaires, ainsi que le développement subséquent du corridor industriel le long du Chemin de la Côte-de-Liesse, exerça une pression additionnelle sur les services d'urgence de l'hôpital. Il devenait de plus en plus difficile de trouver des internes qualifiés, et cet été-là, une campagne de financement visant à recueillir 50 000 dollars pour la résidence des infirmières échoua. En juin, les Alliés envahirent la France; le Jour J annonçait la fin de la guerre : la paix était enfin en vue. Même si les plans de la résidence d'infirmières étaient encore incertains et le financement insuffisant, on demanda à l'architecte de l'hôpital, Edward Turcotte, « d'entreprendre immédiatement » les plans d'un immeuble de trois étages, qui allait coûter 420 000 dollars, « dans l'attente de l'acquisition de fonds suffisants ». Ces plans furent abandonnés en août, car le premier ministre de la province, Adélard Godbout, avait inopinément perdu les élections et son successeur, Maurice Duplessis, avait ordonné une révision immédiate des annuités de 800 000 dollars (40 000 dollars pendant 20 ans) que Godbout avait promises à St. Mary. En même temps, pendant que le nouveau gouvernement revoyait ses engagements en matière de santé, il bloquait des subventions accordées selon la Loi québécoise de l'assistance publique. Au désespoir, Hingston se tourna une fois de plus vers le lieutenant-colonel William Patrick O'Brien et lui demanda de prendre la responsabilité du conseil de l'hôpital. Cette fois, O'Brien accepta. Cependant Hingston allait bientôt découvrir que sa confiance en O'Brien était mal placée.

En juin 1945, l'Université McGill revint solliciter l'aide de St. Mary pour établir un hôpital d'enseignement « où de jeunes médecins pourraient acquérir la formation et l'expérience qui leur permettraient de se tailler une place aux premiers rangs de leur profession ». Nombre de médecins partis au front avaient une expérience médicale limitée, et ceux qui étaient démobilisés avaient besoin d'une remise à niveau et d'une formation postdoctorale. L'Université McGill avait commencé à offrir « des cours spéciaux pour des médecins dont l'expérience était relativement restreinte », mais elle ne pouvait fournir à la demande.

Même si St. Mary n'était pas encore assez qualifié pour offrir une formation pratique à des résidents, McGill voulait que l'hôpital four-

nisse d'autres « services professionnels complémentaires au personnel médical ». Comme l'écrit Stanley Brice Frost dans son histoire en deux tomes *McGill University : For the Advancement of Learning*, « l'enseignement de la médecine était en crise... Les progrès médicaux durant la guerre et le développement de technologies applicables à nombre de conditions pathologiques augmentaient les connaissances nécessaires aux médecins ». McGill prenait de plus en plus de retard sur les autres institutions canadiennes. Ses résidents devaient travailler plus fort pour mettre leurs connaissances à jour. La perspective d'une coopération accrue entre McGill et St. Mary s'ouvrit davantage lorsque Wesley Bourne, qui avait été associé à St. Mary depuis 1925, devint président fondateur du service d'anesthésie de McGill. Bourne détestait les tâches administratives, mais comme il avait besoin de travailler, il avait accepté un poste de professeur adjoint, devenant l'un des premiers professeurs à diriger un département de McGill. Son travail sur les fonctions respiratoire, cardiaque, hépatique, rénale et les fonctions du système nerveux central, ainsi que sur les électrolytes, les niveaux hormonaux, l'hémoglobine et l'hématocrite durant l'anesthésie, servit à poser les bases de la spécialisation en anesthésie. L'assistant de Bourne, Peter O'Shaunessey, le remplaça au poste de chef anesthésiste à St. Mary.

O'Shaunessey était né à Elmsdale, en Nouvelle-Écosse, mais, fils d'un ingénieur des mines, il avait grandi dans le Nord de l'Ontario. Bourreau de travail tranquille et modeste, qui toute sa vie prétendit être né deux ans après l'année véritable de sa naissance en 1897, il avait fait son apprentissage auprès d'un médecin à Haileybury, en Ontario. Par la suite, il s'était inscrit en médecine à McGill et avait obtenu son diplôme en 1922. Selon Jack Dinan, qui, revenu de guerre, était retourné à St. Mary en 1945, le Dr O'Shaunessey était « le roc sur lequel le service grandit et se développa. D'après mon expérience, je ne crois pas que quelqu'un ait porté à plus juste titre le nom de Peter ». O'Shaunessey finit aussi par être apprécié des infirmières, à qui il donnait une formation différente de celle des autres médecins. Il assistait Bourne dans ses cours, de sorte qu'il fut le premier médecin de St. Mary à recevoir un poste à McGill sur la seule base de son travail à l'hôpital. Bourne et O'Shaunessey entreprirent de trier sur le volet de

jeunes résidents de McGill pour les envoyer à St. Mary. Un grand nombre d'entre eux avaient une expérience plus vaste que des omnipraticiens plus âgés de l'hôpital. À mesure que le nombre de ces résidents augmentait à St. Mary, l'influence de McGill devenait omniprésente à l'hôpital. De plus en plus de résidents en chirurgie, en médecine et autres spécialités passaient de McGill à St. Mary pour parfaire leur formation.

L'immédiat après-guerre vit la fin de la médecine personnalisée. L'ancienne approche fut remplacée par un plus grand raffinement des techniques médicales. Ce fut une période de croissance remarquable à St. Mary. Le conseil médical pressa davantage le conseil d'administration pour la construction d'une annexe. « Dans les dernières années, grâce à une entente avec McGill, nous avons trouvé nos internes chez les diplômés en médecine de cette université. Priés de nommer un hôpital de leur choix, les étudiants ont montré une préférence de plus en plus marquée pour St. Mary », comme le mentionnait une note de service du conseil médical au président du conseil d'administration, James Kennedy. « Malheureusement, les quartiers des internes sont aussi trop petits, et doivent être agrandis si l'hôpital veut prendre de l'expansion. Selon l'opinion unanime du conseil médical, on peut y arriver en ajoutant une aile à l'hôpital au lieu de construire une résidence à part pour les infirmières, que ce soit maintenant ou dans un avenir rapproché. »

En dépit de la croissance, ou peut-être à cause de celle-ci, l'année 1946 s'avéra l'une des plus décourageantes de l'hôpital, en termes financiers. « L'administration de l'hôpital tire de l'aile, et à moins d'une injection financière, l'existence de St. Mary est en grand péril, déclara sans ambages le président du comité de construction, James Gallagher. Les hôpitaux sont souvent comparés à des hôtels, mais ils offrent bien davantage. Il se trouve que deux employés sont nécessaires à chaque patient, contre un pour le client de l'hôtel. »

En février, le Dr Hingston se rendit à Québec plaider pour une augmentation de l'aide gouvernementale. Malgré le ton cordial de la rencontre avec le premier ministre Duplessis et le ministre de la santé, le Dr Albiny Paquette, il n'en ressortit rien. Le 14 février, Hingston écrivit au ministre Paquette, lui demandant d'intervenir auprès de

Duplessis pour qu'il honore l'engagement de l'ancien gouvernement envers St. Mary. Mais l'influence du ministre n'allait pas au-delà de celle que voulait bien lui accorder Duplessis, et les appels à l'aide ne furent pas entendus.

Le conseil d'administration avait déjà versé 25 000 dollars pour un terrain situé à l'est de l'hôpital, où il avait l'intention d'ériger la résidence des infirmières, mais en août, « à cause du manque de fonds », il décida de ne pas procéder à la construction. La collecte de fonds était devenue une obligation fastidieuse, incessante, et il y avait une limite au soutien que St. Mary pouvait espérer de sa base traditionnelle, la communauté catholique anglophone. La plupart des dons versés à l'hôpital provenaient maintenant de protestants et d'un nombre étonnant de juifs. Les lits étaient toujours en nombre limité, et la liste d'attente pour l'admission avait commencé à s'allonger. On ne pouvait accueillir que les cas les plus urgents. « Cela a entraîné une demande accrue de soins infirmiers et d'installations de diagnostic, dit-on au conseil. Les conditions de logement, particulièrement au 7^e étage, sont déplorables, au point de mettre en danger la santé des infirmières. Les laboratoires et les services de radiographie sont d'une taille insuffisante et doivent être agrandis. »

En octobre, l'hôpital augmenta les tarifs quotidiens facturés aux patients : les chambres semi-privées passèrent de 4,50 à 5,50 dollars; les chambres privées, de 6,50 à 8 dollars; et les suites de luxe, de 8 à 10 dollars. En dépit des augmentations, St. Mary demeurait chroniquement sous-financé. Sur le plan de la technologie, il n'était pas au diapason des autres hôpitaux, et la tension y était évidente. « Chaque jour, la liste de nos patients s'allonge et nous ne pouvons absolument rien faire pour aider ces malheureux, déplorait Aloysius Chopin en s'adressant au ministre de la santé Albiny Paquette. Avant la dernière élection, on nous avait promis 800 000 dollars, mais cette promesse a été rompue. Nous vous prions de venir au secours de nos patients et en aide à notre hôpital. La vie des enfants, nos futurs citoyens, et celle des soldats sont aussi importantes à tous égards. Pourquoi le gouvernement ne peut-il plus garder à son service des hommes de catégorie médicale inférieure, ni nous permettre de rehausser à un niveau décent les salaires de nos employés? »

St. Mary n'était pas le seul hôpital à connaître des ennuis financiers. Dans son enquête sur les installations médicales de l'île de Montréal, Reginald Percy Vivian, professeur de santé et de médecine sociale à McGill, reconnaissait la nécessité « pour tous les groupes de la communauté anglophone, de combiner leurs efforts d'une manière coordonnée, afin d'atteindre l'objectif de meilleurs soins de santé ». Pour éviter une coûteuse duplication des services, Vivian recommandait de renforcer les liens entre St. Mary's et l'Université McGill. En 1946, le ministre fédéral de la Santé, Brooke Claxton, affecta des fonds à un plus grand nombre d'hôpitaux, mais la question des champs de compétence entre le gouvernement fédéral et les provinces entraînait en ligne de compte. Les soins de santé étaient un domaine de compétence provinciale. Et jusqu'à ce que le Québec et l'Ontario signent des ententes fiscales avec Ottawa, les fonds ne pouvaient être alloués à tout venant. Le 22 novembre 1946, le ministre Claxton, de même que son collègue ministre de la Défense, Douglas Abbott, et le maire de Montréal, Camillien Houde, assistaient comme convives au Bal de St. Mary, à l'Hôtel Windsor. Cette année-là, le comité de patronage et le comité de maternité laissèrent de côté leurs différends et collaborèrent pour faire de l'événement une éclatante réussite sociale. Cependant, la trêve entre les deux groupes fut de courte durée. La tension reprit quand le jeune comité de maternité vendit 600 des 800 billets d'entrée au bal, mais que le groupe de femmes plus âgées ne lui consentit que 400 dollars comme part des bénéfices.

En 1947, Patrick O'Brien fut nommé président du conseil d'administration de l'hôpital. Son fils, le lieutenant d'aviation Henry James Stuart O'Brien, avait été tué au combat en 1944. En sa mémoire, O'Brien et sa femme dotèrent St. Mary de 300 milligrammes de radium. Un autre fils d'O'Brien, le colonel William Lawrence Stewart, avait été gravement blessé lorsque son avion avait été abattu après un raid au-dessus de la vallée de la Ruhr. Il avait été aide de camp du gouverneur général, le comte d'Athlone, avant de rejoindre son père au conseil d'administration de St. Mary. Ses relations sociales n'étaient d'aucun secours. Cette année-là, l'hôpital perdit 70 000 dollars, et les plans de construction de la résidence d'infirmières restèrent sur les tablettes. « Comme les donateurs publics subissent une ponction gra-



Le Dr Karl Stern a développé le Service de psychiatrie de St. Mary.

duelle de leur revenu excédentaire, et avec les augmentations graduelles de déficits de l'hôpital, le jour n'est peut-être pas loin où le gouvernement pourrait devoir reprendre en main les hôpitaux, et ce sera un jour triste, en effet, car on peut fort bien imaginer comment la bureaucratie servira les malades, lança de nouveau Chopin en guise d'avertissement. Ou bien cet hôpital cessera d'exister, ou bien il sera absorbé par quelque plan de santé nationale qui sera dictatorial et qui réquisitionnera légalement tous les pouvoirs attribués au conseil de l'hôpital. »

Malgré les difficultés financières de l'hôpital, le conseil put rapporter que le moral du personnel était excellent. « Le degré de rapprochement entre les chefs de services et les membres du personnel est si élevé que les individus y puisent constamment des enseignements et des encouragements. Le personnel est une organisation soudée qui a une bonne attitude générale envers l'institution; 50 pour cent du personnel est remarquablement intéressé par son travail et soutient l'épreuve. Plusieurs médecins de la ville ont hâte d'avoir des droits hospitaliers à St. Mary, mais ne peuvent être acceptés à cause du manque d'espace pour soigner les patients. »

Si St. Mary se portait bien, c'était parce qu'on y accordait une attention minutieuse aux soins de base des patients, en adhérant à des méthodes éprouvées et en passant au crible régulièrement le fonctionnement général.

La position sociale de l'hôpital fut rehaussée d'un cran le 7 novembre 1947, quand, pour la première fois, le bal annuel se tint sous les nobles auspices du vice-roi, à l'hôtel Windsor. S'inspirant du célèbre film de Bing Crosby, *The Bells of St. Mary's*, l'événement s'intitulait « The Belles of St. Mary's ». Le nouveau gouverneur général du Canada, le vicomte britannique Harold Alexander (nommé plus tard Lord Alexandre de Tunis), qui avait commandé les troupes Alliées en Italie durant la Seconde Guerre mondiale, était l'invité d'honneur. Le comité de maternité, encore dépité d'avoir été lésé par le comité de patronage au bal de l'année précédente, refusa de vendre des billets et boycotta l'événement; néanmoins on recueillit 6 000 dollars. Mais ces succès mondains ne pouvaient masquer la gravité de la situation financière. Aucune collecte de fonds privée ne pouvait répondre aux besoins de l'hôpital.

Durant les années de guerre, la maternité de l'hôpital avait toujours été remplie à pleine capacité. En 1946, on fit appel à Gerald Altimas pour remplacer Dunstan Gray, qui prenait sa retraite, et pour consolider les services de gynécologie et d'obstétrique. Fils d'un chef de train, le Dr Altimas avait grandi à Saint-Henri et travaillé comme steward sur un navire pour payer ses études au Collège Loyola. Cet athlète-né, responsable de la renaissance de l'équipe de crosse de Loyola dans les années 1920, avait joué au hockey et au football à McGill où il avait étudié la médecine. Après avoir décroché son diplôme en 1931, il avait fait un an d'internat à St. Mary avant de quitter Montréal pour étudier l'obstétrique à l'Université Johns Hopkins. Tom Altimas se rappelle aujourd'hui que son père avait un appétit vorace pour le travail et « une considérable expérience pratique, plus étendue que celle qu'il avait inscrite à son CV. Il avait travaillé aux hôpitaux Catherine Booth et Reddy Memorial. Il acceptait plus de cas de maternité qu'il ne pouvait en traiter. C'était le genre de personne qui n'arrivait tout simplement pas à dire non. »

Le Dr Altimas adorait Tchaïkovski. Dans le bloc opératoire, il faisait souvent jouer à plein volume un enregistrement du Premier concerto pour piano. Il était ambitieux et avait des idées ultra-modernes sur l'intégration des services, ce qui mettait mal à l'aise la directrice des infirmières, Sœur Hildegarde, et la responsable du



Le col. Patrick O'Brien, président du conseil, s'est opposé à l'expansion de l'hôpital.

service d'obstétrique, Sœur Mercy. Le progrès de la science et des technologies biomédicales avait rendu obsolètes les installations de recherche existantes. Altimas veilla rapidement à ce que St. Mary se mette au diapason des toutes dernières innovations en obstétrique et en gynécologie. Avec Gray, il jeta les bases de ce qui allait devenir le point fort de l'hôpital. Au cours de sa première année à la tête du service, 1 458 bébés naquirent — y compris les premiers triplés — et il n'y eut qu'un seul décès maternel. Dans le troisième rapport annuel de son service, Altimas put se féliciter d'avoir réduit le taux de mortalité des nouveau-nés, « en grande partie grâce à un usage plus efficace de l'appareil à oxygène fourni à la pouponnière par le comité de maternité ». Mais même si les conditions s'étaient améliorées à la pouponnière, il était encore inquiet, car « avec nos installations actuelles, nous avons atteint la limite de notre capacité... il y a encore un besoin criant de lits publics, autant pour le soin des patients que pour la formation des internes ».

Après la guerre, les Canadiens considéraient de plus en plus l'accès aux soins de santé comme un droit, et non un privilège. Un sondage d'opinion publique indiquait qu'en 1948, 73 pour cent de la population désirait plus d'hôpitaux et plus de cliniques gratuites. Cette année-là, St. Mary traita 5 265 patients, et « malgré les mesures les plus strictes et une supervision constante et étroite de toutes les dépenses »,

il vit son déficit s'accroître de 76 pour cent, pour atteindre 129 000 dollars. « Les hôpitaux bénévoles traversent actuellement la période la plus critique de leur histoire et ne peuvent poursuivre leur politique déficitaire que si les gouvernements fédéral et provincial reconnaissent que les soins hospitaliers modernes sont de plus en plus coûteux, soulignait Aloysius Chopin. Si le système actuel s'effondre, et il est dangereusement proche du point de rupture, les gouvernements apprendront directement, et au prix fort, ce que c'est que de s'occuper des malades. »

Afin de stimuler le soutien public à ses efforts de financement, St. Mary lança sa première journée portes ouvertes — « Hospital Day » — le 12 juin, qui donna au public une occasion de faire la tournée de l'hôpital tout en contribuant à son financement. En général, les patients étaient contents des soins reçus à St. Mary. Ce qu'on soulignait le plus souvent dans les lettres d'appréciation des années 1940 c'est la gentillesse du personnel. Voici une remarque typique de l'époque, venant de Jessie McLean : « L'attitude qui prévaut à St. Mary est la bonté chrétienne. Nous y avons reçu un réconfort spirituel, physique et moral. Les médecins, les chirurgiens, les religieuses et les infirmières étaient incroyablement gentils. »

Avec la nomination de Karl Stern comme premier psychiatre consultant, au printemps de 1948, St. Mary commença à accueillir des professionnels de la médecine réfugiés d'Europe. Le Dr Stern, un juif bavarois converti au catholicisme, était une autorité mondialement reconnue sur les manifestations de la ménopause et la sénilité. Homme tranquille et réservé, il avait étudié aux universités de Munich, de Berlin et de Francfort avant d'émigrer à Londres en 1938. Là, le Dr Wilder Penfield l'avait recruté pour l'Institut Allan Memorial, que Penfield avait ouvert à Montréal en 1944. Stern faisait partie du personnel du Protestant Insane Asylum dans le quartier montréalais de Verdun (qui devint l'Hôpital Douglas) lorsque l'institution devint un hôpital d'enseignement de McGill en 1946. Dans son autobiographie, *The Pillar of Fire*, Stern se décrivait comme étant quelqu'un « qui avait connu la liberté, le parfait libertinage de la jeunesse européenne des années vingt, et la gueule de bois du néant et du désespoir ». Cela l'amena à chercher un sens à la vie dans le catholicisme. En 1958, il

établit le service de psychiatrie de St. Mary. Plus tard, il enseigna à l'Université d'Ottawa. Ses livres *The Flight from Woman* et *Love and Success, and Other Essays* sont encore des lectures recommandées.

La science médicale progressait rapidement. Plusieurs médecins parmi les plus âgés de St. Mary devenaient vieux jeu, Karl Stern étant l'exception. St. Mary avait dépassé les premiers balbutiements, mais il conservait un esprit de clan et était toujours dirigé comme un vénérable club d'Irlandais. Un médecin avança l'idée que la récitation du chapelet tous les soirs par le système de sonorisation de l'hôpital aurait un effet thérapeutique, en réduisant la tension artérielle des patients. L'idée fut sérieusement envisagée, mais ne fut jamais appliquée. Le comité des titres de l'hôpital déplora le favoritisme endémique et le fait que seuls quelques médecins du personnel avaient soumis des articles à des revues médicales reconnues ou participé à des congrès médicaux. Seulement 25 pour cent des médecins, fit observer le comité, s'étaient même donné la peine de faire partie de la Société médico-chirurgicale, et les membres accrédités participaient rarement aux réunions.

En tant que président des réunions du personnel médical, le Dr Jack Lafave assurait la liaison entre les médecins et le conseil d'administration. Il devint l'un des porte-parole les plus énergiques pour réclamer de nouvelles recrues à l'hôpital et l'agrandissement des lieux. « Il y a une liste d'attente continue à l'admission, qui ne pourra être allégée un tant soit peu que lorsque le sixième étage sera en service. Les laboratoires sont surchargés, le service de radiographie prend de l'expansion, et il nous faut plus de logements pour les infirmières et les internes », dit-il à James Gallagher, le président du comité de la construction. Une examen attentif de nos rapports indique clairement le besoin de planifier sans délai les agrandissements... Le taux d'occupation est maintenu à pleine capacité; il excède parfois les lits disponibles, surpeuplant les salles au-delà de ce qui devrait être permis pour la sécurité. »

Lafave synthétisa toutes les suggestions, les rapports et les résolutions qui faisaient consensus et les présenta au conseil d'administration, lors d'une réunion tenue au Mount Stephen Club, en septembre 1948. Le Dr Leo Mason fut particulièrement convaincant en défendant

l'idée d'une nouvelle aile : sa présentation était d'une clarté remarquable. L'hôpital avait déjà émis des obligations pour financer la résidence des infirmières, et Mason suggéra de procéder de la même façon pour financer une annexe de 400 chambres. Le président du conseil, Patrick O'Brien, estima que cette proposition n'était que « rêve ». Il souligna l'écart extrême entre les exigences des médecins et les moyens de l'hôpital. O'Brien n'avait jamais été un mordu de St. Mary, et peut-être sous l'influence d'un verre de trop, il se mit en colère. Ce qu'il fallait à St. Mary, ce n'était pas de nouveaux lits, dit-il en explosant, mais de meilleurs médecins. Même s'ils obtenaient leur nouvelle aile, les médecins du personnel ne sauraient qu'en faire, dit-il, furieux, ajoutant : « S'il n'y a pas d'amélioration sous peu, il n'y aura aucune promotion, et dans certains cas, les nominations actuelles ne seront pas renouvelées. »

La colère fusa des deux côtés, on s'échangea de dures paroles, et O'Brien fracassa un verre sur la table, ce qui amena l'altercation à une abrupte conclusion. « Nous avions prévu d'amorcer l'expansion en sollicitant des fonds avant les grands hôpitaux de McGill, » expliqua Jack Dinan, « mais cette empoignade nous a fait reculer de plusieurs années. »

CHAPITRE 5

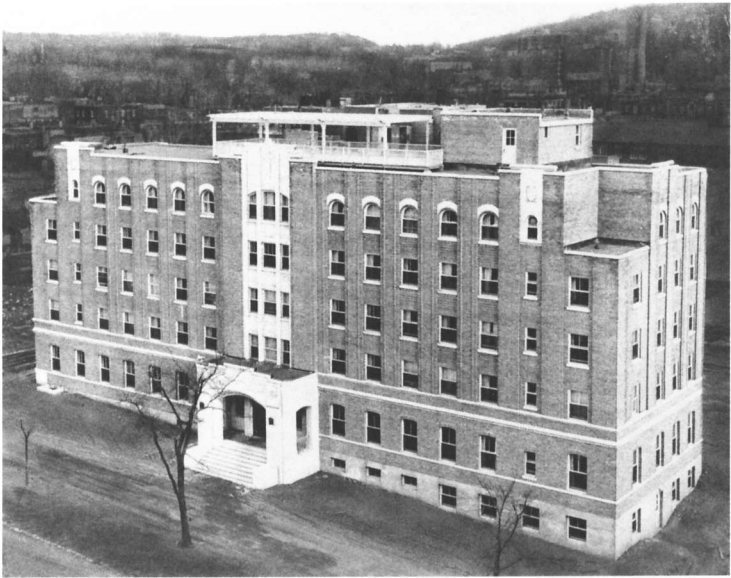
Il n'y avait aucune discrimination de nationalités, de races ou de religions.

Tolérant, St. Mary acceptait tout le monde.

~Dr Karl Essig



Lors du premier d'une série d'événements commémoratifs destinés à souligner le 25^e anniversaire de l'ouverture du premier hôpital dans la Maison Shaughnessy, le Dr Donald Hingston posa la pierre angulaire de la résidence des infirmières, le 25 janvier 1949. En bénissant la pierre, l'évêque Lawrence Whelan déclara que la nouvelle installation, destinée à loger 108 infirmières, permettrait à l'hôpital de « grandir et de pouvoir encore mieux servir la communauté ». Hingston n'en était pas si certain : selon lui, c'était une expansion à courte vue. « La résidence en construction pourra abriter 108 infirmières; nous serons donc à court de 76 infirmières, dit-il à James Gallagher, président du comité de la construction. S'il n'est pas trop tard, ajoutez un étage à la résidence. Cela permettrait de loger 25 ou 32 infirmières de plus. » Sans cet étage additionnel, affirmait-il, « l'efficacité de l'hôpital en souffrira, et, par conséquent, sa réputation ». De même, Hingston ne voyait pas la nécessité d'embaucher des diplômées d'autres écoles d'infirmières pour pallier la pénurie prévue de personnel. « Ces infirmières ne connaissent pas tous les rouages de St. Mary, écrivit-il. Les infirmières diplômées sont sélectives. Il n'est pas toujours facile de les attirer pour s'occuper de certains cas pénibles, ni pour travailler à des heures impossibles. Nos infirmières font ce qu'on leur dit. On parle beaucoup d'elles : elles passent trois ans en formation avec nous, puis répandent à travers le pays les principes et les pratiques qu'elles ont appris à St. Mary. Pourquoi ne pas tablez là-dessus et pousser encore plus loin, si nous le pouvons? Le résultat le justifie sûrement. »



La résidence des infirmières, construite en 1950, pouvait loger 108 étudiantes.

Hingston mettait en garde contre l'ajout d'une aile à l'arrière de l'hôpital. « Procédons prudemment, écrivit-il. Il est facile de faire fausse route. Surtout, renseignons-nous le plus possible avant de décider. »

Une campagne pour recueillir 118 000 dollars, intitulée « Gardons la porte ouverte », fut lancée au printemps, et atteignit son objectif. Le Bal du vingt-cinquième anniversaire, le 4 novembre, dont les invités d'honneur étaient le Gouverneur général Lord Alexandre et le Premier ministre Louis St-Laurent, fut également un succès. Le quotidien *Montreal Star* qualifia la soirée de « l'un des plus brillants galas de l'histoire de St. Mary ». Trois mois plus tard, le 2 février 1950, l'évêque Whelan bénit la nouvelle résidence d'infirmières et déclara à ceux qui s'étaient rassemblés pour l'occasion que le Ministre fédéral de la Santé et du Bien-Être, Paul Martin père, avait octroyé 82 000 dollars à l'hôpital pour ajouter 82 autres lits. « Duplessis fit un peu de tapage et prétendit que la subvention usurpait son rôle dans le choix des priorités en santé, se rappela plus tard Martin. Mais l'hôpital ne tint pas compte



Lord Alexander et Lady de Tunis, couple vice-royal et invités d'honneur
au bal du 25^e anniversaire, le 4 novembre 1949.

des objections du Premier ministre québécois, et accepta l'argent. » Sœur Mary Hildegarde, directrice de l'école d'infirmières, annonça que la nouvelle résidence marquait « une étape importante de l'ascension de notre école d'infirmières... Nous avons maintenant une résidence soigneusement aménagée et adéquatement meublée ». Mais, ajouta-t-elle, « une certaine forme de lien direct entre la résidence et l'hôpital, comme un tunnel ou une passerelle, semble nécessaire ».

Trois semaines plus tard, pour célébrer l'ouverture de la résidence, Hingston organisa une soirée d'huîtres à l'intention des internes, un événement qui finit par devenir le Dîner annuel Hingston, une tradition que St. Mary poursuit toujours. Hingston entreprit d'écrire une histoire de l'hôpital, avertissant le lecteur que son compte-rendu pouvait sembler complaisant : « Il faut comprendre que j'ai toujours été au centre du mouvement, et par conséquent, que je ne puis échapper à un certain égocentrisme ». Il ne termina jamais son oeuvre. Sa santé se détériora, et cet été-là, il glissa dans « le désespoir et le silence » pendant plusieurs semaines avant de mourir le 15 novembre 1950. À l'occasion de son décès, le *Montréal Gazette* déclara : « Ceux qui l'ont

connu chirurgien étaient au fait que, tout comme son père avant lui, il savait mieux que quiconque comprendre les peurs et les anxiétés de ses patients. »

La mort de Hingston ne fut que l'un des nombreux changements qui allaient toucher l'hôpital. Sœur Mary Adalbert Rozmahel démissionna de son poste de directrice de l'école d'infirmières et fut remplacée par Sœur Hildegarde. Née Mary Ann Rushman à Crysler, en Ontario, Sœur Hildegarde avait grandi à Tupper Lake, dans l'État de New York. Elle avait prononcé ses vœux en 1916, obtenu un diplôme de musique au Royal Conservatory à Toronto et, pendant 20 ans, enseigné la musique au Providence Manor à Kingston. Sa carrière d'administratrice avait commencé à St. Mary. Alors que Sœur Hildegarde, joyeuse et infatigable, était encore à la tête de l'école, la famille Timmins venait de faire don de sa propriété de L'Île-Cadieux, sur le lac des Deux-Montagnes, pour qu'elle serve de résidence d'été à l'usage exclusif des sœurs. Cet automne-là, George Bartel arriva du Minnesota pour diriger l'hôpital. Bartel venait de Minneapolis, où il avait été responsable du St. Barnabas Hospital. Il avait aussi été administrateur scolaire en chef du comté de Kewaunee, et avait servi dans le Pacifique Sud durant la guerre, à titre de Commandant de marine. Diplômé de l'Université de Chicago, Bartel avait une maîtrise en administration d'hôpitaux; sa thèse s'intitulait *Examining the Position of the Hospital* (Examen de la situation de l'hôpital).

Après la guerre, St. Mary commença à recruter des spécialistes, parmi lesquels Guy Joron, qui s'intéressait particulièrement aux maladies du métabolisme et à la toxicologie. Le Dr Joron avait également un poste à l'Hôpital général de Montréal. Fils de notaire, il avait, comme bien d'autres à l'hôpital, étudié chez les Jésuites à Loyola, avant d'obtenir son diplôme de médecine à McGill, en 1941. Il avait servi dans l'Aviation royale canadienne, lors de la Deuxième Guerre mondiale, et avait été affecté à l'étude du rendement au travail des Inuits à Terre-Neuve et dans le nord de la Saskatchewan, afin de mieux comprendre les effets du froid sur les troupes et sur l'équipement militaire. Par la suite, il avait été envoyé à Washington pour étudier la médecine tropicale. À la fin de la guerre, il avait déjà à son actif trois ans de résidence à l'Hôpital général de Montréal et un an d'études postdoctorales

au Nuffield College d'Oxford, mais il avait acquis peu d'expérience auprès des patients. Modèle de concision, ferme et plein de tact, le Dr Joron allait s'avérer un excellent administrateur, ce qui était tout indiqué pour la promotion d'une ambiance universitaire à l'hôpital. Et justement, St Mary l'avait attiré à cause de son cosmopolitisme grandissant.

À la différence des autres hôpitaux de la ville, dès le début des années 1950, St. Mary avait attiré un mélange étonnant de médecins, d'infirmières et d'internes nés à l'étranger. « Jeunes ou d'âge moyen, ils avaient une maturité médicale différente » fit remarquer l'un de ces nouveaux arrivants appréciés, Karl Essig, qui avait été officier dans un sous-marin allemand. La médecine semblait inscrite dans les gènes de la famille Essig depuis plusieurs générations : le père de Karl était médecin, tout comme son grand-père et son arrière-grand-père. Le Dr Essig avait obtenu son doctorat à l'Université de Tübingen. Il était reconnu pour son excellence : un médecin de première classe, calme et objectif. Il dut quitter St. Mary pour un an, lors de la construction de la ligne DEW (réseau de stations radar dans l'Arctique). Il avait été appelé à prendre en charge les services de santé à une station en chantier dans l'Ungava. À son retour, il reprit ses fonctions à l'hôpital, plus tard, fut nommé chef du département de médecine. Habile diagnosticien, Essig avait une approche intuitive des soins médicaux et une aptitude remarquable à glaner d'importantes informations médicales auprès de ses patients.

Le Dr Essig n'était que l'un des centaines de spécialistes européens venus faire leur internat à St. Mary après la guerre. Il était obligatoire pour tout médecin étranger, quel que soit son niveau d'expérience, d'être rompu aux méthodes canadiennes avant d'obtenir un permis de pratique médicale au pays. Parmi ces Européens figuraient : un professeur de chirurgie de Sofia, en Bulgarie; un gastroentérologue hongrois, Jenő Solymar; un autre immigrant hongrois, un chirurgien âgé qui avait pratiqué en milieu rural; un anesthésiste britannique en formation, qui avait été un joueur vedette de rugby; la Dre Gerda Liepina, de Lettonie, qui avait étudié la médecine à Innsbruck et terminé son doctorat à l'Université de Kiel; Sophie Rygiel, pharmacienne polonaise; Constance Duhaime, conseillère en orientation, diplômée



George Bartel, premier administrateur de l'hôpital.

de l'Université de Leyde; le radiologue Adolph Glay, un survivant de l'Holocauste, homme fort cultivé qui avait de grandes aptitudes linguistiques et qui traduisit des articles de diverses langues sur la radiologie pour le compte de la revue *Canadian Association of Radiologists Journal*; S. Zuk, qui vint de Lubczyk en Ukraine; et J. H. Menetrez, qui avait fui la France occupée en 1943 pour se joindre à la Résistance. Mais l'interne le plus original sans aucun doute était Bolivar de Peña, gendre de Raphael Leonidas Trujillo y Molina, dictateur de la République Dominicaine. Grâce aux largesses de Trujillo, de Peña fut en mesure de résider dans une somptueuse maison de Westmount.

Pamela d'Abreu, native de Georgetown, en Guyane britannique (aujourd'hui la Guyane), devint la première personne de race noire à recevoir un diplôme de l'école d'infirmières, et George Matsumoto, le chef cuisinier de l'hôpital, était japonais. Aucun hôpital de la ville n'était aussi œcuménique. Cette caractéristique originale fut soulignée en 1951, par un article du *Montréal Star* intitulé : « Des Nations-Unies en miniature dans un hôpital — les frontières raciales sont abolies à St. Mary, où des membres du personnel parlent jusqu'à cinq ou six langues. » Cependant, dans un essai percutant intitulé *To Be an Intern in the Early Fifties* (La condition d'interne au début des années cinquante), Karl Essig décrivait les « conditions d'esclavage »



Karl Essig, officier naval allemand, considéré comme un médecin de première classe.

que subissaient les aspirants médecins de St. Mary. « Aucun syndicat, aucun militant des droits de l'homme, n'a jamais dénoncé l'esclavage auquel se trouvaient réduits les jeunes médecins, en vertu de la tradition », écrivait-il, avec ironie. Et il poursuivait :

Il était minuit lorsque les internes terminaient leur journée de travail, et un dernier repas était servi à la cafétéria de l'hôpital. Après cette collation de minuit, les internes regagnaient leurs quartiers. Ceux-ci étaient situés au quatrième étage de la centrale d'énergie, au-dessus de la buanderie fort active de l'hôpital. Les internes couchaient trois par chambre, et l'ameublement était spartiate. Par malheur, il n'y avait qu'un téléphone par chambre, et il sonnait la nuit pour appeler au service l'un des internes, réveillant du coup les deux autres. L'interne appelé devait s'habiller à la hâte et descendre quatre volées de marches jusqu'au tunnel, puis se précipiter vers les ascenseurs de l'édifice central. Les ascenseurs n'étaient pas automatisés, mais opérés par deux jumeaux identiques, un peu déments, qui se relayaient avec une égale fierté dans cette importante tâche... Au cours des années cinquante, l'hôpital entretenait son propre service d'ambulance, et la loi voulait qu'un membre du personnel médical accompagne chaque ambulance, pour aucune raison médicale particulière sauf d'ai-

der le chauffeur de l'ambulance à transporter le patient... notamment le faire entrer dans l'ambulance, une manoeuvre souvent compliquée, surtout en hiver, quand il fallait descendre le malade du troisième étage dans des escaliers en spirale verglacés, typiques des vieilles maisons. Comme chaque trajet en ambulance rapportait 5 dollars, c'était pour l'interne un supplément appréciable à son traitement mensuel de 50 dollars. Après avoir traversé la guerre, notre génération était plutôt habituée aux privations. Même si l'essence ne coûtait que 16 cents le gallon, aucun interne ne pouvait se permettre l'achat d'une automobile, même vieille et décrépite.

Refuge par excellence des médecins immigrés, St. Mary devint de plus en plus populaire comme hôpital multiethnique. Yosh Taguchi, par exemple, un Canadien originaire du Japon, y fut interne. Durant son enfance en pleine guerre mondiale, il avait été mis en détention par le gouvernement canadien, en tant qu'ennemi étranger. Aujourd'hui éminent urologue, Taguchi se rappelle que St. Mary étant un petit hôpital, lui et ses jeunes confrères pouvaient y effectuer des opérations qu'on ne leur aurait jamais permises dans de grands hôpitaux d'enseignement. Le recteur de l'Université McGill, Frank Cyril James, souligna la relation symbiotique grandissante entre les deux institutions quand en 1951, il écrivit, au nouveau président du conseil d'administration de l'hôpital, George Daly, pour lui proposer une affiliation. Cette année-là, le premier ministre Maurice Duplessis avait obligé McGill à refuser une subvention directe de 615 000 dollars du gouvernement fédéral, et l'université cherchait des façons de maintenir sa réputation chancelante. L'affiliation de St. Mary était dans l'intérêt fondamental de McGill. À l'époque, la formation en résidence se faisait à l'hôpital, et le Royal Victoria ainsi que l'Hôpital général de Montréal ne pouvaient absorber le flux croissant des demandes. Le conseil d'administration de St. Mary approuva l'affiliation, en principe, « jusqu'à ce qu'on puisse éclaircir des difficultés techniques qui pourraient sembler cruciales ». La réaction à l'idée de travailler avec McGill était mitigée. Certains membres du conseil entretenaient l'espoir irréaliste que Loyola, qui était un collège classique affilié à

l'Université de Montréal, accède au statut d'université. Si cela se produisait, St. Mary deviendrait l'Hôpital universitaire Loyola.

D'autres redoutaient que St. Mary, en s'associant trop étroitement à McGill, perde ses propres subventions fédérales. On craignait également que McGill se retrouve en situation de pénurie et se serve aux dépens de St. Mary — une question hypothétique qu'on débattit avec colère *ad nauseam*. La question cruciale était celle de l'identité. Il était évident que, dans toute fusion proposée des deux institutions, la moindre des deux aurait le plus à perdre. Certains médecins de l'hôpital craignaient que l'affiliation compromette l'identité catholique et l'autonomie de St. Mary; d'autres avaient peur de perdre leurs privilèges hospitaliers. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada approuva toutefois la formation postdoctorale à St. Mary, et l'Université de Montréal ainsi que McGill recommandèrent l'hôpital pour la formation de troisième cycle en chirurgie. Cela entraîna une augmentation du nombre de spécialistes à St. Mary occupant un autre poste ailleurs, au Royal Victoria ou à l'Hôpital général de Montréal.

Harold Dolan faisait partie du comité administratif du conseil médical de St. Mary depuis 1934. Il avait rédigé des études sur le traitement de la pancréatite et consacrait autant de temps aux pauvres qu'à ceux qui pouvaient se payer ses services. Il fut nommé professeur adjoint de chirurgie à McGill. Puis, en février 1952, le conseil fit part de son « vif intérêt » pour l'offre d'affiliation de McGill, et forma un comité de liaison, sous la direction de Guy Joron, afin d'en peser le pour et le contre. Bientôt, Wesley Bourne, l'éminent anesthésiste qui était associé à l'hôpital depuis les débuts, commença à envoyer ses résidents à St. Mary pour qu'ils y soient formés.

Les années 1950 furent une période relativement simple et sans problèmes à l'hôpital. Tout semblait en noir et blanc, comme la télévision, qui était apparue au début de la décennie. C'était une époque optimiste de croissance économique et de progrès médicaux comme le vaccin Salk contre la polio. À cette époque, un évêque pouvait déclarer sans sourciller : « Il y a trois sortes de gens dans le monde : les communistes, les chrétiens engagés et les aimables bons à rien ». Les mariages mixtes, qui voulaient dire les mariages entre chrétiens de différentes confessions, étaient un sujet de discussion animée; près



St. Mary au carrefour, dans les années 1950.

de la moitié des Canadiens les désapprouvaient. Les mères célibataires étaient ostracisées, et au Québec, les prêtres catholiques s'empressaient de baptiser les bébés dits « illégitimes » afin que les protestants ne puissent les adopter.

St. Mary trouva vraiment sa voie dans les années 1950, à mesure que la population du quartier changeait. Le nombre de patients traités bondit de 5 265 en 1950 à presque 7 000 dès 1955. Lors d'une réunion du conseil, on indiqua que « St. Mary est au carrefour de l'une des plus grandes zones industrielles de la ville, et on s'y adresse pour un nombre croissant d'accidents et d'autres cas d'urgence, à raison d'une quinzaine par jour ». En même temps, l'inflation de l'après-guerre fit monter en flèche le coût des soins par patient, soit de presque 40 pour cent en cinq ans : de 7,96 dollars par personne après la guerre à 13,50 dollars dans les années 1950. « La voie à suivre pour atteindre un niveau satisfaisant de santé publique est très accidentée, commenta le *Montreal Star*. Dès qu'une côte est franchie, une autre apparaît. Il n'y a pas longtemps, un souci majeur était le manque de logements

décents... La préoccupation actuelle est le financement de services offerts par un système hospitalier étendu. La multiplicité des campagnes de financement pour combler les déficits prouve amplement que le mal est aigu, à la fois aigu et chronique. »

En 1951, « pour des raisons d'économie et de meilleur service au public », St. Mary lança une campagne de financement conjointe avec la Federation of Catholic Charities. Ils atteignirent 93 pour cent de leur objectif conjoint de 563 000 dollars. Avec seulement 178 lits, l'hôpital peinait à se maintenir à flot. Le président de la campagne, Louis Beaubien, résuma le problème ainsi : « Il sort trop d'argent et il n'en rentre pas assez. Les rentrées sont insuffisantes parce que peu de patients ont les moyens de régler leurs factures. Il faut plus d'argent que jamais pour améliorer et développer les services, et attirer plus de médecins et d'infirmières. » Dans un nouvel effort pour joindre les deux bouts, les dames auxiliaires ont ouvert un café — un simple comptoir dans le hall d'entrée — pour ramasser des fonds destinés à l'achat d'un stérilisateur dernier cri pour le lait maternisé. Les femmes qui s'en occupaient, vendant des boissons chaudes et des pâtisseries maison, tenaient des comptes méticuleux. Au cours de la première année d'exploitation, elles rapportèrent que 4 718 tasses de café avaient été distribuées, à raison de sept cents chacune.

En octobre 1952, St. Mary devint le premier hôpital de la ville à centraliser son système d'approvisionnement en oxygène, ce qui permettait d'acheminer l'oxygène par tuyaux à partir d'un point central de distribution jusqu'aux 142 sorties dans les chambres. Cette année-là, aussi, le gouvernement fédéral fournit 80 000 dollars pour contribuer à financer l'équipement d'un laboratoire, en guise de reconnaissance des « découvertes importantes » du Dr Jack Dinan dans la recherche sur le cancer, « même s'il avait dû travailler dans un sous-sol ». Dinan avait découvert une relation entre la teneur en cuivre du sérum et certains types de cancer. L'argent servit à convertir la chapelle originale du rez-de-chaussée en laboratoires de recherche. Une nouvelle chapelle de 150 places ainsi qu'un presbytère furent construits au-dessus de l'annexe des religieuses infirmières, et l'inauguration eu lieu le dimanche de Pâques 1952.



Le bal de financement annuel de St. Mary a aidé à soutenir l'hôpital au cours des années de vaches maigres.

La pénurie d'infirmières était au coeur des préoccupations du ministre fédéral de la santé, déclara Paul Martin père, lorsqu'il s'adressa à la classe d'infirmières diplômées de St. Mary, le 8 mai 1952. Il y avait, fit-il remarquer, 400 infirmières diplômées de moins au Canada, cette année-là, qu'en 1940. Le ministre proposait que St. Mary embauche plus d'assistantes infirmières afin de « conserver ses effectifs limités d'infirmières diplômées ». Il rappela en outre que les débouchés, pour les premières diplômées de l'hôpital, avaient été « plutôt restreints, bien circonscrits et limités. Aujourd'hui, par contre, tout a changé. Toutes sortes de possibilités intéressantes s'offrent aux soins infirmiers, notamment les programmes de santé industrielle, les affectations dans des avant-postes éloignés du Service de santé des Indiens du Canada, les soins en psychiatrie, l'enseignement, la supervision et les programmes de défense civile ».



Même les infirmières fumaient dans les années 1950.

Chaque service tentait de demeurer au niveau des progrès rapides de la médecine, et il fallait des dons d'entreprises pour acquérir l'équipement nécessaire à cet effet. Des mesures avaient été adoptées longtemps auparavant pour réduire les risques lors des accouchements, de sorte que St. Mary était devenu un passage obligé quand les choses tournaient mal. L'hôpital avait acquis la réputation d'être l'un des meilleurs endroits où accoucher et où faire traiter son enfant. Néanmoins, même les meilleurs médecins peuvent commettre des erreurs s'ils sont obligés de travailler dans des conditions stressantes. Du moins, c'est ce que prétendait George Mellen. Au printemps de 1952, l'homme soupçonna que son fils de quatre ans avait été mal diagnostiqué à St. Mary, et il demanda à voir le dossier. Les administrateurs de l'hôpital refusèrent, disant que le dossier médical appartenait à l'hôpital et qu'à cet égard, ils étaient confidentiels. Devant cette fin de non-recevoir, Mellen lança une poursuite de 31 763 dollars pour négligence professionnelle. Lorsque l'affaire fut entendue, le juge Harry Batshaw se prononça en faveur de Mellen : « Les dossiers d'hôpital ne sont pas confidentiels, surtout quand c'est le père du patient

lui-même qui demande à les voir pour en faire une copie », décréta le juge Batshaw. La décision créa un précédent. St. Mary a la douteuse distinction d'avoir été le premier hôpital au Canada sommé par un tribunal de mettre ses dossiers médicaux à la disposition d'un patient. À St. Mary, les erreurs de diagnostic ont rarement été le fait d'un manque d'expérience ou de facteurs techniques, comme une interversion au laboratoire. Lorsque des erreurs sont commises, c'est habituellement parce que le médecin s'appuie sur la reconnaissance de formes, c'est-à-dire qu'il établit son diagnostic à partir de la présence d'un ensemble de symptômes normalement associés à une maladie. Les médecins qui ont l'habitude d'utiliser cette méthode négligent souvent les variables. Tout de même, la confiance des patients resta élevée à l'égard de St. Mary. Dans l'introduction de son recueil de poésie intitulé *My Reflections on Hospital Life, Wise and Otherwise*, Donald MacDonald, un avocat d'Alexandria, en Ontario, qui avait été traité à St. Mary, écrit :

À ceux qui ont besoin de refaire leur santé,
 St Mary je peux recommander.
 Les scalpels sont tranchants, les scies bien aiguisées.
 Et toujours maniés par des mains assurées.
 Les infirmières, agréables, habiles et dévouées,
 Sont les meilleures que l'on puisse trouver.
 Les internes, des gens fort cultivés,
 Vous surveillent jour et nuit, avec assiduité.
 Et pour ne pas laisser votre âme en reste,
 Les religieuses apportent la protection céleste.

L'année 1952 marqua un autre anniversaire important à St. Mary. En juillet, la révérende Mère Helen Morrissey, qui était à la retraite, célébrait ses 50 ans de vie religieuse. Âgée de 91 ans, elle n'avait manifestement rien perdu de son intrépidité. Elle trouva le moyen de s'inviter à St. Mary, en demandant à l'évêque auxiliaire de Montréal, Mgr Joseph-Conrad Chaumont, d'y célébrer la messe marquant son jubilé d'or. Au cours de la réception qui suivit, la religieuse rappela à tous ceux qui voulaient bien l'entendre que c'était elle, et non feu le



Le cardinal Paul-Émile Léger dévoile une plaque commémorative afin d'honorer le fondateur de l'hôpital, Donald Hingston, en présence de la veuve de ce dernier.

Dr Hingston, qui avait « vraiment fondé » l'hôpital. Neuf mois plus tard, elle mourut. En mai 1953, Paul-Émile Léger, qui venait d'être élevé au rang de cardinal, vint à l'hôpital, tout resplendissant dans ses vêtements de cérémonie écarlates, pour bénir la nouvelle chapelle et dévoiler une plaque en l'honneur du Dr Donald Hingston. La plaque se trouve toujours, du côté gauche du hall d'entrée principal, juste après la bibliothèque. Le nom de Sœur Morrissey n'y figure pas. Pour honorer davantage le Dr Hingston, on inaugura les Conférences commémoratives Hingston, dont la première fut donnée le 13 octobre au Queen Mary Veterans Hospital par Frank Dixon, chirurgien à la Mayo Clinic.

À partir du jour de 1947 où il était entré en fonction à St. Mary, le Dr Gerard Hurley, chirurgien thoracique originaire de Cork, en

Irlande, avait réclamé une bibliothèque pour le personnel. Il avait été formé en Angleterre, en Suisse, en Allemagne et aux États-Unis avant d'arriver au Canada en 1942 pour être résident à l'Hôpital général de Montréal. Il allait plus tard réussir l'une des premières commissurotomies mitrales fermées (une opération cardiaque) au Canada. Frustré qu'il n'y ait pas de bibliothèque, le Dr Hurley travailla d'arrache-pied à persuader le conseil d'embaucher Lucile Lavigneur pour en ouvrir une, et il finit par avoir gain de cause. Mme Lavigneur avait un diplôme en bibliothéconomie de l'Université de Montréal, et elle accepta le poste uniquement parce qu'elle habitait juste en face de l'hôpital. Elle s'installa dans la salle du conseil en 1953, et chaque fois qu'il y avait réunion du conseil, la bibliothèque devait fermer. Lavigneur ne fit pas qu'aménager un lieu. Pendant les 35 années qui suivirent, elle veilla à développer les collections et fut une personne ressource aussi précieuse que les livres ou les périodiques qu'elle accumulait et cataloguait avec soin.

En 1954, le premier centre d'hémophilie pour adultes au pays ouvrit ses portes à St. Mary, sous la direction du Dr Cecil Harris, spécialiste du sang. Harris était né en Écosse et avait étudié la médecine à l'Université de Glasgow. En 1949, il était arrivé à Winnipeg, où il avait été engagé pour diriger une banque de sang. Peu après son entrée en poste à St. Mary, la Brigade de l'ambulance St-Jean fit de lui son chirurgien provincial. L'un des premiers hémophiles qu'il traita était Frank Schnabel, qui, en 1963, allait devenir le président fondateur de la Société canadienne de l'hémophilie. La compétence du Dr Harris et son approche peu orthodoxe du traitement et du soutien à donner aux hémophiles furent par la suite reconnues par la société, qui créa une récompense annuelle portant son nom. Le 25 avril de la même année, l'hôpital se dota d'un département de physiothérapie avec une salle d'hydrothérapie équipée de bains à remous.

Le premier jalon de l'intégration à McGill fut posé à la fin de 1954, lorsque le doyen de médecine de l'université, Lyman Duff, un personnage important dans l'histoire de la pathologie au Canada, aida St. Mary à recruter un pathologiste d'expérience, qui non seulement répondait aux exigences de l'hôpital, mais aussi, était assez qualifié pour enseigner à l'université. Le Dr David Kahn, natif de Regina, en



Le Dr Cecil Harris a ouvert la première clinique de traitement de l'hémophilie au Canada.

Saskatchewan, enseignait à Harvard et faisait partie du personnel du Massachusetts General Hospital. Duff fit appel au « patriotisme » de Kahn, lui demandant de retourner au Canada et d'accepter une double affectation, à St. Mary et à McGill. Un hôpital est bon dans la mesure où l'est son chef pathologiste. Avec Kahn, St. Mary pouvait se vanter d'avoir l'un des meilleurs spécialistes du continent. Kahn avait obtenu une licence ès lettres de l'Université de la Saskatchewan avant de s'inscrire en médecine à l'Université de Toronto. Durant la Deuxième Guerre mondiale, il avait servi outre-mer dans le corps médical de l'armée canadienne. Après la guerre, il était retourné en Saskatchewan, où il avait suivi l'enseignement du pathologiste Norman McLetchie, un Écossais dont les découvertes majeures sur l'usage de l'alloxane pour produire le diabète chez les lapins avaient attiré l'attention des deux côtés de l'Atlantique. Blasé par la pratique de la médecine dans la petite ville de Wapella, en Saskatchewan, Kahn alla s'établir à Boston où il termina sa résidence au Beth Israel Hospital. Avant d'aller enseigner à Harvard, il avait travaillé avec Benjamin Castleman, un éminent pathologiste. Le Dr Kahn fit profiter St. Mary de son expertise organisationnelle et de son leadership universitaire. Premier juif à diriger un service à St. Mary, c'était « un médecin universel », à l'avant-garde du mouvement pour intégrer la médecine clinique et la science médicale. Son influence se fit sentir dès le départ.



Le Dr David Kahn, médecin de toutes les situations.

Cet intellectuel comprenait ce qui était nécessaire et savait l'obtenir. Il réorganisa les laboratoires d'hématologie, de biochimie et de microbiologie. Peu après son arrivée, il fut nommé professeur adjoint à McGill. Affable, courtois et modeste, le Dr Kahn fut rapidement accepté par le personnel catholique à cause de sa compétence et de son empressement à aider. Il servit de mentor à beaucoup de médecins en quête de bourses universitaires, et, jusqu'à sa mort en 2007, on lui demanda fréquemment son avis sur une large gamme de sujets : scientifiques, administratifs, financiers ou personnels.

Autre apport notable au personnel : Stanley Skoryna, natif de Varsovie, qui avait étudié la médecine à Vienne. En 1947, à 26 ans, Skoryna était venu au Canada grâce à une Bourse Edward W. Archibald en chirurgie expérimentale de McGill. Chirurgien et scientifique aux vastes intérêts, Skoryna avait un certain nombre de théories qu'il voulait démontrer, et il ne se gênait pas pour solliciter des bourses afin de financer sa recherche. Il était arrivé à St. Mary avec la réputation de quelqu'un qui se prétendait spécialiste en cancer. Mais sa détermination finit par triompher, car le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada lui décerna une médaille d'or en chirurgie. Le Dr Skoryna croyait que les ulcères peptiques devaient être causés par une bactérie, mais il était incapable de le prouver. Il croyait aussi que fumer ne causait pas le cancer. « Chez les humains, le cancer est rare-



Le sénateur américain John F. Kennedy et son épouse Jacqueline au bal de St. Mary, en 1954.

ment produit par des causes extérieures » affirmait-il, et il entreprit de montrer que la maladie était le résultat d'« un déséquilibre ou manque de contrôle des divers systèmes qui composent le corps humain ».

Karl Essig qualifia le contingent grandissant des nouveaux arrivants de « conglomérat international de médecine frotté de talents francophones maison et initié à la pratique médicale anglo-américaine. Il n'y avait aucune discrimination de nationalités, de races ou de religions. Tolérant, St. Mary acceptait tout le monde. »

Vers la même époque arrivèrent quelques résidents et un interne qui allaient finir par sortir St. Mary de sa « complaisance » : Richard « Dick » Moralejo, Benjamin « Ben » Thompson, et Constant « Connie » Nucci. Moralejo avait 19 ans à son arrivée à Montréal. Fils de médecin, il venait de Port of Spain, à Trinidad, pour étudier la médecine à McGill. Après avoir reçu son diplôme en 1949, il avait étudié la chirurgie en troisième cycle à l'Hôpital St-Joseph de Toronto, au Queen

Mary Veterans Hospital de Montréal, et au St. Anne's Hospital de Ste-Anne-de-Bellevue, avant d'entrer à St. Mary en 1954, pour sa dernière année de formation. Le Dr Moralejo trouvait la musique swing particulièrement thérapeutique. Pour se détendre, il se joignit à un orchestre et en devint l'arrangeur musical.

Ben Thompson, de Savanna-la-Mar, en Jamaïque, avait rêvé de devenir médecin depuis l'âge de 14 ans, quand l'une de ses sœurs aînées était décédée des suites d'une simple appendicectomie. Ce décès — en plus des maladies d'autres membres de sa famille et de l'incidence élevée de maladies vénériennes en Jamaïque — le poussa à trouver une façon de guérir les malades. Il étudia la médecine à McGill et reçut la Wood Gold Medal pour excellence en médecine clinique. « St. Mary donnait l'impression de n'être qu'une grande famille, un hôpital pour tous les gens sans égard à l'appartenance ethnique ou socioéconomique ni à quelque autre statut, se rappelait Thompson. Le fait qu'il s'agissait d'un hôpital catholique n'était évident que lorsqu'on appelait l'aumônier pour administrer les derniers sacrements. Mais des prêtres d'autres confessions venaient aussi voir les patients, et, en fin de compte, l'étiquette religieuse ne signifiait pas grand-chose. »

Connie Nucci, qui entra à l'hôpital comme interne en rotation vers la même époque, parlait couramment l'italien, le français et l'anglais. Fils de comptable, il avait terminé une licence en lettres à McGill avant de décrocher un diplôme de médecine à l'Université d'Ottawa. C'est à Ottawa que Nucci avait étudié auprès de Karl Stern, et, sous son influence, il avait jonglé un moment avec l'idée d'être psychiatre avant d'opter pour l'obstétrique et la gynécologie. Ces trois hommes appartenaient à la fraternité grandissante des Jeunes Turcs, tous instruits à McGill, qui représentaient le changement de garde des omnipraticiens à St. Mary.

La scène mondaine de 1954, à Montréal, connut son apogée en novembre, quand le sénateur américain John Fitzgerald Kennedy et son épouse, Jacqueline, furent les invités d'honneur du Bal de St. Mary. Kennedy avait déjà pris position en faveur de la décision du Canada de construire une voie maritime sur le fleuve Saint-Laurent, avec ou

sans l'aide des États-Unis. Son appui au projet avait été particulièrement bien accueilli à Montréal. Cependant, personne, à l'époque, n'aurait pu prévoir que moins de six ans plus tard, Kennedy allait être président des États-Unis. Les Kennedy étaient venus à Montréal pour faire plaisir à Edna Timmins, une bienfaitrice de St. Mary et amie de longue date de la famille Kennedy qui était allée à l'école avec la mère de John Kennedy, Rose. Avec son humour ponctué d'autodérision et l'intérêt qu'il portait naturellement aux gens, Kennedy avait captivé tout le monde, ce soir-là. Et Jacqueline avait un charme magnétique. Peu savaient qu'un mois auparavant, John Kennedy avait subi une délicate opération à la colonne vertébrale, dont la réussite était loin d'être assurée. En quittant Montréal, il prenait l'avion pour la Floride, afin de poursuivre sa convalescence dans la maison familiale de Palm Beach. Une responsable du Bal de St. Mary, Genevieve Burke, eut vent de la maladie du sénateur après son départ, et elle lui envoya un flacon d'eau bénite. Au début de janvier 1955, Mme Burke reçut de Jacqueline une lettre de remerciement de trois pages, écrite sur un délicat papier bleu pâle. Elle débutait ainsi : « J'étais très embarrassée [parce que deux mois s'étaient écoulés depuis le bal]. J'ai à peine le courage de vous écrire cette lettre et de vous remercier d'avoir été si gentille et attentionnée. » Elle finissait sur cette phrase : « J'espère seulement que dans un avenir rapproché nous pourrons revenir à Montréal où nous avons passé un moment inoubliable. »

CHAPITRE 6

La foi en l'hôpital naît de l'expérience; si les patients sont contents des soins qu'ils reçoivent, leur foi en l'hôpital grandit. La foi engendre la confiance et se répand, se répand, se répand.

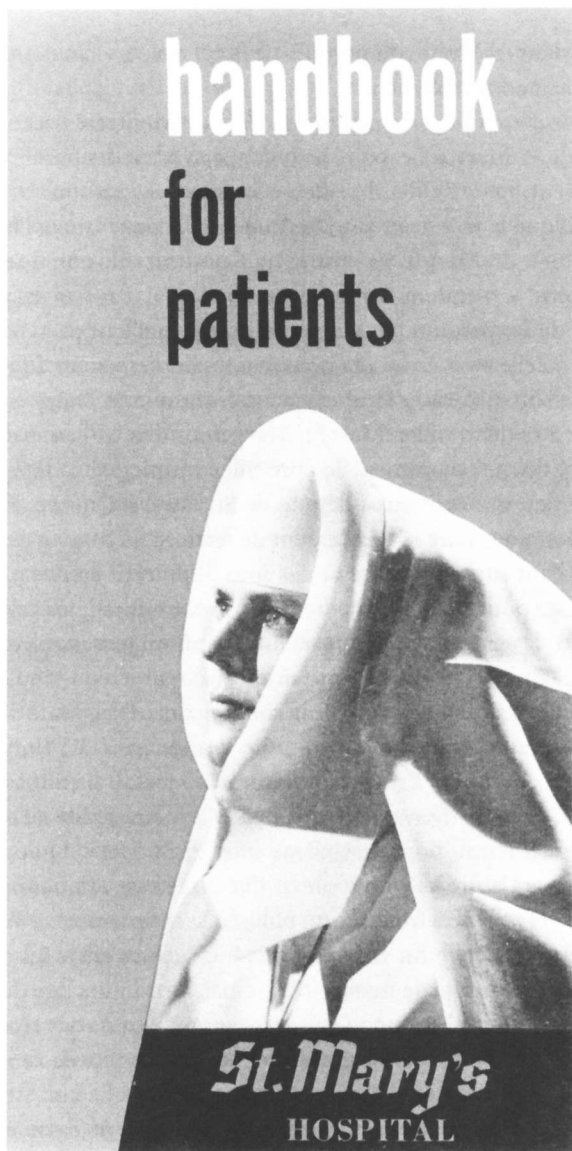
~Sœur Melanie



Dans les années 1950, les équipes chirurgicales de St. Mary étaient souvent distraites l'été, par des mouches qui volaient et bourdonnaient dans la salle d'opération du quatrième étage. Comme il n'y avait pas de climatisation, il fallait laisser les fenêtres ouvertes et une aide infirmière était postée avec une bouteille d'éther pour en vaporiser sur les insectes qui pouvaient pénétrer par les trous dans les moustiquaires. Richard Moralejo se rappelle qu'une fois, en opérant « un patient de grande corpulence », il fut interrompu par un collègue facétieux, le Dr Les Drake. Une mouche tournoyait dans la salle. Tout le monde était concentré sur la cavité ouverte. Drake s'approcha de la table, regarda au fond de la blessure ouverte et ironisa : « Dites donc, vous cherchez encore cette mouche? » Anecdote amusante, mais le fait qu'on en soit encore à chasser les mouches dans les salles d'opération était caractéristique de la désuétude de plus en plus pesante de l'hôpital. De nouveaux résidents affluaient dans les quartiers qui se développaient en périphérie de Ville Mont-Royal et Côte-Saint-Luc, à proximité de l'hôpital, à tel point qu'il fallut établir un nouveau district municipal en 1954. La supérieure de l'École des infirmières, Sœur Melanie, s'inquiétait du taux d'augmentation sans précédent de la population dans le quartier et de ses conséquences pour l'hôpital communautaire. St. Mary, avertissait-elle, était en train de devenir « dangereusement surpeuplé, avec un taux d'occupation de 97 pour cent ». Les installations de l'hôpital et les laboratoires étaient exploitées à la limite et les laboratoires étaient trop petits face à l'explosion du nombre de patients.

Pour soigner efficacement, les médecins et les infirmières doivent travailler dans des conditions adéquates et disposer d'outils de diagnostic que seuls peuvent fournir des laboratoires bien équipés et des installations de pointe. La direction de l'hôpital voyait bien ces problèmes. À l'automne 1954, elle décida de lancer un programme d'expansion réparti sur 10 ans — avec ou sans soutien gouvernemental. Ce projet ambitieux, évalué à 10 millions de dollars, avait pour objectif de doubler la capacité de l'Hôpital. Il prévoyait deux ailes supplémentaires de chaque côté de la tour centrale au huitième étage, un couvent séparé pour les religieuses (qui allaient libérer le septième étage); une chapelle reliée à l'hôpital par une passerelle; une aile derrière l'hôpital; un nouveau pavillon à l'ouest de l'édifice existant; un hall d'entrée réaménagé, et des ajouts à la résidence des infirmières. Pour diriger la campagne de financement de la première phase du projet, on fit appel à Stanley Clarke. C'était un ingénieur mécanicien ingénieux, qui, à partir d'une flotte de petits bateaux sur la côte nord du Saint-Laurent, avait bâti une grande entreprise de transport avec des services de camionnage et d'expédition par conteneurs. Il était associé de près à la Federation of Catholic Charities et, souvent, soutenait discrètement d'autres campagnes de financement du diocèse. Il ne se contenta pas d'être une figure de proue. Avec son expérience en ingénierie, il s'intéressa vivement aux plans d'agrandissement de l'hôpital. « Il était du genre à mettre les mains à la pâte, dit son fils Desmond. Il n'avait pas peur de retrousser ses manches, de réunir des fonds de l'argent, d'aller sur le terrain avec les architectes et de surveiller la construction. Il était très soucieux du détail. »

Clarke assura le public que si St. Mary atteignait son objectif de financement, il ne serait plus nécessaire de lancer une autre campagne avant 10 ans. Les plans d'agrandissement n'étaient pas fondés sur des besoins futurs, affirmait-il, mais sur les exigences minimales du présent. « L'appel est lancé à toute la communauté, annonça le *Montreal Star* en éditorial. St. Mary est un hôpital catholique, mais ses services sont disponibles à quiconque les réclame. Ainsi, pour 15 patients catholiques anglophones, il y a sept protestants, cinq catholiques francophones, et un certain nombre de juifs. Les frontières religieuses ne sont pas vraiment délimitées. L'hôpital est là pour servir la commu-



Sœur Evelyn O'Grady figurait en couverture du manuel régissant les convenances de l'hôpital, qui était distribué aux patients dans les années 1950.

nauté. Et, dans les limites du nombre de lits et des services dont il dispose, il le fait admirablement. »

En guise d'appui à la campagne, la Ville de Montréal déclara 1955 « l'année de St. Mary ». Le maire Jean Drapeau offrit des paroles d'encouragement, mais l'hôtel de ville ne souscrit pas un sou. Drapeau était d'avis que la ville avait fait plus que sa part pour lancer l'hôpital en 1930, et que St. Mary avait prouvé qu'il pouvait subvenir à ses propres besoins. « Pendant longtemps, alors que d'autres hôpitaux prenaient de l'expansion, St. Mary a su tirer le meilleur parti des installations qu'elle avait en les réaménageant, sans demander d'argent à qui que ce soit », déclara Drapeau, suggérant que St. Mary pouvait continuer à se débrouiller. Mais St. Mary avait d'autres amis dans le milieu politique, notamment le conseiller municipal indépendant Frank Hanley, qui était aussi député de St. Anne à Québec. Hanley avait un don pour faire surgir l'argent de terre. Si St. Mary n'était pas trop regardant sur la provenance des sous, il pouvait arriver à lui en trouver assez pour parer aux petites urgences. L'hôpital pouvait aussi compter sur la générosité de bienfaiteurs parmi son personnel, comme le Dr St. Clair Duffy, qui, avec sa femme, Margaret, contribua pour 200 000 dollars au financement de la construction. Originaire de l'Île-du-Prince-Édouard, Duffy avait étudié la médecine à l'Université St. Dunstan, à l'Île-du-Prince-Édouard, et à McGill. Il était arrivé à St. Mary en 1928. Duffy avait fait fortune à la Bourse, si bien qu'en plus de financer les rénovations du sixième étage de St. Mary, il fit ériger le Duffy Science Centre à l'Université de l'île du Prince-Édouard.

Afin de présenter un front uni au public, l'évêque Lawrence Whelan intervint pour mettre fin aux querelles incessantes entre les dames auxiliaires et le comité de maternité. En mai, il ordonna aux deux de fusionner en un seul groupe : the Auxiliary of St. Mary's Hospital. Nadine Corbett fut la première présidente élue à la tête de ce nouvel organisme, et elle eut la tâche de rédiger une nouvelle constitution. Kay Staines, pour sa part, prit la relève à la direction du casse-croûte, qui devenait de plus en plus lucratif. Chaque jour de semaine pendant l'été, un chœur féminin de bénévoles, appelé les Belles de St. Mary, donna un concert-bénéfice au centre-ville, au Square Dominion (maintenant appelé le Square Dorchester).



Maurice « Rocket » Richard, avec son fils Normand (à droite), a rendu une visite-surprise à Robert Vanden Abeele, amputé des deux jambes.

Des milliers de gens franchirent les portes de l'hôpital, cette année-là. Parmi eux, la vedette de hockey Maurice (Rocket) Richard, venu en visite à St. Mary le 1er novembre. Le célèbre ailier droit des Canadiens de Montréal, était encore sous le coup de la suspension notoire qui lui avait été infligée et qui avait déclenché une émeute au Forum de Montréal, six mois plus tôt. Il venait à l'hôpital rendre visite à Robert Vanden Abeele, un garçon de 17 ans qui avait perdu ses deux jambes dans un accident de tramway. Vanden Abeele avait adressé une lettre admirative au joueur de hockey. Touché par cette lettre, sans plus, le joueur étoile de la Ligue nationale de hockey était venu à St. Mary à l'improviste pour répondre en personne. Lorsqu'on lui dit que sa visite pourrait servir à promouvoir la campagne de financement, Richard n'en voulut rien entendre. « Il n'y avait aucun reporter ni photographe sur les lieux », rapporta le bulletin interne miméographié de l'École des infirmières, *Echoes*. « On aurait plutôt dit un oncle rendant visite à un neveu. » La semaine suivante, Maurice Richard revint avec l'un



Le Dr Louis Quinn fut le moteur du centre des naissances de St. Mary.

de ses fils, Norman, pour offrir à Vanden Abeele un bâton de hockey autographié et la rondelle avec laquelle il avait marqué le 429^e but de sa carrière.

Aloysius Chopin, qui avait été le fidèle comptable de l'hôpital depuis le premier jour, mourut en 1955. Peu après, George Bartel quitta son poste de directeur général pour devenir administrateur du Monmouth Hospital à Long Branch, dans le New Jersey. Un autre Américain, Paul Meyer, fut embauché pour le remplacer. Les références de Meyer étaient impeccables. Diplômé des universités Brown et Duquesne, il avait travaillé dans des hôpitaux de Brooklyn, à New York; à Clifton, dans le New Jersey; et à Bradford, en Pennsylvanie. Il arriva à Montréal après avoir quitté l'Instituto Clínica de Fisioterapia, situé à Santa Rita, à Cuba. À la différence de Bartel, qui était apprécié de tout le monde, Meyer avait l'air fanfaron de celui qui s'arrogé des droits. Pour citer l'un de ses subordonnés : « Il n'a jamais tout à fait cadré avec l'équipe. Il était beaucoup trop tatillon. »

Au moment où Meyer accédait au poste de directeur général de l'hôpital, St. Mary traitait plus de 7 000 patients par année. Le taux d'occupation avait atteint le point de saturation et, pour la première fois, des patients encombraient les corridors. Lorsque le nouveau directeur entra en fonction, il y avait 100 patients sur la liste d'attente. L'un des premiers gestes de Meyer fut de limiter les admissions. Plu-

sieurs critiquèrent cette décision, parce qu'elle trahissait, selon eux, l'engagement de l'hôpital envers la communauté. Celle-ci avait toujours été au cœur de l'identité de St. Mary. Au cours de « l'année de St. Mary », deux écolières adolescentes, l'une de Villa Maria et l'autre de St. Augustine, offrirent leurs services bénévolement. Ce geste donna naissance à un groupe de soutien bénévole. Tirant parti de quatre des écoles secondaires catholiques de la ville, St. Mary recruta 70 bénévoles en six mois. Baptisées « the Nightingales » par Hulda Lynch-Staunton, alors directrice des bénévoles, ces jeunes filles apportaient des plateaux-repas aux patients, remontaient les lits à manivelle et faisaient gonfler les oreillers, ce qui permettait aux infirmières, qui étaient de garde sept jours par semaine, de faire une pause à l'occasion.

Puisque St. Mary était toujours considéré comme affilié « de façon assez distante » à l'Université McGill, plusieurs de ses jeunes spécialistes avaient aussi des postes dans d'autres hôpitaux. Cela offrait l'avantage d'améliorer les soins spécialisés aux patients, tout en rehaussant l'expérience et les revenus des jeunes médecins. Cela augmentait aussi les possibilités d'enseignement, ce qui voulait dire qu'un nombre encore plus grand de membres du personnel recevait leur accréditation.

L'usage des laboratoires n'était accordé que sur demande spéciale. Des médecins comme George Vavruska, un dermatologue qui s'intéressait particulièrement aux tumeurs cutanées et qui était arrivé de la Tchécoslovaquie en 1952, saisissaient la moindre occasion d'utiliser les laboratoires. Vavruska avait étudié auprès de Frederic Mohs, un médecin du Wisconsin qui avait développé une technique de codage en couleur du tissu cutané cancéreux et qui avait créé un processus de cartographie afin d'identifier avec précision l'emplacement des autres cellules cancéreuses, que l'on pouvait ensuite enlever par chimio-chirurgie. Vavruska fut le premier à utiliser la technique au Canada.

Après la révolution de 1956 en Hongrie, des émigrés hongrois comme George Rona, qui avait étudié la médecine à Szeged et à Budapest, arrivèrent à Montréal. Rona voulait poursuivre une carrière de pathologiste et toxicologue expérimental. Tout en apprenant l'anglais et en complétant sa formation en pathologie nord-américaine à St. Mary, il fit la découverte étonnante que l'on pouvait produire la

Le Dr John Howlett a ouvert les portes à l'affiliation à l'Université McGill.



nécrose myocardiale infarctoïde sans couper l'afflux du sang dans le myocarde. Après avoir terminé sa formation à St. Mary, le Dr Rona accepta un poste à l'Hôpital général du Lakeshore, et devint professeur de pathologie à McGill.

La barrière linguistique était l'obstacle le plus redoutable pour les immigrants. Mais, à la différence d'autres hôpitaux montréalais où l'anglais était la langue prédominante, la situation à St. Mary avait évolué au point où le français était devenu le commun dénominateur. C'était attribuable au fait que de nombreux immigrants d'Europe se débrouillaient en français. Il y avait également une nouvelle espèce de médecins trilingues, comme Constant Nucci, qui maîtrisait l'italien, l'anglais et le français.

Le 6 avril 1956, l'évêque Lawrence Whelan participa à la cérémonie de la première pelletée de terre pour la construction d'une résidence pour les religieuses, à l'est de l'hôpital, qui serait relié à l'édifice principal par une passerelle. Personne n'aurait pu le prédire, mais pendant les 15 années suivantes, St. Mary allait demeurer un chantier de construction. Pour contribuer au financement, l'hôpital vendit une parcelle de terrain sur la rue Isabella. Plus tard cette année-là, un sous-département d'ophtalmologie fut établi sous la direction de Gaston Duclos. Ce spécialiste des yeux, trapu et fringant, originaire du village de Saint-Cyrille-de-Drummond, au Québec, avait obtenu son diplôme



Le chirurgien Jack Dinan a été l'historien de l'hôpital.

de médecine à l'Université Laval avant de servir dans le corps médical de l'armée canadienne. Après la guerre, il avait été en stage postdoctoral à l'Université Harvard et au Massachusetts Eye and Ear Infirmary. Il était également rattaché au Queen Mary Veterans Hospital.

En février 1957 à la mort prématurée à 54 ans de Gerald Alimas, Louis James Quinn, qui avait été interne à l'hôpital dans les années 1930, devint chef de l'obstétrique et de la gynécologie. Le Dr Quinn avait quitté St. Mary pendant la guerre, en 1940, pour servir outre-mer dans le corps médical de l'armée canadienne. En Europe, il était allé parfaire sa formation au Chelsea Hospital for Women à Londres, puis avait passé une année au Sloan-Kettering Cancer Center à New York, avant de revenir à Montréal en 1947, pour être obstétricien associé au Catherine Booth Hospital, et gynécologue à Queen Mary Veterans Hospital. Comme Altimas, Quinn avait de grandes ambitions pour le département. Il était déterminé à faire de St. Mary le centre naissances de la province. On le disait « facile à vivre, porté à s'amuser bruyamment et chirurgien de talent qui ne voulait ou ne pouvait pas prendre la vie trop au sérieux ». Il lui échut un département qui avait « un besoin criant de salles communes », à la fois pour le soin aux patientes et pour la formation des internes. « Il n'y a eu aucune amélioration... depuis la construction de l'hôpital en 1934, déplorait-il dans le rapport annuel. D'autres hôpitaux de Montréal permettent aux maris de

Soeur Melanie. Son affectation temporaire a duré vingt ans.



demeurer avec leur épouse durant les premiers stades de l'accouchement. Parce que cette tendance moderne n'est pas permise à St. Mary, nous perdons des patientes. »

En octobre 1957, le conseil d'administration accepta d'examiner de nouveau la possibilité que St. Mary devienne un hôpital d'enseignement, et, cette fois, il ordonna au conseil médical « d'obtenir et de maintenir une affiliation avec une faculté de médecine ». Le conseil ne précisa pas quelle université l'hôpital devait approcher, mais il semblait ouvert à une affiliation avec McGill ou avec l'Université de Montréal; il voulait seulement s'assurer que les intérêts de St. Mary auraient préséance sur les exigences universitaires. Il s'agissait d'une initiative importante : le conseil estimait qu'en devenant un hôpital d'enseignement, St. Mary allait voir son budget annuel augmenter de 15 à 20 pour cent.

Le 10 novembre, le jour même où il avait inauguré avec le premier ministre Duplessis l'Hôpital Ste-Justine et ses 800 lits pour enfants, sur le Chemin de la Côte-Ste-Catherine, le cardinal Paul-Émile Léger vint à St. Mary bénir la chapelle relocalisée au troisième étage.

En 1958, des changements inattendus de personnel rehaussèrent les normes administratives et professionnelles. Gordon Cassidy prit sa retraite à la tête du département de médecine, et tout le monde

supposa que Neal Feeney, qui avait fait partie du personnel depuis 20 ans, lui succéderait. Mais Dr Feeney avait souffert d'une thrombose coronarienne en 1949 et, à deux reprises, il avait refusé la promotion. Le conseil d'administration se tourna plutôt vers John Howlett, un professeur agrégé de McGill. Le Dr Howlett était un colosse jovial, doté d'une capacité de travail énorme. Lui et sa femme, Alphonsine Paré, étaient socialement engagés et militaient dans l'action catholique. (Alphonsine allait recevoir l'Ordre du Canada en 1980, pour son rôle de pionnière de l'action sociale.)

Howlett était arrivé de Terre-Neuve pour étudier la médecine à McGill, où il avait obtenu son diplôme en 1933. À titre de chef de département, il demeura à l'emploi de McGill et renonça au salaire de 7 000 dollars que lui offrait St. Mary, mais il accepta une allocation de dépenses annuelle de 1 000 dollars. Travaillant de concert, Howlett et le chef pathologiste David Kahn tissèrent des liens encore plus étroits avec McGill. Howlett relevait de Lyman Duff, doyen de la faculté de médecine de McGill et chef du service de pathologie de l'Hôpital Royal Victoria. Howlett se trouvait ainsi en position privilégiée pour assigner en rotation une série de résidents avancés et de nombreux spécialistes de McGill à St. Mary. Parmi ceux-ci se trouvaient : Vincent Pateras, qui arriva comme externe et qui allait ensuite devenir directeur de la division de néphrologie; Antonio Guzman, un neurologue pédiatre qui ouvrit plus tard le laboratoire d'électroencéphalographie; et les docteurs Ronald Stanford, David Stubington et Frank D'Abadie, qui allaient établir une unité de monitoring coronarien.

Harold Dolan démissionna comme chirurgien en chef et céda la place à Jack Dinan, qui travaillait à l'hôpital depuis 1934. Dinan, qui parlait couramment les deux langues, venait de Québec, où son père avait été le dernier conseiller municipal irlandais anglophone. Il avait reçu son diplôme de l'Université Bishop en 1928, puis avait étudié la médecine à McGill. Durant la Deuxième Guerre mondiale, il avait servi en Italie et dans le nord de l'Europe au sein de l'armée canadienne. Ce que la plupart des gens remarquaient en premier chez Dinan, c'était la grosseur de ses mains : malgré leur taille, elles lui servaient fort bien durant les opérations abdominales. À la même

époque, Guy Joron, qui était tranquillement monté en grade dans l'administration, était nommé médecin associé au département de médecine.

Cette année-là, une vérification comptable révéla que Paul Meyer, le directeur général de l'hôpital, avait facturé à l'hôpital 14 000 dollars en frais de rénovation de sa maison dans le quartier de Hampstead. En mai, Meyer fut congédié. En quête d'un remplaçant temporaire, le conseil d'administration eut recours à la supérieure des infirmières, Sœur Melanie Coligan. On lui demanda d'assumer la fonction au pied levé jusqu'à ce qu'on trouve un nouveau directeur général.

L'affectation temporaire de Sœur Melanie à la direction générale de l'hôpital commença en 1958. Née à Morrisburg, en Ontario, en 1912, Evelyn Catherine Helen Coligan était l'aînée de 11 enfants. Son père, qui faisait partie de la commission scolaire locale, lui paya ses études, l'exhortant à étudier la dactylographie, la sténographie et la comptabilité. Elle était en douzième année lorsqu'elle choisit de devenir infirmière. Elle s'inscrivit alors au St. Vincent de Paul Hospital à Brockville, en Ontario, pour recevoir la formation nécessaire. Elle n'avait pas la moindre intention de devenir religieuse. « Rester assise dans une chapelle n'a jamais été mon idée la plus élevée de la spiritualité, dit-elle un jour. J'avais tendance à croire qu'entrer en religion était un choix assez étrange et ridicule. Ma sœur aînée, Patricia, voulait devenir religieuse, et ma mère était très opposée à l'idée. » Ce fut seulement après le décès de sa mère que Mlle Coligan jugea que la meilleure façon pour elle de servir les malades était de se joindre à une communauté religieuse. « Je n'avais pas grand-chose à perdre. À moins d'avoir beaucoup d'argent, une femme, à l'époque, n'avait pas le choix de plusieurs professions, se rappelait-elle. Les femmes médecins n'étaient pas très bien acceptées; il n'y avait pas beaucoup d'avocates, non plus. »

Elle entra chez les Sœurs de la Providence et prononça ses vœux en 1934. Sous le nom de Sœur Melanie, elle fut affectée à des hôpitaux à Moose Jaw, en Saskatchewan, et à Smiths Falls, en Ontario, avant d'obtenir un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa en 1943. On l'envoya enseigner les sciences infirmières à St. Mary et,

sans cesser de faire partie du personnel, elle travailla à obtenir sa maîtrise de la Catholic University of America, à Washington : ce qui fut chose faite en 1951. Elle alla ensuite étudier l'administration hospitalière à l'Université de Toronto, à la Western University de London, en Ontario (c'était le nom de l'University of Western Ontario), et à l'Université de Montréal, avant d'être nommée supérieure des infirmières. Sœur Melanie était une femme pragmatique et exigeante. Il n'était pas difficile de savoir de quel côté elle penchait et contre quoi elle se rangeait. Rien n'échappait à son oeil d'administratrice.

Lorsque Sœur Melanie fut confirmée au poste de directrice générale, sa remplaçante à l'École des infirmières fut Sœur Mary Felicitas Wekel, une religieuse de la même trempe. Originaire de Fife Lake, en Saskatchewan, Sœur Mary Felicitas était entrée chez les Sœurs de la Providence en 1932. Comme Sœur Melanie, elle avait une maîtrise en sciences infirmières de la Catholic University of America. En 1967, elle allait devenir la première religieuse élue à la présidence de la Canadian Nurses Association. Sœur Mary Felicitas établit un service distinct au sein de l'hôpital pour s'occuper au jour le jour du service des soins infirmiers. Elle entreprit sans délai d'élargir le programme d'études de l'école, afin « de développer les idéaux les plus élevés qui sont essentiels à une infirmière chrétienne, de former les femmes au sacrifice de soi et au soin consciencieux des malades, avec une appréciation et une compréhension supplémentaires du service de santé à la communauté ». Travaillant en tandem, les deux religieuses constituèrent une excellente équipe de gestion et c'est ainsi que l'affectation « temporaire » de sœur Melanie dura 20 ans.

En novembre 1959, l'hôpital ouvrit cinq étages additionnels à ses ailes sud et ouest, qui comprenaient une salle d'admission d'urgence. Les internes furent transférés au dernier étage de la centrale d'énergie, et leurs anciens quartiers furent convertis en service de radiographie avec de meilleures salles de laboratoire. L'imposant hall d'entrée, avec son plancher carrelé, son escalier tournant et son plafond à caissons, fut cloisonné. Au sous-sol, on aménagea un grand auditorium. Le Dr H. Rocke Robertson venait d'arriver de Victoria, en Colombie-Britannique, pour être chirurgien en chef à l'Hôpital général de

Montréal et professeur à McGill, où il était le directeur du département de chirurgie. Signe de la coopération croissante entre McGill et St. Mary, le Dr Robertson inaugura l'auditorium par une « Conférence Hingston ».

La première édition du *St. Mary's Medical Bulletin* parut cet automne-là. Richard Moralejo avait lancé cette publication interne pour encourager les médecins à décrire leurs projets de recherche, en particulier sur « les cas les plus inusités qu'on rencontre parfois ». Le bulletin annuel était dirigé par Pat Madore, un médecin méticuleux et plutôt solitaire de Nouvelle-Écosse, spécialiste de la chirurgie thoracique.

CHAPITRE 7

La médecine socialisée devrait être gratuite. Mais il faudrait s'assurer que médecine gratuite ne soit pas synonyme de médecine déficiente.

~Aloysius Chopin



La première initiative de régime universel de soins de santé au Canada est venue de la Saskatchewan, où le premier ministre Tommy Douglas annonça, en décembre 1959, un projet de système hospitalier provincial, accessible et modique. Cela suscita d'emblée une poussée de fièvre contagieuse à travers le Canada sur l'avenir des soins médicaux. La décennie à venir allait être une grande période de bouleversements, et St. Mary n'y échapperait pas. Mais d'abord, quelques précisions historiques. En 1960, Douglas déclencha des élections sur le thème de l'assurance maladie, et il fut reporté au pouvoir le 8 juin, avec une majorité accrue. Deux semaines plus tard, le 22 juin, le libéral Jean Lesage et son « équipe du tonnerre » étaient élus au Québec, ce qui amorça une décennie de bouleversements sociaux, appelés couramment « Révolution tranquille ».

Durant ses six premiers mois au pouvoir, Lesage s'empressa d'instituer un programme d'assurance hospitalisation propre au Québec, qui entra en vigueur dès le 1er janvier 1961. Le régime québécois n'em brassait pas aussi large, peu s'en faut, que celui de la Saskatchewan. L'État québécois assumait enfin le coût des soins hospitaliers et établissait de nouveaux tarifs par lit pour chaque jour passé à l'hôpital. Le programme allégeait quelque peu le fardeau financier de St. Mary, mais l'hôpital demeurait responsable de son endettement et de tous ses coûts en capital et frais d'exploitation. Le régime québécois ne payait pas les examens diagnostiques ou les médicaments et ne subventionnait pas la recherche. Presque au même moment, Ottawa mettait sur pied une commission royale d'enquête, pour répondre aux

demandes qui affluaient de tout le Canada pour un régime national d'assurance maladie. Emmet Hall, un juge de la Cour Suprême, reçut le mandat de trouver la meilleure réponse à une situation que le premier ministre conservateur du Canada, John Diefenbaker, avait qualifiée de « médecine d'État imminente ». Hall en arriva à la conclusion que le Canada avait besoin d'un régime de services de santé universel comme celui de la Saskatchewan. Mais la constitution canadienne définit clairement la santé comme un domaine de compétence provinciale. Aussi les deux plus grandes provinces, le Québec et l'Ontario, ne voulurent-elles rien entendre des recommandations de la commission Hall. Même fin de non-recevoir du côté des compagnies d'assurances et des organisations qui disaient parler au nom des médecins du Canada. D'autres facteurs jouaient, qui devaient avoir des conséquences à long terme pour St. Mary. Notamment, l'ouverture du concile Vatican II, qui s'était réuni à Rome pour promouvoir une meilleure insertion de l'Église catholique dans la société contemporaine : ce qui signifiait la transformation de plusieurs institutions, y compris les écoles et les hôpitaux. St. Mary se débattait dans cette conjoncture incertaine.

Dès février 1960, le président du conseil d'administration de l'hôpital, John Pennefather, un financier de Montréal, sonna l'alarme au sujet du déficit chronique de l'établissement, qui s'élevait à 1,2 million de dollars. Dans une lettre adressée au sous-ministre de la Santé du Québec, le Dr Jean Grégoire, il écrivait : « Les déficits annuels ont désormais atteint un montant qui se situe bien au-delà de ce qui peut être couvert par des contributions volontaires du public... La plus grande partie de nos problèmes financiers provient de la nécessité de soigner des résidents de Montréal qui sont dans l'incapacité de payer... La construction et la modernisation ont progressé comme il était prévu, mais nous avons atteint un stade où les fonds restants pour la construction ne suffiront pas pour achever les travaux, et pour acheter l'ameublement et l'équipement. L'hôpital en est rendu au point où il devra, soit obtenir des fonds additionnels, soit arrêter les travaux dès maintenant, sans avoir atteint ses objectifs, et continuer de fonctionner dans l'état d'inachèvement actuel. » Si St. Mary pouvait encore



En 1959, une nouvelle entrée principale a changé la façade de l'hôpital.

fonctionner au jour le jour, ajoutait-il, c'était « grâce à deux facteurs seulement : d'abord, un découvert bancaire important... Ensuite, l'établissement utilise comme fonds de roulement des sommes qui sont dues depuis longtemps à ses fournisseurs. C'est une situation qui ne peut plus perdurer longtemps et qui, d'ailleurs, contribue à accroître le problème parce qu'elle empêche d'acquérir les matériaux aux meilleurs prix. »

St. Mary avait reçu une aide fédérale de 40 000 dollars pour rehausser son équipement de radiographie, et une autre de 177 000 dollars pour ajouter une nouvelle entrée (en façade), un hall d'entrée, une salle d'attente et un huitième étage, ainsi que pour agrandir la centrale d'énergie. Mais, en 1960, il y avait, à Montréal, 124 sollicitations caritatives annuelles et il devenait de plus en plus ardu de recueillir des contributions pour les hôpitaux.

En tout cas, nulle campagne de financement privé n'était en mesure de pallier les coûts de fonctionnement sans cesse croissants du centre hospitalier. En outre, les vieilles paroisses catholiques, sur lesquelles

on pouvait compter jadis pour des contributions importantes, ne se sentaient plus autant qu'avant propriétaires de St. Mary. Dans un geste qui, rétrospectivement, semble ne pas avoir été des plus judicieux, l'hôpital vendit ses courts de tennis, dont le terrain se trouvait à l'est de la résidence des religieuses, pour la somme plutôt modique de 81 334,50 dollars, afin d'aider à financer la construction de la nouvelle aile du centre hospitalier. Les acheteurs, un consortium de médecins de St. Mary, dirigé par Moses Siminovitch, le chef jovial du département d'urologie de l'hôpital, bâtirent sur le site acheté un centre médical, qui est aujourd'hui adjacent à la station de métro Côte-des-Neiges.

Au printemps de 1963 était lancé le *St. Mary's Hospital Quarterly*, un bulletin trimestriel de quatre pages sur papier glacé, afin de mieux faire connaître au public les difficultés financières de l'hôpital. Cette initiative permettra de recueillir, en fin de compte, 400 000 dollars. Les bienfaiteurs publics et privés de l'établissement furent reconnus par l'installation dans le hall d'entrée d'une plaque dédiée « aux nombreuses personnes dont la générosité a rendu cette réalisation possible ». En dévoilant la plaque, le 1er mai, Mgr Whelan déclara qu'on voulait ainsi célébrer « les gestes de charité exceptionnels de nombreuses entreprises et de milliers de personnes envers l'hôpital, faits à la fois par des dons en argent et par des services gratuits, dispensés par des bénévoles et des auxiliaires ».

La remise des diplômes de l'école d'infirmières, le 19 mai, coïncida avec le centenaire de la fondation des Sœurs de la Providence. Mère Mary Lenore, conseillère-assistante générale de la congrégation, prononça le discours de circonstance devant les 61 nouvelles diplômées à l'auditorium de l'Université de Montréal. « Les patients ne doivent jamais être traités comme des dossiers », rappela-t-elle à la classe. « L'efficacité est importante et elle est dûment attendue d'une infirmière diplômée, mais elle ne doit pas devenir froide et impersonnelle. » Deux étudiantes infirmières d'origine étrangère, Madeline Tcheng, de Hong Kong, et Annette Francis, des Bermudes, obtinrent les meilleures notes générales, cette année-là.

L'assurance maladie restait la préoccupation dominante de l'époque. L'initiative d'avant-garde de la Saskatchewan avait soulevé un vent de

controverse à travers le Canada, surtout après que le projet *Medical Care Insurance Bill* de cette province eut reçu la sanction royale, en novembre 1961. Les médecins de la Saskatchewan refusèrent de collaborer, agitant des menaces de grève et de lock-out de tous les services médicaux. Au Québec, la Commission générale des hôpitaux catholiques, qui représentait 80 pour cent des hôpitaux de la province, dont St. Mary, dénonçait l'emprise bureaucratique sur le régime d'assurance : notamment au sujet des coûts qui dépassaient les estimations et des enveloppes budgétaires apparemment arbitraires pour chaque hôpital. Aux prises avec les règles envahissantes de l'État, St. Mary commença à perdre la main haute sur les rémunérations et sur la plus grande partie de son budget. Le 14 février 1962, après avoir coupé le ruban pour inaugurer le septième étage rénové et visité l'unité d'hémodialyse, le cardinal Léger esquiva le problème. « Dans le climat social actuel, nous devons être prudents dans nos déclarations sur les problèmes des hôpitaux », dit-il aux journalistes. « Il faut respecter la loi et voir ce qui émergera des décisions et des actions d'aujourd'hui. »

Trois jours plus tard, le conseil d'administration de l'hôpital rencontra le premier ministre Jean Lesage pour obtenir un octroi de 5,3 millions de dollars, afin de poursuivre les travaux d'expansion de l'établissement. Les salles étaient de plus en plus débordées et, pour devenir un centre hospitalier pleinement intégré, plaida le conseil, St. Mary devait prendre de l'expansion. Lesage ne promit rien. Il dit au président du conseil, Leonard Hynes, que le gouvernement traiterait la demande de financement comme une question distincte de la dette cumulée de l'hôpital. Mais il fallut attendre la nomination d'Eric Kierans comme ministre de la Santé pour que St. Mary trouve une oreille attentive à ses problèmes. Irlandais jusqu'à la moelle, Kierans soutint avec ténacité la demande de financement de St. Mary. Pour se conformer aux nouvelles règles édictées par le Collège des médecins et chirurgiens du Québec, St. Mary nomma à la tête du corps médical Jules Mercier, un médecin de Québec qui avait travaillé à Queen Mary Veterans Hospital. Malheureusement, le docteur Mercier mourut trois mois après avoir été engagé, et le poste resta vacant durant trois ans.

Vincent Pateras, qui était allé parfaire sa formation en néphrologie au George Washington University Hospital, à Washington, revint à

St. Mary comme médecin traitant en 1963 et créa l'unité d'hémodialyse. L'unité allait traiter des patients du Queen Mary Veterans Hospital et de l'Hôpital général juif, en plus de ceux de St. Mary.

Sous le patronage du gouverneur général Georges Vanier et de sa épouse Pauline, le bal annuel de St. Mary recueillit une somme de 10 000 dollars pour les travaux de construction. La rénovation de l'aile ouest débuta au printemps de 1964. L'aile devait être rénovée de fond en comble, afin d'abriter une nouvelle cuisine, une cafétéria et une salle à manger. Dans le fracas des marteaux-piqueurs, le personnel médical devait supporter les contraintes incessantes des travaux de construction. « La charge de travail dans chaque département posait des exigences extrêmes et plusieurs services étaient dangereusement surchargés », comme l'écrivait Sœur Melanie dans le rapport annuel de 1965. Le taux d'occupation était à un niveau record, jugé dangereux, de 97 pour cent. Avec l'afflux grandissant de patients, les laboratoires et le Département de radiologie étaient débordés, et les installations suffisaient à peine. Le nombre de patients externes franchit un nouveau cap de 47 000. Une grande partie d'entre eux se prévalait pour la première fois du régime d'assurance du Québec.

Un programme en bonne et due forme de formation en soins infirmiers fut instauré pour préparer la relève. Comme Sœur Melanie le faisait remarquer, les étudiantes infirmières et les bénévoles apportaient une aide essentielle : « Nous ne pourrions jamais assez exprimer notre gratitude à ces étudiantes qui viennent, tous les après-midi, apporter une atmosphère tonifiante de jeunesse et de bien-être; à ces jeunes employées de bureau, qui trouvent du temps après une pleine journée de travail pour venir réconforter les patients le soir; et à toutes les autres qui passent la journée à s'occuper des comptoirs de café et de cadeaux, à apporter des cartes de bons vœux aux patients, à amuser les enfants délaissés et à aider de mille autres façons. »

Aux élections fédérales de 1965, le gouvernement libéral minoritaire de Lester Pearson, cherchant à devenir majoritaire, fit campagne en promettant l'assurance maladie. Les libéraux n'obtinrent pas une majorité de sièges. Pour survivre en Chambre, ils avaient besoin de l'appui du Nouveau Parti démocratique. Et pour s'assurer cet appui, ils devaient remplir leur promesse électorale. Malgré les embûches

constitutionnelles que posait l'assurance maladie, Ottawa présenta un régime en vertu duquel le fédéral paierait la moitié du coût moyen national par habitant de tout régime provincial. Le gouvernement libéral n'incorpora pas dans la loi les détails des programmes à frais partagés : ce qui aurait été inconstitutionnel. Il se contenta de définir ce que le fédéral entendait par régime universel d'assurance maladie. Les provinces pouvaient mettre sur pied leurs propres régimes. Et, si ces régimes correspondaient aux normes définies, Ottawa assumerait sa part des coûts. Les gouvernements provinciaux qui ne voudraient pas se prévaloir du programme devraient s'en expliquer devant leurs populations.

Les années 1960 apportèrent des changements importants à St. Mary. Ce fut une période d'ébullition sociale sans précédent. Partout, l'autorité était contestée. Des radicaux de tous genres répandaient un mouvement de contre-culture qui secouait le pays jusqu'en ses fondations. La religion était reléguée au second plan. Une nouvelle idéologie laïque s'implantait, pressant les Québécois de rejeter la doctrine chrétienne et toutes les institutions qui s'y rattachaient : écoles, hôpitaux, associations, etc. L'Église catholique se retira donc du système des soins de santé, et St. Mary se fit dire de « mettre sa religion entre parenthèses ». Les religieuses abandonnèrent leurs robes et voiles noirs. Ainsi, les sœurs infirmières ne se distinguaient plus des infirmières laïques. L'abbé Charles Cahill, qui avait été aumônier résident de l'hôpital depuis 1955, céda sa place en octobre à Darrell Walsh, lequel allait être le dernier prêtre à avoir ses quartiers à l'hôpital. Walsh était, en outre, un homme habile de ses mains, tout aussi disposé à faire des petites réparations ici et là qu'à veiller aux besoins spirituels des patients.

Comme le gouvernement commençait à réduire le pouvoir de décision du conseil d'administration sur les normes et les coûts de fonctionnement de l'hôpital, la direction médicale acquérait plus d'autorité pour harmoniser les besoins professionnels et scientifiques de St. Mary. Les médecins de l'hôpital découvraient qu'ils pouvaient commencer à établir leurs propres priorités. Stanley Skoryna, qui était directeur du laboratoire de recherche gastro-intestinal de McGill, organisa et dirigea une expédition médicale à l'Île de Pâques. Cette

expédition, commanditée par l'Organisation mondiale de la santé et le Conseil de recherche médicale du Canada, obtint une grande reconnaissance internationale. Le docteur Skoryna fut honoré par le gouvernement chilien. Par ailleurs, David Kahn se fit remarquer pour ses recherches sur la cardiomyopathie du buveur de bière. Avec un collègue de St. Mary, George Rona, il avait découvert que le sel de cobalt utilisé par certaines brasseries au Québec, pour mieux faire mousser leur bière, était toxique. Durant plusieurs années, Kahn servit d'expert-conseil en pathologie des os et des articulations auprès du Centre canadien de référence pour les tumeurs. Il a cosigné de nombreux articles avec Rocke Robertson, qui était alors principal et vice-chancelier de l'Université McGill. Un autre médecin de St. Mary, Cecil Harris était allé en Allemagne et en Australie présider des symposiums de haut niveau sur l'hémophilie. De son côté, le chercheur clinique Soichi Isomura s'ingéniait à mettre au point un système d'échange gazeux pour extraire l'oxygène de l'eau, afin de mieux s'adapter aux milieux sous-marins. Entre-temps, François Somlo, du Département de virologie de l'Université de Montréal, arrivait à St. Mary pour ouvrir l'un des premiers laboratoires de virologie diagnostique dans un hôpital au Canada. Somlo se spécialisa en infections gynécologiques et il introduisit le dépistage virologique prénatal. Il est demeuré un membre actif de la communauté de St. Mary, jusque dans ses quatre-vingts ans avancés. Il est mort en 1995.

En janvier 1966, l'association des hôpitaux catholiques de la province et l'association des hôpitaux non confessionnels fusionnèrent pour former l'Association des hôpitaux du Québec. Le français devint la langue d'usage dans les hôpitaux, même si le gouvernement acceptait encore les présentations en anglais. St. Mary fut confirmé dans son statut d'hôpital affilié à l'Université McGill pour la formation postdoctorale, ce qui signifiait que McGill jouerait un rôle beaucoup plus direct à l'hôpital dans l'enseignement aux médecins diplômés. « L'association avec McGill ne change pas essentiellement l'enseignement donné en ce moment à l'hôpital », dit-on pour rassurer le personnel. « Cependant, elle donnera à l'hôpital la possibilité de développer au maximum les programmes de formation postdoctorale. » Le développement universitaire de l'hôpital s'en trouva donc stimulé.



Le Dr Guy Joron. L'homme de la situation, au bon moment.

Toutefois, la bureaucratie de l'État suivait sa propre logique. Le ministère de la Santé du Québec n'était pas disposé à financer les programmes d'enseignement de McGill à St. Mary, arguant que toutes les dépenses encourues pour la formation du personnel médical tombaient sous la responsabilité du ministère de l'Éducation. Pour sa part, le ministère de l'Éducation faisait valoir que la formation médicale incombait au ministère des Affaires sociales. Le temps qu'ils finissent de se renvoyer la balle, St. Mary dut puiser dans un fonds de réserve pour payer intégralement les programmes d'enseignement de McGill : environ 100 000 dollars par année. La situation fut portée à l'attention du doyen par intérim de la Faculté de médecine de McGill, Patrick Cronin, qui eut cette réponse désinvolte : « Si St. Mary croyait que l'affiliation allait lui apporter des sous, ce n'est pas le cas. Elle va plutôt lui en coûter. » Au début, on avait le sentiment inquiétant que McGill prenait pour acquis que ce qui était bon pour l'université l'était automatiquement pour St. Mary, et que les besoins pédagogiques et scientifiques de l'université avaient préséance sur les responsabilités médicales quotidiennes de l'hôpital. Des sous-départements furent créés à un rythme accéléré et, de nouveau, St. Mary se trouva à court d'espace pour les héberger.

Encore une fois, il fallait agrandir l'hôpital. À la suite d'une rencontre avec Eric Kierans en février, le gouvernement donna le feu vert

à un nouvel ajout de 200 lits, étant bien entendu que la construction ne débiterait pas « avant le milieu de 1967 ». Kierans promit que le financement nécessaire serait approuvé à la première réunion du Conseil des ministres, après la réélection du gouvernement. L'architecte Edward J. Turcotte dressa les plans d'une aile de sept étages sur la rue Légaré. En mars 1966, on lança une campagne pour recueillir 4,5 millions de dollars auprès du public. Alors, au mois de juin suivant, à la surprise générale, le Parti libéral de Jean Lesage perdit les élections contre l'Union nationale, dirigée par Daniel Johnson. Les appels d'offres pour la construction de la nouvelle aile furent lancés en octobre, sans aucune assurance que le nouveau gouvernement, avec ses propres conceptions du système de santé, honorerait les engagements de Kierans. « Quels que soient les résultats (des élections), le Conseil des médecins tient à réitérer son appui ferme à la construction de la nouvelle aile ouest », comme l'affirmait Jack Dinan à Stanley Clarke, qui avait été nommé président du conseil d'administration de l'hôpital en 1964. « De l'avis général, un tel projet est beaucoup plus facile à poursuivre qu'à recommencer à neuf, s'il faut l'arrêter aujourd'hui. » En novembre, le premier ministre Johnson chargeait un technocrate de Québec, Claude Castonguay, d'examiner à fond la propriété, l'administration et l'organisation des hôpitaux. Peu de temps après, le nouveau ministre de la Santé, Jean-Paul Cloutier, et le ministre d'État Roch Boivin venaient vérifier les installations de St. Mary et donnaient leur consentement tacite à la nouvelle aile de l'hôpital.

En conséquence, l'entretien ménager fut transféré à l'aile ouest du sous-sol et ce qui avait été le casse-croûte fit place aux laboratoires de gastro-entérologie et de virologie. Le Département de cardiologie acquit un phonocardiographe, appareil à la fine pointe de la technologie pour déceler les bruits du cœur. L'introduction, dans les années 1960, de médicaments régulateurs de l'humeur comme le lithium — utilisé pour contrôler la manie et traiter les maladies mentales — entraîna une forte augmentation du nombre de patients psychiatriques à St. Mary. Afin de les héberger, les religieuses quittèrent leur couvent pour s'installer à l'étroit dans la résidence des infirmières, et le couvent fut converti en pavillon temporaire pour les cas psychia-



Le projet d'une nouvelle aile ouest, qui allait être située perpendiculaire à l'ouest de l'édifice principal.

triques. Les infirmières déplacées finirent par trouver domicile dans des appartements à proximité de l'hôpital.

Vu l'augmentation du personnel hospitalier, le conseil d'administration reconnut qu'on ne devait plus s'attendre que les médecins chargés de responsabilités administratives importantes travaillent pour rien. En 1945, il y avait 38 médecins à l'hôpital; en 1965, ils étaient plus de 200. Dans les premiers temps de St. Mary, les chefs de département n'étaient pas sur la liste de paie de l'hôpital : ils offraient leurs services gratuitement. Comme la plupart des médecins à l'époque, ils dépendaient presque exclusivement de leurs clients pour gagner leur vie. La situation a changé en 1966, quand David Power, un diplômé de la National University d'Irlande, est devenu anesthésiste-chef de l'hôpital. Power reçut une rémunération de 7 000 dollars par année, « eu égard à la somme considérable de travail administratif que le poste comporte ». Et quand, peu après, David Kahn fut nommé à l'équipe de direction de l'hôpital, il reçut aussi une rémunération en conséquence. Étant donné que Kahn était juif, la charte de l'hôpital dut être modifiée par voie législative à Québec, afin de permettre l'élection de

« quatre personnes non catholiques, au maximum » parmi les 18 membres du conseil d'administration. La loi fut changée le 30 janvier 1967 et, en même temps, le nom officiel de l'hôpital passait de *St. Mary's Memorial Hospital* à *St. Mary's Hospital*.

Comme le Canada célébrait le centenaire de la Confédération en 1967, le débat en cours sur l'assurance maladie s'enlisa dans les sables mouvants de la politique. La grande question était le salaire des médecins. Combien fallait-il les payer ? Une sourde tension se faisait sentir à St. Mary. Certains spécialistes étaient très dubitatifs par rapport à l'assurance maladie, tandis que les omnipraticiens l'accueillaient bien, en général. À McGill, cette question provoqua la démission du doyen de la Faculté de médecine, Lloyd G. Stevenson. Ailleurs, des médecins résidents et des internes se mirent en grève pour augmenter la pression sur le gouvernement. Le *Montreal Star* écrivait que c'en était fini du temps où les hôpitaux pouvaient fonctionner avec du personnel sous-payé, des infirmières très strictes et des médecins résidents ou internes surchargés et mal rémunérés. Pour la première fois dans son histoire, St. Mary traitait plus de 10 000 patients par année, et l'occupation moyenne des lits s'établissait à 90 pour cent, ce qui était « dangereusement élevé pour les services médicaux et chirurgicaux », avertissait de nouveau Sœur Melanie.

Afin de se conformer aux modifications de la Loi sur les hôpitaux du Québec, le conseil médical de l'hôpital fut porté à 16 membres, pour, disait-on, « harmoniser » les intérêts professionnels et scientifiques et assurer la meilleure qualité de soins médicaux. Le Dr Olivier Leroux, un homme courtois, bardé d'expériences internationales, fut nommé directeur médical. Diplômé de l'Université de Montréal, il s'était illustré en mettant sur pied des hôpitaux en Inde, en Jamaïque et au Burma. Il avait été, en outre, coordonnateur de la division jeunesse de l'Organisation mondiale de la santé, à Genève. Par ailleurs, Louis James Quinn devint le premier président du nouveau conseil médical élargi. Sa femme Maureen promit de recueillir 250 000 dollars lors de la campagne de financement de l'hôpital, et elle fut élue à la présidence des dames auxiliaires. Ce printemps-là, Guy Joron fut approché pour devenir chef du Département de médecine, « sous réserve de confirmation par écrit que des arrangements puissent être

pris avec les hôpitaux Royal Victoria et Général de Montréal pour la rotation des internes ».

Après la démission du doyen de la faculté de médecine, Lloyd Stevenson, en 1963, le Dr Joron avait été engagé à temps partiel comme vice-doyen. Sa tâche la plus importante était de représenter McGill au Collège des médecins et chirurgiens du Québec. En 1967, quand Dr Maurice McGregor fut nommé doyen de la Faculté de médecine, Joron se vit offrir un poste clé à St. Mary : médecin-chef. Il disait qu'il était « la bonne personne, à la bonne place, au bon moment », car il était le mieux placé pour coordonner l'enseignement et faciliter l'affiliation de l'hôpital à l'Université McGill. La tâche, comme il l'entrevoyait, était de veiller à ce que St. Mary reste un hôpital communautaire et continue de faire ce qu'il faisait, tout en étant un centre important de recherche universitaire. Mais, au mois d'avril, le jour même de l'ouverture de l'Exposition universelle (Expo 67) à Montréal, Joron se fracturait la hanche sur le site même de l'exposition. Son entrée en fonction fut retardée de près de huit mois, le temps qu'il se remette sur pied. William Bennett, le prestigieux président de la compagnie minière Iron Ore, assumait la présidence du conseil d'administration de l'hôpital (devenue désormais le conseil « central » d'administration). Bennett avait déjà présidé la société Énergie atomique du Canada. Il avait aussi été secrétaire privé de l'un des plus formidables brasseurs d'affaires et hommes politiques canadiens : C. D. Howe.

Ces changements administratifs donnèrent une nouvelle cohésion à l'hôpital. En juillet, une unité psychiatrique fut ouverte temporairement au septième étage, dans l'espace laissé vacant par la communauté religieuse. St. Mary ne manquait pas de ressentir les effets toniques d'Expo 67 et de l'atmosphère enivrante de fraternisation universelle qui imprégnait la ville, cet été-là. À un moment donné, dans le cadre de l'exposition, une délégation russe conduite par Boris Danilov, le sous-ministre de la Santé de l'URSS, et le Dr Anatol Saveczenko, de l'Institut médical de Moscou, vint visiter St. Mary. Malgré les embarras des travaux de construction en cours, les médecins soviétiques se montrèrent impressionnés et soulignèrent « le niveau élevé des soins donnés aux patients dans des circonstances difficiles ».

L'été de l'Expo vit aussi l'arrivée à St. Mary de Marvin Kwitko, l'un des chirurgiens les plus entreprenants et les plus innovateurs du pays. Gaston Duclos avait recruté le Dr Kwitko à l'Hôpital Bellechasse pour le Département d'ophtalmologie de St. Mary. Né à New York, Marvin Kwitko avait grandi à Brantford, en Ontario, et il avait obtenu son diplôme de médecine à l'Université Western Ontario, en 1956; il avait aussi obtenu une maîtrise en pharmacologie de la même université, en 1958. Ce professionnel calme et méthodique avait, par la suite, acquis une grande partie de son expérience au Washington Hospital Center, un centre d'ophtalmologie pédiatrique. Il avait aussi étudié auprès de Cornelius Binkhorst, le lophtalmologiste qui avait été un pionnier en Europe dans l'implantation de lentilles oculaires. Plus tard, le Dr Kwitko avait travaillé à l'Hôpital général juif de Montréal, mais son supérieur, trouvant ses techniques trop risquées, ne lui avait pas permis de procéder à des implantations chirurgicales de lentilles. Il était alors passé à l'hôpital Bellechasse, où le docteur Duclos, un vieil ophtalmologiste ouvert d'esprit, l'avait découvert. À St. Mary, Duclos donna le feu vert à Kwitko pour effectuer les premières implantations de lentilles intraoculaires au Canada. Par la suite, il l'envoya à Moscou apprendre les nouvelles techniques de traitement de la myopie. À son retour, St. Mary devint le premier hôpital au Canada à offrir le traitement chirurgical de la myopie.

En octobre, les appels d'offres étaient lancés pour les travaux d'agrandissement de l'hôpital, même si le gouvernement n'avait pas encore approuvé officiellement la construction de l'aile ouest. En novembre, John Howlett céda sa place, après 11 ans à la tête du Département de médecine. Sous sa direction, le département s'était doté d'un personnel hautement qualifié. En partant, il laissa entendre qu'un changement subtil était en cours à l'hôpital : bientôt, dit-il, des laïques catholiques remplaceront les religieuses. Guy Joron succéda à Howlett, devenant le premier chef du département à avoir son bureau privé à l'hôpital.

Le 6 mars 1968, le doyen de la Faculté de médecine de McGill, Maurice McGregor, recommandait que St. Mary devienne un hôpital d'enseignement, affilié partiellement à McGill pour la formation postdoctorale en anesthésie, en obstétrique, en gynécologie, en pathologie



Le premier ministre Pierre Elliott Trudeau était la vedette du bal annuel de St. Mary en 1968.

et en psychiatrie. Le président du conseil d'administration de l'hôpital, William Bennett, accepta la proposition, sur la base d'une période d'essai de deux ans. Il était convenu que les chefs des départements concernés seraient nommés conjointement par l'université et par l'hôpital. La chirurgie générale serait enseignée à l'Hôpital Royal Victoria; la médecine interne et l'orthopédie, à l'Hôpital général de Montréal. Le Dr Joron se mit alors en frais de créer à St. Mary un programme de formation en résidence compatible avec celui de l'Hôpital général de Montréal. Comme il agissait avec circonspection et semblait toujours avoir un plan derrière la tête, on le surnommait plaisamment *Silver Fox* (le loup argenté). Mais sa gentillesse et son efficacité rehaussèrent le moral de l'hôpital.

Malgré une situation financière précaire, la seconde phase du projet d'agrandissement de St. Mary débuta en avril 1968, pour la construction de huit étages — sur les onze prévus à l'aile ouest — pour l'aménagement de nouveaux locaux souterrains pour les installations mécaniques et pour des modifications à la centrale d'énergie. Encore une fois conçu par l'architecte Turcotte — et sa firme Agnew,

Peckham and Associates —, cet agrandissement comprenait de nouvelles aires pour des laboratoires, notamment en hématologie, en virologie et en bactériologie, et un Département de radiologie beaucoup plus important, avec 11 salles d'examen. Un bloc opératoire fut inclus au deuxième étage, avec 10 salles d'opération, ainsi qu'une unité de soins intensifs de 12 lits. En outre, une unité psychiatrique était prévue au quatrième étage, « avec des chambres ressemblant plus à des chambres d'hôtel que d'hôpital, avec une salle à manger, une cuisinette, une bibliothèque, un salon et des salles de télévision et de musique ». Quatre nouvelles salles d'accouchement et huit salles de travail furent ajoutées au cinquième étage. Les plans de cet étage comportaient un ajout spécial : un grand couloir, d'un côté des salles de travail et de l'autre côté, une grande salle où les mères pourraient faire de l'exercice. Les pères pourraient y rejoindre leurs femmes, car le couloir débouchait sur le salon réservé aux hommes.

La charge professionnelle à l'hôpital continuait à s'alourdir, le nombre de patients ayant atteint 200 par jour en 1968. Des personnes qui, avant l'assurance maladie, auraient attendu pour consulter un médecin parce qu'elles n'en avaient pas les moyens, envahissaient désormais les hôpitaux. « Il crève les yeux qu'un nombre de plus en plus considérable de patients qui auparavant allaient consulter un médecin à son bureau se précipitent maintenant dans les salles d'urgence des hôpitaux », comme le notait Sœur Melanie. « Notre service d'urgence n'étant pas doté d'un personnel médical à plein temps, certains patients se plaignent de devoir attendre longtemps avant d'être examinés et traités. Des mesures ont été prises, à titre expérimental, pour tâcher de remédier à cette situation déplorable. »

Aux élections fédérales de juin 1968, le Québec endossa la promesse de « société juste » de Pierre Elliott Trudeau. Avec ce nouveau chef, le Parti libéral du Canada fit élire un gouvernement majoritaire. Six jours après les élections, un programme pancanadien universel d'assurance maladie entra en vigueur. Ottawa avait désormais la responsabilité effective d'un régime conçu pour couvrir à égalité tous les Canadiens. Les prestations étaient enfin transférables d'une province à l'autre, et la surfacturation des services interdite. Le 22 novembre, la présence de Trudeau, encore auréolé de triomphe, au bal annuel de St. Mary à

l'hôtel Reine-Élizabeth, permit de recueillir 9 500 dollars pour les travaux de construction. Le chroniqueur mondain de la *Gazette*, E. J. Gordon, parla de l'événement comme du bal le plus élégant de St. Mary, depuis celui que les Kennedy avaient honoré de leur présence, 14 ans plus tôt.

Une tragédie vint cependant assombrir l'heureux événement. Trois semaines après le bal, l'école des infirmières était plongée dans le deuil de deux de ses plus brillantes élèves. Catherine O'Keefe, 21 ans, et Catherine Murphy, 20 ans, étaient disparues en forêt près de Sainte-Adèle le 14 décembre. Elles étaient en retraite religieuse, avec 24 autres infirmières plus âgées de l'école. On retrouva leurs corps une semaine plus tard dans la rivière Doncaster, à deux kilomètres de la maison de retraite. Selon toute apparence, les deux jeunes femmes avaient une promenade et accidentellement noyé.

CHAPITRE 8

Un hôpital devrait offrir un visage maternel. Les médecins, les infirmières et les travailleuses sociales ne devraient jamais perdre de vue les patients, comme s'il s'agissait d'enfants d'une valeur infinie... nous devons veiller attentivement à ce qu'un patient ne soit jamais réduit à un dossier ou à un chiffre.

~Karl Stern



En décembre 1969, le gouvernement de l'Union nationale amorçait la procédure nécessaire pour l'administration du nouveau régime d'assurance maladie au Québec. Bien à contrecœur, comme l'expliquait le premier ministre Jean-Jacques Bertrand (qui avait succédé à Daniel Johnson, mort subitement d'une crise cardiaque, en 1968) : « Soit nous signons et devenons complices d'un acte que nous trouvons absolument dérogatoire, soit nous ne signons pas et privons nos concitoyens des revenus de l'impôt fédéral ». L'incertitude croissante sur les intentions du gouvernement provincial contribuait à entretenir ce que le président du conseil d'administration Denis F. Kindellan, directeur régional de l'Imperial Oil au Québec, appelait « une période de malaise et de stress ». On ne savait plus trop comment ni combien payer les médecins. La confusion régnait à cet égard, ce qui provoqua le départ de trois chefs de département à St. Mary : le psychiatre-chef Noel Walsh retourna en Irlande, le radiologiste David Shuster partit en Californie et l'anesthésiste-chef André Joyal déménagea en Ontario.

« On ne peut cacher qu'il y a eu des problèmes, que nous avons perdu des médecins et en avons recruté d'autres », affirma Kindellan à la réunion annuelle du conseil d'administration de l'hôpital. Plusieurs médecins ont maintenant sur les bras plus de patients qu'ils n'en voudraient et les patients doivent attendre très longtemps pour des rendez-vous, ce qui fait qu'ils se retrouvent à l'urgence. » La plupart des médecins, cependant, découvraient que, pour la première fois de

leur vie, ils pouvaient compter sur un revenu plus considérable et plus sûr. Leur plus grand problème fut de fournir à l'afflux croissant de milliers de personnes qui n'avaient jamais consulté auparavant pour des maux bénins.

Même si la nouvelle aile était encore en construction, les laboratoires de la division d'immunologie clinique ouvrirent leurs portes au sous-sol. Ihor Luhovy, un médecin jovial et parfois sarcastique, devint le premier directeur de la division. Sa famille avait été déplacée par la guerre et c'est à partir de la Belgique qu'il était arrivé au Canada, encore enfant. Après avoir obtenu son doctorat de l'Université de Montréal, il s'était spécialisé en immunologie à l'Hôpital Royal Victoria avant de passer à St. Mary, en 1969. Sous la direction du Dr Luhovy, le laboratoire fournit des tests sérologiques et mena des recherches sur les allergies rhumatismales auto-immunes et la maladie du collagène avec atteinte vasculaire.

Il y eut d'autres changements à l'hôpital cette année-là. Jack Dinan quitta ses fonctions de chirurgien-chef et Richard Moralejo lui succéda. Jim Sullivan, un chirurgien orthopédiste consciencieux se joignit au corps médical et introduisit une nouvelle méthode de remplacement de la hanche, en utilisant la prothèse McKee-Farrar. Le Dr Sullivan se trouva bientôt épaulé par les Drs Carl Sutton et Len Swanson. Le Dr Sutton fut un pionnier dans l'usage de la chymopapaine pour traiter la sciatique : il s'agissait d'injecter un enzyme extrait du latex de papaye sous le disque intervertébral lombaire, ce qui pouvait éviter la chirurgie. Pour sa part, le Dr Swanson fut, avec moins d'éclat, un excellent chirurgien orthopédiste.

L'emploi de l'ordinateur pour la comptabilité de la paye et un nouveau service de gestion des dossiers médicaux améliorèrent l'efficacité de l'administration. Les dossiers remontant à plus de 10 ans furent microfilmés et les originaux détruits. En prévision de la décision du gouvernement fédéral d'adopter le système métrique, St. Mary fut le premier hôpital au Canada à utiliser les nouvelles mesures, soit huit mois avant la promulgation de la loi en 1970. Les centigrades remplacèrent les degrés Fahrenheit dans les thermomètres, les kilogrammes chassèrent les onces et les livres et l'échelle de 24 heures s'imposa. En

septembre, le gouvernement fédéral attribua 3,7 millions de dollars pour la rénovation des anciens locaux de l'hôpital, qui avaient été laissés vacants après l'ouverture de la nouvelle aile ouest.

Le 5 décembre 1969, St. Mary était reconnu officiellement, par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, comme hôpital universitaire affilié partiellement à l'Université McGill, pour la formation postdoctorale en anesthésie, en médecine familiale, en chirurgie générale, en médecine interne, en obstétrique et gynécologie, en chirurgie orthopédique, en pathologie et psychiatrie. Aucune entente formelle n'était signée avec McGill, mais il était convenu généralement que St. Mary resterait un hôpital communautaire et qu'au moins 90 pour cent de sa mission principale serait le traitement des malades. Des chirurgies ultraspécialisées comme la neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique spécialisée, la chirurgie cardiaque et les transplantations seraient effectuées dans d'autres établissements rattachés à McGill. Il fallut du temps pour que le changement impliqué prenne toute son ampleur, mais, de fait, par la seule conséquence de cette entente, St. Mary avait revêtu une double identité, à la fois hôpital et maison d'enseignement. Les médecins de l'hôpital devaient non seulement répondre aux exigences de St. Mary, mais aussi à celles de McGill. Cela allait également ouvrir les portes de l'hôpital à nombre de chercheurs spécialisés de McGill, souvent pittoresques et anticonformistes comme Harry Farfan, un fumeur à la chaîne, qui était une sorte de génie en structure musculo-squelettique humaine. Comme Richard Moralejo, Harry Farfan était venu de Trinidad pour étudier à McGill, dont il était sorti diplômé en biochimie et en médecine. Innovateur chirurgical exubérant et enthousiaste, il introduisit dans la médecine orthopédique la fusion Farfan du bloc facettaire, par laquelle des pièces sculptées étaient insérées dans le cartilage de la facette vertébrale lombaire. Éternel iconoclaste, le Dr Farfan passa 20 ans à étudier la colonne vertébrale de King Kong, afin de découvrir de nouvelles façons de traiter les troubles rachidiens. « J'ai toujours eu des doutes sur ce gorille », disait-il en ricanant. « La colonne vertébrale d'un singe de 40 pieds n'aurait jamais pu soutenir le poids de son corps. King Kong n'aurait jamais pu se dresser sur ses deux pieds et encore moins gravir l'Empire State Building. » Décédé en 1994, le Dr Farfan fonda

l'International Society for the Study of the Lumbar Spine (Société internationale pour l'étude de la colonne lombaire) et a été membre actif de l'American College of Spine Surgeons (Collège américain des chirurgiens du dos).

Il semblait, soudain, que tout le monde était spécialiste à St. Mary. Trouver un omnipraticien pour traiter divers maux et douleurs devenait de plus en plus difficile. Cette tendance inquiétait Jack Dinan. « Il ya de plus en plus de gens qui utilisent des cliniques à l'extérieur de l'hôpital, au lieu d'appeler un médecin qui pourrait venir chez eux », faisait-il remarquer dans son dernier rapport au conseil d'administration. « Cela rend nécessaire, je pense, d'établir un dispensaire de diagnostics et de soins d'urgence, ouvert à plein temps, avec du personnel médical compétent. Les omnipraticiens de l'hôpital pourraient y mettre beaucoup plus à profit leur compétence et leur formation professionnelles. Leur pratique pourrait devenir plus intéressante et nous pourrions recruter à nouveau de jeunes médecins pour cette pratique, qui est présentement peu attirante. »

En février 1970, les tenants et aboutissants de l'assurance maladie étaient bien établis. Les médecins résidents et internes des hôpitaux de Montréal, dont St. Mary, qui étaient en négociation pour renouveler leurs contrats, déclenchèrent une grève pour appuyer leurs demandes de conditions salariales acceptables. Ils avaient négocié des ententes avant que l'assurance maladie n'entre en vigueur, pour découvrir en fin de compte, que les rémunérations obtenues dépassaient les niveaux approuvés par le gouvernement. Les jeunes médecins demandaient la parité avec leurs homologues ontariens. Clamant qu'ils étaient exploités comme de la main-d'œuvre bon marché, les internes et résidents débrayèrent, avec l'appui des autres médecins et des spécialistes, qui rentrèrent assurer le service. Les admissions à l'hôpital furent néanmoins restreintes durant les trois semaines qu'il fallut pour régler le différend.

Au mois de mai, la Loi 8 vint changer la rémunération des médecins au Québec. Les honoraires furent interdits et les médecins devinrent, à toutes fins utiles, des salariés de l'État. Ce printemps-là, plusieurs unités de soires furent transférées dans l'aile ouest, qui entra graduellement en service au cours des quatre mois suivants. Les unités de

dialyse et de psychiatrie ouvrirent en mai, les unités de médecine en juin. Après un bras de fer prolongé entre Guy Joron, qui souhaitait placer les malades chroniques au cinquième étage, et Constant Nucci, qui avait remplacé Louis James Quinn comme chef d'obstétrique et de gynécologie et qui voulait l'étage pour les patients en gynécologie, la balance pencha finalement du côté de Nucci. Il occupa l'étage à partir de juillet. Et le 29 juillet, Baby Lane devenait le premier enfant à naître dans les nouvelles salles d'accouchement. Les salles d'opération ne furent pas pleinement fonctionnelles avant le mois d'août. Les médecins résidents et les internes sur appel déménagèrent au cinquième étage de la résidence des infirmières, en septembre.

Avec ces agrandissements, St. Mary est devenu plus cosmopolite que jamais. Les 16 internes qui vinrent s'ajouter au personnel médical, cette année-là, étaient de diverses nationalités, notamment française, égyptienne, mexicaine, iranienne, irlandaise, chilienne, italienne et yougoslave. Mais à nouveau, l'hôpital se trouva pris dans la mouvance politique. Au mois de mai, un nouveau gouvernement libéral, dirigé par le jeune économiste Robert Bourassa, s'était installé au pouvoir à Québec, en promettant de rationaliser le système des soins de santé. Le technocrate Claude Castonguay s'était présenté aux élections (et avait été élu), dans le dessein précis de réaliser les réformes qu'il avait préconisées dans un rapport présenté au gouvernement précédent. Les ministères de la Santé et des Affaires sociales furent réunis dans un seul superministère, qui prit sous son aile l'assurance maladie, la régie des rentes et les allocations familiales. Le gouvernement décida, du même coup, que l'Église catholique romaine n'avait plus le droit d'imposer ses institutions à l'État et, sur ces entrefaites, il reporta les plans de rénovation des bâtiments d'origine de St. Mary. Pour le conseil d'administration, il s'agissait d'une « grande déception ». Puis, durant la première semaine d'octobre, l'enlèvement du commissaire britannique James Cross, puis la séquestration et le meurtre du ministre du Travail, Pierre Laporte, par le Front de libération du Québec paralysèrent les projets du gouvernement, y compris le système de santé.

La crise d'Octobre ne manqua pas d'avoir des répercussions négatives sur le bal annuel de St. Mary, qui eut lieu à l'hôtel Reine-Elizabeth en novembre. Même si le gouverneur général Roland Michener était



Le colonel Charles Pick a fondé l'unité d'oncologie.

l'invité d'honneur de l'événement, qui marquait le 50e anniversaire de la charte de l'hôpital, les billets s'étaient vendus difficilement dans cette atmosphère tendue. John Pepper, qui présidait le bal, exhorta les grands donateurs de l'hôpital (qui, chaque année, représentait 65 pour cent des revenus du bal) à « prendre une table » afin d'assurer le succès de la soirée. Mais on ne recueillit que 8 000 dollars. Ce fut le bal annuel le moins fructueux jusque-là. Crise ou non, les archives des Dames auxiliaires témoignent d'une ferme résolution d'aller de l'avant : « L'objectif principal, aussi terre à terre et désagréable qu'il soit, est premièrement de faire de l'argent et, ensuite, d'offrir une activité sociale si bien établie qu'elle se poursuivra dans les années à venir. »

À cause de la crise d'Octobre, le Québec fut la dernière province à adhérer au programme d'assurance maladie. Cependant, dès la deuxième semaine de novembre, St. Mary avait envoyé ses premières demandes de paiement au gouvernement. La Loi 65 venait d'instituer des conseils régionaux des affaires sociales et d'introduire un système budgétaire global pour les hôpitaux. Les fonctionnaires avaient maintenant la haute main sur les budgets de la santé et le dernier mot sur le montant que les médecins pouvaient facturer pour leurs services et sur la façon de les payer. Cette nouvelle loi comprenait plus de 350 règlements, conçus en grande partie pour laïciser les établissements. De fait, la Loi 65 surprit tout le monde par son envergure et par sa



La classe de finissantes de l'École des infirmières de St. Mary, en 1964. Les infirmières étaient « en partie heureuses, en partie tristes ».

précision. En conformité des nouvelles règles, l'État prenait à sa charge la dette de St. Mary, rémunérait les internes et les résidents et normalisait l'enseignement des soins infirmiers. Le contrat qui liait St. Mary aux communautés religieuses ne s'appliquait plus. L'enseignement des techniques infirmières serait désormais dispensé dans les cégeps (collèges d'enseignement général et professionnel). Les élèves de l'École des infirmières de St. Mary poursuivraient leurs études au Collège Dawson.

La nouvelle loi avait des répercussions énormes. Par exemple, les unités d'enseignement de l'hôpital seraient mises en péril si un patient insistait pour être traité par son propre médecin et que le médecin en question refusait de participer à l'enseignement. « Le succès de l'expérience dépendra largement de la coopération du corps médical et du personnel hospitalier à tous les niveaux », notait Sœur Melanie. Le 15 mai 1972, le conseil de faculté de McGill renouvela l'entente conclue en 1969, qui faisait de St. Mary un hôpital d'enseignement universitaire rattaché à McGill. L'entente offrait de nouvelles occasions à des médecins entreprenants. La direction dut même freiner des chefs de département « en train de se tailler de petits empires ».



Jean Mahoney, directrice des soins infirmiers.

St. Mary devait fonctionner avec un budget global. Gardienne de la santé financière de l'hôpital, la direction avait maille à partir pour trouver un équilibre entre d'une part, ce que l'hôpital pouvait raisonnablement s'offrir et, d'autre part, l'attrait des nouvelles technologies, la hausse des salaires et l'augmentation des services, qui pouvaient faire exploser les coûts de fonctionnement. Envers et contre tout, le Dr Charles Pick, qui faisait partie du personnel depuis 1947, proposa, en partenariat avec un jeune oncologiste nommé Peter Gruner, de mettre sur pied la première unité d'oncologie interdisciplinaire de l'hôpital, afin de coordonner le traitement des patients atteints de cancer. Le Dr Pick était un militaire d'une discipline d'acier, qui avait servi outre-mer dans les rangs de la 3e Division d'infanterie canadienne. Il avait été commandant du 1er Bataillon canadien de réserve médical et directeur adjoint des services médicaux du haut commandement au Québec. Il adorait partir en expédition, au Népal sac au dos, et supportait mal la bureaucratie tentaculaire qui s'installait à St. Mary. Le Dr Gruner, quant à lui, petit-fils d'Emmett Mullaly, était un diplômé de McGill arrivé à l'hôpital en 1965, après être passé par le New England Deaconess Hospital de l'Université Harvard où il avait étudié sous la direction de James Lyman Tullis, un hématologue clinique de renommée mondiale. « Quand je suis arrivé à St. Mary, se rappelait Gruner, le terme "diagnostic clinique" était un euphémisme utilisé

pour désigner le cancer. On s'inquiétait alors, parce que les chirurgiens faisaient toutes sortes d'interventions à la fine pointe de la technologie, sans le moindre programme postopératoire organisé pour les patients cancéreux. » Les Drs Pick et Gruner prônaient la création d'une unité qui pourrait élaborer un protocole visant à augmenter le taux de survie au cancer et faciliter une meilleure compréhension biologique du cancer, mais ils durent se battre d'arrache-pied pour arriver à leurs fins. La création d'une clinique d'oncologie nécessitait l'engagement d'une infirmière à plein temps, ce que le Dr Joron ne croyait pas l'hôpital en mesure d'assumer. Il fallut une bonne dose de persuasion aux deux promoteurs du projet et il y eut de nombreux débats animés, mais l'administration finit par baisser pavillon et donna le feu vert. Ce fut la première clinique du genre à Montréal. Elle allait servir de modèle pour d'autres à travers le Québec et le Canada. Et l'aumônier de l'hôpital, l'abbé Jerry Sinel, se découvrit une nouvelle vocation : il se mit à exercer son ministère auprès des cancéreux aux soins palliatifs, presque à l'exclusion des autres patients.

Le dimanche 11 juin 1972, une cérémonie émouvante eut lieu à l'École de musique Vincent-d'Indy : 56 infirmières reçurent leurs grades, lors de la 43e et dernière remise de diplômes de l'École des sciences infirmières de St Mary. Elles seraient les toutes dernières à recevoir leurs diplômes, parmi les 1 594 infirmières formées à St. Mary depuis 1925. Ces infirmières avaient été l'épine dorsale de l'hôpital depuis les débuts. Sœur Mary Felicitas se demandait tout haut si la profession pouvait être bien enseignée sur « un tableau noir ». Elle était partagée entre des émotions contradictoires, c'était plus fort qu'elle. Elle dit aux finissantes qu'elle était à la fois « heureuse, soulagée et un peu triste ». Un hommage fut rendu à Olive Fitzgibbon, infirmière et enseignante dévouée qui, dit-on, était « bien déterminée à ce que ses élèves reçoivent une formation égale ou meilleure que les filles qui étaient inscrites aux écoles des plus grands hôpitaux ». Un compte rendu factuel de l'événement se trouve dans les archives des Sœurs de la Providence : « 9-11 juin. Les dernières cérémonies de remise des diplômes ont eu lieu ce week-end. Étaient présentes pour l'occasion sœurs Grace Maguire, Mary Felicitas, Muriel Gallagher et Sharon McCormick. Les sœurs ont assisté à un banquet à l'hôtel Château

Champlain, à un thé donné à la résidence des infirmières et à la remise des diplômes à l'École de musique Vincent-d'Indy, suivie d'un cocktail au Ritz-Carlton. Durant ces festivités, un portrait de sœur Mary Felicitas a été dévoilé. »

Sœur Mary Felicitas est partie ensuite au Hopital St. Mary's of the Lake, à Kingston, puis elle a géré l'administration du St. Joseph's Auxiliary Hospital d'Edmonton. Elle est décédée en 2004. Les religieuses parties, Marie Lund prit brièvement la relève de sœur Mary Elaine Jacobs, à la tête du service des soins infirmiers. Puis Jeanne Mahoney, une infirmière formée au St. Paul's Hospital de Saskatoon, en Saskatchewan, et à l'Université d'Ottawa, remplaça Marie Lund. C'est Jean Mahoney qui eut la tâche d'intégrer la nouvelle relève infirmière à la culture de l'hôpital. « Il s'agissait de remplir la tâche, se souvient-elle, mais ce fut une période d'essais et d'erreurs, surtout avec le premier groupe sorti des cégeps. Elles avaient les connaissances techniques, mais pas l'expérience. Nous avons dû les intégrer à l'hôpital comme infirmières en exercice. C'était un gros boulot. Mais on y est arrivé. On a survécu. »

CHAPITRE 9

Gérer un groupe de médecins, c'est comme rassembler des chats en troupeau.

Impossible de rassembler des chats en troupeau.

~Richard Moralejo



Le nouveau partenariat entre le gouvernement du Québec et les institutions religieuses, qui avaient eu la charge de la santé et des services sociaux depuis plus d'un siècle, apporta de grands bouleversements. Administrateurs hospitaliers, fonctionnaires et autres, les ego de tous ceux et celles qui géraient le système étaient maintenant en lice. En décembre 1972, la Fondation de l'hôpital St. Mary était établie à titre de société distincte, selon les règles du ministère des Institutions financières, afin de recueillir des fonds pour l'hôpital et veiller à les préserver. Les règles d'investissement de la fondation furent examinées lors de la première réunion du conseil d'administration du nouvel organisme, le 8 février 1973. En vertu de ses lettres patentes, la fondation était autorisée à « recevoir des dons, des subventions et des contributions » aux fins d'équipement de l'hôpital. Stanley Clarke, qui avait œuvré admirablement comme collecteur de fonds et comme président du conseil d'administration de l'hôpital, devint le premier président de la fondation.

Au même moment, une troïka administrative se mettait en place pour superviser l'hôpital. Le gouvernement du Québec, en position de tête, décidait du budget de fonctionnement. Le conseil d'administration de l'hôpital et le conseil médical de l'hôpital, désormais attelés ensemble derrière le gouvernement, avec peu de marge de manœuvre, décidaient de la répartition des fonds de l'État au sein de l'établissement. Ces changements marquèrent un tournant majeur dans la perte d'autonomie de l'hôpital et sa transformation d'une institution catholique en établissement jouissant d'une affiliation universitaire laïc, géré

avec un zèle beaucoup plus bureaucratique. Sœur Melanie, cherchant main-forte auprès de Richard Moralejo en fit le premier directeur des services professionnels et lui donna carte blanche pour décider du fonctionnement de St. Mary dans le cadre des nouveaux règlements de l'État. Moralejo avait reçu le mandat de « faire le ménage ». Mais, comme il n'avait pas d'expérience en administration, son rôle serait d'être une sorte de « maître des engrenages », veiller à lubrifier le système pour que tout s'intègre bien : ministère, conseil médical, comité de direction et conseil d'administration de l'hôpital. Pour lui, gérer le personnel médical c'était comme rassembler des chats en troupeaux. « Impossible de rassembler des chats en troupeaux. Chacun va de son côté », disait-il.

Moralejo entreprit de restructurer l'organisation avec la vision claire de l'arrangeur musical qu'il était. Sa force principale était de connaître tous les joueurs et toutes les personnalités en jeu, de pouvoir traiter avec eux d'égal à égal et savoir ainsi régler des différends à l'interne sans éclats. Moralejo se gagna le respect général en n'exigeant rien de ses subordonnés qu'il ne pourrait faire lui-même, même si cela signifiait, à l'occasion, travailler de nuit à l'urgence (ce qui lui arriva). Il fut la courroie d'entraînement de St. Mary à cette époque. Main de fer dans un gant de velours, il résolut maints problèmes tout en orchestrant la marche de l'établissement avec un minimum de dissonance. Ben Thompson, son imperturbable ami jamaïcain, fut nommé chirurgien-chef et resta en fonction six ans. Le Dr Thompson avait quitté St. Mary en 1955, pour devenir chirurgien résident adjoint au Queen Mary Veterans Hospital et à l'Hôpital général juif. Il avait ensuite transporté ses pénates dans le nord de l'Ontario, afin de mettre sur pied un service chirurgical à Cochrane, une localité éloignée qui n'avait encore jamais vu l'ombre d'un chirurgien. Thompson n'avait pas postulé pour le poste à St. Mary. Moralejo, qui l'avait connu à l'Hôpital Queen Mary, l'avait convaincu de revenir à Montréal. En plus d'être nommé chirurgien-chef, le Dr Thompson se vit aussi offrir un poste de professeur adjoint au département de chirurgie de McGill. Les deux médecins voyaient les choses du même œil et souvent Thompson servait d'antenne à Moralejo. Ensemble, ils travaillèrent à faire de l'hôpital un milieu plus égalitaire. Thompson encourageait à

Le Dr Richard Moralejo, premier directeur des services professionnels de l'hôpital.



l'engagement de jeunes chirurgiens. Ce fut le cas notamment pour deux de ses successeurs : John Keyserlingk et José Rodriguez.

En mars 1973, en vue d'une plus grande efficacité, Québec demanda à l'Université McGill de rationaliser les services obstétriques dans les sept hôpitaux anglophones de Montréal. Avec une diligence étonnante, le ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, s'empressa d'appliquer les recommandations obtenues de l'université. Et, au mois de mai, la nouvelle tomba comme une bombe : les unités d'obstétrique de trois hôpitaux concurrents seraient fermées et regroupées au Royal Victoria et à un autre hôpital, qui restait à déterminer. L'hôpital Reddy Memorial ferma les portes de son unité en août et les hôpitaux Catherine Booth et Queen Elizabeth fermèrent les leurs en octobre. St. Mary perdit son département de pédiatrie et, selon ce qu'on présumait, allait perdre aussi son département d'obstétrique et de gynécologie, au profit de l'Hôpital général de Montréal, même si 1 300 bébés y étaient nés cette année-là une augmentation de 12 pour cent par rapport à l'année précédente. Constant Nucci, qui avait succédé à Louis James Quinn à la tête du département en 1972, était bien déterminé à développer ce que son prédécesseur avait mis en place pour faire de St. Mary le grand centre d'accouchement de Montréal. Son objectif était de voir « entre deux et trois mille bébés » naître chaque année à l'hôpital. Le Dr Nucci consacra des efforts et une



Le Dr Ben Thompson, chirurgien en chef.

énergie extraordinaire à promouvoir le département menacé et à y faire plus de recherche clinique, pour qu'il puisse « tirer parti des techniques les plus récentes et offrir aux patientes en obstétrique les meilleurs soins possibles ». Il savait d'instinct qu'aucun gouvernement ne prendrait le risque politique de fermer un établissement à la fine pointe de la technologie, qui n'avait que trois ans d'existence.

Soutenu par sœur Melanie, Nucci prit des mesures préventives pour garantir que son unité resterait ouverte. Il embaucha des jeunes médecins résidents, qu'il tria sur le volet pour leur aptitude à s'intégrer au milieu de St. Mary. Il engagea aussi quatre médecins du Reddy Memorial (dont Arthur Swift, qui se joignit à Jorge Schwarz et Jack Cohen à la division de la chirurgie plastique), quatre du Queen Elizabeth et deux du Catherine Booth. Il acquit de nouveaux appareils, notamment un échographe, et c'est ainsi que le docteur David Wisebaum, diplômé d'Oxford, devint le premier échographiste de l'hôpital. Stanley Skoryna entreprit un programme de recherche sur les niveaux de cuivre et de zinc au début de la grossesse. Et Jozef Kaneti, un médecin d'origine turque, ouvrit une clinique de colposcopie pour des patientes dont le test Pap révélait des anomalies. Nucci veilla, en outre, à ce que des omnipraticiens puissent pratiquer des accouchements à St. Mary et que les pères puissent y assister, même dans les cas de césariennes. Le taux de mortalité infantile à l'hôpital — 2,6 sur 1 000

— était bien inférieur à la moyenne provinciale de 8,3. Cela joua particulièrement en faveur de St. Mary. En effet, le gouvernement finit par annoncer que ce ne serait pas St. Mary, mais l'Hôpital général, qui perdrait son département d'obstétrique et de gynécologie.

Si St. Mary devait rester indispensable comme hôpital communautaire, il lui fallait étoffer son engagement du côté de la médecine familiale et fournir des soins ambulatoires généraux. L'endocrinologue Constance Lapointe fut appelée à établir un département de médecine familiale. Originnaire de l'Ohio, elle avait obtenu son diplôme de médecine au Women's Medical College de Pennsylvanie, à Philadelphie, et avait travaillé à Washington, avant de déménager au Canada en 1962.

« Ce qui m'a frappée, à l'époque, se rappelait la docteure Lapointe, c'est que tout le monde dans l'équipe médicale se surspécialisait, si on peut dire. D'un point de vue médical, c'était merveilleux de voir toutes ces compétences, sauf que personne ne voulait plus faire de la médecine familiale. » Ce n'était pas le cas de Peter O'Shaunessey. Ce septuagénaire n'avait nullement l'intention de prendre sa retraite. Il offrit ses services très précieux de médecin dédié aux examens préopératoires dans le nouveau département. Malgré les résistances qu'il fallut surmonter, le département de médecine familiale ouvrit ses portes, en 1974, au second étage de l'ancienne résidence des infirmières. Les docteurs en médecine familiale Linda Riven, Harvey Halperin et Charles Pierce vinrent s'ajouter à l'équipe des médecins cliniques et enseignants à plein temps.

À l'époque de la fondation de l'hôpital en 1920, les médecins n'avaient guère besoin d'une grande formation pour pratiquer. À partir des années 1950, il ne leur fallut pas seulement un diplôme universitaire, mais aussi entre trois et sept ans de résidence dans une discipline spécialisée comme la pédiatrie, la chirurgie ou la neurologie. Mais, dans les années 1970, même ce niveau de préparation ne suffisait pas à répondre aux exigences complexes des nouvelles spécialités, comme la chirurgie laparoscopique, les perturbations du métabolisme de l'enfant ou les soins critiques. Pour répondre à la demande croissante de superspécialistes (ayant poussé une spécialisation précise jusqu'à la maîtriser mieux que personne), le Collège des médecins du Québec et le Collège royal des médecins et chirurgiens



La Dre Constance Lapointe,
première chef du Département
de médecine familiale.

du Canada décrétèrent que toute formation postdoctorale devait être donnée sous l'égide d'une université. Toute objection à une affiliation à McGill était devenue vaine. Une fois les dernières réserves tombées, de part et d'autre, l'université fut autorisée à nommer son représentant au conseil d'administration de l'hôpital. Ce fut John Howlett, qui faisait déjà partie du personnel de St. Mary et de celui de McGill. Sa nomination n'entraîna guère de changements dans les prérogatives et les façons de procéder de l'hôpital.

La fin de la construction de l'aile ouest, en 1975, permit à l'hôpital de se targuer d'avoir les installations médicales les plus modernes à Montréal. Mais cet agrandissement entraîna un problème majeur de stationnement. On parla de construire un parking souterrain à deux niveaux, entre l'ancienne école des infirmières et le terrain de jeu, ce qui pallierait les problèmes de stationnement tout en apportant des revenus. Mais le conseil d'administration ne penchait guère pour cette solution. On décida plutôt de paver la pelouse en face de l'hôpital, pour y faire un terrain de stationnement.

Une nouvelle bibliothèque, agrandie et enrichie par des livres provenant des collections de Hingston et de H. R. Gray, fut inaugurée à l'occasion du 25^e anniversaire de sa création. Les efforts de Lucile Lavigneur pour améliorer la qualité des services de la bibliothèque furent salués par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, qui mentionna « les installations bien conçues, la bonne organisation,



Le Dr Marvin Kwitko, pionnier de la chirurgie de la greffe de cornée.

l'équilibre et la riche diversité des collections ». La bibliothèque continua de prendre de l'expansion, de même que son personnel. Marjolaine Martel, qui est encore à St. Mary, fut engagée comme bibliotechnicienne, en 1983, et a travaillé neuf ans avec une autre bibliotechnicienne, Guylaine Choquette-Paulin. Mme Laviguer prit sa retraite en 1988 et fut remplacée par Jeannine Lawlor, qui dirigea la bibliothèque jusqu'à ce que Gilles Teasdale prenne la relève en 2003.

Le Dr Gaston Duclos, qui avait fait de l'ophtalmologie un département à part entière, en 1971, mourut d'un accident d'automobile en 1976. Son adjoint, Kurt Schirmer, lui succéda. Natif de Baden, en Autriche, le docteur Schirmer avait étudié à l'Université de Vienne. Après son arrivée au Canada, en 1953, il avait été interne à l'Hôpital Jeffery Hale de Québec. Il était allé ensuite étudier l'ophtalmologie à l'Université de Toronto, puis il avait été chirurgien à l'Hôpital St-Joseph de Sudbury, en Ontario, où il avait réussi l'implantation d'une lentille en chambre antérieure, avant de venir travailler avec le Dr Duclos à St. Mary. Comme chef du département, le Dr Schirmer joua d'audace en envoyant Marvin Kwitko à New York, pour un stage de formation auprès de Charles Kelman, celui qui avait mis au point la phacoémulsification, une méthode utilisant des vibrations ultrasoniques pour fragmenter le contenu du cristallin et l'aspirer, ce qui permettait l'opé-



Bill Busat succéda à Sœur Melanie en tant qu'administrateur en chef.

ration de la cataracte sans enlever le cristallin, comme on le faisait couramment alors. Kwitko apporta la nouvelle technique à St. Mary et les patients, ainsi opérés, purent retourner chez eux le lendemain de l'opération, au lieu de passer dix jours à l'hôpital. Pour répondre à l'afflux de demandes pour cette chirurgie, il fallait introduire la chirurgie d'un jour, une idée controversée alors. En fin de compte, cette pratique fut acceptée, au profit de tous les départements de l'hôpital. Le Dr Kwitko accéda à la direction du département d'ophtalmologie en 1994 et il demeura un médecin de haut niveau jusqu'à sa mort, en 2002. Ses successeurs furent W.E.S. Connolly et Conrad Kavalec, le chef actuel du département.

En 1978, le gouvernement demanda à St. Mary de se conformer à la Charte de la langue française (Loi 101) et d'adopter une version française officielle de son nom, qui était alors *St. Mary's Hospital*. À sa réunion du 26 avril 1978, le conseil d'administration vota un règlement spécial pour adopter l'appellation française « Centre hospitalier de St. Mary » et pour changer aussi le nom anglais en *St. Mary's Hospital Center*. Ce fut approuvé également par le bureau des gouverneurs.

Les coûts reliés à l'assurance maladie continuaient de grimper. Le gouvernement, faisant fi de l'inflation, négociait les salaires, il se mit bientôt à faire pression pour que l'hôpital applique des mesures de

compression des coûts. St. Mary fut donc contraint de composer avec des compressions irréalistes. Robert Grassby, qui avait un sens aigu des affaires, fut appelé alors à présider le conseil d'administration de l'hôpital. En tant que président de la société Montreal Locomotive Works, il avait déjà réussi à vendre des locomotives à Cuba en passant outre à l'interdiction du gouvernement américain. Le plus gros problème de Grassby vint de l'élection en 1976 du Parti Québécois (PQ), le parti séparatiste de René Lévesque. « J'ai pu négocier avec Castro, dit-il, je savais à quoi m'attendre. Mais Lévesque, c'était une autre paire de manches. Après l'élection du PQ, St. Mary ne connaissait plus personne au gouvernement. Personne qu'on pouvait appeler à Québec. C'était une toute nouvelle situation. »

La mise sur pied de son département de recherche interdisciplinaire permit à St. Mary de commencer à recevoir des fonds des sociétés pharmaceutiques et du ministère de la Santé et du Bien-être social. Puis, en 1977, le gouvernement péquiste introduisait la Régie régionale de la santé, qui répartissait le Québec en 16 régions administratives pour les soins de santé. En théorie, le but était de décentraliser l'administration; mais, en pratique, cela créait un autre palier de fonctionnaires et de coupeurs de cheveux en quatre, très éloignés des réalités quotidiennes de la gestion d'un hôpital. Puis, l'entrée en vigueur de la Loi 101 mit fin officiellement au bilinguisme au Québec, en imposant un visage français à toutes les institutions de l'État québécois, dont les hôpitaux. L'article 28 de la loi stipulait que St. Mary devait, dans un délai de cinq ans, fournir des services en français à tous ses patients. La façon d'appliquer la loi était sujette à interprétation. En parallèle, le gouvernement mit sur pied la Commission de surveillance de la langue française, qui avait pour mandat de veiller à l'application de la loi. Sœur Melanie, qui était proche de la retraite, n'avait jamais été couramment bilingue et, à 64 ans, elle n'était guère apte à le devenir. Dans les circonstances, elle résigna ses fonctions de directrice générale de l'établissement. « Le contrôle de l'État dans les hôpitaux s'étend pas mal loin, confia-t-elle au quotidien *Montreal Star*, mais il est normal que le contrôle vienne avec le financement. Cependant, un problème se pose quand le gouvernement nous dit ce qu'il faut faire sans nous donner l'argent pour le faire. Il y a alors moins de satisfaction, moins



Le Dr José Rodriguez effectua la première résection du foie à St. Mary.

d'ingéniosité déployée et, donc, moins de chances qu'on règle les problèmes soi-même. »

Bill Busat, qui était l'adjoint de Sœur Melanie depuis 20 ans, prit sa relève. Fils d'un mineur du charbon de Gelsenkirchen, en Allemagne, Busat avait entrepris des études commerciales à l'Université de Munich. Mais, quand Hitler avait lancé ses foudres sur l'Europe, il s'était engagé dans les services secrets américains, pour le compte de l'OSS (*Office of Strategic Services*), ancêtre de la CIA. Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, il avait fait de l'espionnage pour l'armée américaine et continué de travailler pour les services secrets dans l'immédiat après-guerre. Il avait émigré à New York, peu après, et avait occupé un poste d'assistant-contrôleur de gestion au North Central Bronx Hospital, avant d'entrer à St. Mary comme directeur des finances, en 1957. Au début des années 1960, sœur Melanie l'avait envoyé à Winnipeg étudier la gestion hospitalière à l'Université du Manitoba. Busat était aussi cofondateur et vice-président de l'Institut des contrôleurs et des comptes d'hôpitaux de la province de Québec. Il ne s'adapta pas facilement à sa promotion. C'était un homme plutôt imbu de lui-même et très souvent condescendant, il rendait souvent la vie difficile à ses subalternes; cependant il était d'une compétence indéniable au travail. Le personnage d'Everett Kingsley, administrateur

fictif d'un hôpital St. Paul, dans le roman à clés de Peter Clement, *Lethal Practice*, est un portrait à peine déguisé de Busat. Clement y dépeint « un administrateur énergique, adonné de plus en plus aux lunchs arrosés de martinis, longtemps après que tout le monde avait vidé la place ». Busat dirigea l'hôpital durant les six années suivantes, mais il dépendait énormément de son directeur des finances, Oswald Schmidt, ainsi que de son directeur des services professionnels, Richard Moralejo. « Busat était un sacré finaud », comme en témoigne un membre du personnel. « Il était fort convaincant et je pense qu'une bonne partie de sa réussite venait du fait qu'il savait bien embobiner le conseil d'administration. Il ne disait pas toujours au conseil ce qu'il devait savoir. »

L'hôpital entreprit de remplacer son personnel unilingue, de sorte que, dès 1978, Busat se dit satisfait de voir que St. Mary était suffisamment bilingue pour traiter les patients francophones dans leur langue. La plupart des professionnels de la santé à l'hôpital avaient une connaissance, disons « fonctionnelle » du français, mais peu maîtrisaient assez la langue pour réussir les tests de compétence orale et écrite du gouvernement. Le chirurgien-chef de l'hôpital, Ben Thompson, par exemple, suivait des cours de français deux fois par semaine. Il pouvait communiquer « raisonnablement bien » avec ses patients francophones, mais les inspecteurs du gouvernement qui commençaient à se pointer à l'hôpital l'intimidaient. À contrecœur, Thompson démissionna et alla s'installer à Kincardine, en Ontario. Il fut remplacé par José Rodriguez, un Espagnol affable, qui était arrivé à St. Mary comme interne en 1965. Né à Valence durant la révolution espagnole, fils d'un détective privé au service du gouvernement républicain, Rodriguez savait depuis l'âge de 13 ans qu'il voulait être médecin. « Mon père avait un ami chirurgien qui était mon idole, se rappelait-il. Mais, plus tard, quand j'étudiais en médecine à l'Université de Madrid, je me suis rendu compte qu'il n'était pas un aussi grand chirurgien que je pensais. » Avant la démission de Thompson, le Dr Rodriguez avait songé à quitter le Québec, à cause du climat linguistique, mais il choisit finalement de rester.

Le Dr Rodriguez avait fait ses classes avec Jack Dinan. Un jour, quand le fils de Dinan eut besoin d'une intervention chirurgicale,

Rodriguez fut le seul en qui le Dr Dinan fit assez confiance pour l'opération. Ce fut un point tournant dans sa carrière. Chirurgien très efficace, à la main sûre, Rodriguez réussit la première résection du foie à St. Mary, en 1976. Il se sentit flatté d'être nommé chirurgien-chef de l'hôpital. Cette nomination en faisait du même coup un professeur agrégé de chirurgie à l'Université McGill. À cette époque, le Dr Guy Joron avait été nommé directeur de l'éducation médicale permanente à l'université et, avec la nomination de Constant Nucci comme vice-doyen de la formation médicale postdoctorale et professeur agrégé d'obstétrique et de gynécologie, il était manifeste que les médecins de St. Mary s'implantaient à McGill. En 1979, l'université fit venir Mark Yaffe, un jeune médecin avenant, fort d'une maîtrise en science clinique liée à la médecine familiale, afin d'enrichir ce département à St. Mary. Yaffe était né à Deep River, en Ontario. Son père, un chimiste en rayonnement nucléaire, avait dirigé la délégation canadienne lors de la première conférence « Atomes pour la paix », à Genève, au milieu des années 1950; il avait été, plus tard, directeur du département de chimie à McGill. Le Dr Yaffe avait grandi à Montréal. Après de brèves études à Vienne, il avait obtenu son diplôme en médecine à McGill, en 1976. Détenteur d'une bourse postdoctorale de la fondation W. K. Kellogg, le jeune Yaffe fut le seul étudiant à concevoir son propre programme d'études aux deux universités canadiennes qui offraient les programmes Kellogg, soit McGill et l'University of Western Ontario. Sa thèse de maîtrise était consacrée aux 11 tâches développementales associées à ce qu'on appelle la « crise de la quarantaine ». Elle examinait comment les médecins de famille pouvaient le mieux faire face aux problèmes liés non seulement aux changements physiologiques, mais aussi à la retraite, à la planification financière et à la qualité de vie générale des personnes âgées.

En février 1980, James « Big Jim » Sullivan, directeur de la division d'orthopédie de l'hôpital, prit congé pour aller diriger l'équipe médicale aux Jeux olympiques d'hiver de Lake Placid, dans l'État de New York. Après les Jeux, il revint ouvrir une clinique de médecine du sport à St. Mary, afin de traiter les blessures des athlètes, mais cette initiative tomba sous la hache des compressions budgétaires. Rénové, le Département de l'urgence rouvrit ses portes en octobre 1980, tandis qu'un

nouveau Centre de chirurgie d'un jour voyait le jour. L'administration semblait s'être enfin adaptée aux rythmes du nouveau régime. Brian O'Neill, le vice-président exécutif de la Ligue nationale de hockey, avait remplacé Grassby à la présidence du conseil d'administration, en 1976. Il ne prévoyait pas d'autres problèmes dans ses rapports avec le gouvernement. « Les finances étaient toujours un problème majeur, se rappelait-il, mais nous avons négocié avec les banques pour payer nos frais généraux, et nous avons collé de près aux budgets. Bill Busat avait su établir de bonnes relations avec Québec; Oswald Schmidt connaissait bien le nouveau système des régies régionales et était très au fait de nos obligations envers le gouvernement. Notre personnel travaillait bien, nos chefs d'équipe étaient compétents et Richard Morajelo était un diplomate consommé. La fondation commençait à recueillir des fonds pour l'hôpital. De plus en plus, on entendait parler français d'un bout à l'autre de l'établissement. Nous avions plein de patients francophones et on les soignait en français. Mais nous nous définissions toujours comme une institution irlandaise catholique et anglophone. Sans avoir la moindre idée de ce vers quoi on se dirigeait. »

Le 19 mars 1981, Marie-Marthe Larose, une ménagère de 67 ans, était opérée d'urgence à St. Mary pour un cancer de la gorge. Pendant qu'elle était aux soins intensifs, sa famille n'avait que des éloges pour son chirurgien, John Keyserlingk, un irrésistible bon vivant, ainsi que pour la qualité des soins donnés. Le docteur Keyserlingk était le plus jeune des cinq enfants d'un comte prussien. Sa famille était arrivée à Montréal tout juste avant la Deuxième Guerre mondiale. Son père qui avait été journaliste pour la British United Press en Europe, s'était converti au catholicisme et avait émigré à Montréal où il avait lancé un journal catholique, *Ensign*, qui avait eu une existence éphémère. Son fils John était né à St. Mary en 1947 et, après avoir fait son cours classique en français au collège Brébeuf, avait obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Montréal, en 1972. Mme Larose, qui était restée dans le coma durant la majeure partie de son séjour à l'hôpital, mourut le 8 mai suivant. C'est alors que sa fille Huguette décida de porter plainte contre le docteur Keyserlingk, auprès de la Commission de surveillance de la langue française. Elle prétendait que l'hôpital avait enfreint la Loi 101, parce que le médecin traitant et les trois infir-

mières s'étaient parlé en anglais au chevet de sa mère. Et, pour cette raison, selon elle, sa mère n'était pas morte en paix en français. Difficile d'y attribuer des mobiles précis — chagrin authentique ou maligne intention politique ? —, mais c'est un fait que, six mois auparavant, le gouvernement du Québec avait perdu son premier référendum sur la souveraineté et qu'Huguette était mariée à un souverainiste haut placé, Paul Guy, président de l'Autorité des marchés financiers et ancien président de l'association du PQ dans la circonscription de Notre-Dame-de-Grâce. Quoi qu'il en soit, l'enquête du gouvernement, à la suite de cette plainte très médiatisée, marqua un épisode tragi-comique, odieux et souvent carrément stupide de l'histoire de l'hôpital. La grande question était : en parlant anglais entre elles, les infirmières avaient-elles dérangé une patiente inconsciente, mais qui aurait pu tout de même les entendre et ne pas comprendre ce qu'elles disaient ? Jack Dinan fit remarquer : « Tous les catholiques mourants se fichent pas mal d'entendre de l'anglais ou du français. Tout ce qu'ils veulent c'est du latin. » C'était la langue utilisée autrefois pour administrer les derniers sacrements. L'affaire empoisonna l'atmosphère au Québec pendant deux longues années. « Cette affaire malheureuse eut des conséquences néfastes, dit Keyserlingk. J'avais fait toute ma scolarité en français, j'avais étudié la médecine en français. Et quand j'ai témoigné en français devant la Commission, il est apparu clairement qu'Huguette Larose était à côté de la plaque. J'étais marié à une francophone et mes enfants ne parlaient pas un mot d'anglais avant que j'aie étudié au Royal Marsden Hospital, à Londres. C'était vraiment ridicule. »

Un enquêteur du gouvernement, qui n'avait aucune compétence médicale ou juridique, étudia les horaires de travail et en arriva à une conclusion des plus bureaucratiques : durant son hospitalisation à St. Mary, Marie-Marthe Larose avait été exposée à de l'anglais durant 34 pour cent du temps ! Plus tard, il finira par concéder que le personnel de l'unité des soins intensifs était silencieux la plupart du temps, occupé à surveiller les appareils de maintien des fonctions vitales. Entre-temps, l'administration continuait de procéder à des nominations sur des critères de compétence médicale et non d'aptitudes linguistiques. Ironie du sort, en 1982, quand Guy Joron, parfaitement

bilingue, prit sa retraite comme chef du département de médecine, son protégé, Peter McCracken, qui ne parlait, selon ses propres termes, qu'un « français d'hôpital », fut appelé à le remplacer. Le Dr McCracken n'avait que 35 ans, mais il était déjà reconnu comme un spécialiste en soins gériatriques et avait été nommé coordonnateur de la médecine gériatrique à l'Université McGill. Il avait étudié au Collège Loyola et obtenu son diplôme de médecine à McGill, en 1970. Il avait fait son internat en médecine interne à l'Université de l'Alberta, avant d'entrer à St. Mary, en 1976. Joron orienta McCracken vers le traitement des patients âgés, puis il l'envoya en Angleterre recevoir une formation universitaire en soins gériatriques. En tant que chef du département de médecine, McCracken ambitionnait de développer la division de médecine gériatrique de McGill. L'introduction de soins gériatriques à St. Mary enlevait des lits pour les soins de courte durée. Et comme la gériatrie soustrayait des lits à la chirurgie, l'hôpital avait besoin désormais de moins de résidents en chirurgies. Pour atténuer les répercussions, le chirurgien-chef Ben Thompson favorisa une sortie plus rapide des patients qui avaient subi des opérations importantes.

La question linguistique continuait de plomber le moral de l'hôpital. Le chef anesthésiste, un francophone pourtant, quitta St. Mary parce qu'il en avait marre. « C'était une triste époque pour certaines personnes à l'hôpital », comme l'avouait McCracken. « Mais, en réalité, la controverse linguistique n'avait que peu d'impact sur le fonctionnement quotidien de mon département. La question retenait l'attention des médias, mais à l'intérieur de l'hôpital, pour les patients, tout marchait sur des roulettes comme toujours. On n'a pas rué dans les brancards pour ne pas braquer le gouvernement et on a essayé de calmer les fonctionnaires autant que possible. »

Jean Mahoney démissionna de son poste de directrice des soins infirmiers et déménagea en Ontario. Son adjointe, Helen McCormack, prit la relève. Élevée à Drummondville, elle était de mère canadienne-française et de père anglais. Formée à l'École des infirmières de St. Mary, elle avait étudié à l'Université d'Ottawa et avait été directrice adjointe du service depuis 1973.



John Pepper, président du conseil d'administration de l'hôpital, a affronté le gouvernement du Québec à propos de sa politique linguistique.

Durant trois ans au moins, Constant Nucci avait mal vécu, lui aussi, l'atmosphère politique ambiante au Québec et les refus incessants qu'il essayait du gouvernement pour acheter de nouveaux équipements pour son département. Même s'il était alors vice-doyen de la formation médicale postdoctorale à McGill, il démissionna de son poste de directeur du département d'obstétrique et de gynécologie pour déménager à Toronto où il assuma les mêmes fonctions au St. Michael's Hospital. « J'en avais assez de l'enseignement, expliqua-t-il plus tard. J'étais heureux de ce que j'avais accompli à St. Mary et j'ai pensé qu'il fallait du sang nouveau. » Le Dr Nucci fut remplacé par David Schaffelburg, un natif de la Nouvelle-Écosse, qui avait grandi à Montréal et avait été résident à St. Mary dans les années 1970, alors qu'il étudiait la médecine à McGill. Le Dr Schaffelburg se montra vite indigné par l'indifférence du gouvernement devant les besoins de l'hôpital. « Notre gros problème, dit-il, était qu'il n'y avait jamais assez d'argent pour acquérir l'équipement essentiel qu'il nous fallait. Un rapport avait indiqué que tous nos moniteurs fœtaux étaient périmés et devaient être mis au rebut, mais on a dû continuer de travailler avec, parce qu'il n'y avait pas d'argent pour en acheter d'autres. »

Assez ironiquement, pendant que la controverse linguistique faisait rage, le ministère de la Santé et des Services sociaux accordait son prix

d'excellence Persillier-Lachapelle à St. Mary. Ce prix reconnaissait ce que l'hôpital avait accompli pour développer un service de médecine familiale et apporter des solutions de remplacement à l'hospitalisation, tout en maintenant des normes élevées de soins aux patients.

Le 8 mars 1983, dans un rapport de 90 pages, la Commission de surveillance de la langue statuait, comme on pouvait s'y attendre, que feu madame Larose n'avait pas été traitée en français à la satisfaction du gouvernement. L'organisme menaçait d'imposer une amende de 1 000 dollars si, dans les quatre mois, l'hôpital ne veillait pas à ce que des services en français soient disponibles « en tout temps, pour quiconque y a droit. »

Le président du conseil d'administration de St. Mary, John Pepper, répliqua sèchement que l'hôpital ne se conformerait pas à cette directive. Avocat pugnace, gendre de l'architecte qui avait dressé les plans de St. Mary, Pepper porta la cause en appel. Il trouva des appuis dans les pages éditoriales des journaux français comme anglais. Le quotidien *Le Soleil*, de Québec, se porta à la défense de St. Mary, en disant que les jeunes avaient « d'excellentes raisons de vouloir quitter le Québec » quand le nationalisme québécois faisait montre d'une telle intransigeance en s'attaquant à un hôpital. *Le Devoir*, pour sa part, précisa que, alors que la nature des institutions anglophones est certainement altérée par la politique linguistique du gouvernement, il serait exagéré d'affirmer que cette politique exige que tout employé d'un hôpital anglophone connaisse le français. La *Gazette* était beaucoup plus virulente : « Ce nouveau coup porté à St. Mary tombe comme une grossière obscénité au milieu du dialogue civilisé qui s'était amorcé récemment sur les rapports linguistiques au Québec. Tant que des services en français sont généralement disponibles dans les institutions anglophones, il n'est pas nécessaire que chaque membre du personnel ait plus de maîtrise du français qu'il n'en faut pour son travail. »

Tout le monde serra les rangs autour de St. Mary. Les employés de l'hôpital manifestèrent leur solidarité, en enlevant leur porte-nom, qui indiquait leur origine ethnique. Le député de Westmount à l'Assemblée nationale, Richard French, donna son augmentation de salaire de député pour aider l'hôpital à payer les frais de la cause portée en appel.

Au parlement de Québec, l'opposition libérale déposa une motion de non confiance à l'endroit du gouvernement du Parti Québécois, blâmant le premier ministre René Lévesque d'avoir renié sa promesse de protéger le droit des anglophones à leurs propres institutions.

Au milieu de cette controverse, St. Mary lança une campagne de financement de cinq ans, visant à recueillir 10 millions de dollars pour parachever deux étages de l'aile ouest, rebâtir l'entrée principale et agrandir le département de radiologie. Pour diriger cette campagne, on embaucha Sean Harty, un professeur de *high school* éloquent, qui avait obtenu un diplôme en psychologie de l'orientation à la State University de New York. Fils d'immigrants irlandais, Harty avait grandi dans le quartier de Saint-Henri, à Montréal. Au départ, il avait accepté l'emploi sur une base contractuelle, y sentant une responsabilité sociale. « Ce qui m'inspirait, dit-il, c'était la collecte de fonds pour notre hôpital communautaire et notre hôpital de famille. J'étais un idéaliste, intéressé par le comportement organisationnel en gestion, et je voulais apporter ma contribution à la communauté. » Harty n'avait aucune expérience de la collecte de fonds. « Le conseil a vraiment plongé dans l'inconnu en m'engageant. » Il allait découvrir, cependant, que tout le bruit fait autour du conflit linguistique susciterait des dons substantiels de la part des entreprises, autant du côté francophone qu'anglophone. Divers témoignages vinrent apporter de l'eau au moulin, notamment celui d'un visiteur britannique de 76 ans, répondant au nom « suspect » de John Henry, qui dit que jamais de sa vie il n'avait vu « une telle efficacité, une telle compétence et une telle compassion dans une équipe médicale » comme il l'avait découvert à St. Mary. Harty, de son côté, découvrait qu'il aimait beaucoup plus travailler pour l'hôpital qu'enseigner. Selon ses propres termes, il devenait « accro de St. Mary ».

L'hôpital engagea aussi une directrice des relations publiques, Barbara Brown Bourke, pour gérer les rapports avec la presse et lancer un bulletin de nouvelles bilingue (*It's Happening at St. Mary's*). Mme Brown avait comme mandat d'estomper l'image catholique romaine de l'hôpital, ce qui lui attira des critiques pendant plus d'une décennie.

À la fin de 1983, le côté coercitif de la Loi 101 était si décrié que le promoteur de la loi, Camille Laurin, fut remplacé au conseil des ministres

par Gérard Godin, poète et vrai démocrate, qui sut se placer au-dessus du nationalisme étroit. En tant que nouveau ministre responsable de l'application de la loi, Godin pressa les fonctionnaires trop zélés à être plus ouverts aux susceptibilités des anglophones ou à démissionner. Il dit que s'il y avait des « faucons » à la commission, une « colombe » était désormais aux commandes, avec une politique en conséquence et qu'on devait s'en accommoder ou partir.

Des changements intervinrent aussi au conseil d'administration de l'hôpital. Un homme plus accommodant, Patrick Rourke, prit la relève de l'impétueux John Pepper. Et Robert Grassby, qui avait présidé le conseil au milieu des années 1970, remplaça Stanley Clarke comme président de la fondation de l'hôpital. À la fin, la raison prévalut. Le ministre Godin s'était interposé. Le 21 décembre 1983, en effet, le ministère de la Justice du Québec avisait la commission qu'elle n'avait aucun motif légitime de traîner St. Mary en justice, parce qu'il lui serait impossible de prouver que l'hôpital n'avait pas pris « des mesures justes et raisonnables » pour veiller à ce que la patiente en question fût servie en français. Le même jour, l'article 25 de la Loi 101, qui exigeait que des services en français soient pleinement accessibles à partir du 1^{er} janvier 1984, était abrogé. Dans la mesure où des services en français étaient généralement accessibles dans les établissements anglophones, le gouvernement n'exigerait pas que tout le monde parle français au sein du personnel. Ainsi fut refoulée la vague d'intolérance qui avait commencé à déferler.

Pour certains, d'ailleurs, cette affaire contribua à empêcher la fermeture de St. Mary, dix ans plus tard. Selon Patrick Wickham, qui était secrétaire du conseil d'administration à l'époque, la question linguistique mit les administrateurs de l'hôpital en contact avec des gens qu'ils n'auraient pas connus autrement et vice versa. « L'affaire a fini par tourner à notre avantage, dit-il, car lorsque le gouvernement péquiste s'est mis à fermer des hôpitaux en 1993, il n'a pas osé nous toucher. À ce moment-là, on nous connaissait bien à Québec et on n'a pas voulu retomber dans les mêmes chicanes. »

CHAPITRE 10

Un hôpital ne peut pas être un peu de tout et faire tout pour chacun tout le temps. Les médecins doivent comprendre que tous les chefs de département ne sont pas sur un pied d'égalité.

~Constant Nucci



L'année 1984, qui marquait le 60^e anniversaire de St. Mary, fut décrite dans le rapport annuel comme une année « de progrès continu et de confiance grandissante ». En apparence, on avait toutes les raisons de se féliciter. St. Mary était en bonne voie d'atteindre son objectif de recueillir 10 millions de dollars et la nouvelle clinique d'obstétrique et de gynécologie avait ouvert ses portes. On avait introduit la pratique de confier à la même infirmière les soins de la mère et du bébé, ce qui améliorait la continuité des soins et la sécurité, à la fois pour la mère et pour l'enfant. On avait aussi inauguré le nouveau laboratoire de diagnostic clinique pour les maladies vasculaires périphériques, sous la direction de Carl Émond; et on avait entrepris de réorganiser le deuxième étage pour accueillir plus de patients en soins intermédiaires. Par ailleurs, la travailleuse bénévole Lil Parsons prit l'initiative de vendre des livres usagés sur une table à cartes, une entreprise qui aboutit à une boutique dans le hall et apporta des recettes substantielles aux auxiliaires de l'hôpital.

St. Mary bourdonnait d'activité plus que jamais. L'hôpital était comble, et les consultations externes continuaient d'augmenter. Mais il y avait des irritants qui persistaient. Même si le ministère de la Santé et des Services sociaux continuait d'approuver l'augmentation des services et l'ajout d'équipement médical de pointe, il refusait obstinément d'assumer les frais d'exploitation accrus qui en découlaient. En conséquence de ce sous-financement chronique de la part de l'État, l'hôpital se retrouva avec un déficit budgétaire de 2,3 millions de dollars. L'assurance maladie continuait d'assurer d'excellents soins pour la plupart



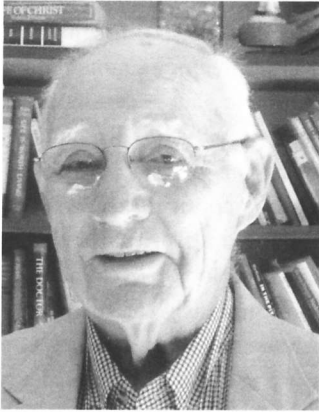
Sœur Evelyn O'Grady et Mgr Leonard Crowley plantent les « roses du pape » pour marquer le 60e anniversaire de l'hôpital.

des patients, mais, quinze ans après l'entrée en vigueur du régime, un goulot d'étranglement financier se créait à mesure que l'augmentation de la demande pour les soins de santé et que la hausse des dépenses exigées par les progrès technologiques outrepassaient les dispositions de l'État à payer.

Bien sûr, St. Mary n'était pas le seul hôpital en difficultés. Face à une crise du financement des soins de santé, le gouvernement créa un comité pour mener une enquête approfondie sur les forces et faiblesses des 60 plus grands centres de soins de santé au Québec. L'encombrement des hôpitaux ne cessait de s'aggraver, mais St. Mary semblait être l'un des rares hôpitaux de la ville à réussir à se dépatouiller avec l'admission, le traitement et la sortie des patients. « J'avais pour principe qu'aucun lit à l'hôpital n'était sacré et que les cas d'urgence avaient priorité », dit Richard Morajelo, le directeur des services professionnels. « Ma façon de voir était que chaque département devait faire sa part et que, si l'on enlevait ne serait-ce qu'un petit morceau de bois dans les roues, ça se remettrait à rouler. Quand il le fallait, j'annulais une intervention chirurgicale pour faire passer un cas d'urgence. »

Le jubilé de diamant de l'hôpital coïncida avec un autre événement majeur : la visite du pape Jean-Paul II à Montréal, à l'occasion de son premier voyage au Canada. Pour rendre hommage au pape, une nouvelle rose hybride fut créée et 60 de ces « roses papales » — une pour chaque année de St. Mary — furent plantées en face de l'hôpital ce printemps-là.

On sait que la confrérie médicale a des ramifications étendues, mais aucun médecin de St. Mary, sans doute, n'avait d'aussi bons contacts que l'immunologue Andy Gutkowski. Il était venu travailler avec le Dr Ihor Luhovy, qui avait mis sur pied la division d'immunologie et de rhumatologie clinique à St. Mary, en 1969. Cette division fournissait des tests sérologiques, ce qui était alors une spécialité relativement nouvelle en médecine. En plus de mettre leurs spécialités au service de l'hôpital, les deux médecins menaient des expériences sur les médicaments. Or, le Dr Gutkowski était d'origine polonaise, comme le pape. Né à Vilnius, en Lituanie, il avait étudié la médecine au Trinity College, à Dublin. Il avait émigré au Canada en 1960, s'établissant d'abord à



Le Dr Gerald Berry s'est battu pour l'obtention de nouveaux locaux d'autopsie.

Winnipeg, où il avait exercé au sein d'une équipe de médecine générale. Par la suite, il avait orienté sa carrière vers la médecine interne, amorçant sa formation à l'hôpital de Saint-Boniface et la parachevant à l'Hôpital général de Montréal, en 1971. Parmi les connaissances de Gutkowski, il y avait un médecin qui avait traité le pape à la suite de la tentative d'assassinat qui avait eu lieu à Rome, sur la place Saint-Pierre, en 1981. D'ailleurs, le Dr Gutkowski avait déjà rencontré le souverain pontife au Vatican. Quand le pape arriva à Montréal en septembre 1984, il envoya son secrétaire particulier, Stanislaw Dziwisz, rendre visite au médecin et rencontrer un de ses patients à l'hôpital. Mgr Dziwisz allait, plus tard, être nommé archevêque de Cracovie puis, en 2006, nommé cardinal par Benoît XVI.

Le Dr David Kahn laissa sa place comme chef pathologiste en 1984, et Gerald Berry lui succéda. Costaud et débonnaire, surnommé affectueusement « The Bear » (l'ours), le Dr Berry était le fils d'un fonctionnaire et avait été élevé à Westmount. C'est en découvrant la misère du Pays de Galles dans les romans de Richard Llewellyn (*Qu'elle était verte ma vallée*) que Berry décida d'être médecin. Il entra à St. Mary comme résident en 1963, quatre ans après avoir obtenu son diplôme de médecine de l'Université St. Francis Xavier, à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Norman McLetchie avait été l'un de ses professeurs là-bas. Le Dr Berry commença par faire de la pratique privée à Rosemère (Montréal), mais, avec une famille de cinq enfants à nourrir, il en arriva vite

à la conclusion qu'il n'avait pas d'avenir comme omnipraticien. Encouragé et influencé par Kahn, qu'il considérait comme son mentor, Berry alla étudier à McGill pour devenir pathologiste. C'est ainsi qu'il devint directeur des laboratoires à l'Hôpital général du Lakeshore, avant de venir prendre charge du Département de pathologie de St. Mary en 1982. Il entra en fonction au moment où on observait une résurgence de la tuberculose à l'hôpital. La maladie avait été transmise par de récents immigrants du Vietnam. En même temps, une mystérieuse infection respiratoire sévissait chez plusieurs hommes hospitalisés. Des médecins comme Joe Dylewski, un microbiologiste qui venait de faire des stages d'études en Afrique et en Californie, étaient intrigués par cette nouvelle maladie qui semblait cibler les homosexuels. « C'était étrange », se rappelle le Dr Dylewski. « Nous avons identifié la chose comme une souche quelconque de HTLV — virus du lymphome humain à cellules T — mais la nature virale du syndrome d'immunodéficience acquise, ou sida, n'avait pas encore été déterminée. Nous n'étions pas encore submergés de malades, mais quelques cas apparaissaient déjà. »

Afin de diagnostiquer la tuberculose et de mieux faire face à d'autres maladies respiratoires, le Dr Berry voulut acquérir un appareil Bach-Tech, qui pouvait traiter les cas en six heures au lieu de deux à trois semaines. Mais chaque fois qu'il en faisait la demande, elle était rejetée. « C'était affreux », de dire Berry. « L'hôpital se heurtait à une incompétence bureaucratique énorme. Le refus du gouvernement d'approuver l'achat de l'appareil, alors qu'il en connaissait l'existence, était inacceptable. Nous avons adressé la demande. Refusée. Nous sommes revenus à la charge. Autre refus. Une troisième fois. Refus encore. Mais, cette fois, le directeur du comité au ministère qui approuvait l'achat d'équipement médical s'est présenté à l'hôpital. Le pompeux personnage s'est assis autour d'une table avec nous et nous a dit : Vous ne savez donc pas qu'en cas de demande d'équipement, le gouvernement exige des soumissions et les prix d'au moins deux ou trois concurrents ? Nous l'avons regardé bien en face pour lui river son clou : Vous devriez le savoir, dans le poste que vous occupez. Il n'y a qu'un seul fabricant de cet appareil et qu'un seul prix. Bach-Tech n'a pas de concurrent. »

Au même moment, Peter Duffy entrait en fonction comme chef du Département de l'urgence et tâchait de dispenser de bons soins dans des circonstances difficiles. Né à Perth, en Ontario, et élevé à Winnipeg, il avait étudié la médecine à l'Université Queen's et obtenu aussi un diplôme en littérature et en philosophie. Il avait d'abord travaillé au centre de recherche sur la toxicomanie à l'hôpital psychiatrique de Kingston. Puis, il avait fait un stage de deux ans à l'Office national du film, pour superviser, au pénitencier de Collins Bay, un projet vidéo visant à promouvoir une réforme du système pénitentiaire. À St. Mary, le Dr Duffy entreprit sa formation d'interne, en travaillant au département de l'urgence. « L'urgence est une sorte de gardien de l'hôpital, dit-il, et il était évident alors qu'il n'y avait pas de place à l'hôpital au-delà des barrières. La conséquence immédiate de fermer un ou deux lits à chaque étage n'était pas très grande, mais la répercussion cumulative sur l'urgence en fut considérable. » Il n'y avait pas de solution miracle, pour aucun des problèmes qui s'accumulaient. En septembre, un gouvernement progressiste conservateur était porté au pouvoir à Ottawa, après avoir fait campagne sur la réduction du déficit budgétaire. Le nouveau premier ministre, Brian Mulroney, promit de « réaligner les attentes des Canadiens au sujet des largesses du gouvernement », ce qui touchait l'assurance maladie.

Mulroney fut pressenti pour être l'invité d'honneur au bal du 60^e anniversaire de St. Mary. Il y délégua à sa place le nouveau ministre de la Justice, John Crosbie. Dans son premier budget, le gouvernement Mulroney mit en œuvre les mesures de compression les plus contraignantes que les provinces et les municipalités n'aient jamais subies. Cela signifiait moins d'argent pour les soins de santé et les compressions se répercutaient à tous les paliers de gouvernement. Le programme de résidence en médecine en écopa : d'une équipe de quatre médecins à diverses phases de formation, on se retrouva avec personne, mais la charge de travail continuait néanmoins d'augmenter. Par conséquent, l'atmosphère dans les laboratoires s'en trouva perturbée. Les résidents, qui étaient sans contrat depuis trois ans, commencèrent une grève du zèle, puis se mirent en arrêt de travail pour une journée afin d'obtenir la parité salariale avec leurs homologues de l'Ontario. Les médecins qui pratiquaient les autopsies se voyaient contraints de

travailler dans un local misérable. Gerald Berry à décrit l'endroit comme « une salle lugubre, sans fenêtre, en béton nu et acier inoxydable, rendue encore plus sinistre par un réseau de tuyauterie, des conduites d'eau et de vapeur qui traversaient des murs mornes à la peinture écaillée. » La pièce n'était pas climatisée et, en été, les pathologistes devaient travailler sous des chaleurs de 38 degrés Celsius, tout en laissant ouvertes les portes des chambres froides et en faisant tourner des ventilateurs. Durant les dix années suivantes, le Dr Berry ne cessa de faire pression pour obtenir qu'un nouveau local soit aménagé au second étage de la centrale d'énergie, qui faisait face à l'Oratoire Saint-Joseph. « Ces années furent épouvantables, » dit-il. « Quand le gouvernement coupe dans les budgets, on n'a guère le choix que de répercuter en conséquence les coupures sur les patients et sur les services. Et dès qu'on coupe dans les soins aux patients, le gouvernement se met à protester. »

En mars 1985, le conseil des médecins et dentistes de St. Mary recommanda qu'on interdise de fumer à l'intérieur de l'hôpital. Cette initiative avait déjà été prise par plusieurs autres hôpitaux de Montréal, et l'interdiction entra en vigueur en septembre. Un établissement comme St. Mary devait se maintenir au diapason des derniers progrès en médecine et acquérir des équipements aussi perfectionnés que dispendieux. L'État, cependant, abolissait des programmes de formation médicale, afin de réduire les dépenses. Et encore, il demandait aux hôpitaux de fonctionner à moindres frais. Prise dans l'étau financier, l'Université McGill réduisit ses programmes d'enseignement de niveau supérieur pour les médecines résidents des spécialités. Ce fut une source d'inquiétudes à l'hôpital. « Pour nous, il importait de maintenir un juste équilibre entre le haut et le bas de la hiérarchie dans nos unités d'enseignement clinique », de dire Richard Moralejo. Une grave pénurie d'infirmières venait encore compliquer les choses. En 1985, les admissions à l'hôpital étaient montées à 16 000 — une hausse de 3 pour cent par rapport à l'année précédente. Mais, à cause de la pénurie chronique d'infirmières durant l'hiver 1985, on dut fermer l'une des unités de soins pour un mois.

Bill Busat prit sa retraite en 1986, après avoir été directeur général pendant neuf ans. Le Dr Constant Nucci revint de Toronto en juin,



Le Dr Constant Nucci, premier médecin à être nommé D.G. de St. Mary.

pour le remplacer. C'était le premier médecin, depuis les débuts de l'hôpital, à occuper ce poste. Il revenait à St. Mary plein de bonne volonté. Sa direction du Département d'obstétrique et de gynécologie avait été une source d'inspiration, et on gardait un bon souvenir de lui comme président du comité de formation et aussi comme président du conseil des médecins et dentistes de St. Mary.

Les médecins de l'hôpital voyaient d'un bon œil le retour de ce collègue qui sympathiserait avec eux, comprendrait leurs griefs et défendrait leurs points de vue. L'une des premières apparitions officielles de Nucci comme directeur de l'hôpital eut lieu lors de la soirée de gala des dames auxiliaires, au Musée des beaux-arts de Montréal, en janvier 1987 : une soirée organisée pour l'inauguration de l'exposition « Splendeurs du Vatican : chefs-d'œuvre de l'art baroque ». Le nonce apostolique du Vatican au Canada, Mgr Angelo Palmas, et l'archevêque auxiliaire de Montréal, Mgr Leonard Crowley, ouvrirent l'exposition. Les dames auxiliaires de St. Mary, sous la direction de la petite-fille du Dr Hinsgton, Janet Macklem, commanditaient la soirée. Les fonds recueillis permirent aux auxiliaires de faire un don annuel sans précédent de 250 000 dollars à la fondation de l'hôpital. Ce serait la première et la dernière fois que le Dr Nucci pourrait se détendre dans ses fonctions.

Constant Nucci était parti depuis trois ans, mais il savait dans quoi il s'engageait et il n'était pas rassuré. Il plongea dans les difficultés dès le départ. Diriger tout un hôpital présentait un bien plus grand problème que d'administrer un seul département. Les directives du gouvernement à l'intention de St. Mary étaient contradictoires. Nucci se retrouva donc tiraillé entre tâcher de répondre aux exigences du système public de soins de santé et jongler avec les demandes concurrentes de ses collègues médecins et chefs de départements. Il introduisit ce qui lui semblait une approche plus proactive de l'administration et, à cet égard, il dépendrait largement de son directeur des services professionnels, Richard Moralejo. Celui-ci avait déjà été le supérieur hiérarchique de Nucci, et il connaissait sans doute l'hôpital mieux que quiconque. Maintenant que les rôles étaient inversés, et à mesure que Nucci travaillait à apporter des changements, il devint vite évident que lui et Moralejo ne voyaient pas les choses de la même façon et que leurs façons de faire différaient. Les réussites en affaires sont souvent le fait de personnalités dominantes. Toutefois, le Dr Nucci, qui prenait souvent les gens de haut, se trouva bientôt en conflit avec plusieurs chefs de département, y compris Moralejo, sur l'orientation de l'hôpital.

L'un des premiers défis du nouveau directeur général fut de dresser un « plan d'équilibre budgétaire » pour composer avec le budget alloué par le gouvernement. « J'avais tout à fait conscience de mes propres antécédents et compétences pour gérer les aspects médicaux et linguistiques de ma fonction, mais ma grande crainte était de ne pouvoir fendre un sou en quatre », avoua-t-il. « Ma connaissance des finances d'un hôpital était limitée, je ne le cachais pas. Et je devais, tout à coup, envisager le fonctionnement global d'un point de vue administratif, et non seulement sous l'angle médical. Considérer les choses comme si je n'étais pas médecin : c'était étonnant. » L'une de ses premières tâches fut de régler une affaire de facturation erronée au département de psychiatrie. Des services avaient été surfacturés par des professionnels qui n'étaient pas qualifiés dans le cadre de l'assurance maladie. En fin de compte, comme les règles de facturation étaient ambiguës, le gouvernement accepta de partager avec l'hôpital la partie de la facture payée en trop.



Le comité de direction en 1986. (Première rangée, de gauche à droite) Helene McCormack, directrice des soins infirmiers, le Dr Constant Nucci, directeur général, le Dr Richard Moralejo, directeur des services professionnels. (Rangée du fond, de gauche à droite) Ron Newham, directeur des ressources humaines, Harold Thuringer, directeur du développement et de la planification, Terrence Meehan, directeur des services techniques, Sean Harty, directeur général adjoint, Larry English, directeur des finances.

Après des années de négociation avec les autorités, St. Mary acquit enfin son premier tomodensitomètre, qui fut mis en service dès juillet 1987. L'appareil pouvait capter très vite une série d'images tridimensionnelles du corps. Une entente fut conclue avec le Hospital Queen Elizabeth pour que cet hôpital puisse diriger quatre ou cinq patients par semaine à St. Mary, pour des tomodensitogrammes. Cette entente apportait des revenus supplémentaires de 90 000 dollars par année à St. Mary. D'autres appareils à la fine pointe de la technologie furent installés, notamment un nouveau défibrillateur pour les soins intensifs, quatre sphygmo-oxymètres, un électroencéphalographe à 16 bandes et un nouveau système de soins aux nouveau-nés. Ralph Dadoun, assistant de recherche à l'Institut neurologique de Montréal, fut engagé pour réorganiser les laboratoires et les rendre plus efficaces. Le gou-

vernement n'avait pas augmenté le budget de base de l'hôpital depuis 1972. À cause d'un sous-financement chronique, le directeur général et le conseil d'administration se virent aux prises avec un déficit de 1,9 million de dollars. Nucci dut fermer 30 lits, ce qui allongea les temps d'attente pour la chirurgie électorive, accrut la pression sur l'urgence et restreignit les services hospitaliers. Tout cela eut « des effets démoralisants sur tout le monde », comme il le dit.

Par son attitude intransigeante et sa farouche intégrité, Nucci allait mettre à l'épreuve les nombreuses amitiés qu'il avait nouées depuis des années. Certains de ses collègues médecins considéraient l'hôpital comme leur atelier personnel de recherche coopérative et ils s'attendaient à ce que Nucci soutienne leurs ambitions de faire de St. Mary un mini Royal Victoria ou Hôpital général. Nucci voyait les choses autrement : « J'aimais ce que St. Mary faisait pour les patients. Je voulais diriger un hôpital centré sur les soins et non pas voir St. Mary devenir un établissement de haute volée pour des entrepreneurs médicaux. Je ne pouvais allouer des fonds à chacun. Les chefs de département n'étaient pas tous sur un pied d'égalité. » Il fut bientôt attaqué de tous côtés. On le tenait responsable de tout ce qui n'allait pas à St. Mary. Les médecins avaient, à son égard, des attentes que la conjoncture de l'époque ne permettait pas de satisfaire. Dans son premier rapport de directeur général, il énonça franchement les problèmes qu'il rencontrait : « L'augmentation des maladies aiguës chez les personnes âgées et la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques ont entraîné une hausse importante de la demande pour les traitements médicaux, en même temps qu'une augmentation du délai d'attente pour les patients qui viennent chez nous. Le manque de lits pour les soins de courte durée a eu pour conséquence d'encombrer l'urgence de malades en attente d'admission. Les diverses mesures prises pour atténuer l'engorgement ont été vaines. L'aide financière du gouvernement est nécessaire pour rouvrir les 30 lits fermés. »

Nucci avait toutefois le don de s'adjoindre de brillants jeunes professionnels. Quand Oswald Schmidt quitta son poste de directeur des finances, il fit venir Larry English, qui avait été vérificateur surveillant à la Banque de développement du Canada. Malgré son nom, English était un francophone de la Gaspésie. « La première chose que

j'ai faite, dit celui-ci, c'est de dépenser de l'argent pour en gagner. J'ai acheté des ordinateurs, investi deux millions de dollars dans un système informatique de pointe et travaillé aux rendements. Je ne croyais pas aux coupures de postes. Les seuls outils avec lesquels il faut travailler ce sont les employés. Donc, j'ai réorganisé, réinventé, remodelé. Il me fallait faire vite. » Pour répondre à la demande croissante d'espace, la fondation de l'hôpital commença à acquérir des actions dans le centre médical voisin, érigé sur le terrain que l'hôpital avait vendu à un consortium de médecins en 1960; puis elle finit par acheter tout l'immeuble.

Sean Harty démissionna de la fondation pour devenir l'adjoint de Nucci. Celui-ci voulait en faire son dauphin. Harty avait sûrement les qualifications nécessaires. Tout en travaillant pour l'hôpital, il avait suivi un programme de formation des cadres, puis obtenu un baccalauréat en théologie à l'Université Concordia. Harty savait déjà ce qu'il voulait faire, et Nucci lui laissa les coudées franches pour faire tout ce qu'il croyait nécessaire au redressement des services de réadaptation, de laboratoires et de formation de l'hôpital. Par la suite, Harty fut chargé de tous les services qui ne concernaient pas la médecine, et il travailla sans relâche pour implanter des systèmes qui rehausseraient le rendement de l'hôpital. Cela ne fit pas l'affaire de Moralejo, qui se sentait dédaigné comme directeur des services professionnels : « J'étais disposé à être le loyal lieutenant de Connie (Nucci) et à me rapporter directement à lui, et non pas à rendre compte à un gars chargé de la buanderie et de la chaufferie. »

Par ailleurs, en 1987, quand le chef du Département d'obstétrique et de gynécologie, David Schaffleburg, partit, Nucci en fit sourciller plus d'un en invitant son protégé Arvind Joshi, avec qui il entretenait des relations de longue date, à venir prendre la relève. Plusieurs tenaient pour acquis que John Balbanian aurait le poste. Arménien né en Égypte, Balbanian avait obtenu son diplôme de médecine au Caire, en 1962. Il avait été interne puis résident à St. Mary, avant d'être intégré pleinement au personnel en 1970. Il avait travaillé 17 ans à faire ses preuves, et il était très apprécié, à la fois des patients et du personnel de l'hôpital. Le poste semblait lui revenir de droit.

De son côté, Arvind Joshi, un Indien de Nairobi, avait bâti sa réputation en se spécialisant dans l'obstétrique à haut risque et la médecine fœto-maternelle. À 21 ans, il était arrivé à St. Mary en tant qu'externe en 1972. Il n'était pas censé rester plus d'un été, mais Nucci l'avait apprécié et avait décidé de le prendre sous son aile. Joshi retourna dans son pays, pour revenir deux ans plus tard, à titre de résident permanent — « avec 35 dollars en poche, une valise et un diplôme de médecin » — et travailler comme interne en rotation. Il acheva sa formation de spécialiste et apprit le français à Ottawa, avant de venir pratiquer à St. Mary comme obstétricien. « J'ai discerné en lui une différence fondamentale et une intelligence supérieure, se rappelle Nucci. Un jeune qui, tout en étant bon vivant, prenait la médecine très au sérieux. Malgré sa jeunesse, on voyait qu'il était très ambitieux et impatient de prouver sa valeur. » Né en Ouganda, Joshi avait grandi au Kenya, où son père exploitait une entreprise de transport. Garçon doué qui semblait apprendre tout sans effort, avec une assurance naturelle qui pouvait passer pour de l'arrogance, il déclina l'offre de son père de prendre la relève à la tête de l'entreprise familiale. Il avait décidé d'être médecin. Pour soutenir les ambitions de son fils, le père vendit son entreprise afin de l'envoyer, à 17 ans, étudier la médecine à Dublin. « C'est là, raconte Joshi, que j'ai plongé jusqu'au cou dans la littérature, le théâtre et la musique de l'Irlande. Il n'y a pas un centimètre carré de ce pays que je n'ai pas visité. Je me sens plus irlandais que les Irlandais. »

En 1979, après moins d'un an à St. Mary, le Dr Joshi se rendit compte qu'il n'aimait pas pratiquer comme simple obstétricien et gynécologue. Avec les encouragements de Nucci, il partit à Vancouver en 1982, entreprendre une formation postdoctorale en grossesses à haut risque, au Grace Hospital. Deux ans plus tard, il s'installait à Regina, impressionné par les aspects généraux du système de santé de la Saskatchewan. Mais, victime des compressions du gouvernement provincial dans les soins spécialisés, Joshi se trouva fort heureux de revenir à Montréal. En janvier 1988, il prenait ses nouvelles fonctions à St. Mary. À l'instar de Nucci et de Quinn avant lui, Joshi considérait l'obstétrique comme le cœur d'un hôpital communautaire : « Pour

garder un hôpital ouvert, on n'a besoin que de deux départements médicaux : l'obstétrique et l'urgence. En développant l'obstétrique, on bâtit le reste de l'hôpital. Difficile de passer sous le couperet un hôpital qui possède une unité d'obstétrique viable. »

Propulsé par la confiance que Nucci plaçait en lui, Joshi continuait de rehausser et de renforcer son département, juste au moment où la détérioration des services de santé se faisait douloureusement sentir à travers le pays. À la suite du refus du gouvernement d'absorber ses déficits d'exploitation, St. Mary dut réduire son personnel médical, fermer des lits et cantonner les malades à l'urgence sur des civières, dans les couloirs. Un rapport au conseil d'administration le confirme. Il montre qu'en 1987, l'hôpital a enregistré une augmentation de 20 pour cent des jours-patient, de 14 pour cent des cas de cancer, de 13 pour cent des cas de médecine familiale, de 6 pour cent des heures de fonctionnement et de 5 pour cent des urgences. Ce la prenait 28 infirmières pour maintenir les services de l'urgence, tandis que l'hôpital n'en disposait que de 17. Les chirurgies non urgentes étaient sans cesse retardées, voire annulées. En septembre 1988, le délai pour remplacer six moniteurs cardiaques désuets entrava les activités de l'urgence durant plusieurs jours. Les malades arrivant à l'urgence devaient attendre jusqu'à cinq heures. Les rénovations avaient privé le département de moins de la moitié de ses lits habituels et le service ambulancier avait été réduit de moitié. Déterminé à assurer un environnement sûr à ses patients, Peter Duffy ferma l'urgence en février 1989. Pour la première fois dans l'histoire de St. Mary, les ambulances furent redirigées vers d'autres hôpitaux. « La crise s'étendait, dit Duffy. Le problème d'engorgement de l'urgence était comme une fissure qui s'agrandissait de jour en jour. Nous n'avions pas de lits à l'hôpital pour des patients qui en avaient besoin. Cela pouvait entraîner la mort de quelqu'un. Nous n'avions pas le choix : il fallait fermer le service et détourner les malades vers d'autres hôpitaux. »

Il n'y eut pas d'exception. Un cardiologue de longue date de St. Mary se présenta à l'urgence souffrant de « symptômes troublants ». Il s'attendait à un traitement préférentiel, mais il fut envoyé ailleurs. « Les conséquences étaient désastreuses pour les malades qui avaient

grand besoin d'être admis », dit Moralejo, qui s'opposait à la fermeture. La Régie régionale de la santé mit Nucci sur la sellette, lui enjoignant de justifier cette décision, comme le rappelle Duffy : « Un furieux le réprimanda vertement, se disant effaré et choqué qu'un directeur puisse fermer le Département de l'urgence de son hôpital, un geste qu'il considérait odieux et illégal. Nucci ne se laissa pas démonter. Il répliqua qu'il était lui-même effaré et choqué de voir que le gouvernement ne pouvait pas comprendre pourquoi il avait dû fermer l'urgence. C'est là où Nucci s'est montré à son meilleur. Il a retourné la situation à son avantage ce jour-là. Il a tenu tête au gouvernement et le gouvernement a fléchi. »

Un accord finit par être conclu avec le ministère de la Santé. Le 24 mai, les malades chroniques en soins de courte durée furent transférés ailleurs. Le Département de l'urgence rouvrit ses portes, ce qui mit un terme à la crise dans l'immédiat. Le ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté, fit appel à Michel Tétreault, le directeur adjoint de la formation médicale à St. Mary, pour examiner le problème d'engorgement des salles d'urgence au Québec. Le Dr Tétreault avait été le président fondateur de l'Association des médecins d'urgence du Québec. Depuis 1981, il tâchait de promouvoir des solutions pour désengorger les urgences. Fils de médecin, il était sorti diplômé de l'Université de Montréal en 1975, avant de poursuivre sa formation en médecine d'urgence à McGill et d'aller travailler au Queen Elizabeth et à l'Hôpital général du Lakeshore. Il était entré à St. Mary en 1986. « J'ai toujours été grande gueule pour améliorer les choses, dit-il. Le gouvernement avait dépensé des sommes colossales, mais la situation ne s'améliorait pas dans les urgences des hôpitaux. Alors, en 1989, comme le Dr Nucci avait fait tout un ramdam avec l'affaire, le ministère avait décidé qu'il fallait une suite au rapport Spitzer. » Publié en 1985, ce rapport traitait de la situation des salles d'urgence, à partir d'une enquête faite par Claude Sicotte et Walter Spitzer dans sept hôpitaux de Montréal.

Cette crise n'était pas si tôt réglée qu'une autre éclatait. En septembre, les 40 000 infirmières syndiquées du Québec, enfreignant la loi sur les services essentiels, déclenchèrent une grève illégale à l'appui de leurs revendications salariales. La majorité des infirmières de St. Mary

rechignait à débrayer, mais le syndicat les y contraignit, comme en témoigne Helene McCormack : « Les infirmières de St. Mary n'étaient pas très militantes. Elles ne voulaient pas de grève, mais elles y ont été poussées. Elles n'avaient pas le choix. Les grèves sont toujours démoralisantes, mais celle-là le fut spécialement parce qu'on y avait été contraint. Et le pire avait été de renvoyer les patients chez eux, alors qu'ils n'y étaient pas préparés. »

Durant tout ce temps, l'administration et les infirmières en grève maintinrent des rapports civilisés. Nucci alla même jusqu'à leur servir du chocolat chaud sur les piquets de grève. Forcées de revenir au travail par le gouvernement, les infirmières se virent infliger des amendes sévères et des retenues sur leurs salaires. Ce décret mit Nucci dans l'embarras, car il avait toujours considéré les infirmières comme « l'épine dorsale de l'hôpital ». Il n'aurait pas voulu les pénaliser, mais il dut, à contrecœur, se conformer à la loi.

CHAPITRE 11

J'entre toujours en conflit avec l'autorité. Je suis un rebelle.

~John Keyserlingk



Le premier ministre Brian Mulroney et sa femme Mila firent une visite à St. Mary en avril 1990, pour voir leur neveu nouveau-né. Avant son élection à Ottawa, Mulroney avait été vice-président d'une campagne de financement de 10 millions de dollars pour l'hôpital. Il connaissait bien l'établissement, car son beau-père Dimitrije Pivnicki faisait partie du personnel psychiatrique et le Dr Nucci avait accouché ses trois fils : Benedict, Mark et Nicolas. « J'ai aimé mes accouchements à St. Mary, dit Mila Mulroney, même si ce fut difficile. Pour Ben, l'accouchement s'est fait par le siège et pour Mark, le travail a duré 24 heures. Malgré ces difficultés, Connie Nucci a été un médecin merveilleux. Divin. Il y a une touche personnelle à St. Mary. On habitait à un coin de rue. Et comme patiente, j'avais l'impression d'avoir tout le confort de la maison. » Même si son père faisait partie du personnel de l'hôpital, Mila faillit ne pas être admise comme patiente. Selon ce qu'a raconté Nucci, le personnel de l'obstétrique n'avait pas réalisé qui elle était lorsqu'elle avait demandé un rendez-vous. Nucci était au milieu d'un accouchement difficile, quand le Dr Pivnicki avait tout à coup fait irruption dans la salle pour savoir pourquoi il ne voulait pas recevoir sa fille :

— Comment s'appelle-t-elle ? demanda Nucci.

— Mulroney. C'est la femme de Brian Mulroney.

Durant la visite privée du premier ministre, Nucci l'informa du plan de développement stratégique de l'hôpital : un projet à long terme de 35 millions de dollars, appelé « Projet 2000 ».



Le Dr Constant Nucci accueille le premier ministre Brian Mulroney, sa femme Mila et son fils Nicolas lors d'une visite à St. Mary, en avril 1990.

L'idée que St. Mary était une institution cléricale au service de la communauté irlandaise catholique de Montréal n'avait plus de fondement dans la réalité. Nucci savait que l'hôpital « devait changer son image, s'adapter à la réalité et suivre le rythme des progrès en médecine ». Pour garder sa pertinence, l'établissement devait, selon lui, aller au-delà de son enracinement traditionnel comme centre de soins primaires et développer davantage les soins secondaires qu'il offrait déjà. À cette fin, Nucci proposait de miser sur les forces de l'hôpital — l'obstétrique et la médecine familiale — et d'aller au-devant de l'avenir, en offrant de meilleurs soins gériatriques à une population de plus en plus vieillissante. Il proposait aussi de nouer des liens plus étroits avec les CLSC (Centres locaux de services communautaires) et le Centre d'hébergement Father-Dowd. Le Projet 2000 fut présenté au gouvernement québécois au mois d'août. Il tombait au meilleur moment possible. En effet, une enquête menée par l'Office québécois de la langue française cet été-là révélait que, sur les 1 016 employés de l'hôpital qui étaient en contact quotidien avec le public, 880, soit 87 pour cent, étaient bilingues fonctionnels et qu'il y avait « toujours quelqu'un disponible pour offrir de l'aide aux patients en français ». Le gouvernement faisait pression de plus en plus pour que St. Mary garde un fichier comptable détaillé des emplois et rémunérations, avec les cotisations, retenues et autres données afférentes. On y donna suite en adoptant un système de paye informatisé.

Au mois d'octobre, le Dr Michel Tétreault, dont l'équipe avait visité tous les hôpitaux de la province, produisait un rapport préliminaire. En plus de coter très haut le service d'urgence de St. Mary, le rapport soulignait la compétence de l'hôpital en tant qu'institution centrée sur le patient. Pour désamorcer la situation critique des urgences, le Dr Tétreault recommandait la création d'un « Groupe tactique d'intervention ». Voulant éviter les conflits d'intérêts, puisqu'il faisait partie du personnel de St. Mary, il avait laissé à d'autres médecins le soin d'évaluer l'hôpital. « Je me suis mis en retrait délibérément, dit-il. Avant de visiter un hôpital, on envoyait un questionnaire pour demander à l'établissement d'expliquer ses orientations et ses procédures. St. Mary nous a retourné l'un des documents les plus succincts de tous. Cela prouvait bien que la capacité d'un hôpital à réaliser des

choses est inversement proportionnelle à l'espace qu'il prend pour décrire ce qu'il accomplit. »

Peter McCracken quitta son poste de médecin-chef pour aller enseigner la médecine à l'Université de l'Alberta, à Edmonton. Harold Zackon, un spécialiste des maladies pulmonaires, lui succéda. De famille ouvrière juive, il avait commencé à travailler à St. Mary au service du courrier au début des années 1960, alors qu'il étudiait en sciences à McGill. Inspiré par un vieux médecin de famille qui faisait des visites à domicile, Zackon s'inscrivit en médecine et obtint son diplôme en 1971. Après ses années de formation au Royal Victoria et à l'Hôpital de Bellechasse, il accepta l'offre de Guy Joron de venir travailler à St. Mary.

Il y eut d'autres changements de personnel en 1990. Le chef du Département de psychiatrie, John Pecknold, partit et fut remplacé par Martin Cole, un chercheur en psychiatrie et en épidémiologie. Le chirurgien-chef, José Rodriguez, qui travaillait avec John Keyserlingk, faisait de grands progrès en résection hépatique pour le traitement des maladies néoplasiques: leurs techniques avaient éveillé l'intérêt d'autres hôpitaux. Mais le Dr Rodriguez, de plus en plus frustré par les tracasseries de l'administration, donna sa démission pour se consacrer à la pratique privée. « Je ne suis pas un économiste, dit-il. St. Mary est un excellent hôpital, mais j'ai été formé pour être chirurgien et non pour faire de la comptabilité pour le gouvernement. Je devais supporter de plus en plus les interférences absurdes du gouvernement, quand tout ce qui m'intéressait était la recherche et le soin des patients. » Le Dr Keyserlingk, qui venait de revenir d'un stage au Royal Marsden Hospital de Londres, fut appelé à remplacer Rodriguez. Il mit sur pied une unité d'oncologie multidisciplinaire pour le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes du cerveau, du cou et de la thyroïde.

Les Drs Indrojit Roy et Yasmine Ayroud établirent la première clinique de l'hôpital pour le cancer du sein. L'enseignement clinique prit de l'expansion. Mais, comme ses prédécesseurs, le Dr Keyserlingk se trouva vite frustré quand il se rendit compte qu'il n'avait pas de prise véritable sur la façon dont les choses étaient gérées. Il avouait avec une franchise désarmante : « Je ne tolère pas une bureaucratie qui met des



Le Dr Harold Zackon succéda à Guy Joron en tant que médecin-chef.

entraves à la compétence. J'ai un esprit compétitif et j'essaie toujours d'innover. J'étais déterminé à faire rayonner le Département de chirurgie. Mais j'entre toujours en conflit avec l'autorité. Je suis un rebelle. » Son attitude mettait Nucci de plus en plus mal à l'aise. Il appréciait l'enthousiasme de Keyserlingk et pensait que plusieurs de ses objectifs étaient valables, mais il avait des doutes sur son aptitude à gérer.

Constance Lapointe céda sa place à la tête du Département de médecine familiale en 1991, et Mark Yaffe la remplaça. Face aux préoccupations éthiques croissantes au sujet des soins hospitaliers, le Dr François Primeau, un psychogériatre, fut embauché pour diriger un nouveau département; ce qui permit d'examiner en long et en large une série de questions allant des transplantations d'organes aux relations interprofessionnelles, en passant par les testaments biologiques. En avril 1991, la Commission des normes du travail du Québec confirmait le statut des 570 employés non professionnels, para-techniques et infirmiers auxiliaires de l'hôpital. Tâchant sans cesse de réduire le déficit, l'hôpital ferma 27 lits au troisième étage, mit un frein aux heures supplémentaires et entreprit d'acheter des médicaments génériques (moins chers que les marques d'origine). Puis il donna à contrat la gestion de l'entretien ménager, de la buanderie, de la nutrition et des installations matérielles à la firme Marriott Corporation. La pression



Le Dr John Keyserlingk, chirurgien en chef.

vécue au jour le jour engendra des tensions parmi les cadres. Elle tendit particulièrement les relations entre Nucci et son directeur de services professionnels, Richard Morajelo, qui désapprouvait plusieurs changements que Sean Harty tentait d'apporter. Nucci approuvait pleinement Harty, comme il l'écrivit à Morajelo : « J'ai mis beaucoup de temps et d'énergie à bâtir une équipe et je ne permettrai pas que ces efforts soient compromis par des conceptions différentes, qui ne sont ni réalistes ni partagées par la majorité. Je compte sur vous pour soutenir pleinement la direction que nous donnons à l'hôpital, Sean et moi. » Dans un échange plus acerbe de notes de service, Nucci somma Morajelo de démissionner s'il ne pouvait accepter le style de gestion de Harty. En fin de compte, comprenant qu'un conflit ouvert entre eux pouvait avoir des conséquences néfastes pour l'hôpital, les deux médecins convinrent de mettre en sourdine leurs différends. Même si Nucci prétendit avoir « gagné la guerre », il paya cette victoire d'une relation plus sèche et beaucoup plus distante avec un ami et collègue de longue date.

Au cours d'une visite à St. Mary en 1992, le ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté, promit une allocation de 2 millions de dollars à l'hôpital pour réaménager l'urgence, ajouter une salle de traumatologie et relocaliser les départements d'oncologie et d'ophtalmologie. Les travaux de réaménagement de l'annexe débutèrent en septembre. Grâce à une subvention de la Fondation Gustav Levinschi, la pouponnière put aussi être rénovée. Afin de contribuer au financement, la fonda-

tion de St. Mary s'entendit avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont pour tenir le premier « Relais des entreprises », un événement annuel où 300 athlètes amateurs, représentant 75 entreprises, s'affrontent dans un triathlon en vue de recueillir des fonds. Les deux hôpitaux se partagèrent les recettes.

À l'automne 1992, les changements apportés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux entraînent la création de trois nouvelles entités : le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil multidisciplinaire et le conseil des infirmières et infirmiers. En outre, St. Mary se retrouva dans la nouvelle catégorie des centres hospitaliers affiliés à des universités et, sur le plan administratif, intégré à la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Tout cela entraînait des changements au conseil d'administration. Il fallait ajouter des représentants de l'université et du corps médical. Arvind Joshi, qui venait de terminer une maîtrise en administration (MBA) à la John Molson School of Business de Concordia, fut élu représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au conseil d'administration de l'hôpital. La loi exigeait aussi des modifications au plan stratégique de développement de St. Mary.

La réputation du centre des naissances de l'hôpital se trouva propulsée en avril 1993, quand le Dr Joshi accoucha les premiers quintuplés à naître au Québec par césarienne. Joshi faisait partie d'une équipe dédiée aux accouchements à haut risque, dirigée par Apostolos Papageorgiou, chef de la pédiatrie et de la néonatalogie à l'Hôpital général juif. L'événement fit les manchettes à travers le monde et le nom de Joshi fut mis en vedette. Cependant, St. Mary n'eut pas toujours bonne presse cette année-là. À la fin de 1992, en effet, la réputation de l'hôpital fut entachée quelque peu, lorsque l'Institut américain du cancer (US Cancer Institute) et le Bureau de l'intégrité en recherche (Office of Research Integrity), dans le cadre d'un projet appelé *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project*, passèrent au crible le programme de recherche de l'hôpital sur le tamoxifène et annoncèrent qu'ils soupçonnaient les médecins de falsifier les résultats. Secouée par la gravité de ces allégations, la Collège des médecins et chirurgiens du Québec mena sa propre enquête impartiale et en arriva à la conclusion que les allégations n'étaient pas fondées, parce que des données avaient été mal inscrites lors d'une révision des documents.

La secrétaire du Dr Keyserlingk admit la faute. Cet incident jeta une autre douche froide sur les relations entre Keyserlingk et Nucci, car le directeur général était désormais convaincu que le chaos régnait dans son département.

« Aussi brillant médecin que Keyserlingk pouvait l'être, de dire Nucci, il était insouciant en administration. Mais il n'y avait pas matière à congédiement » C'est alors que Nucci découvrit que Keyserlingk avait réservé les salles d'opération trois mois à l'avance pour des interventions non urgentes, et surtout, durant une période, en juillet, qui était réservée aux cas d'urgence. En prévision des besoins de son département, Keyserlingk avait fait les réservations au nom de patients fictifs, afin d'avoir les salles à sa disposition le cas échéant. Pour Nucci, c'était là un cas de congédiement : « Pour moi, l'affaire était grave. Je pouvais comprendre qu'il ait voulu réserver les salles à l'avance pour ses chirurgiens, mais, sur le plan éthique, étant donné ce qui nous était arrivé avec le Bureau de l'intégrité, ce n'était pas correct d'agir ainsi. » Nucci exigea la démission de Keyserlingk. Appuyé par Norman Byrne, le président du conseil d'administration, Nucci demanda au chirurgien vasculaire Carl Émond, qui avait déjà dirigé l'enseignement chirurgical, d'assurer l'intérim en attendant qu'on comble le poste. Au départ, Keyserlingk avait accepté de démissionner, puis il changea d'idée. Cet imbroglio sema la division parmi les chefs de département. Certains médecins, notamment Moralejo — qui avait déjà annoncé qu'il renonçait à son poste de directeur des services professionnels après 20 ans de services — n'acceptaient pas le congédiement de Keyserlingk. Moralejo convenait que trafiquer le système en utilisant de faux noms était une infraction grave : « J'aurais voulu étrangler Keyserlingk. Je savais bien qu'il devait être réprimandé. Mais Connie m'a écarté de l'affaire. Il m'a dit de ne pas m'en mêler, qu'il réglerait les choses à sa façon. Pour moi, il transgressait ses fonctions en interférant de la sorte et en me passant par-dessus la tête. Mais j'ai laissé faire. Je ne m'en suis pas mêlé. »

En mars 1993, comme Keyserlingk refusait toujours de partir, Nucci se résolut à loger une plainte officielle à son égard, auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital. Pour Nucci, c'était une « question d'intégrité, d'honnêteté, de leadership et de confiance ». À ce moment, Hugh Whalen, dirigeant d'une papetière, avait accédé à

la présidence du conseil d'administration. Il signala que le mandat de Keyserlingk comme chirurgien-chef arrivait à terme en 1996. Il proposa donc d'attendre la fin du mandat et de ne pas le renouveler. Nucci ne voulut rien entendre. Il refusait de différer un congédiement qui, selon lui, devait être effectué sans délai.

« L'affaire était connue, expliquait-il, et elle m'interpellait directement. Alors, je ne voyais pas de raisons de donner plus de temps à Keyserlingk. » Un comité créé pour régler le problème achoppa à plusieurs reprises, et l'affaire resta sur le feu.

Entre-temps, St. Mary continuait de développer ses liens avec McGill. L'université transféra son Centre d'études sur le vieillissement à St. Mary, en juillet 1993. Sous la direction de Serge Gauthier, le centre se vouait à la recherche clinique en gérontologie. Le Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires, dirigé par Jane McCusker, fut aussi inauguré en 1993, ce qui marquait un éloignement de la recherche fondamentale. Par ailleurs, la moitié des résidents en médecine familiale à l'Hôpital général de Montréal furent transférés à St. Mary. Deux divisions s'ajoutèrent au Département de médecine familiale : les médecins oeuvrant auprès des patients hospitalisés, et les médecins oeuvrant dans la communauté. « Il y en avait encore, parmi nous, qui pensaient qu'on devrait pas se préoccuper de McGill, parce que l'université recevait plus de nous que nous recevions d'elle », comme le disait Nucci. « Mais j'ai calculé que, même si nous étions lésés et que nous ne recevions pas la compensation financière que nous méritions pour le travail accompli pour McGill, nous devons accepter la situation. À long terme, il en valait la peine pour les soins aux patients. »

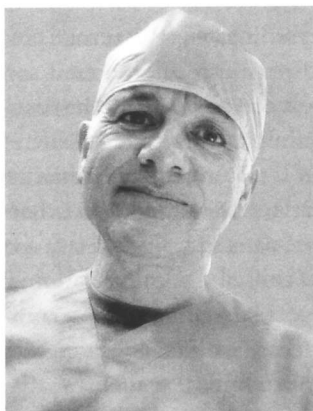
Cet été-là, St. Mary tint son premier tournoi de golf annuel au club de golf Summerlea, ce qui permit de recueillir 50 000 dollars pour un appareil d'anesthésie. Avec l'achèvement des travaux de rénovation à la centrale d'énergie, Gerald Berry put enfin s'installer dans les locaux d'autopsie qu'il attendait depuis longtemps. Ils étaient quatre fois plus spacieux que les précédents. Ils allaient servir, en 2002, à une scène du film de Jean Beaudin, *Le collectionneur*, avec Luc Picard.

À l'automne 1994, St. Mary devint un campus de l'Université d'Ottawa pour le programme de baccalauréat en sciences infirmières, lequel décerna ses premiers diplômes trois ans plus tard. Sean Harty,

qui avait terminé ses études pour la prêtrise, fut ordonné en novembre 1994. Même après avoir été nommé curé de la paroisse St. Veronica, à Dorval, Harty continua d'assumer ses fonctions de directeur général adjoint de l'hôpital. Il adhérait à la vision traditionnelle de l'Église catholique, « dont les prêtres président des universités et les religieuses dirigent des hôpitaux et de grands conglomerats ». Il se croyait apte à remplir les deux fonctions. Mais son niveau de stress s'accrut quand le gouvernement québécois imposa des réductions de 20 pour cent du personnel et de 10 pour cent des dépenses de laboratoire. Harty donna l'assurance au conseil d'administration que « même si le processus allait être complexe et douloureux, tous les efforts seraient faits pour en minimiser les répercussions sur le personnel ». Le mérite lui revient d'avoir tenu le ministère informé de ce qui se passait à St. Mary, bombardant les fonctionnaires de bilans pour qu'ils n'ignorent rien de l'efficacité de l'hôpital : une stratégie qui allait s'avérer payante à long terme.

L'automne 1994 vit aussi la nomination de Marvin Kwitko à la tête du Département d'ophtalmologie. Le Dr Kwitko était également professeur agrégé d'ophtalmologie à McGill, où il donnait le seul cours existant au Canada sur la chirurgie au laser : il allait former plus de 350 chirurgiens. Il servait, en outre, de conseiller à Santé Canada sur la chirurgie laser à excimère. Auteur de cinq manuels scolaires, il projetait d'en écrire d'autres, mais il mourut en 2002.

Le débat administratif sur le cas du Dr Keyserlingk se poursuivait à l'interne, au ralenti. À mesure que Nucci se débattait avec le problème, son intransigeance minait le moral du personnel médical et finit par lui coûter l'appui de plusieurs de ses collègues qui se sentaient trahis. Le 21 mars 1994, les médecins se réunirent à ce sujet. À cent voix contre six, ils s'accordèrent pour blâmer Nucci. Le jeudi suivant, ils envoyèrent une délégation — comprenant des membres du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens — rencontrer le conseil d'administration. Nucci s'était préparé à la confrontation. Si le conseil d'administration refusait de congédier Keyserlingk, il donnerait sa démission. Au cours de la réunion, Nucci fut pris à partie par deux médecins (dont le procès verbal n'a pas enregistré les noms), qui martelaient : « Vous avez mentionné que Keyserlingk avait commis



Le Dr Carl Émond accepta les fonctions de chirurgien-chef.

une faute grave mais, pour toutes les autres parties, il s'agit d'une infraction mineure. » Les administrateurs se réunirent alors à huis clos pour examiner la résolution de Nucci qui se lisait ainsi : « Attendu que J. R. Keyserlingk a failli à son devoir de leadership et de conduite exemplaire dans ses fonctions de chirurgien-chef, il est dans l'intérêt de l'hôpital de mettre fin à son contrat. » Forcé de choisir entre le directeur général et un chef de département, le conseil d'administration ne se contenta pas de pencher du côté de Nucci. Il fit inscrire au procès-verbal des félicitations à son égard pour sa « diligence » à traiter l'affaire et « la pertinence avec laquelle il veillait à maintenir les normes les plus élevées de conduite, en tout temps et à tous les niveaux de la hiérarchie ».

C'est ainsi que Carl Émond devint le nouveau chirurgien-chef. Né à Ottawa, il avait grandi à St-Jean-sur-Richelieu, où son père était dans l'Aviation royale canadienne. Après avoir obtenu un baccalauréat ès arts de l'Université de Montréal en 1970, il s'était dirigé vers la médecine et avait reçu son diplôme de l'Université McGill, sept ans plus tard. En 1985, il avait inauguré une clinique pour les maladies vasculaires à St. Mary et établi le laboratoire approprié. Ce ne fut pas sans réticence qu'il accepta les fonctions de chirurgien-chef, vu l'embrouillamini du système de santé et les décisions difficiles qu'il savait devoir prendre.

La façon dont on avait démis le Dr Keyserlingk en avait révolté plusieurs à l'hôpital. Par l'intermédiaire d'Arvind Joshi, qui était son représentant au conseil d'administration, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens demanda aux administrateurs de reconsidérer leur décision. Joshi se trouvait à cheval sur la clôture, entre la médecine et l'administration, comme il disait, en parlant de « l'atmosphère chargée d'animosité » que l'affaire avait laissée dans son sillage. Étant à la fois chef de département et membre du conseil d'administration, il était, en effet, pris entre l'arbre et l'écorce. Mais son aptitude à compartimenter ses diverses fonctions lui permit de bien considérer les aspects juridiques de l'affaire. Au bout du compte, il se montra satisfait du traitement « en bonne et due forme » du cas de Keyserlingk. L'affaire était close.

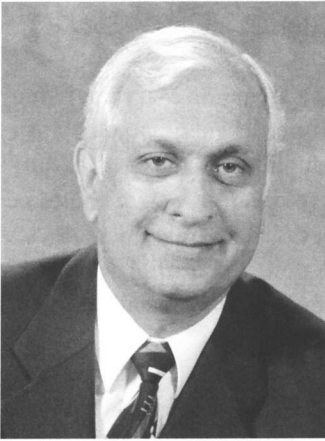
Cette page tournée, Nucci se pencha sur des problèmes beaucoup plus graves. Le gouvernement fédéral faisait face à un déficit équivalant au quart de son budget annuel, soit près de 6 pour cent du produit national brut. Il réagit en réduisant les paiements de transferts en santé aux provinces. Ce qui se traduit, au Québec, par une augmentation de la pression sur les hôpitaux. St. Mary dut réduire son personnel. Et pour répondre aux exigences de compressions du côté des laboratoires, l'hôpital réaménagea son laboratoire de cytologie. Puis, pour une période d'essai de six mois, il décida de confier en sous-traitance les tests cytologiques (tests Pap) — pour le dépistage du cancer du col de l'utérus — à un laboratoire privé, Excel Bestview, à Mississauga, en Ontario. Ce laboratoire utilisait une technologie laser de pointe, non disponible au Québec. Quand elle apprit la chose, la ministre de la Santé du Québec, Lucienne Robillard, réprimanda vertement Nucci, pour cette « décision inexplicable et inacceptable » de faire affaire avec un laboratoire ontarien, sans l'autorisation préalable de la Régie régionale de la santé. St. Mary dut annuler l'entente. « Des élections avaient été déclenchées, dit Nucci, et le gouvernement ne voulait pas se retrouver dans l'eau chaude si l'opposition découvrait que des tests qui devaient être faits au Québec l'étaient en Ontario. Cela ne coûtait rien à personne et aurait pu sauver des vies. Il s'agissait d'une étude comparative. Excel Bestview faisait nos tests Pap, et nous leurs tests de PSA

(pour l'antigène spécifique de la prostate). Ce fut une période extrêmement traumatisante pour moi. »

En proie à toutes ces convulsions du système, St. Mary dut réduire son personnel de laboratoire, mais il perdit aussi 45 médecins et infirmières à plein temps ainsi que 19 employés à temps partiel, qui se prévalurent d'indemnités de départ volontaire. Malgré toutes ces contraintes et ces difficultés, le Conseil canadien d'agrément des services de santé ne tarissait pas d'éloges pour « la qualité des services offerts aux patients » à St. Mary et pour « l'environnement chaleureux et attentionné » qui y prévalait.

Le médecin-chef Harold Zackon dut se débattre avec la réduction draconienne du personnel. McGill cessa d'envoyer des médecins résidents à St. Mary, et il devint extrêmement ardu de recruter des personnes qualifiées. « Il ne nous restait que des spécialistes, de dire Zackon. Alors, la situation nous y forçant, nous avons inventé une formule qui associait un spécialiste avec un médecin de famille. » Le docteur George Michaels fut le premier spécialiste engagé pour servir de mentor à un médecin de famille. On le mit en charge de la nouvelle division des médecins de famille à l'interne. « Graduellement, comme l'explique Zackon, tous les patients furent confiés aux médecins de famille en rotation, qui avaient la responsabilité du soin primaire des malades hospitalisés sur recommandation d'un spécialiste. » Il y eut une multiplication de spécialistes et surspécialistes. Le nouveau pathologiste-chef, Ron Onerheim, ressortait particulièrement parmi les nouvelles recrues. Cette année-là, il avait remporté le prix Osler pour l'excellence de l'enseignement (*Osler Award for Outstanding Teaching*). Originaire de Regina, en Saskatchewan, Onerheim était sorti diplômé de l'Université de l'Alberta, en 1978, avec les meilleures notes de sa classe. L'année suivante, il était venu étudier à McGill.

Au mois de mai, le Dr Arvind Joshi, qui venait de recevoir son certificat du Collège canadien des directeurs de services de santé, prit la relève de Moralejo à la direction des services professionnels. Et Normand Brassard remplaça Joshi à la tête du Département d'obstétrique et de gynécologie. Le Dr Brassard, qui est aujourd'hui professeur et directeur du département d'obstétrique et gynécologie à l'Université



Le Dr Arvind K. Joshi.

Laval, contribua à constituer une base de données exhaustive en obstétrique et à concevoir le nouveau centre des naissances (évalué à 2,6 millions de dollars) avec le directeur du projet à l'hôpital. À son nouveau poste, Joshi était bien placé pour évaluer les forces et les faiblesses du personnel. Il étudia des stratégies pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital, examina de nouvelles façons de faire et réfléchit sur les rapports à entretenir avec le gouvernement. Il découvrit aussi l'existence d'une certaine tension sous-jacente entre l'identité religieuse et laïque de l'institution. Les antécédents de Joshi en faisaient sourciller quelques-uns, non pas parce qu'il était d'origine indienne, mais parce qu'on le considérait en certains lieux comme un technocrate ambitieux et arrogant, un flagorneur qui avait donné son appui inconditionnel à Nucci dans l'affaire Keyserlingk. « Tout le monde savait que j'étais le favori de Nucci, dit-il. Mais ce qu'aucun de nos critiques n'a considéré, c'est que, peu importe notre amitié, nous faisons tous deux preuve d'un professionnalisme exceptionnel. » Sous des dehors suaves, Joshi était un homme décidé et sûr de lui, un esprit original. Certains considéraient qu'il s'insérait mal dans la culture traditionnelle, très solidaire, de l'établissement. Selon un membre du conseil d'administration, « Joshi écoutait beaucoup, observait beaucoup, parlait rarement, mais on pouvait toujours sentir le remuement dans sa tête ».

Au printemps 1995, Nucci créa le poste de chef des opérations pour Sean Harty, qui, gravissant encore les échelons, se retrouva en charge du fonctionnement quotidien de l'hôpital. Un conseil consultatif clinique fut constitué pour donner davantage voix au chapitre à tous les chefs de département. Mais, si ces changements avaient été apportés pour pallier la pénurie de personnel et pour encourager une plus grande participation individuelle à la gestion de l'hôpital, ils eurent pour effet, en réalité, d'estomper les lignes hiérarchiques. Les cadres supérieurs commencèrent à s'interroger sur leurs motivations réciproques et à se méfier les uns des autres.

Soudain, le 11 mai 1995, sans préavis ni explication, le gouvernement du Québec ferma huit hôpitaux communautaires de Montréal : Queen Elizabeth, Hôpital général de Lachine, Reddy Memorial, Saint-Laurent, Sainte-Jeanne-d'Arc, Bellechasse, Guy-Laporte et Gouin-Rosemont. On s'est beaucoup demandé, depuis, pourquoi le Queen Elizabeth avait été visé au lieu de St. Mary. C'était l'un des plus anciens hôpitaux communautaires anglophones de Montréal, jadis aussi bon que St. Mary et certainement mieux situé. Il avait été fondé en 1895, en tant qu'hôpital homéopathique de Montréal, et il s'était, en quelque sorte, laissé porté par sa réputation centenaire. Il avait aussi connu des problèmes aigus d'administration — passant par quatre directeurs généraux en six ans — et s'était retrouvé en situation nettement désavantagée en 1973, quand son Département d'obstétrique avait été fermé. De leur côté, Nucci et Harty avaient appris à amadouer le gouvernement et ils avaient obéi aux ordres : ce que n'avait pas fait le Queen Elizabeth. Car, au moment, où il avait embauché son premier directeur général francophone — Mario Larivière, en 1993 — il était déjà trop tard.

La fermeture du Queen Elizabeth fut, à bien des égards, le salut de St. Mary. Les services de soins palliatifs et d'oncologie de l'hôpital furent transférés à St. Mary, ainsi que 63 de ses employés. En outre, trois chirurgiens orthopédiques du Queen Elizabeth — Larry Lincoln, Larry Coughlin et Joyce Johansson — vinrent renforcer la Division de médecine sportive. Et la fondation de l'hôpital de St. Mary reçut un tiers des fonds de la fondation du Queen Elizabeth, soit 2 millions de dollars. St. Mary obtint aussi le tomodynamomètre de l'hôpital fermé

ainsi que tous ses dossiers médicaux. Élisabeth Dampolias, coordonnatrice des archives médicales, s'entendit avec la Régie régionale de la santé de Montréal pour numériser les quelque 600 000 dossiers médicaux du Queen Elizabeth ainsi que du Reddy Memorial, afin d'assurer la continuité des soins aux patients.

Ces fermetures abruptes d'hôpitaux, qui privaient tout à coup Montréal de 1 000 lits, furent des plus dérangeantes. Les répercussions immédiates sur St. Mary furent une hausse de 30 pour cent à l'urgence et de 20 pour cent en oncologie. Le nombre de malades chroniques hospitalisés passa d'une moyenne de 50 à 100. Après avoir équilibré son budget pendant deux ans, St. Mary faisait désormais face à un déficit de 3,5 millions de dollars.

« Nous étions entourés de trois gigantesques hôpitaux — l'Hôpital général juif, l'Hôpital général de Montréal et le Royal Victoria — tous à dix minutes de voiture. Nous étions inquiets », comme l'admettait Zackon. « Il était difficile de prévoir le prochain geste du gouvernement. » C'était justement l'été précédant le second référendum sur l'indépendance du Québec. La campagne faisait rage depuis plusieurs mois déjà et l'incertitude politique était démoralisante. À Ottawa, le ministre des Finances Paul Martin jurait que, « adienne que pourra », il remettrait le pays sur de solides bases financières, même si cela signifiait couper dans les soins de santé. Les souverainistes québécois semblaient en voie de gagner le référendum. En juin, pour répondre à l'anxiété montante, Harty convoqua 80 cadres de l'hôpital à un séminaire à l'Estérel, au bord d'un lac des Laurentides. La séance de remue-méninges déboucha sur l'idée d'une approche multidisciplinaire pour la gestion de l'hôpital, ce qui supposerait une équipe d'apprentissage organisationnel continu. Harty cherchait à promouvoir l'esprit d'équipe et à « former tous les employés, dans divers départements de l'hôpital, pour qu'ils aient une meilleure appréciation de leurs fonctions respectives et deviennent tous des soignants interdépendants et plus responsables ».

Le gouvernement québécois poursuivait la restructuration des services de santé. En avril, il annonça la fusion volontaire de cinq hôpitaux anglophones de Montréal — le Royal Victoria, l'Hôpital de

Montréal pour enfants, l'Institut et hôpital neurologiques et l'Institut thoracique de Montréal — regroupés en un établissement de recherche et de soins de courte durée, appelé Centre universitaire de santé McGill.

Le gouvernement établit plusieurs catégories d'hôpitaux : les « centres hospitaliers universitaires » ou CHU (affiliés aux quatre écoles de médecine du Québec) ce qui, avec Sainte-Justine, désigné CHU également, en faisait cinq au Québec; les autres appellations étaient « centres hospitaliers affiliés universitaires » ou CHAU, et instituts spécialisés comme l'Institut de cardiologie de Montréal. St. Mary ne reçut pas de désignation officielle, mais garda ses liens étroits avec McGill. Le doyen de la faculté de médecine de McGill, Richard Cruess, soutint la requête de St. Mary d'être inclus dans la catégorie des CHAU. On craignait largement que le gouvernement fût sur le point de fermer l'hôpital. « St. Mary devra travailler à se repositionner s'il veut avoir un avenir », avertissait Nucci. Cependant, le directeur général de la Régie régionale de la santé, Marcel Villeneuve, qui servait d'intermédiaire avec le ministère, rassura Nucci, en lui disant que le gouvernement ne fermerait jamais St. Mary, parce qu'il considérait cet hôpital comme « un modèle pour tous les autres au Québec ».

Mais tout modèle que St. Mary pût être, Arvind Joshi entrevoyait le besoin d'en décentraliser l'administration : « On s'est mis à envisager d'aller au-delà de l'administration traditionnelle et de considérer un système plus convivial pour les patients. On voulait voir ce qui marchait et ce qui ne marchait pas. » Ralph Dadoun, qui travaillait pour Joshi, était allé visiter le Markham Stouffville Hospital, en Ontario, un centre communautaire voué aux soins de courte durée. Il était allé aussi au St. Joseph's Hospital, à Toronto. Les deux établissements étaient passés d'une gestion par département à une gestion par programme, et ils avaient enregistré des économies substantielles. Joshi était convaincu que St. Mary pouvait faire de même.

En plus de la direction des services professionnels, Joshi assumait, en septembre, la direction de la Division conjointe de médecine périnatale de St. Mary et de l'Hôpital général juif. Cette nomination se justifiait sur le plan administratif, car 8 000 bébés étaient mis au monde chaque année dans les deux hôpitaux. Des rénovations furent mises

en œuvre au centre des naissances du quatrième étage : il fallait des pièces plus grandes pour installer 40 lits postnatals, avec berceau et fauteuil-lit (pour le père) dans chaque chambre. On aménagea aussi un garage à sens unique pour les ambulances, et 2,6 millions de dollars furent investis en rénovations au poste de garde du sixième étage et aux locaux de l'urgence; en outre, une nouvelle bibliothèque en sciences de la santé fut aménagée. Dadoun restructura encore le Département des laboratoires, inaugurant le premier laboratoire décentralisé autosuffisant au Québec. « Non seulement avons-nous réduit les coûts, dit-il, mais nous avons aussi maintenu la qualité et les normes élevées du laboratoire, augmenté l'efficacité des tests portables, diminué l'espace occupé et réduit le personnel de 16 pour cent. » En conséquence, le nouveau laboratoire obtint l'accréditation du programme d'excellence du College of American Pathologists. Ce fut le seul laboratoire hospitalier au Québec, et l'un des trois au Canada, à être reconnu pour avoir les plus hauts standards du continent.

En octobre, la fondation de l'hôpital lança une campagne de financement de 14 millions de dollars. Le lancement eut lieu, de façon pertinente, à la maison Shaughnessy, où St. Mary avait débuté en 1924. Dans le cadre d'un programme annoncé comme « une nouvelle ère de soins familiaux », Nucci mit de l'avant une politique de collaboration plus étroite avec d'autres hôpitaux. Il était las de chercher à concilier les exigences contradictoires du gouvernement avec ce qu'il croyait le mieux pour St. Mary et de mettre sans cesse la qualité en balance avec les coûts. St. Mary se devait de rester en phase avec les derniers progrès de la technologie médicale, même s'il fallait crever les budgets. Dans l'affaire Keyserlingk, Nucci s'était senti isolé et coupé de ses subalternes. Avec le décès, en février 1996, de l'ex-président du conseil d'administration Norman Byrne, il se retrouva sans allié fidèle sur qui compter au conseil d'administration. Il perdit la motivation nécessaire pour diriger l'hôpital.

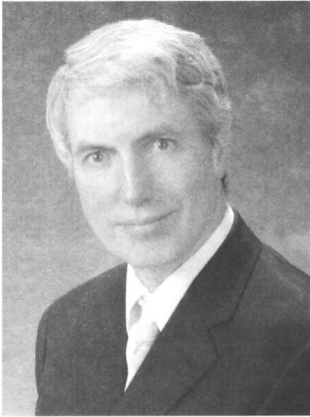
Le jour fatidique arriva le mercredi 22 mai 1996. Il y avait, ce jour-là, une réunion conjointe particulièrement tendue du conseil d'administration et des cadres supérieurs. Nucci ne pensait pas démissionner, à ce moment-là, mais à mesure que la réunion avançait et que les interventions se succédaient, il sentit qu'il avait « perdu la maîtrise du jeu »



Sean Harty, un prêtre catholique, est devenu le D.G. par intérim.

et que son autorité se trouvait « sapée à tout bout de champ ». Quand la réunion s'ajourna à l'heure du lunch, il avait décidé de jeter l'éponge. « Il y a un temps pour arriver et un autre pour partir », dit-il en présentant sa démission au président du conseil, Hugh Whalen, ahuri. Il quittait, comme il disait, « avec la nostalgie du bon vieux temps, et une pointe d'amertume par rapport à l'époque où nous vivons. »

Nucci fut invité à siéger au conseil des gouverneurs de l'hôpital, mais, « pour des raisons personnelles relatives à mes valeurs, à mes conceptions bien ancrées du leadership et de la gestion des affaires litigieuses », il décida de rompre complètement avec une institution qui avait été au cœur de sa vie depuis quatre décennies. « Je dois décliner cette invitation, dit-il à Whalen. Je pense que c'est dans le meilleur intérêt de l'établissement en ce moment. » L'hôpital fut chamboulé par cette démission inattendue. Sean Harty fut propulsé directeur général par intérim, en attendant de l'être de plein titre, comme il s'y attendait de la part du comité de sélection. « Dans les circonstances, de dire Whalen, la nomination de Harty était dans l'ordre des choses. Il y en avait, autour de nous, qui pensaient qu'on devrait oublier nos racines catholiques comme institution, mais nous, au conseil, nous n'étions pas prêts à cela. » Harty était impatient d'asseoir son autorité, mais à cause de divergences importantes, à la fois au conseil d'administration



Todd McConnell, médecin-chef.

et parmi les cadres de l'hôpital, sur la façon de gérer la croissance de l'hôpital et de composer avec le déficit budgétaire, il ne se sentait pas solidement en selle.

Certains membres du conseil avaient beau exprimer haut et fort leurs inquiétudes de voir l'hôpital s'éloigner de ses origines catholiques irlandaises, on ne pouvait plus guère compter sur le soutien financier des Irlandais catholiques. Comme le dit Harty, « les tensions se percevaient à tous les niveaux de l'administration. Il fallait examiner si les structures administratives en place favorisaient le progrès ou lui faisaient obstacle. C'était difficile parfois, parce que plusieurs pensaient que le changement entraînait la destruction de ce qui faisait l'essence même d'un hôpital catholique. »

En réalité, St. Mary n'était plus un hôpital catholique depuis des années, même si certains encore refusaient de l'admettre. En 1996, un patient sur cinq seulement s'identifiait comme catholique romain. Les assises religieuses de St. Mary ne signifiaient plus grand-chose pour la majorité des patients et du personnel. Todd McConnell, qui avait succédé à Harold Zackon comme médecin-chef en 1996, racontait une anecdote qui le montrait bien. Il portait la barbe, quand il est arrivé à St. Mary. « Nous avons beaucoup de malades en soins de longue durée, dit-il, et il arrivait souvent au passage d'entendre appeler "Docteur ! Docteur !" J'ai pris l'habitude de me faire interpeller de la sorte.

Mais, peut-être à cause de ma barbe qui avait poussé, un jour, sur mon passage, quelqu'un a crié "Rabbi ! Rabbi !" » De fait, St. Mary comptait alors presque autant de juifs que de catholiques parmi ses patients.

Spécialiste en médecine interne, le Dr McConnell était né à Minneapolis, au Minnesota. Il avait fait ses études secondaires au Carleton College de Northfield, au Minnesota, puis étudié la médecine au Medical College du Wisconsin. En 1973, il avait été embauché à l'Hôpital Royal Victoria. Il avait ensuite passé un an dans une station de recherche en Antarctique, avant d'obtenir son permis pour pratiquer la médecine au Québec, en 1979. Il donnait des cours à McGill et dirigeait les soins ambulatoires au Royal Victoria, quand Peter McCracken lui avait offert un poste de médecin traitant à St. Mary, en 1988.

Tandis que McConnell prenait ses fonctions de médecin-chef, Harty devait se débattre avec un déficit sans précédent de 4 millions de dollars. En plus de sa charge de curé de paroisse, il devait, à l'hôpital, faire face à des problèmes cruciaux : l'afflux de nouveaux patients et de personnel provenant des hôpitaux fermés, en plus de la fuite des cerveaux provoquée par les indemnités de départ volontaire, que le gouvernement faisait miroiter aux médecins et aux infirmières. Et pour compliquer les choses davantage, le déficit global de la santé au Québec frôlait les 250 millions de dollars, la région de Montréal y comptant pour la moitié. Forcé de couper dans les budgets, le ministre de la Santé, Jean Rochon, affirmait que le système était au bord du gouffre. On ferma encore plus de salles d'urgence. Le service Urgences-santé sonna l'alarme, disant qu'il ne pourrait plus fonctionner à cause de toutes ces fermetures. La Régie régionale coupa 52 autres postes à St. Mary, dont 33 d'infirmières. Harty était alarmé par cette saignée. Afin de mieux accommoder les malades, l'hôpital ouvrit une clinique sans rendez-vous, le 1er septembre 1996.

Quand le comité de sélection fut mis sur pied pour choisir un remplaçant permanent à Nucci, ce fut Alain Benedetti, un comptable averti et membre du conseil d'administration, qui en eut la charge. D'origine italienne, Benedetti avait participé aux campagnes de financement et était bien au fait des déficiences invétérées de l'hôpital. Comme il le dit, non sans diplomatie, « j'étais étonné de voir ce qui se passait, et j'exprimais mon mécontentement aux réunions du conseil.

Il fallait du changement, de toute évidence. Une rupture avec le passé. On avait besoin d'une toute nouvelle administration. »

Afin d'en arriver à un consensus, Benedetti entreprit de demander des avis professionnels à l'extérieur sur la façon de gérer l'hôpital. Entre-temps, Harty avait eu vent que Joshi était consulté sur une transformation radicale de l'administration à partir du modèle de Markham Stouffville, et que ses idées étaient considérées sérieusement au conseil d'administration. Tout en étant rassuré de voir « qu'un étranger ne serait probablement pas engagé à la tête de St. Mary », Harty démissionna de ses fonctions avec quelque appréhension. Il accepta un poste de professeur à plein temps en théologie, à l'Université Concordia. Néanmoins, il ne quitta pas ses fonctions de directeur général intérimaire avant que le comité de sélection n'annonce officiellement la nomination de Joshi, le 23 octobre 1997.

Jetant un regard en arrière sur sa carrière de 15 ans à St. Mary, Harty affirma que dès l'instant où il avait mis les pieds à l'hôpital, il s'était attaché aux gens qui y travaillaient. Il ajouta : « C'est un attachement que j'ai encore et que je garderai toujours. Même si on ne s'entendait pas tous sur la façon de régler tel ou tel problème, on avait la même conviction profonde que les soins devaient être centrés sur le patient. » En 2002, Harty fut nommé vicaire épiscopal de la communauté catholique anglophone de Montréal, une fonction qu'il conservera jusqu'en 2011.

CHAPITRE 12

Il y avait du désordre à St. Mary. Ce n'était pas juste une vague, mais un tsunami de changements qui attendait l'hôpital. Une fois encore, St. Mary devait affronter l'avenir.

~Arvind Joshi



La nomination d'Arvind Joshi à la direction générale ferma un chapitre plutôt déprimant de l'histoire de l'hôpital. Avec une promptitude bureaucratique, Joshi propulsa St. Mary dans une nouvelle ère. Il y eut des changements radicaux dans la façon d'administrer l'hôpital. Joshi était un homme de décision, comme dit l'un de ses adjoints : « Il savait ce qu'il voulait et où il s'en allait. Il ne voyait pas seulement la situation dans son ensemble, mais des kilomètres plus loin. »

Une nouvelle équipe administrative allégée entra en fonction pour superviser le passage de la gestion par départements à la gestion par programmes. Dès le départ, dans la première semaine de janvier 1998, la nouvelle administration fut mise rudement à l'épreuve, quand tout Montréal fut paralysé par une tempête de verglas qui laissa la ville sans électricité durant plusieurs jours. Au cœur de cette calamité, l'urgence de St. Mary fit plus que tout autre hôpital de la métropole, en accueillant plus de 800 patients. La plupart furent traités en moins de 12 heures, et quelques-uns seulement durent être hospitalisés plus de deux jours. Comme la crise s'aggravait à travers la ville, l'hôpital fournit un abri temporaire à 900 personnes. Des bénévoles aidèrent à préparer et servir plus de 2 000 repas. St. Mary offrit aussi des services de garderie à la suite de la tempête. Toutes ces initiatives valurent au centre hospitalier une prime d'encouragement de 200 000 dollars du gouvernement.

« Il y eut une période d'adaptation, dit Todd McConnell. Nous étions habitués à travailler avec diverses personnes, tout en nous rap-



Une nouvelle équipe d'administration prend la relève : Bruce Brown, Linda Bambonye et Ralph Dadoun.

portant à un seul gestionnaire. Mais, somme toute, la structure compte beaucoup moins que les patients. Au bout du compte, si on engage un grand gestionnaire de programmes, on obtient un grand programme. Si on engage un gestionnaire médiocre, le programme le sera aussi. Ce sont les gens de la direction qui font foi de tout. » Parmi ceux qui avaient été recrutés pour ce faire, il y avait Ralph Dadoun, nommé vice-président des services corporatifs et de soutien, dans lesquels se trouvait absorbé l'ancien Département des finances. Larry English avait quitté, à point nommé, ses fonctions de directeur financier tout juste avant que la nouvelle administration s'installe, en acceptant un poste semblable à l'Université Concordia.

Pour sa part, la directrice du service des soins infirmiers, Helene McCormack, s'était prévalu de l'indemnité de départ volontaire du gouvernement. Le titre de la fonction fut aboli et Linda Bambonye, qui venait de l'Hôpital général de Montréal, fut nommée vice-présidente des opérations et soins infirmiers. La nouvelle recrue, qui avait

une formation en biologie, était diplômée du Collège Marianopolis, de Westmount. Elle avait travaillé comme technicienne de laboratoire, avant de partir enseigner la biologie au Burundi. Là-bas, elle avait vu l'opportunité d'obtenir un diplôme d'infirmière pour continuer de travailler en Afrique. Elle revint donc étudier à l'Université de Montréal, mais elle ne retourna plus en Afrique. À St. Mary, elle allait avoir la charge non seulement du personnel infirmier, mais aussi de la réadaptation, de l'inhalothérapie et des services sociaux. Les admissions et les archives médicales allaient aussi relever d'elle. Une toute nouvelle équipe s'étant jointe aux soins infirmiers, il faudrait environ deux ans et demi à Mme Bambonye pour rédiger les descriptions de tâches nécessaires et faire que tout marche rondement. Les infirmières, qui avaient auparavant la pleine responsabilité de leurs patients, devinrent parties intégrantes d'un système qui incluait de nombreux professionnels de la santé, dont des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Un cadre fut établi pour faciliter le développement professionnel de tous les professionnels de la santé associés au système.

En février, le Dr Bruce Brown — diplômé des universités McGill, Johns-Hopkins et McMaster et au service du Département de médecine familiale depuis 1976 — fut nommé vice-président aux services professionnels. Parmi les autres changements, il y eut la fermeture de la clinique dentaire de l'hôpital, l'installation du tomodynamomètre hérité de l'Hôpital Queen Elizabeth et la mise à niveau du système informatique. On introduisit, en outre, une gestion intégrée des activités de chirurgie permettant une gestion efficace des ressources. Ainsi, les interventions chirurgicales exigeant une hospitalisation de trois ou quatre jours furent fixées au début de la semaine, et celles nécessitant moins de temps d'hospitalisation, à la fin de la semaine : ce qui permettait à l'hôpital de faire des économies en fermant des lits les week-ends.

St. Mary était sorti de ses épreuves dans un état de cohérence interne qui le distinguait maintenant des autres centres hospitaliers de Montréal. Après la réforme de la structure administrative, Joshi et son équipe entreprirent d'examiner à fond les rapports de St. Mary avec l'Université McGill. Même si St. Mary continuait de remplir ses obligations contractuelles envers l'université, en formant des résidents à

son Département de médecine familiale, le rôle plus large de l'hôpital au sein du système de santé n'avait pas encore été défini clairement. Le Dr Abraham Fuks, doyen de la faculté de médecine à McGill, admit que, dans une perspective de formation et de service, St. Mary était indispensable à l'université.

Une autre rupture radicale avec le passé eut lieu en 1998, avec la nomination de Richard Renaud au conseil d'administration de la fondation de l'hôpital. Comptable agréé, doté d'une personnalité dynamique, Renaud était associé fondateur dans la firme de capital d'investissement Wynnchurch Capital. Diplômé de Loyola, il avait accepté de bon gré d'aider St. Mary parce que, dit-il, « dans le monde d'aujourd'hui, c'est ce qu'on attend d'un élève des jésuites ». C'était un banquier d'affaires qui maîtrisait l'art de ramener les complexités économiques et financières à un niveau accessible au sens commun. Il avait fait fortune en rachetant et redressant des entreprises en difficulté, pour les revendre à profit. Sa philanthropie, aussi discrète qu'active, s'exerçait à partir d'un bureau de Place Ville-Marie, qu'il remplissait d'œuvres d'art canadiennes. Il était vice-président du conseil d'administration de l'Université Concordia et de sa fondation. Il avait contribué à redresser cette université en sabrant 45 millions de dollars dans son budget de fonctionnement. Il avait ensuite recueilli l'argent nécessaire pour aménager la John Molson School of Business et le pavillon des sciences qui porte aujourd'hui son nom. Il a décliné une invitation à siéger au conseil d'administration de l'Hôpital général de Montréal, parce qu'il croyait qu'il pouvait « faire davantage pour St. Mary et y faire aboutir les choses ».

Richard Renaud s'est plongé rapidement dans la vie quotidienne de St. Mary et a entrepris de trouver de nouvelles sources de revenus pour la fondation. Il a créé un fonds de dotation pour rénover le centre de médecine familiale dans l'ancienne résidence des infirmières et augmenter de 25 pour cent par année les objectifs des campagnes de financement de la fondation. Il a dû marcher sur quelques plates-bandes, quand il a pris la responsabilité directe du bal annuel de St. Mary, qui était la chasse gardée des dames auxiliaires depuis 60 ans. Mais, sous sa direction, le bal de 1998 a permis de recueillir 250 000 dollars, soit deux fois plus que l'année précédente. « Ce fut une soirée d'un



Rick Renaud, philanthrope.

esprit renouvelé, sous le thème “Pour l’amour de St. Mary” », comme le rapporta le chroniqueur échetier de la *Gazette*. « Plus de 400 personnes sont venues s’amuser comme des fous... Ce qui a vraiment rajeuni ce bal c’est qu’un grand nombre de nouvelles figures sont venues apporter leur contribution à St. Mary. » Renaud a donné un nouvel élan à la fondation. Il a engagé Cynda P. Heward, qui était directrice du développement à l’Hôpital général de Montréal, pour être la première directrice générale de la fondation. Fille d’un entrepreneur de Vancouver, Mme Heward avait décroché un diplôme en économie de l’Université Queen’s et travaillé comme gestionnaire du marché monétaire chez Wood Gundy, avant de s’illustrer dans la collecte de fonds pour le British Columbia Children’s Hospital. St. Mary n’était pas dans sa ligne de mire. De fait, quand Renaud lui offrit la responsabilité, elle ne savait trop où l’hôpital se trouvait. Néanmoins, elle fut conquise dès sa première visite, comme elle le dit : « St. Mary me rappelait l’atmosphère de l’émission *Cheers*... c’était un endroit où tout le monde se connaissait par son nom, un endroit où les gens comptaient. J’ai été prête tout de suite à m’impliquer pour que le meilleur arrive. »

Il y avait d’autres tournants importants à l’horizon. En 1999, quand son mandat à la présidence du conseil d’administration arriva à son terme, Alain Benedetti recommanda Sarah Prichard pour lui succéder. Cette femme médecin n’avait aucun lien avec St. Mary. Elle était, à toutes fins utiles, une inconnue pour les membres du conseil. Sa nomination marqua une rupture finale avec le « vieux club de gentlemen

irlandais » qui avait dirigé l'hôpital depuis sa fondation. Elle était aussi la première femme à présider le conseil et le premier médecin depuis le président fondateur Donald Hingston, en 1924. Elle se retrouvait alors avec deux fonctions : celle de présidente du conseil, et celle de vice-doyenne des affaires interhospitalières à McGill, où elle avait contribué à élaborer les règles et spécifications des hôpitaux affiliés à l'université. Depuis Guy Joron, il n'y avait eu personne à St. Mary aussi apte à évaluer les intérêts mutuels de l'hôpital et de l'université. Fille d'un médecin britannique, Sarah Prichard était née à Boston, avait grandi à Toronto et étudié la médecine à l'Université Queen's, où elle avait obtenu son diplôme en 1974. Elle avait amorcé sa carrière au Département de médecine du Royal Victoria, où elle était devenue chef de service et directrice de l'unité de dialyse péritonéale. Elle avait enseigné à McGill et reçu, en 1992, le prix Osler. Selon elle, « si St. Mary pensait sérieusement à prendre son essor, il lui fallait devenir plus proactif, et un peu moins passif et débonnaire. La grande difficulté était de hausser les enchères et de recruter un conseil d'administration plus dynamique : des gens qui n'avaient pas nécessairement des attaches sentimentales, historiques ou culturelles avec St. Mary. On a donc invité certaines personnes à se retirer du conseil pour faire place à du sang nouveau. Comme j'étais une étrangère, c'était peut-être quelque chose que j'étais seule à pouvoir faire. » Elle travailla de pair avec Renaud et Joshi pour mettre au point une stratégie qui, « au départ, était de faire appel au gouvernement pour donner à St. Mary le statut officiel d'hôpital affilié universitaire. Ma nomination prenait tout son sens quand il s'agissait de consolider les liens entre St. Mary et McGill et d'amener le gouvernement à désigner l'hôpital comme un établissement autonome d'enseignement, car St. Mary formait déjà 12 pour cent des étudiants de la faculté de médecine de McGill ».

St. Mary célébra son 75^e anniversaire en 1999, avec un bal sous le thème des « folles années vingt ». Plus de 360 000 dollars furent recueillis pour le Centre de médecine familiale. La fondation put ainsi acheter une caméra à rayons gamma pour la médecine nucléaire, ainsi que de nouveaux équipements de dialyse, d'échographie, d'urologie et d'endoscopie. Un film pour la télévision, *One Special Night (Nuit très particulière)*, mettant en vedette Julie Andrews et James Garner,



Cynda P. Heward, P.-D.G. de la
Fondation de l'Hôpital St. Mary.

fut tourné en partie à l'hôpital, cette année-là. Julie Andrews y jouait le rôle d'une pédiatre devenue veuve, qui ne cessait de retourner dans la chambre où son mari était mort. L'actrice, qui a beaucoup aimé le tournage à l'hôpital, a tenu à souligner la gentillesse sans formalités du personnel à son égard.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé, qui passa en revue la situation de l'hôpital cet automne-là, loua l'efficacité de la nouvelle direction et du conseil d'administration. L'organisme soulignait dans son rapport : « Des lignes directrices cliniques et des indicateurs de performance sont utilisés plus largement, et les liens avec la communauté et avec l'Université McGill ont été raffermis. Les groupes communautaires ont désormais un meilleur accès aux services de l'hôpital, un groupe de bénévoles est à pied d'œuvre et plusieurs employés de l'hôpital sont impliqués dans des organismes externes. »

Pour marquer le passage du millénaire, en 2000, un donateur anonyme équipa l'hôpital d'un gymnase complet, doté d'appareils dernier cri pour les exercices aérobiques et la musculation, à l'usage exclusif du personnel. Le 1er février vit l'ouverture d'un centre médical de jour, prévu pour alléger l'engorgement à l'urgence. Axé sur les soins ambulatoires, le centre traita 5 000 patients par année. Certains, qui autrement auraient été hospitalisés, purent récupérer à domicile.



Dre Sarah Prichard, première femme à devenir présidente du conseil de l'hôpital.

Six places étaient réservées aux patients venant de l'urgence. L'infirmière-chef, Sylvie Larocque, déclara : « À l'avenir, seuls les grands malades seront hospitalisés. Nous avons un taux de succès de 90 pour cent : seuls 10 pour cent des patients admis nécessitent des chirurgies. La plupart retournent chez eux, dorment dans leur lit, vont travailler, font du magasinage et restent avec leur famille tout le temps de leur traitement. »

En avril, la fondation de l'hôpital lança un programme de collecte de fonds pour la rénovation des centres de médecine familiale et de naissance. En vue de la supervision du projet, Richard Renaud accéda à la présidence du conseil d'administration de l'hôpital. Et sa sœur Rachel allait devenir présidente du conseil d'administration de la fondation. Des modifications à la loi sur les services de santé exigeaient que le conseil d'administration réduise le nombre de ses membres de 21 à 17 et qu'il fasse place à deux nouveaux représentants : un de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, et un d'une autre institution. Afin de mieux desservir la communauté, l'hôpital lança un site Internet (smhc.qc.ca). Même s'il était déterminé à écarter ce qui n'était plus pertinent pour l'évolution du centre hospitalier, le conseil d'administration prenait soin de maintenir des traditions qui étaient encore importantes pour nombre des amis de St. Mary. Par exemple, on n'avait jamais pratiqué d'avortements à l'hôpital, même s'il ne



James Garner, Arvind Joshi et Julie Andrews sur le plateau d'un film tourné à St. Mary.

s'agissait plus d'une institution catholique romaine. Un terrain fut aménagé pour les enfants morts-nés ou victimes de fausses couches, avec une stèle portant le logo de l'hôpital et l'inscription : « Nos tout-petits / jamais oubliés / pour toujours dans nos cœurs. »

Quand John Sutton, qui avait été directeur de la chirurgie orthopédique durant 12 ans, succéda à Carl Émond comme chirurgien-chef, en 2003, il devint le premier chirurgien non généraliste à accéder à ce poste. Son père avait été chirurgien à l'Hôpital général de Montréal durant un demi-siècle, et son frère aîné, Carl, était aussi un chirurgien orthopédiste. Surnommé « Big Jack » à l'hôpital, Sutton était un diplômé de Loyola et un excellent joueur de football, de baseball et de squash. Il avait obtenu son diplôme de médecine à McGill.

Richard Renaud resta à la présidence du conseil d'administration jusqu'en 2009. Ceux qui lui succédèrent — Marc Trottier et James Cherry — avaient des antennes analogues dans la communauté. Trottier, qui exerça la fonction jusqu'en 2012, a fondé, peu après, la société Gestion de capital Coerente, après avoir été vice-président de Jarislawsky

Fraser. James Cherry, l'actuel président du conseil, occupe la fonction de président-directeur général de la société Aéroports de Montréal.

St. Mary fut propulsé dans une nouvelle catégorie quand le conseil d'administration adressa une requête au gouvernement du Québec, en 2003, pour que l'établissement soit désigné hôpital d'enseignement affilié à l'Université McGill. Compte tenu des excellentes relations que le gouvernement entretenait avec McGill, on s'attendait à ce que la promotion soit presque automatique. Mais rien n'est simple dans le merveilleux monde de la bureaucratie, surtout quand il s'agit du système de santé. À chaque changement de gouvernement — à Ottawa ou à Québec — le milieu retenait son souffle. En avril 2003, le Parti libéral du Québec, sous la gouverne de Jean Charest — qui avait fait campagne en promettant d'améliorer les soins de santé — mit fin à neuf années de règne du Parti Québécois. Le nouveau premier ministre choisit comme ministre de la Santé, un neurochirurgien populaire, Philippe Couillard. Celui-ci (qui d'ailleurs, allait remplacer Charest à la tête du PLQ en 2013) se mit sans délai à l'œuvre. Des nouvelles lois furent promulguées. La Loi 30 réduisit le nombre d'unités de négociation dans la santé et les services sociaux et changea la façon de négocier les conventions collectives. Ainsi, les 14 unités syndicales représentant les techniciens de laboratoire et le personnel de soutien à St. Mary furent ramenées à 4. La Loi 31 autorisa les hôpitaux à donner à contrat plusieurs postes, ce qui entraînait des épargnes. La Loi 25 augmenta le budget des soins de santé et abolit le système des régies régionales, en les remplaçant par deux nouvelles entités administratives : les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (CSSS), qui mirent l'accent sur la prévention, l'assainissement et l'hygiène; et les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), dont le rôle était d'intégrer les services de santé à l'échelle provinciale. St. Mary fit partie intégrante du RUIS de McGill. Alors que sa désignation comme CHAU était encore pendante, l'hôpital continuait de jouer intégralement son rôle d'institution d'enseignement affilié à McGill. Mais, ce qui est plus important, le nouveau gouvernement se montra conscient du fait que St. Mary était sous-financé de 3,2 millions de dollars et qu'il supportait un lourd déficit

de 5 millions de dollars. Les allocations budgétaires augmentèrent quelque peu, et l'investissement projeté de 5 millions de dollars, pour rénover et agrandir l'unité de dialyse, fut approuvé.

Au cours de l'été, l'apparition de cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) à Toronto, poussa St. Mary à restaurer ses chambres d'isolement et à rajuster et coordonner sa politique d'admission avec d'autres hôpitaux de Montréal. Puis, en 2004, une épidémie de *C. difficile* entraîna quelques décès et souleva des inquiétudes sur la difficulté de contrôler certains secteurs de St. Mary. Cependant, la gestion du problème à St. Mary fut jugée bonne par rapport à celle d'autres hôpitaux de même taille.

Cette même année, la Fondation de l'hôpital St. Mary annonça que, depuis que Cynda Heward en avait pris la direction, les revenus s'étaient accrus de 94 pour cent — à cause, en grande partie, d'une subvention de 1,5 million de dollars de la J.W. McConnell Family Foundation, pour le centres de naissances. Les rénovations au Centre de médecine familiale furent complétées en 2005. Quand le bâtiment rouvrit ses portes le 30 septembre, il reçut le nom de Pavillon Norma et Robert Hayes, en l'honneur des beaux-parents (modestes et sans prétention) de Richard Renaud. Décédé en 1981, Robert Hayes était inspecteur dans une usine de câbles. Son épouse, Norma Morara, fille unique d'un couple d'immigrants italiens, avait travaillé 25 ans comme secrétaire médicale tout en élevant quatre enfants. Le pavillon Hayes abrite la clinique des femmes, les services de psychiatrie externe et la clinique d'ophtalmologie, qui a fait l'objet d'un don de la famille Steinberg. Il comprend des espaces pour permettre aux enfants de jouer et aux mères d'allaiter leurs bébés, ce qui crée un environnement familial.

La formation des médecins résidents, au Centre de médecine familiale, a été placée sous la direction d'Alan Pavilanis, professeur agrégé à McGill. Né en France, de parents lituaniens, le Dr Pavilanis a fait ses études au Canada et aux États-Unis. Il a obtenu un diplôme en littérature à Princeton, en 1969, et un diplôme de médecine à McGill, en 1973. Il a été huit ans médecin de famille en Estrie, avant de diriger le Service de médecine de l'adolescence à l'Hôpital de Montréal pour

enfants. En 1991, il a obtenu un diplôme en épidémiologie et en biostatistique à McGill, tout en enseignant la médecine familiale à l'Université de Montréal.

La cérémonie d'inauguration du Pavillon Hayes fut marquante parce ce serait la dernière fois qu'allait y officier un prêtre catholique. Le révérend David Fitzpatrick, prêtre à la retraite résidant à la paroisse St. Veronica de Dorval et ami de la famille Renaud, procéda donc à la bénédiction. En 2005, seulement un patient sur cinq, à St. Mary, se disait catholique; un sur cinq était soit musulman, soit hindou; un sur cinq, juif. Les autres ne révélaient pas leur confession. Puisque l'hôpital était désormais une institution multiconfessionnelle, sa chapelle catholique fut réorganisée pour accueillir des personnes de toute confession; et ce qu'on appelait « service pastoral » fut renommé « services spirituels et religieux ». Le sanctuaire resta intact, mais un coin de prière fut aménagé dans la nef, sans aucune icône ou image religieuses pour quiconque voulait méditer dans une atmosphère non chrétienne.

Sarah Prichard quitta St. Mary pour aller assumer le poste de vice-présidente aux affaires scientifiques et à la recherche au Baxter Healthcare, à Waukegan, en Illinois. Richard Renaud prit sa relève à la présidence du conseil. Le 26 avril, l'hôpital inaugurait son « joyau », en quelque sorte : le centres de naissances, édifié au coût de 2,6 millions de dollars. C'était l'accomplissement d'un rêve de longue date de Constant Nucci. Sous la direction du Dr Robert Hemmings, chef de l'obstétrique et de la gynécologie, le 4e étage comprenait 13 salles de travail et d'accouchement ainsi que des chambres privées agrandies, dotées de spas. C'était — et c'est toujours — l'un des centres les plus modernes et spacieux au Canada. Chaque année, plus de 4 500 bébés voient désormais le jour à St. Mary. Le centre sert aussi de lieu de formation pour des sages-femmes inscrites à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le gynécologue-chef Hemmings, diplômé de l'Université de Sherbrooke, avait travaillé au Royal Victoria et à l'Hôpital général de LaSalle, avant d'entrer à St. Mary.

Les nécessités du développement amenèrent l'administration à concevoir un plan audacieux pour rebâtir St. Mary de fond en comble. Joshi, une fois de plus, souleva la question du statut de centre affilié universitaire de l'hôpital. Juste avant Noël, il se rendit à Québec,

avec Richard Renaud, dans l'espoir d'obtenir le feu vert pour la désignation officielle. Mais, préoccupé par une élection qui allait mettre le gouvernement libéral en minorité, le ministre différa à nouveau la décision. Même s'il n'avait pu obtenir un engagement ferme, Joshi resta persuadé que la désignation était imminente. Il partit en Chine conclure un protocole d'accord avec un hôpital situé à Enshi, dans la province de Hubei. Cet accord permettrait aux médecins chinois spécialisés en ophtalmologie et en obstétrique de venir visiter St. Mary. Dans la foulée innovatrice de l'hôpital, la fondation lança une initiative pour la santé et le bien-être. Le Forum Chrysalide (*Chrysalis Forum*) rassemblerait des femmes travaillant en entreprises et au sein de la collectivité pour des rencontres sans formalités sur des questions de santé. Au mois de mai, la fondation dévoila son nouveau logo, conçu comme un outil de marketing : une figure stylisée embrassant un cœur.

Le projet d'expansion du centre hospitalier, chiffré à 120 millions de dollars, reçut le feu vert du conseil d'administration en novembre 2007. Les principaux travaux portaient sur l'ajout de deux étages à l'aile ouest, l'agrandissement du service d'urgence et des rénovations à l'unité des soins intensifs. Toutes les salles devaient être réaménagées pour ne laisser que des chambres privées ou semi-privées et ainsi, afin de réduire les risques de transmission d'infections à l'hôpital. Un stationnement souterrain serait construit et l'immeuble servant de centre médical, au 5300 Côte-des-Neiges, serait démoli ou entièrement restauré.

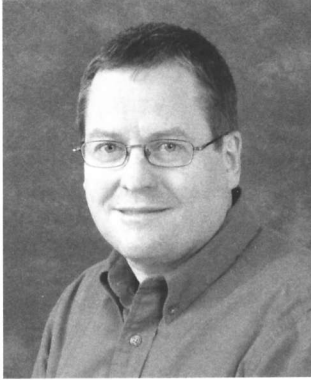
En février 2008, la clinique d'oncologie, conçue pour traiter quatre types principaux de cancer, ouvrit ses portes dans des locaux rénovés au troisième étage. Presque cinq ans après sa requête pour obtenir le statut de centre hospitalier affilié universitaire, St. Mary reçut enfin la désignation officielle du gouvernement. Cela signifiait que le centre hospitalier n'était plus une unité périphérique de l'université, mais un contributeur essentiel aux programmes de recherche et de formation de McGill. Joshi le soulignait en ces termes : « Nous avons toujours été un hôpital d'enseignement de McGill. Ce qui change maintenant, c'est que, quand je m'assois derrière une table avec mon principal partenaire, McGill, je ne le fais plus comme le cousin pauvre.



La Fondation de l'hôpital a son propre emblème.

Avec cette désignation officielle, St. Mary reste autonome, mais se retrouve en meilleure position de négociation, particulièrement au niveau de l'enseignement postdoctorale et de la recherche clinique. Il va sans dire que le soin des patients reste la priorité de l'hôpital. »

À la suite de cette nouvelle désignation, deux nouvelles chaires de recherche de l'Université McGill furent établies. Ces chaires furent financées aussi par la Fondation de l'hôpital St. Mary : l'une en oncologie communautaire; l'autre, vouée à la recherche en médecine familiale et communautaire. En janvier 2010, Jeannie Haggerty fut nommée première titulaire de la chaire de recherche en médecine familiale et communautaire. En avril, Susan Law devenait la première vice-présidente des affaires universitaires. Michael J. Bonnycastle, qui prit la relève de Todd McConnell comme médecin-chef en 2009, dit que la nouvelle désignation faisait maintenant de St. Mary un hôpital à la fine pointe de la technologie et haut de gamme. Le Dr Bonnycastle, qui est né à Montréal et a été opéré des amygdales à St. Mary à l'âge de sept ans, avait encore en poche une carte de l'hôpital à quatre chiffres, ce qui témoignait de son attachement à l'institution. Diplômé de McGill en biochimie et en médecine, il avait fait son internat à l'hôpital, au début des années 1980, puis y était revenu après avoir travaillé à l'Hôpital général de Montréal. Pour lui, « St. Mary s'est



Le Dr Michael J. Bonnycastle, sixième médecin-chef de l'hôpital.

toujours tenu à la fine pointe de la technologie, mais ne s'est jamais soucié de politique autant que des établissements plus importants. Ici, on se consacre au soin des patients. »

Richard Levin, ex-doyen de la faculté de médecine de McGill, réfléchissant sur le rôle que St. Mary avait commencé à jouer en recherche et en médecine familiale, disait : « On peut considérer, non sans ironie, que nous sommes arrivés à l'aube d'une ère de médecine personnalisée, je veux dire un *moment moléculaire*, où la génomique entraînera une amélioration de la santé pour tous. Mais le terme « médecine personnalisée » renvoie également à une meilleure relation entre le patient et le médecin de famille. Dans cette nouvelle ère, le médecin de famille agira comme guide personnel du patient [dans l'interprétation] de son génome qui sera encodé sur une puce. St. Mary est un milieu remarquablement propice à la recherche, où l'on peut scruter à fond des maladies communes et valider des thérapies, ce qui est un atout crucial pour dispenser les meilleurs soins en médecine familiale. »

Au printemps 2010, l'hôpital inaugurerait sa nouvelle unité de dialyse. Trois fois plus grande que l'ancienne, elle se divise en trois zones : une zone centrale, comportant 19 stations de traitement individuel et 5 stations de traitement semi-autonome; une clinique de dialyse péritonéale et une clinique de protection rénale.

CHAPITRE 13

C'est une sacrée réussite. Les seuls outils qu'on avait pour travailler à St. Mary, dans une atmosphère politique exacerbée, c'était le personnel. Dans un sens politique terre à terre, on était drôlement bon. On était toujours prêt à plier les règles administratives aux besoins de nos patients et on y est arrivé.

~Larry English



Il faut dire, au sujet de St. Mary, que si cet hôpital n'avait pas existé, il aurait fallu l'inventer. Dans une époque d'hôpitaux métropolitains impersonnels et de superhôpitaux, St. Mary reste une sorte d'anomalie : un petit établissement de 271 lits, qui a trouvé son créneau dans une grande ville. Aujourd'hui, l'hôpital n'est « catholique » qu'au sens premier du terme : universel. Il demeure une institution à dimension humaine, où les patients reçoivent une attention personnelle, notamment en obstétrique, en oncologie, en radiologie et en médecine familiale. Modèle classique d'hôpital urbain, St. Mary dispose de quelque 250 médecins et 2 000 employés (infirmières et infirmières auxiliaires, professionnels d'autres disciplines de la santé et employés de soutien). Chaque année, on compte plus de 11 000 admissions et 129 000 visites en clinique externe. Cette main-d'œuvre est stable. Comme d'autres centres hospitaliers, St. Mary a dû composer avec une pénurie d'infirmières; plusieurs d'entre elles refusent de faire des heures supplémentaires.

Un certain désordre positif règne à St. Mary : tout ce qui doit être fait l'est, mais non de la façon linéaire qu'on pourrait attendre. Le taux de satisfaction des patients reste élevé; les plaintes sont peu nombreuses : moins de 200 par année. Pour le taux de satisfaction des patients, le ministre de la Santé du Québec a placé St. Mary en tête de liste. En mars 2007, le magazine *L'Actualité* a classé St. Mary parmi les trois meilleurs hôpitaux sur l'île de Montréal. De même, en 2008, une



Pour l'amour de St. Mary, Mélanie Kusicvich, quatre ans, manifeste son enthousiasme. Photo : Tedd Church.

enquête du journal *La Presse* sur les centres de naissance au Québec a donné la meilleure cote à St. Mary : cinq étoiles. Un rapport du gouvernement en 2010 a reconnu St. Mary comme l'hôpital le plus efficace — et le plus sous-financé — de la province. En 2013, l'Institut canadien d'information sur la santé, qui surveille le fonctionnement des systèmes de santé à travers le Canada, l'a classé comme l'un des hôpitaux les plus performants de Montréal. Et Agrément Canada lui a accordé la note presque parfaite de 95 pour cent.

Si St. Mary est devenu un hôpital exemplaire, ce n'est pas par hasard. Si on a évoqué à son sujet « un mélange de bons vieux Irlandais combattifs, de fidèles diplômés de Loyola et de personnes dévouées de tous les coins du monde », il est vrai que sa fondation a été un geste inspiré. Les fondateurs, la Révérende Mère Morrissey et Donald Hingston, considéraient la médecine comme une mission et un ministère, non comme une entreprise. La Sœur St. Simon et une légion d'autres religieuses, infirmières et auxiliaires bénévoles ont soigné avec grande compassion. Les sœurs Melanie et Mary Felicitas ont augmenté le degré de confiance des patients. David Kahn a fait rayonner l'hôpital après la Deuxième Guerre mondiale. John Howlett et Guy Joron ont tissé les liens avec l'Université McGill. Richard Moralejo a piloté l'hôpital à travers des années de croissance mouvementée. Constant Nucci a maintenu l'intégrité de l'institution et ne s'est pas aventuré dans des projets scientifiques coûteux, attrayants à court terme. Enfin, Arvind Joshi a fait bénéficier l'hôpital de son savoir-faire administratif, quand l'institution en avait le plus besoin. Il faut dire aussi qu'une fraternité de médecins formés à St. Mary, et non payés à leur époque, a été bien consciente de l'importance de transmettre son savoir à d'autres générations. Avec leur diversité professionnelle, les médecins de St. Mary ont toujours travaillé en collégialité. Ils semblent mus autant par leur appartenance à l'hôpital que par leur devoir de médecin et ils travaillent fort, comme il se doit.

« À mesure que la médecine se fait plus complexe et exige des installations perfectionnées, les grands superhôpitaux deviennent des lieux où on ne peut qu'enseigner », comme l'explique Richard Cruess, ex-doyen de la faculté de médecine de McGill et membre du conseil d'administration de la fondation du centre de santé de l'université. Il

poursuit : « St. Mary a toujours excellé dans les programmes de soins primaires. Jusqu'à la fin du XXe siècle, les hôpitaux d'enseignement pouvaient servir d'établissements de recherche universitaire, tout en fonctionnant comme de vrais hôpitaux généralistes. Il était alors possible pour les étudiants et les stagiaires d'apprendre les soins primaires et la médecine spécialisée en un seul lieu. Mais ce n'est plus le cas. L'évolution du centre hospitalier universitaire en un établissement de haute spécialisation, axée d'abord sur des cas complexes, y a rendu impossible l'enseignement complet de la médecine. Car les patients qui y sont traités ne présentent plus l'éventail des maladies humaines que tout médecin doit étudier. Alors, les hôpitaux communautaires de même que les cliniques communautaires et les cabinets de médecins généralistes sont maintenant essentiels pour léguer l'expertise nécessaire aux futures générations de médecins. L'hôpital St. Mary a toujours été apte et disposé à aller dans cette voie. »

Harold Zackon fait remarquer : « Le nombre de spécialistes que nous avons n'est qu'une fraction de ce que compte les grands hôpitaux. Mais il serait exagéré de dire que nous sommes le cousin pauvre. La perception générale est qu'on bénéficie de meilleurs soins à St. Mary que dans d'autres hôpitaux cinq fois plus grands. C'est toujours un sujet d'étonnement pour moi de voir comment un hôpital disposant de ressources aussi limitées a si bien su se positionner. »

Laissons ici parler un patient. Jusqu'à sa mort en 2006, Patrick Letang a été lié à l'hôpital, d'abord comme concierge, puis comme patient. Né à St. Mary en 1959, il y a travaillé avant de faire carrière à la radio. Atteint d'un cancer colorectal, il a choisi d'être traité à St. Mary. Il a participé au bal de l'hôpital en 2006, afin de contribuer à recueillir des fonds pour le nouveau centre d'oncologie. Sa décision d'être traité à St. Mary allait de soi, dit-il : « L'hôpital n'a jamais flanché, malgré les embûches et les périls affrontés au cours des années. Il a rehaussé, haut la main, les normes de traitement médical sous tous les aspects. Quand je pense à St. Mary, je revois l'inscription affichée au mess des officiers dans la série télévisée M.A.S.H. : « BEST CARE ANYWHERE (les meilleurs soins du monde). » Pour moi, malgré ses limites, St. Mary, comme le dispensaire de M.A.S.H., offre les meilleurs soins du monde. »

Tout cela s'est fait malgré des compressions incessantes et un financement incertain de la part du gouvernement. En 2010, Québec décréta que les hôpitaux devaient réduire de 10 pour cent leurs coûts d'administration, et de 25 pour cent leurs dépenses en éducation et en relations publiques. Toutefois, malgré ces nouvelles compressions, St. Mary présentait, au moment d'écrire ces lignes, un déficit gérable de 5 millions de dollars et composait avec ce que le doyen de médecine de McGill appelait « la dure réalité des liquidités ». Dans un secteur régional de la santé, tout fonctionne sous une seule administration : ce qui marche bien en théorie, mais pas toujours en pratique. « St. Mary est issu d'une communauté spécifique, avec un rôle spécifique », de dire David Eidelman, actuel doyen de médecine à McGill. « C'est un établissement important pour McGill, mais sur un plan historique, les gouvernements agissent avec stratégie et, pour le gouvernement, St. Mary est un cas particulier, un hôpital d'enseignement dirigé par des médecins de famille. Idéalement, on voudrait voir cet hôpital devenir le quartier général de la médecine familiale, tout comme le Département de médecine de l'université a son siège au Royal Victoria et le Département d'oncologie, à l'Hôpital général de Montréal. » On craint, cependant que le gouvernement ait d'autres desseins en cours de route et qu'il donne à St. Mary une autre assignation au sein du système régional de santé. « Si cela se produisait, dit Eidelman, l'hôpital n'aurait plus son propre conseil d'administration. Ce serait un désastre, parce que l'établissement ne pourrait plus tracer sa propre voie. Nous ne sommes pas inquiets outre mesure, mais nous devons rester vigilants. St. Mary présente nombre de modèles de traitement qui sont supérieurs à ce qui se fait dans bien d'autres hôpitaux. C'est un établissement des plus efficaces. »

En vue de sa succession, Arvind Joshi préparait une stratégie d'embauche pour propulser St. Mary dans une nouvelle ère. Il y avait eu relativement peu de changements ou d'ajouts au sein du personnel administratif dans les deux dernières décennies. En 2002, Élisabeth Dampolias avait été nommée coordinatrice des ressources humaines; six années plus tard, elle avait été promue vice-présidente des ressources humaines. Donna Tataryn avait succédé à John Sutton, comme chirurgienne-chef, en 2012. Bruce Brown avait quitté son poste de vice-

président aux services professionnels, en juillet 2012. Il avait été remplacé par Lucie Opatrny, médecin d'origine tchèque née au Canada. Détentrice d'une maîtrise en administration médicale de Havard et spécialiste des problèmes médicaux liés à la grossesse, la Dre Opatrny avait dirigé la clinique médicale de l'OACI (Organisation de l'aviation civile internationale) durant cinq ans, avant de travailler au Royal Victoria. Elle était entrée à St. Mary, l'année précédente, pour être directrice médicale de la qualité. « Parmi ses concurrents hospitaliers, dit-elle, St. Mary fait mieux en termes de satisfaction de la clientèle et de rendement. Sur le plan clinique, nous dispensons d'excellents soins, mais dans l'immédiat nous devons identifier avec précision nos points de référence afin d'obtenir une vision claire de ce qu'il faut améliorer. »

Au début de 2013, le Dr Arvind Joshi demanda au conseil d'administration de ne pas renouveler son mandat de directeur général. Après quatre mandats de quatre ans, il souhaitait se retirer avec une réputation et une intégrité intactes. Il déclara, en guise de testament : « Nous avons pris en main un hôpital dont le personnel hautement qualifié offre des soins empreints de compassion. Grâce à la stabilité dont il bénéficie maintenant, il jouit d'une position enviable pour l'avenir. » Le Québec est fort en biotechnologie et il aura besoin de CHU et d'instituts forts pour attirer les meilleurs techniciens et les meilleurs universitaires au monde, afin de soutenir sa réputation : des gens, par exemple, qui feront les premières transplantations de cerveaux. Les superhôpitaux, dans leur forme finale, devront se consacrer davantage aux soins tertiaires et quaternaires, et moins aux soins primaires et secondaires. Il y aura donc un afflux de cas primaires et secondaires à St. Mary. Cela ne fait aucun doute pour moi. Le mauvais côté de la chose est que le gouvernement n'a pas de fonds additionnels à nous allouer et nous redoutons de voir le fossé s'agrandir. »

Le Dr Samuel Benaroya, vice-doyen des affaires interhospitalières à McGill et membre du conseil d'administration de St. Mary, a bien confiance de voir l'hôpital rester partie intégrante du réseau d'enseignement de l'université, même si l'établissement doit « se débattre avec les contraintes financières et les incertitudes politiques au Québec ». Un exercice de planification stratégique a abouti à quatre piliers sur

lesquels bâtir. Le Dr Benaroya résume : « L'un de nos points forts est de ne pas être un hôpital spécialisé. Donc, en premier lieu, nous devons raffermir notre rôle de leader en médecine familiale. En deuxième lieu, nous tirons une fierté légitime de desservir une clientèle multiethnique : nous sommes un phare pour d'autres hôpitaux à cet égard. En troisième lieu, nous ne sommes pas seuls au monde : la participation et le partenariat s'imposent donc avec les institutions avoisinantes. Enfin, nous devons rehausser la mission universitaire de l'hôpital. La désignation de St. Mary est bien spécifique. C'est un hôpital communautaire qui a d'importantes responsabilités en matière de recherche et d'enseignement. »

Au moment où St. Mary se prépare à accueillir une nouvelle génération de dirigeants, il est difficile de trouver un mot ou une phrase qui en dirait, de juste façon, tout l'esprit. Ceux et celles qui ont été patients à St. Mary, ceux et celles qui y ont travaillé et ceux et celles qui ont eu la charge de diriger l'hôpital ont compris le miracle d'une institution qui, chaque jour, accomplit plus que ce que personne, y compris ses fondateurs, n'aurait jamais pu imaginer.

POSTFACE

Le 28 août 2014, le conseil d'administration du Centre hospitalier de St. Mary a annoncé la nomination de Ralph Dadoun au poste de directeur général et chef de la direction.

Ralph Dadoun a débuté sa carrière à titre de chercheur à l'Institut neurologique de Montréal. Membre du personnel de St. Mary depuis 1987, il a occupé le poste de directeur administratif des services diagnostiques et thérapeutiques, puis de vice-président des services corporatifs et de soutien, avant d'agir à titre de directeur général et chef de la direction par intérim depuis juillet 2013. Gestionnaire très respecté, il a contribué à ce que St. Mary se taille une place de choix dans le réseau de la santé.

INDEX

- Abbott, Douglas 69
Accident de noyade 127
Affaire Keyserlingk 179-81, 182-84, 186, 190
Affaire « Mourir en français » 150-152
Agnew, Peckham and Associates 125-126
Agrément Canada 212 ; *anciennes désignations* : Conseil canadien d'agrément des hôpitaux 130, 143-144; Conseil canadien d'agrément des services de santé 185, 201
Alexandre de Tunis, Lord 71, 77
Altimas, Gerald 53, 71-72, 105
Altimas, Tom 71
American College of Spine Surgeons (Collège américain des chirurgiens du dos) 131
Andrews, Julie 200-201
Archibald, John 3, 41
Association des hôpitaux du Québec 118
Association des médecins d'urgence du Québec 171
Assurance maladie 111, 116-117, 122, 126, 131, 132, 145, 162, 165
Attitudes religieuses 84-85, 117
Attitudes sociales 84-85
Ayroud, Yasmine 176
Bal annuel de St. Mary 50, 69, 71, 77, 95, 116, 126-27, 132-33, 162, 198-99, 213
Balbanian, John 168
Ballantyne, James 41
Bambonye, Linda 196-97
Bartel, George 79, 102
Batshaw, Harry, juge 88
Beaubien, Louis 86
Beaudin, Jean 181
Bell (compagnie de téléphone) 9
Benaroya, Samuel 215-216
Benedetti, Alain xv, 193-94, 199
Bennett, Richard Bedford, premier ministre du Canada 1
Bennett, William 123, 125
Benoît XVI 160
Berry, Gerald 160-61, 163, 181
Bertrand, Jean-Jacques, premier ministre du Québec 128
Bessborough, 9^e comte de 1, 2
Bilinguisme 146, 148, 152, 175
Binkhorst, Cornelius 124
Birks 27
Boivin, Roch 120
Bonnycastle, Michael J. 208
Bourassa, Robert, premier ministre du Québec 132
Bourke, Barbara Brown 155
Bourne, Wesley 25, 66, 84
Boyle, Mary 35

- Brady, abbé Philip 36
 Brannen, John, colonel 55-56
 Brassard, Normand 185-86
 Brown, Bruce 197, 214-15
 Bruchési, archevêque Louis-Joseph-
 Napoléon-Paul 13, 15, 16-17, 19
 Burke, Genevieve 96
 Busat, William (Bill) 147-48, 150, 163
 Byrne, Norman 180, 190
- Cahill, abbé Charles 117
 Callaghan, abbé Luke 37-38
 Champion, Florence 23
 Canadair 65
 Canadien National (compagnie de
 chemin de fer) 3
 Canadien Pacifique (compagnie de
 chemin de fer) 17, 22
 Cardinal, François-Xavier 40
 Carter, abbé Alex 54
 Casey, sœur Mary-Ann 48
 Cassidy, Gordon 64, 106-07
 Castleman, Benjamin 92
 Castonguay, Claude, ministre des
 Affaires sociales 120, 132, 140
 Catholiques anglophones 2, 8, 10-11,
 15, 31, 36, 68, 98, 151, 194; besoin
 d'un hôpital 11-13, 23, 38; direc-
 teurs de St. Mary 17, 121-122
C. difficile 205
 Cégep (Collège d'enseignement gé-
 néral et professionnel) 134, 137
 Centre canadien d'architecture 22
 Centre canadien de référence sur les
 tumeurs 118
 Centre d'hébergement Father-
 Dowd 175
 Centre hospitalier de St. Mary : Ad-
 ministration laïque 12, 15, 17, 29,
 32, 34, 124, 133, 138-39, 186; Affilia-
 tion à des universités 181-82, 204,
 206-207; voir aussi Université
 McGill; Agrément voir Agrément
 Canada Aile est 6 ; Aile ouest xiii,
 6, 51, 62, 109, 116, 120, 124-25, 130,
 131, 143, 155, 207; Anniversaires 76,
 77, 133, 157, 162, 200; Architectes
 3, 7, 22, 40-41, 65, 98, 120, 125-26,
 154; Atmosphère de travail 6, 43,
 61, 70, 73, 80, 97, 116, 133, 162, 184,
 185, 199, 212; Banque de sang et
 clinique de collecte de sang 47, 56;
 Bénévoles (Association des dames
 auxiliaires, Comité de maternité,
 Auxiliary of St. Mary's Hospital,
 Belles de St. Mary, Union of Hos-
 pital Volunteers, Nightingales)
 23-24, 26, 38, 50, 59-60, 69, 71, 86,
 100, 103, 114, 116, 122, 133, 157, 164,
 195, 198, 201, 212; Bibliothèque 90-
 91, 126, 143-44, 190; Campagnes de
 financement 16, 24, 28, 35-37, 39,
 50, 51, 59, 64-65, 77, 86, 98, 106, 113,
 120, 122, 155, 173, 190, 193, 198; Cen-
 tre d'études sur le vieillissement
 181; Centre d'hémophilie 91; Cen-
 tre médical de jour 201; Certifica-
 tion 7; Changement de nom 122,
 145; Chapelle 3, 28, 86, 90, 98, 106,
 206; Charte corporative 17, 31-32,
 121-22; Classement de l'hôpital 50,
 175, 210-212; Comité de maternité
 50, 52, 69, 71, 72, 100; Conseil d'ad-
 ministration, conseil central 15,
 17-18, 19, 29, 31-32, 36, 37, 41, 48-49,
 54, 58, 67, 69, 74, 83, 106, 108, 112,
 115, 117, 120, 121-22, 123, 125, 128, 131,
 132, 143, 145, 148, 150, 154, 156, 179,
 180, 182, 190, 194, 198, 199-207, 214-
 15; Conseil des médecins et den-
 tistes 163, 164; Conseil des méde-
 cins, dentistes et pharmaciens 179-
 180, 182; Conseil médical 27, 28-29,
 44, 64, 67, 84, 106, 120, 122, 139;
 Construction et expansion xi,
 xiii, xiv, 7, 18, 37, 40-41, 63-64, 67,
 75, 98, 100, 104, 112, 116, 120, 124-25,
 129, 143, 207; Crise des laboratoires

- 184-185; Débuts et inauguration xiii, 1-3, 7, 13-15, 41; Déficit 28, 47, 50-51, 59, 69-70, 112, 157, 167, 170, 177, 188, 191-92, 194, 204-05, 214; Dossiers médicaux et archives 88-89, 129, 187-188, 197; École des infirmières 12, 18, 20, 34, 57, 78-79, 81, 109, 114, 127, 134, 136-37, 152; Emplacement 1, 20, 21, 29, 40; Énoncé de mission 7; Éthique 3, 177, 180; Fermeture du premier hôpital 32; Finances et budget 18-19, 21, 24, 30-33, 41, 47, 50-51, 55-59, 63, 68-70, 85-86, 106, 111, 115, 135, 138, 150, 157, 163, 165, 167, 188, 190, 192, 193, 205; Fondation de l'Hôpital St. Mary 138, 150, 156, 164, 168, 178-79, 190, 198, 200, 202, 205, 207-08; Gériatrie et Centre d'étude sur le vieillissement 152, 175, 181; Hôpital catholique 2, 68, 95, 98, 138-39, 174-75, 192-93, 202, 206, 212; Hôpital d'enseignement 65-66, 84, 106, 118-19, 124, 130, 134, 163, 181-82, 204, 206, 207, 214; *voir aussi* École des infirmières; Installations 3, 6-7, 20, 25, 45, 72, 97-98, 109, 115, 120, 126, 162-63, 201, 206; Interdiction de fumer 163; Internes 3, 6, 11, 44, 46, 61, 62, 65, 67, 72, 74, 78, 80-82, 105, 109, 122-23, 131-32, 134; Lits (nombre et taux d'occupation) 6, 36, 62, 63, 68, 74, 77, 86, 119-20, 122, 126, 152, 162, 167, 170, 177, 190, 197, 210; Maternité, accouchements et Centre de naissance xiv, 6, 45-48, 50, 52, 62, 71-72, 88, 105-06, 126, 132, 140-41, 173, 179, 186, 189-90, 202, 205-06; Médecine familiale (département et centre) 130, 142, 154, 170, 175, 177, 181, 198, 200, 202, 205, 208-210, 214, 216; Médecins spécialistes 24, 45, 49, 64, 79-84, 91-92, 103-04, 107, 110, 122, 131, 142, 152, 169, 176, 185, 193, 213; Multiethnique xiv, 80-83, 95, 98, 132, 154-55, 206, 216; Obstétrique et gynécologie 7, 45-46, 48, 52, 54, 71, 72, 105, 124, 130, 132, 140, 142, 153, 164, 168, 185; Oncologie xiv, 135-36, 176, 187, 207; Patients traités 3, 11, 13, 26, 28, 42-43, 48, 56, 62, 72, 85, 97, 98, 102, 116, 120, 122, 126, 157, 170, 193, 201, 202, 210; Personnel, effectifs 3, 21, 26-27, 43, 45, 49, 52, 56, 61, 70, 73-74, 81, 103, 106, 121, 124, 132, 148, 154, 156, 170, 176, 182, 184-85, 190, 193, 204, 210, 214; Portes ouvertes 73; Programme de formation 125, 168; Projet 2000 173, 175; Relations avec l'Université McGill *voir* Université McGill; Réouverture 35; Réputation et satisfaction xiv, 26, 45, 47, 73, 76, 88, 123, 175, 179, 201, 210, 215; Salaires 34, 41, 56, 68, 115, 121, 122, 131, 133-135, 145, 172, 175; Services en français *voir* Langue française; Soins médicaux exemplaires 71, 122, 130, 135, 154, 188-89, 208, 213, 214; St. Mary's Memorial Hospital 1-2, 32, 122; Technologies médicales 68, 72, 120, 135-36, 166, 184, 190, 208; Terrain 40, 51, 68, 104, 114, 168; Unité d'hémodialyse 116, 131-32, 200, 205, 209; Urgence 7, 65, 109, 126, 131, 149-50, 162, 167, 170-71, 175, 178, 190, 195, 201, 207
- Charest, Jean, premier ministre du Québec 204
- Charte de la langue française *voir* Loi 101
- CHAU (Centres hospitaliers affiliés universitaires) xiii, 189, 204
- Chaumont, évêque auxiliaire Joseph-Conrad 89
- Cherry, James 204
- Chicago 3

- Chopin, Aloysius 23, 41, 54, 68, 69, 70, 73, 102
- Choquette-Paulin, Guylaine 144
- CHU (Centres hospitaliers universitaires) 189, 215
- CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal) xiv
- Clarke, Desmond 98
- Clarke, Stanley 98, 120, 138, 156
- Claxton, Brooke 69
- Clement, Peter 148
- CLSC (Centres locaux de services communautaires) 175
- Cloutier, Jean-Paul 120
- Club de golf Summerlea 181
- Cochrane, Mme James 16, 23
- Cohen, Jack 141
- Cole, Martin 176
- Coligan, sœur Melanie 97, 108-109, 116, 122, 126, 134, 139, 141, 147, 212
- College of American Pathologists 190
- Collège des médecins du Québec 142
- Collège des médecins et chirurgiens du Québec 115, 123, 179
- Collège Mont-St-Louis 1
- Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada 84, 93, 142-43
- Commission de surveillance de la langue française 146, 150-51, 154
- Commission des normes du travail du Québec 177
- Commission générale des hôpitaux catholiques de la province de Québec 115
- Communauté anglophone 1, 9, 13, 69
- Communauté irlandaise catholique xiii, xiv, 14, 36, 47-48, 175, 192
- Conférences commémoratives Hingston 90, 110
- Connolly, W.E.S. 145
- Controverses linguistiques 148, 151-56; *voir aussi* Langue française
- Corbett, Nadine 100
- Côte-des-Neiges 1, 34, 40, 114
- Côte-des-Neiges, édifice 5300 chemin de la xiv, 207
- Côté, Marc-Yvan, ministre de la Santé 171, 178
- Couillard, Philippe, ministre de la Santé 204
- Coughlin, Larry 187
- Crise d'Octobre 132-33
- Cronin, Patrick 119
- Crosbie, John, ministre de la Justice du Canada 162
- Cross, James 132
- Crowley, archevêque auxiliaire Leonard 164
- Cruess, Richard 189, 212-13
- CSSS (Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux) 204
- Cuddihy, Basil 47
- Curran, Patrick 53
- CUSM (Centre universitaire de santé McGill) xiv, 189
- d'Abreu, Pamela 81
- D'Abadie, Frank 107
- Dadoun, Ralph xvi, 166, 189, 190, 196
- Daly, George 83
- Daly, William J. 18
- Dampolias, Élisabeth 188, 214
- Danilov, Boris 123
- Collège Dawson 134
- David, Louis-Athanase 33
- Deguire, Pierre 40
- Dépression, la Grande xi, 1, 3, 32, 37, 41, 47-48
- Devlin, Francis "Frank" 14, 18, 29
- Devoir, Le* 154
- Diefenbaker, John, premier ministre du Canada 112
- Dillon, Joseph Henry 1

- Dinan, Jack xv, 25, 32, 43, 53, 64, 66,
75, 86, 107, 120, 129, 131, 148-49, 151
- Dixon, Frank 90
- Dohan, John 49
- Doherty, Charles, juge 18, 21
- Dolan, Harold Sylvester 54-55, 64,
84, 107
- Donahoe, John Emmett 53
- Donovan, Dorothy 28
- Douglas, Tommy, premier ministre
de la Saskatchewan 111
- Drake, Les 97
- Drapeau, Jean, maire 100
- Duclos, Gaston 104, 124, 144
- Duff, Lyman 91, 107
- Duffy, Margaret 100
- Duffy, Peter xvi, 162, 170-71
- Duffy, St. Clair 100
- Dufresne, McLagan and Associates
57-58
- Dugas, mère Marie-Louise-Octavie
34
- Duhaime, Constance 80-81
- Duplessis, Maurice 65, 67-68, 77-78,
83, 106
- Dylewski, Joe xvi, 161
- d'Youville, Marguerite 34
- Dziwisz, Stanislaw 160
- Echoes* 101
- Église catholique romaine 12, 13, 17,
112, 117, 132, 138-39, 155, 182
- Eidelman, David 214
- Émond, Carl 157, 180, 183, 203
- English, Larry 167, 196
- Épidémie de typhoïde 28
- Essig, Karl 80, 81-82, 94
- Expo 67 123-124
- Fabre, archevêque Édouard-Charles
13
- Farfan, Harry 130
- Federation of Catholic Charities 37,
38, 49, 86, 98
- Feeney, Neil 50, 107
- Femmes, droits 22; rôles 46-47, 48
- Financement gouvernemental et
restrictions budgétaires 23, 57, 63,
65, 67-68, 69, 86, 100, 112-113, 115,
120, 129-30, 157, 162-163, 170, 184,
204, 214, 215
- Fitzgibbon, Olive 25, 26, 27, 28, 30,
136
- Fitzpatrick, révérend David 206
- Flight from Woman, The* 74
- Fondation de l'hôpital St. Mary voir
Centre hospitalier St. Mary –
Fondation de l'hôpital
- Fondation Gustav Levinschi 178
- Foran, Joseph 32
- Forum Chrysalide (Chrysalis Forum)
207
- Francis, Annette 114
- Fraser, John R. 62
- French, Richard 154
- Front de libération du Québec
(FLQ) 132
- Frost, Stanley Brice 66
- Fuks, Abraham 198
- Fusion d'hôpitaux 188-89
- Fusion Farfan du bloc facettaire 130
- Gallagher, James 67, 74, 76
- Gallagher, sœur Muriel 136
- Gallery, Katherine 50
- Gamelin, Émilie 33
- Garner, James 200-201
- Gaslin, Thomas J. 24, 28
- Gauthier, évêque Georges 2, 7, 17, 29,
30, 31, 37-38, 59
- Gauthier, Serge 181
- Gazette, The* 2, 21, 42, 61, 78-79, 127,
154, 198-199
- Gerrie, Jack 47
- Gillies, Sir Harold 47
- Glay, Adolph 81
- Godbout, Adélard, premier ministre
du Québec 63, 65

- Godin, Gérald 155-156
 Golf, tournoi de 181
 Goodall, James 45, 47, 56
 Gordon, E. J. 127
 Gouvernement péquiste *voir* Parti Québécois
 Grassby, Robert 146, 150, 156
 Gray, Henry Robert Dunstan (obstétricien) 24, 45-46, 48, 71-72
 Gray, Sir Henry (chirurgien) 43-44
 Grégoire, Jean 112
 Griffintown 13, 48
 Gruner, Peter 135-36
 Guerin, John James 14, 18-19
 Guerre mondiale, Première 13, 14, 16
 Guerre mondiale, Seconde 52, 55, 61, 65
 Gutkowski, Andy xvi, 159-60
 Guy, Paul 151
 Guzman, Antonio 107
- Haggerty, Jeannie 208
 Hall, Emmett 112
 Halperin, Harvey 142
 Hanley, Frank 100
 Harris, Cecil 91, 118
 Harty, Mgr Sean, vicaire épiscopal xv, 155, 168, 177-78, 181, 182, 187-88, 191-194
 Hayes, Robert 205
 Heffernan, abbé Thomas Francis 36
 Hemmings, Robert 206
 Henry, John 155
 Heward, Cynda P. xvi, 199, 205
 Hildegarde, sœur Mary 71-72, 78, 79
 Hingston, Aileen 12
 Hingston, Andrea 54-55
 Dîner annuel Hingston 78
 Hingston, Donald : chirurgien et professeur 10, 14, 16, 24, 44, 64; décès 78-79; dirigeant de banque 12, 63; écrits xv, 78; co-fondateur de l'hôpital, administrateur et président du conseil xiii, 2, 3, 12, 13, 15, 17-22, 27-30, 31, 32, 33-35, 36, 37-38, 40-41, 54, 56, 63-64, 65, 67, 76-77, 78, 89-90, 200, 212; personnalité xiii, 8, 11
 Hingston, Lady Margaret 23, 35
 Hingston, William (prêtre) 16
 Hingston, Sir William (chirurgien et sénateur) xv, 10, 12
 Hoen, Thomas 45
 Hongrie, Révolution de 1956 en 103
 Hôpitaux :
 Centre universitaire de santé McGill 188-89
 Hôpital Catherine Booth 71, 105, 140-41
 Hôpital Douglas 73
 Hôpital général de Montréal 11, 45, 47, 51, 83-84, 109-110, 123, 125, 140, 188
 Hôpital général juif 116, 188, 189
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont 179
 Hôpital Notre-Dame 11, 13, 40
 Hôpital Queen Elizabeth 140-141, 166, 187-88, 197
 Hôpital Royal Victoria 11, 32, 45, 47, 51, 55, 83-84, 123, 125, 140, 188
 Hôpital St. Mary *voir* Centre hospitalier de St. Mary
 Hôpitaux communautaires xiii-xiv, 2-3, 123, 130, 142, 155, 169-170, 216; fermeture 140-141, 156, 187
 Hôpitaux protestants 11, 55
 Hôtel-Dieu de Montréal 8, 9, 11, 15, 26, 32
 Institut Allan Memorial 73
 Institut Nazareth 51, 64
 Markham Stouffville Hospital 189, 194
 North Central Bronx Hospital 147
 Passavant Memorial Hospital 3
 Protestant Insane Asylum *voir* Hôpital Douglas

- Queen Mary Veterans Hospital
(devenu l'Institut universitaire de
gériatrie de Montréal) 64, 90, 116
Reddy Memorial Hospital 140-41,
187-88
St. Anne's Hospital 95
St. Bernard's Hospital 26
St. Joseph's Auxiliary Hospital 137
St. Mary's Memorial Hospital *voir*
Centre hospitalier de St. Mary
St. Patrick's Hospital 10-11
Western Hospital 11, 45
William Hingston Memorial Hospi-
tal 12
Hospitalières de St-Joseph xv, 8, 10,
11, 12, 16, 19, 20, 31, 32
Houde, Camillien, maire 7, 38, 69
Howe, Clarence Decatur (C. D.) 123
Howlett, John 107, 124, 143, 212
Hughes, Raymond 49-50
Hurley, Gerard 90-91
Hynes, Leonard 115
- Infirmières xi, 6, 11-12, 17, 19, 25, 27-
30, 32, 34, 43, 48, 56-57, 60-61, 62-
63, 64-65, 67-68, 74-75, 76, 80, 81,
87, 98, 114, 117, 122, 134, 136, 157,
163, 170, 171-172, 179, 185, 193, 197,
210; *voir aussi* Religieuses infir-
mières et Centre hospitalier St.
Mary – École d'infirmières
Institut canadien d'information sur
la santé 212
Institut des contrôleurs et des
comptables d'hôpitaux de la pro-
vince de Québec 147
Irish Rangers 13, 24, 49, 55
Isomura, Soichi 118
It's Happening at St. Mary's 155
- Jacobs, sœur Mary Elaine 137
James, Frank Cyril 83
James, Joseph 14
- Jeanne Mance 8, 32
Jean-Paul II 159
Johansson, Joyce 187
John Molson School of Business 198
Johnson, Daniel 120, 128
Joron, Guy E. xv, 79-80, 84, 108, 122-
23, 124-25, 132, 136, 149, 152, 176,
200, 212
Joshi, Arvind K. xii, xv, 168-70, 179,
184; directeur des services profes-
sionnels 185-86, 189, 194; directeur
général 194, 195, 197, 200, 206-07,
212, 214-15
Joyal, André 128
Juifs 48, 68, 98, 121-122, 193, 206
- Kahn, David xv, 91-92, 93, 107, 118,
121, 160-61, 212
Kaneti, Jozef 141
Kavalec, Conrad 145
Kearney, sœur Mary Flavian 60
Kelly, Roger 42
Kelman, Charles 144
Kennedy, Jacqueline, 95-96
Kennedy, James A. 54, 63, 67
Kennedy, John Fitzgerald, sénateur
95-96
Kennedy, Rose 95
Keyserlingk, John R. 139-40, 150-51,
176-177, 181, 182-84, 186
Kierans, Eric 115, 119-20
Kindellan, Dennis F. 128
King, Mackenzie, premier ministre
canadien 1
Krash boursier de 1929 2
Kwitko, Marvin xvi, 124, 144-45,
182
- Lac des Deux-Montagnes 6, 79
Lacombe, avenue xiii, 1, 3, 43, 51, 62
Lac Saint-Louis 6
L'actualité 210
Lafave, Jack 74

- Lalonde, Anne 28
 Lama, Jeanne 8
 Lane, Baby 132
 Langue française et évolution linguistique 104, 118, 146, 150-51, 154, 156, 175
 Lanthier, John Cecil 25, 49
 Lapointe, Constance 142, 177
 Laporte, Pierre 132
 Larivière, Mario 187
 Larocque, Sylvie 202
 Larose, Huguette 150-151
 Larose, Marie-Marthe 150-151, 154
 Laurenti, cardinal Camillo 19
 Laurentides 6, 188
 Laurin, Camille 153-54
 Lavigneur, Lucile xvi, 91, 143-44
 Law, Susan 208
 Lawlor, Jeannine 144
Le collectionneur 181
 Lee, Frederick 40
 Léger, cardinal Paul-Émile 90, 106, 115
 Lenore, mère Mary 114
 Leroux, Olivier 122
 Lesage, Jean, premier ministre du Québec 111, 115, 120
Le Soleil 154
 Letang, Patrick xvi, 213
Lethal Practice 148
 Lévesque, René, premier ministre du Québec 146, 155
 Levin, Richard 209
 Liepina, Gerda 80
 Ligue d'amélioration de la Ville de Montréal 63
 Lincoln, Larry 187
 Loi 8 (1970) 131
 Loi 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003) 204
 Loi 30, Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (2003) 204
 Loi 31, Loi modifiant le Code du travail (2003) 204
 Loi 82, Loi d'habilitation de l'Hôpital St. Mary (1920) 17
 Loi 65, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) 133-134
 Loi 101, Charte de la langue française (1977) 145, 146, 150-51, 155-56
 Loi de l'assistance publique du Québec (1921) 23-24, 57, 65
 Loi sur la santé publique 179
 Loi sur les hôpitaux du Québec 122
Love and Success and Other Essays 74
 Loyola College 16, 40, 83-84
 Lund, Marie 137
 Luhovy, Ihor 129, 159
 Lynch-Staunton, Hulda 103
 MacDonald, Donald 89
 MacIntyre, James 45
 Macklem, Janet 164
 Madore, Pat 110
 Maguire, sœur Grace 136
 Mahoney, Jean xvi, 137, 152
 Mance, Jeanne voir Jeanne Mance
 Marriott Corporation 177
 Martel, Marjolaine xv, 144
 Martin, Paul (fils) 188
 Martin, Paul (père) 77-78, 87
 Mary Elaine, sœur voir Jacobs, sœur Mary Elaine
 Mary Felicitas, sœur voir Wekel, sœur Mary Felicitas
 Mason, John Leo Delany 14, 24, 29, 44, 74-75
 Matsumoto, George 81
 Maxwell, Edward 22
 Mayo Clinic 20, 44, 90

- McAuley, A.G. "Bert" 45
 McConnell Family Foundation 205
 McConnell, Todd 192-93, 195-96, 208
 McCormack, Hélène xvi, 152, 172, 196
 McCormick, s œur Sharon 136-37
 McCowan, Bridget 23
 McCracken, Peter xvi, 152, 176, 193
 McCusker, Jane 181
 McDonagh, père Wilfrid Emmett 33
 McDougald, père 29, 30
 McDougald, Wilfrid Laurier, sénateur 41
McGill University: For the Advancement of Learning 66
 McGovern, J. D. 64
 McGovern, Joseph James « Mac » 14, 44, 53-54
 McGregor, Maurice 123, 124-25
 McIndoe, Archibald 47
 McKenna, Leo 40
 McKenna, mère Margaret 33-34, 40
 McKinley, Catherine 60
 McLean, Jessie 73
 McLetchie, Norman 92, 160
 McShane, père Gerald 20, 21, 36, 38, 48
 Melanie, s œur voir Coligan, s œur Melanie
 Mellen, George 88
 Menetrez, J. H. 81
 Mercier, Jules 115
 Mercy, s œur 71-72
 Meredith, Sir Vincent 44
 Meyer, Paul 102, 108
 Michaels, George 185
 Michener, Roland, gouverneur général 132-33
 Mohs, Frederic 103
 Montreal City and District Savings Bank 1, 12, 16, 63
Montreal Star 39, 41, 77, 81, 85, 98, 122, 146
 Moralejo, Richard « Dick » xv, 94-95, 97, 110, 129, 130, 212; directeur des services professionnels 139, 148, 163, 165, 168, 171, 178, 180, 185
 Morara, Norma 205
 Morrissey, s œur Helen: personnalité et compétences 8-9, 10, 11, 15-16, 18-19, 26-27, 31-32; co-fondatrice de l'hôpital et administratrice 8, 12-13, 15-16, 19, 22-23, 26, 30, 36, 57, 89-90, 212; désaccords avec les administrateurs de l'hôpital 20-21, 27-32
 Mount Stephen Club 49, 74
 Mullally, Emmett xv, 11, 24, 26, 28, 29, 31, 135
 Mullins, Anthony xv
 Mulroney, Brian, premier ministre du Canada 162, 173
 Mulroney, Mila 173
 Murphy, Catherine 127
 Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal xvi
 Myopie 124
 Nantel, abbé Alfred 40
 Notre-Dame-de-Grâce (NDG) 16, 40, 151
 Nucci, Constant « Connie » xiv, xv, 94, 95, 104, 132, 140-41, 149, 153, 173, 206, 212; directeur général 163-164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177-78, 179-80, 181-84, 186-187, 189-91
 Nugent, Irene 28
Nuit très particulière, Une (téléfilm) 200
 O'Brien, Henry James Stuart, lieutenant d'aviation 69
 O'Brien, William Lawrence Stewart, colonel 69
 O'Brien, William Patrick, lieutenant-colonel 36-37, 38, 65, 69, 74-75

- O'Connell, Tom, conseiller municipal 39
- O'Donahoe, Daniel, major 48-49, 51, 54, 63
- Office québécois de la langue française 175
- O'Grady, sœur Evelyn 99
- O'Keefe, Catherine 127
- O'Neill, Brian 150
- Onerheim, Ron 185
- Opatrny, Lucie 215
- Oratoire Saint-Joseph 6, 40, 163
- O'Reilly, abbé Thomas 18-19, 22, 29, 43
- Orphelinat St. Patrick 20
- Orlando, Mario 50
- O'Shaunessey, Peter 66, 142
- Osler Library of the History of Medicine xv
- Palmas, Angelo, nonce apostolique 164
- Papageorgiou, Apostolos 179
- Paquette, Albiny, ministre de la santé du Québec 67, 68
- Paré, Alphonsine 107
- Paroisses (Montréal) 23, 26, 36, 37, 38, 113
- Paroisse St. Anne 29, 36, 38
- Parsons, Lil 157
- Parti Québécois (PQ) 146, 151, 155, 204
- Pateras, Vincent 107, 115
- Pavilanis, Alan 205-06
- Pavillon Norma et Robert Hayes 205
- Pearson, Gertrude G. 46-47
- Pearson, Lester B., premier ministre du Canada 116
- Pecknold, John 176
- Peña, Bolivar de 81
- Penfield, Wilder 45, 73
- Pénicilline 64
- Pennefather, John 112
- Pepper, John 133, 154, 156
- Peters, Charles, lieutenant-colonel 44
- Phacoémulsification 144
- Picard, Luc 181
- Pick, Charles 54, 135
- Pierce, Charles 142
- Pillar of Fire, The* 73
- Pivnicki, Dimitrije 173
- Pointe St-Charles 14-15, 29
- Power, David 121
- Power, Richard M. H. 45-46
- Presse, La* 211-212
- Prichard, Sarah 199-200, 206
- Primeau, François 177
- Pritchard, Joe 50
- Prix Persillier-Lachapelle 153-54
- Programme d'assurance hospitalisation du Québec 111, 114-115
- Programme d'assurance maladie *voir* Assurance maladie
- Prothèse McKee-Farrar 129
- Quinlan, John 41
- Quinn, Louis James 49, 105, 122, 132, 140, 169
- Quinn, Maureen 122
- Quintuplés 179
- Rapport Spitzer 171
- Régie régionale de la santé et des services sociaux 146, 171, 179, 184, 187-89, 193, 202
- Relais des entreprises 179
- Religieuses infirmières 15, 26, 33, 59, 117; *voir aussi* Infirmières
- Renaud, Rachel 202
- Renaud, Richard xiv, xv, 198-99, 200, 202, 203, 205-07
- Révolution tranquille 111
- Richard, Maurice (Rocket) 101-102
- Rinfret, Fernand, maire 1
- Riven, Linda 142
- Robertson, Angus 27
- Robertson, H. Rocke 109-10, 118

- Robillard, Lucienne, ministre de la Santé 184
- Rochon, Jean, ministre de la Santé 193
- Rodriguez, José 140, 148-49, 176
- Rogers, James 45
- Rome *voir* Vatican, Le
- Rona, George 103, 118
- Roosevelt, Franklin Delano, Président 1
- Rourke, Patrick, 156
- Roy, Indrojit 176
- Rozmahel, sœur Mary Adalbert 60-61, 79
- Rozon, sœur Rose-Anne 58-59
- RUIS (Réseaux universitaires intégrés de santé) 204
- Ryan, Leo George 18
- Rygier, Sophie 80
- Sainte-Anne (circonscription provinciale) 1, 17-18, 100
- Saint-Jérôme 6
- Salle St. Bridget de l'Hôtel-Dieu 10
- Saskatchewan Medical Care Insurance Bill 114-15
- Saveczenko, Anatol 123
- Schaffelburg, David 153, 168
- Schirmer, Kurt 144
- Schmidt, Oswald 148, 150, 167
- Schnabel, Frank 91
- Schwarz, Jorge 141
- Sciatique 129
- Scully, Frank 44
- Shaughnessy House 21-22, 25-26, 42, 76, 190
- Shaughnessy, Baronne 31
- Shaughnessy, Lord 17-18, 21-22
- Shuster, David 128
- Sicotte, Claude 171
- SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) 161
- Siminovitch, Moses 114
- Sinel, abbé Jerry, aumônier 136
- Sisters of Service 42
- Sisters of the Order of St. Joseph 13
- Skoryna, Stanley 93-94, 117-18, 141
- Smyth, Thomas Taggart 1, 7, 16, 18, 48-49
- Société canadienne de l'hémophilie 91
- Société internationale pour l'étude de la colonne lombaire 131
- Sœurs de la Charité *voir* Sœurs Grises
- Sœurs de la Providence de Saint-Vincent de Paul xv, xvi, 33, 60, 108, 109, 114, 136
- Sœurs Grises xv, xvi, 33-34, 35, 57-60
- Sœurs infirmières *voir* Religieuses infirmières
- Soins de santé 69, 72, 111, 117, 132, 146, 159, 204; crise de financement des 162, 165, 170, 188
- Soleil, Le* 154
- Solymar, Jenő 80
- Somlo, François 118
- Spitzer, Walter 171
- SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) 205
- Staines, Kay 100
- Stalford, Sam 35-36, 39
- Stanford, Ronald 107
- St. Ann's Dispensary 13
- Steinberg, la famille 205
- Stern, Karl 73-74, 95
- Ste-Thérèse, sœur 15-16
- Stevens, Edward 40
- Stevenson, Lloyd G. 122
- St-Laurent, Louis, premier ministre du Canada 77
- St. Mary's Hospital Quarterly* 114
- St. Mary's Hospital: The Early Years* xi, xv, 25
- St. Mary's Medical Bulletin* 110
- St. Simon, sœur (Victoire Séguin) 34-35, 48, 57, 212
- Stubington, David 107

- Sullivan, James « Big Jim » xvi, 129, 149
- Sulpiciens 13
- Sutton, Carl 129
- Sutton, John 203, 214
- Swanson, Len 129
- Swift, Arthur 141
- Système métrique 129
- Taguchi, Yosh xvi, 83
- Tamoxifène, programme de recherche sur le 179-180
- Tanney, Ansel 45
- Taschereau, Louis-Alexandre, premier ministre du Québec 1-2, 7, 33
- Tataryn, Donna 214
- Tavernier-Gamelin, Émilie *voir* Gamelin, Émilie
- Tchaikovsky 71
- Tcheng, Madeline 114
- Teasdale, Gilles xv, 144
- Tétreault, Michel 171, 175
- Thomas, William Tutin 22
- Thompson, Benjamin « Ben » xvi, 95, 139, 148, 152
- Timmins, Edna 96
- Timmins, la famille 79
- Timmins, Juliette 49
- Timmins, Noah Anthony 49
- Torsion de Power 46
- Trottier, Marc 203
- Trudeau, Pierre Elliott, premier ministre du Canada 126
- Trujillo y Molina, Raphael Leonidas 81
- Tullis, James Lyman 135
- Turcotte, Edward J. 3-4, 7, 41, 65, 120, 125
- Tweedsmuir, Lady 30
- Union nationale 120, 128
- Université Bishop 15, 49, 107
- Université Concordia 168, 194, 196, 198
- Université de Montréal xiv, 84, 106, 109
- Université d'Ottawa 181
- Université du Québec à Trois-Rivières 206
- Université Laval à Montréal 10, 11, 13, 14
- Université McGill : xv, 66, 69; attitude envers les Catholiques 11; médecins diplômés de 11, 14, 24, 25, 44, 45, 47, 49, 55, 62, 66, 71, 79, 94, 95, 100, 107, 149, 152, 161, 176, 183, 197, 203, 205, 208; relations et affiliation de l'hôpital 62, 65-67, 69, 83-84, 93, 103, 107, 110, 118, 123-24, 130, 134, 139-40, 143, 149, 152-153, 163, 181, 197, 200-01, 204, 207-08, 212
- University Club 14
- University of Toronto 24, 92, 109, 144
- Vaccin Salk contre la polio 84
- Vanden Abeele, Robert 101-102
- Van Horne, Sir William 22
- Vanier, George, gouverneur général 116
- Vanier, Pauline 116
- Vatican, Le 20-21, 31, 112, 160, 164; charte du Vatican 19; Sacrée Congrégation pour les ordres religieux 19
- Vavruska, George 103
- Verglas, tempête de (1998) 195
- Victoria, Reine (d'Angleterre) 10
- Victoria College 12-13
- Villeneuve, Marcel 189
- Vierge Marie 35
- Vivian, Reginald Percy 69
- Voltaire 14
- Walls, Aloysius 36
- Walsh, Darrell 117
- Walsh, Noel 128

- Walsh, Henry 3
Wekel, sœur Mary Felicitas 109, 136-
37, 212
Whalen, Hugh 180-81, 191
Whelan, Mgr Lawrence, évêque 54,
76, 77, 100, 104, 114
Wickham, Jack C. 24, 29
Wickham, Patrick xvi, 156
Williamson, Norman 44
Wisebaum, David 141
Woonsocket (Rhode Island) 7
- Yaffe, Mark J. xvi, 149, 177
Young, Arthur Wilson 45, 49
- Zackon, Harold 176, 185, 188, 192-93,
213
Zuk, S. 81



Caption: La Maison Shaughnessy, boulevard Dorchester, en 1924 : le premier Hôpital St.Mary.

ALAN HUSTAK est l'auteur de plusieurs ouvrages, y compris *Titanic: The Canadian Story*, et *Sir William Hingston [1829-1907]: Montreal Mayor, Surgeon and Banker*. Il vit à Montréal.

Couverture : David Drummond

Depuis 90 ans, le Centre hospitalier St. Mary se situe parmi les meilleurs de Montréal. L'hôpital est né de la vision d'une religieuse déterminée, Sœur Helen Morrissey, et d'un jeune chirurgien, le Dr Donald Hingston. Des philanthropes et médecins d'origine irlandaise aux noms tels que Shaughnessy, McKenna, O'Brien et Timmins financèrent l'institution médicale à ses débuts. Les Sœurs Grises puis les Sœurs de la Providence dirigèrent son excellente école de soins infirmiers pendant près de cinquante ans.

Au cœur de St. Mary est bien plus qu'une histoire illustrée de la survie de cet hôpital. Cet ouvrage est rempli de récits de dévouement, de déception, de persévérance, de luttes de pouvoir, de querelles politiques internes, et de résilience extraordinaire. Toute personne ayant travaillé à St. Mary, y étant née, ou hospitalisée, a une histoire à raconter au sujet de l'hôpital. Ceux qui croient en cet établissement y croient résolument.

St. Mary demeure une institution où les patients reçoivent une attention personnelle et sont toujours traités avec humanité. Il dessert une communauté multiculturelle où se côtoient quelque cinquante langues différentes, en plus du français et de l'anglais.



Le Centre hospitalier de St. Mary de Montréal en 1935.

