



Le Sud-Ouest-Verdun : une histoire de santé de 1867 à 2014

Site Internet : Archiv-Histo.com

Le Sud-Ouest-Verdun : une histoire de santé de 1867 à 2014

Recherche et rédaction :

Denis Gravel

Collaboration à la rédaction :

Hélène Lafortune

Archiv-Histo décline toute responsabilité pour toute mauvaise interprétation, erreur ou omission dans l'élaboration et la présentation de cet ouvrage.

L'équipe Archiv-Histo : Pierre Benoit, Guy Desjardins, André Dionne, Nolia Gervais, Denis Gravel, Marie Janelle, Hélène Lafortune, Michel Lemire et Normand Robert.

Page couverture : CSSS du Sud-Ouest-Verdun, photo : Magalie Dagenais, photomontage : Marc Rodrigue

Société de recherche historique

Archiv- Histo Inc.

Case postale 45501, succursale Sault-au-Récollet

Montréal (Québec) H2B 3C9

Téléphone : (514) 625- 5791

Courriel : archiv.histo@gmail.com

Site : [Archiv- Histo.com](http://Archiv-Histo.com)



© **Tous droits réservés**

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec - 2014

Bibliothèque et Archives Canada - 2014

ISBN : 978-2-923598-23-9

Site Internet : Archiv-Histo.com

Note aux lecteurs

Le projet de rédiger un historique de la santé sur le territoire desservi par le CSSS du Sud-Ouest–Verdun date déjà de quelques années. En 2007, sa réalisation débute avec le concours de la Société de recherche historique Archiv-Histo, plus particulièrement, celui de Denis Gravel, principal auteur et chercheur, et d'Hélène Lafortune, en tant que collaboratrice à la rédaction. Incidemment, ils portent le flambeau de l'essentiel du contenu de cet historique, voire celui des six premiers chapitres.

Cet historique est d'abord le résultat de recherches minutieuses menées dans les archives du CSSS du Sud-Ouest–Verdun concernant les établissements suivants :

Hôpital de Verdun, CLSC de Saint-Henri, CLSC de Verdun, CLSC de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul, Centre d'hébergement Champlain, Centre d'hébergement Louis-Riel, Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun, Centre d'hébergement Réal-Morel, Centre d'hébergement de Saint-Henri, Centre d'hébergement des Seigneurs, Centre d'hébergement Yvon-Brunet. Pour fins de complémentarité, quelques entrevues avec des personnes engagées dans les secteurs du Sud-Ouest et de Verdun ont été également mises à contribution, notamment celle réalisée avec M. Germain Harvey, ancien directeur du Centre d'hébergement Yvon-Brunet et celle accordée par Mme Pauline Désorcy, infirmière de la première heure de l'École des infirmières de Verdun, décédée le 30 juin 2011; ses propos nous ont permis de jeter un éclairage sur cette époque pionnière des soins de santé dans les secteurs du Sud-Ouest et de Verdun. De nombreuses personnes du réseau dont nous taisons les noms car elles s'avéreraient trop nombreuses ont apporté aussi une aide précieuse à la réalisation de cet ouvrage en nous livrant des témoignages ou en nous suggérant des corrections judicieuses.

Parmi les autres archives consultées, citons ensuite celles de la Ville de Montréal et de l'arrondissement de Verdun, celles de l'Hôpital Douglas et de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Nous avons tenté également de mettre à profit la documentation disponible à la Société d'histoire et de généalogie de Verdun et à la Société d'histoire de Saint-Henri. Les archives des Sœurs de la Charité (Sœurs Grises) et des Sœurs de la Providence ont été aussi utiles à bien des égards et riches en renseignements. Finalement, les ouvrages en histoire de chercheurs universitaires et ayant trait à l'histoire de la santé ont été mis à contribution.

Notre texte et nos recherches s'arrêtent à l'année 2007. Nous n'avons pas repris, pour les fins d'édition de ce livre, la littérature des sciences humaines et sociales ou en histoire pour les années 2007 à 2014. Cette période plus récente qui fait

l'objet du dernier chapitre est redevable aux efforts de la direction des Communication et des Relations publiques du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Nous tenons à remercier plus particulièrement les personnes suivantes :

Mme Sonia Bélanger

Directrice générale du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun (2012 à nos jours)

Mme Danielle McCann

Directrice générale du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun (2004 à 2012)

L'équipe des communications du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun (2008 à nos jours)

Patrice Byloos, archiviste, Arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal

Luc Leblanc, coordonnateur général de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Anna Kruzynski, chercheure, Archives populaires de Pointe-Saint-Charles

Sylvie Gourdeau, coordonnatrice de l'infographie, Forum économique de Verdun

Mylène Laurendeau, archiviste, Sœurs de la Charité de Montréal «Sœurs Grises»
Maison de Mère d'Youville.



En 1867, la Loi constitutionnelle telle que négociée entre les Pères de la Confédération consacre la santé comme un domaine relevant exclusivement des provinces. Toutefois, au cours des cinquante premières années qui suivent la Confédération, les autorités gouvernementales du Québec n'interviennent qu'occasionnellement dans ce champ de compétence. Elles jouent un rôle plutôt effacé, ne se contentant que de verser des subventions aux institutions qui soignent les personnes démunies comme les orphelins, les enfants abandonnés, les indigents et les déficients intellectuels. En matière d'organisation sanitaire, l'inexistence d'un plan de structuration gouvernementale fait en sorte que l'organisation des soins de santé ne relève que d'initiatives privées plus ou moins encadrées sur le plan local, notamment par les municipalités. Les principaux intervenants demeurent la famille, les communautés religieuses et les paroisses. De fait, les autorités gouvernementales réagissent plus qu'elles ne préviennent. Leur objectif premier est de contrer les épidémies de maladies infectieuses lorsqu'elles se manifestent, afin de protéger la population. Du reste, les interventions de l'État se produisent dans un contexte marqué par la montée de l'industrialisation et de l'urbanisation.

En dépit des timides interventions de l'État, l'organisation de la santé publique, préventive et curative fait son chemin. Avant 1960, des changements majeurs se produisent, notamment dans le secteur du Sud-Ouest de Montréal et de Verdun avec la construction d'un hôpital à Verdun, l'établissement d'une école d'infirmières, l'implantation de cliniques, de centres d'accueil et d'autres institutions spécialisées. La laïcisation du réseau et le « désintéressement » de l'Église à la suite de la prise en charge des soins de santé par l'État vont ensuite caractériser le système de santé au Québec. Dans le cadre des réformes de la Révolution tranquille, le Québec va adhérer, dans un premier temps, au programme fédéral d'assurance hospitalisation, puis, en juillet 1970, la loi sur l'assurance maladie déposée par le gouvernement libéral de Robert Bourassa est adoptée, assurant à tous, notamment à la population du Sud-Ouest et de Verdun, un accès gratuit aux soins de santé. Afin de concrétiser cette politique d'universalité des soins, le gouvernement du Québec crée, dans les années 1970,

plusieurs organismes dont les CLSC, les départements de santé communautaire et les centres de services.

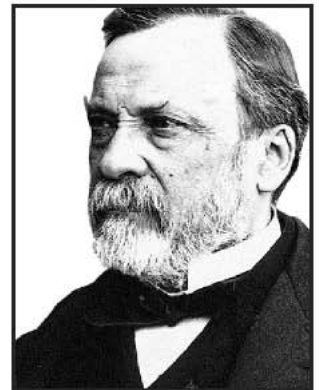
L'évolution du système de santé au Québec progresse finalement, au début des années 2000, vers le regroupement de la plupart des institutions au sein d'une organisation plus centralisée. Sous l'égide du ministre Philippe Couillard, le gouvernement du Québec adopte, en décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services, et ce, à travers le Québec.

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun regroupe douze installations : l'Hôpital de Verdun, le CSLC de Saint-Henri et le point de service Saint-Jacques, le CLSC de Verdun, le CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul, le Centre d'hébergement Champlain, le Centre d'hébergement de Saint-Henri, le Centre d'hébergement des Seigneurs, le Centre d'hébergement du Manoir de Verdun, le Centre d'hébergement Louis-Riel, le Centre d'hébergement Réal-Morel et le Centre d'hébergement Yvon-Brunet. Parallèlement, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme associé qui assume le mandat du CLSC. Tout ce réseau assure à la population du Sud-Ouest-Verdun une gamme complète des meilleurs services dans un environnement à dimension humaine axé avant tout sur le bien-être de la population locale.

La santé sous la juridiction locale

Un portrait général de la santé à Montréal

Alors qu'aujourd'hui les soins de santé sont accessibles à tous, il faut un sérieux effort d'imagination pour nous représenter ce que pouvait être l'état de santé de la population de Montréal à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, en particulier dans les quartiers ouvriers, notamment dans le secteur du Sud-Ouest de l'île. Au cours des trente premières années du XX^e siècle, le taux de mortalité dans les quartiers populaires surpeuplés est deux fois plus élevé que dans les quartiers cossus. À Montréal, la tuberculose, la diphtérie, la fièvre typhoïde et la gastroentérite déciment la classe ouvrière alors que ces maladies sont en régression dans les autres villes d'Amérique du Nord et en Europe.

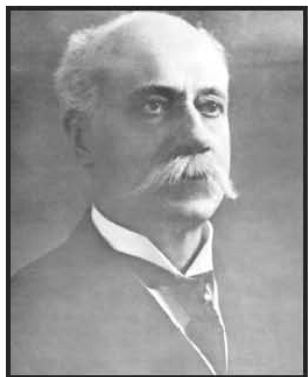


Source : Archiv-Histo

Louis Pasteur
(1822-1895),
pionnier français de la
microbiologie.

Avant de porter une attention particulière aux quartiers du Sud-Ouest de Montréal et de Verdun, notons que depuis 1876, Montréal possède son propre service municipal d'hygiène. Au point de départ, ce service embauche des inspecteurs appelés à surveiller sur le plan de l'hygiène et de l'alimentation les boutiques, marchés, abattoirs et laiteries. Dès les premières années de leur entrée en fonction, ces inspecteurs n'ont pas idée de la progression de la connaissance scientifique, notamment des dernières découvertes bactériologiques des chercheurs Pasteur et Koch, qui vont changer les données de la médecine. Les bactéries représentent alors l'une des principales causes de maladies qui affectent une partie importante de la population. Pour les vaincre, l'entrée en vigueur de la vaccination marque un progrès universel bien qu'elle ne s'implante pas aisément à Montréal.

Dans le courant des années 1880-1890, les médecins formés aux universités McGill et Laval connaissent les conséquences des découvertes en microbiologie à l'origine de plusieurs maladies infectieuses¹. Leur savoir n'est toutefois pas encore suffisant pour contrer l'épidémie de 1885 qui fait au moins 2500 victimes². Une partie de la population résiste encore à la vaccination, allant même jusqu'à l'émeute. Aussi le recours à la force *constabulaire* et aux milices s'avère nécessaire pour maintenir l'ordre. En partie à cause du désordre survenu, le gouvernement du Québec promulgue une loi sur la santé en 1888 pour obliger les municipalités à se doter de services de santé contrôlés par le



Source : Archives de l'Université de Montréal

D^r Emmanuel
Persillier-Lachapelle
(1800-1900).

Conseil d'hygiène de la province de Québec³. Les autorités seront lentes à réagir, mais en 1894, le Conseil d'hygiène de la province de Québec crée un laboratoire bactériologique alors que le Bureau de santé de Montréal en met également un sur pied sans acquérir, toutefois, l'équipement requis ni embaucher le personnel nécessaire.

En 1897, le Bureau de santé de Montréal limite toujours ses interventions à l'inspection sanitaire de la viande et du lait et à la désinfection des immeubles contaminés. Afin de changer les mentalités de l'époque et faire évoluer les services offerts à la population, Emmanuel Persillier-Lachapelle, médecin et président du Conseil d'hygiène de la province de Québec, ainsi que son secrétaire permanent, le D^r Elzéar Pelletier, tentent de mettre en œuvre un programme de protection de la

¹ L'isolement du bacille de la tuberculose par Koch (1882), la découverte par Klebs (1875) et la culture par Loeffler (1884) du bacille diphtérique, la découverte par Eberth (1880) du bacille de la fièvre typhoïde et celle du vaccin antityphoïdique par Wright (1890), toutes ces avancées scientifiques relancent « apparemment d'un seul coup l'intérêt médical des médecins québécois pour la pathologie des infections. Nul doute que les médecins locaux ont vu dans ce renouvellement de l'étiologie, du diagnostic et du traitement des maladies infectieuses une légitimation nouvelle pour la science médicale et un fondement infiniment plus solide aux principes de l'hygiène ». Voir André Paradis, « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-1899) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 43, n° 1, été 1989, p. 76-77.

² Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 1978, p. 98.

³ Selon Denis Goulet et André Paradis, le Conseil d'hygiène de la province de Québec est formé en 1888. Plusieurs autres auteurs le confondent avec la Commission provinciale d'hygiène établie en 1886 ou encore avec la Société d'hygiène incorporée en 1884. Voir Goulet et Paradis : *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal, VLB éditeur, 1992, p. 252, voir note 91.

santé. Ils se tournent alors vers les municipalités, attendu que la loi québécoise autorise ces dernières à mettre en vigueur différentes politiques, notamment la vaccination obligatoire contre la variole et la diphtérie, l'examen médical des écoliers, des contrôles plus sévères sur la pureté du lait tout en favorisant sa pasteurisation, la création de sanatoriums pour les tuberculeux et l'épuration des eaux. Dans les faits, les municipalités ne se presseront guère pour adopter des mesures préventives d'autant plus que le problème réside dans le fait que le gouvernement du Québec n'alloue pas de fonds pour financer les programmes municipaux. Les municipalités n'ont alors comme seule alternative que de taxer plus fortement les contribuables pour mettre en pratique une politique en matière de santé. Elles ne déploient donc guère d'efforts pour mettre sur pied ou encore financer un programme d'hygiène. En 1901, le gouvernement du Québec autorise la vaccination obligatoire. Or, bien peu de municipalités vont emboîter le pas. Deux ans plus tard, le Conseil d'hygiène provincial devra donc forcer les municipalités à rendre la vaccination obligatoire.

Sur le territoire du Sud-Ouest de Montréal et de Verdun et dans le contexte où la protection de la santé ne constitue guère une priorité, la situation varie passablement d'une municipalité à l'autre, et ce, pour les années allant de 1875 à 1910. À cette époque, Montréal n'a pas complète juridiction sur une grande partie de ce secteur; les municipalités du village de Côte-Saint-Paul, par la suite la municipalité de paroisse de Saint-Paul, la Cité de Saint-Henri, la Cité de Sainte-Cunégonde et le village de Saint-Gabriel possèdent leur propre juridiction et agissent de façon indépendante sur leur territoire respectif durant leur brève existence.

Le village de Saint-Gabriel (1874-1887) à Pointe-Saint-Charles et l'indifférence des élus en matière d'hygiène publique

Le village de Saint-Gabriel naît en 1874, dans le cadre de la municipalisation des abords du canal de Lachine, mais il n'aura qu'une brève existence de treize ans avant son annexion définitive à Montréal. Ses limites se trouvent au nord, le canal de Lachine, au sud le fleuve Saint-Laurent, à l'est, les limites de Montréal et, à l'ouest, l'aqueduc de Montréal. La première assemblée publique des électeurs municipaux se tient le 12 février 1875 à l'église catholique de Saint-Gabriel. Après l'élection du conseil, William Hall devient le premier maire de cette municipalité.

Les questions d'hygiène publique, pour reprendre une expression courante à l'époque, préoccupent à peine les élus de Saint-Gabriel. Une plainte déposée par le citoyen McLean, le 8 août 1883, à propos de la malpropreté de la cour du locataire résidant à l'étage inférieur de la demeure qu'il occupe, est acheminée

au Comité des égouts plutôt qu'au Bureau de santé⁴. La municipalité ne juge pas pertinent de créer ce type de service. En matière d'hygiène, elle concentre plutôt son attention sur le bon état de l'égout de la rivière Saint-Pierre. Des industries de Saint-Henri rejetant des eaux polluées dans la rivière Saint-Pierre, le conseil municipal s'en prend aux agissements en 1881 de la Compagnie de l'Abattoir de Saint-Henri qui y déverse ses déchets. Cette situation afflige aussi la Cité de Sainte-Cunégonde et Côte-Saint-Antoine. La construction d'égouts et la mise en place de canalisations d'eau constituent les principales interventions réalisées au cours de la brève existence de cette municipalité. Du fait de son annexion à Montréal en 1887, cette dernière prend la relève sur ces questions d'hygiène publique.



Extrait du *Plan de l'île de Montréal 1890*, dressé par H. Malingre.

Le village de Côte-Saint-Paul devenu Ville de Saint-Paul (1874-1910), à l'avant-garde des mesures de santé

Créée le 21 décembre 1874, la municipalité du village de Côte-Saint-Paul voit le jour grâce à une proclamation de Québec. En janvier 1894, elle devient la Ville de la Côte-Saint-Paul⁵. Par la suite, en janvier 1897, elle change de nom pour celui de Ville de Saint-Paul. Or, le 4 juin 1910, une loi québécoise qui amende la charte de la Ville de Montréal prévoit l'annexion de la Ville de Saint-Paul à la métropole⁶.

⁴ Daniel Massicotte, *L'urbanisation et la municipalisation dans la vallée industrielle du canal de Lachine 1820-1940*, Tome I, Rapport Synthèse, Montréal, Parcs Canada, août 2002, p. 110.

⁵ Statuts de la province de Québec, 1894, 57 Victoria, chap. 64.

⁶ Statuts de la province de Québec, 1910, 1 George V, chap. 48.

À la première session du conseil municipal, en 1875, les conseillers choisissent entre eux le maire, Peter Jackson, et embauchent le secrétaire trésorier, A.-D. Aubry. Le conseil municipal du village de la Côte-Saint-Paul intervient dès les premières années de son existence en matière de salubrité publique. Les carcasses d'animaux morts dérangent grandement ses citoyens. En septembre 1875, le conseil municipal offre une récompense de 5 \$ pour trouver les responsables du dépôt de ces restes dans les limites municipales. En décembre de la même année, il adopte une réglementation pour interdire une telle pratique et l'installation de fabriques de chandelles, de savons, d'usines à gaz et d'abattoirs près des églises.

Le 2 juin 1879, en vertu du règlement n° 17, le conseil municipal du village crée le Bureau de santé de Côte-Saint-Paul. Cette innovation serait-elle due à l'influence du secrétaire trésorier, A.-D. Aubry, qui est aussi médecin ? Rappelons que les municipalités n'ont guère l'habitude, à cette époque, d'intervenir en matière de santé.

Dès le point de départ, le Bureau de santé est constitué du maire, de trois conseillers municipaux et de trois citoyens qui sont mandatés pour voir à la gestion de la santé à l'intérieur du village. Le quorum pour les réunions est fixé à quatre membres. Parmi ces citoyens méritants, figurent en premier lieu les membres de la classe d'affaires locale, notamment le marchand Edmond Latour de 1886 à 1890, l'épicier Philibert Caron, qui deviendra conseiller municipal en 1883, et le manufacturier Orlando L. Clark, membre de 1879 à 1892 sauf en 1884. À compter de 1893, les membres du Bureau de santé proviennent uniquement du conseil municipal. Les activités du Bureau de santé se poursuivent jusqu'en 1910, date de l'annexion à Montréal⁷.

Dans le règlement de constitution de ce bureau, l'article 5 prévoit : « d'appointer tels officiers de santé qui seront jugés nécessaires pour faire exécuter les ordres du bureau »⁸. À ces officiers revient la tâche de faire observer la propreté sur le territoire et de veiller à la désinfection des rues et à l'égouttement des artères municipales afin de favoriser la santé des habitants. Il incombe également à ces officiers « d'adopter des mesures promptes et efficaces pour prévenir la contagion des maladies pestilentiellles et diminuer le danger de ces maladies »⁹. Dans le déroulement quotidien de leurs tâches, les officiers peuvent accéder à toutes les propriétés (bâtiments, cours et autres lieux) pour faire respecter le règlement.

⁷ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 13, fonds de la municipalité de la Ville de Saint-Paul, procès-verbaux des réunions du conseil municipal.

⁸ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 13, fonds de la municipalité de la Ville de Saint-Paul, procès-verbaux des réunions du conseil municipal, 2 juin 1879.

⁹ Ibidem.

Un code de propreté fait également partie intégrante du règlement : défense de jeter des déchets à la rue, interdiction de verser des substances « délétères » dans le canal de Lachine, défense également de faire traverser les chevaux dans les eaux du canal et à tout homme de s'y baigner. Les bâtiments comme les écuries, les étables et les porcheries doivent être propres et les eaux stagnantes asséchées.

En septembre 1879, le conseil municipal précise encore, de façon plus explicite, la portée des interventions des officiers du Bureau de santé, qui comprend un médecin et un inspecteur. En juin 1880, le constable F.-X. Payette devient l'inspecteur sanitaire. À cette époque, le secrétaire-trésorier, A.-D. Aubry, est également médecin du Bureau de santé. Dans le cadre de ses tâches, il s'informe de l'état de santé des habitants de la municipalité, des maladies qui les affectent, voit à l'inspection dans l'ensemble du village et avise le Bureau de santé de la situation sanitaire. Dans le cas de toute maladie déclarée « dangereuse », il s'engage à se rendre sur place pour constater l'ampleur du problème. Il tente aussi d'en déterminer les causes pour prendre les mesures nécessaires afin de prévenir la contagion.

Le médecin, présent aux réunions du Bureau de santé, fait ensuite son rapport sur la situation et propose les mesures nécessaires pour protéger la santé des citoyens. Sont signalés également les maladies et les décès constatés sur le territoire. À la fin du mois de décembre, le médecin est invité à présenter un bilan annuel de la situation afin de rendre compte si les mesures préconisées pour prévenir la propagation de la contagion se sont avérées efficaces.

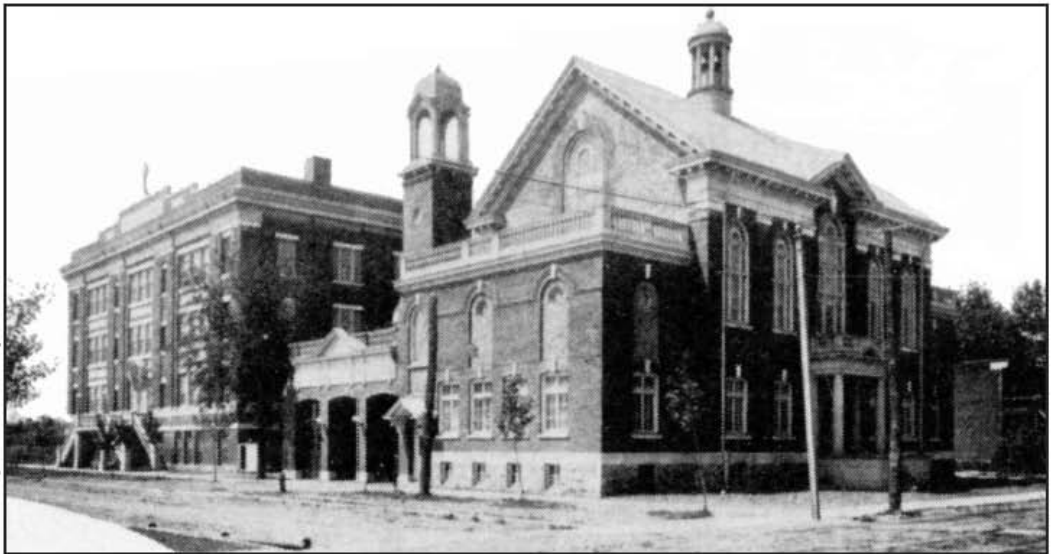
L'inspecteur sanitaire assiste le médecin tout en étant présent aux réunions du Bureau de santé. En parcourant le territoire municipal, il a pour mandat de retracer les nuisances publiques et d'en informer les autorités concernées. Il doit tenir également un registre de ses visites, du nombre d'habitations examinées, des égouts inspectés, des nuisances publiques et de l'état des abattoirs. En fait, l'inspecteur devient le seul et unique responsable de l'exécution des règlements.

Le mandat du Bureau de santé est de mettre en place, le cas échéant, la vaccination contre les maladies contagieuses, en indiquant le jour, l'horaire et les lieux pour la vaccination. Les officiers tiennent un registre des personnes vaccinées. Tout médecin qui pratique sur le territoire municipal doit déclarer au Bureau de santé, dans un délai de 24 heures, tout malade atteint de *picotte*, fièvre typhoïde, diphtérie, etc. Dans la municipalité du village de Côte-Saint-Paul, chaque propriétaire (hôtel, auberge, maison de pension et autres bâtiments) doit déclarer parmi les membres de sa famille ou encore ses locataires toute personne atteinte de maladies contagieuses. De plus, l'inspecteur doit veiller à la

désinfection de toute maison habitée par une personne atteinte d'une maladie contagieuse. Une personne ainsi affectée qui n'a ni logis, ni soins convenables peut, avec un certificat produit par un médecin, être hospitalisée aux frais du Bureau de santé. Le médecin doit avertir le public du danger imminent de ces maladies transmissibles. Dans un autre règlement précisé en septembre 1879, le conseil municipal interdit aussi aux parents d'envoyer à l'école leurs enfants contaminés ou ayant été exposés à une maladie de type contagieux.

Au cours de l'épidémie de variole en 1885, des mesures sont prises pour tenter d'endiguer sa propagation. Le 28 août 1885, le président du Bureau de santé, D. W. Ross, recommande au conseil municipal de décréter, dans les plus brefs délais, la vaccination obligatoire de tous les habitants du village. Le D^r A.-D. Aubry obtient le mandat de visiter toutes les maisons sur le territoire pour vacciner la population. Au cours du mandat du maire Joseph Dunn, le conseil municipal décide de rémunérer le médecin à raison de 50 cents par individu vacciné. De septembre 1885 à septembre 1886, 1251,70 \$ (hébergement de malades, vaccination) sont dépensés pour réduire la propagation de la maladie¹⁰. En octobre 1885, le Bureau de santé tente de trouver un lieu pour héberger les personnes

Source : Pignon sur rue - Les quartiers de Montréal



Deuxième hôtel de ville de Côte-Saint-Paul, rue de l'Église. À l'arrière, la caserne de pompiers et l'Académie Saint-Paul, aujourd'hui disparue.

¹⁰ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 13, fonds de la municipalité de la Ville de Saint-Paul, procès-verbaux des réunions du conseil municipal aux dates mentionnées dans ce paragraphe.

contagieuses. En décembre 1885, le Dr Aubry présente son compte de visites à la municipalité, compte qui s'élève à 325 \$, laissant supposer que 650 personnes auraient reçu le vaccin jusqu'à cette date.

Le Conseil d'hygiène de la province de Québec adopte en octobre 1901 une mesure pour rendre obligatoire la vaccination à cause d'une recrudescence de l'épidémie de variole. Or, le conseil municipal de la Ville de Saint-Paul ne réagit finalement que le 10 mars 1902 pour adopter le règlement n° 81 qui impose la vaccination obligatoire. Tout habitant de la municipalité doit produire, à compter du 12 mars, un certificat de vaccination ou un billet médical qui explique, s'il y a lieu, les contre-indications à se faire vacciner. Une amende de 5 \$ est également prévue pour les récalcitrants. La Ville de Saint-Paul s'engage à payer les frais de la vaccination pour les citoyens considérés pauvres¹¹.

Enfin une autre question cruciale se pose au cours de cette période, soit la piètre qualité du lait, qui influence le taux de mortalité infantile à Montréal. Le 13 avril 1908, le conseil municipal de la Ville de Saint-Paul adopte le règlement n° 101 pour régir la vente du lait. Un inspecteur est chargé d'examiner la qualité du produit pour éviter notamment qu'il ne provienne d'une vache malade ou nourrie de façon inadéquate. Deux ans plus tard, la Ville de Saint-Paul est annexée par Montréal et ses habitants sont dorénavant soumis à la réglementation montréalaise.

Le village du boulevard Saint-Paul devenu Ville-Émard (1878-1910) et les actions plutôt timides du Bureau d'hygiène

Des agriculteurs dissidents souhaitent se détacher du village de Côte-Saint-Paul pour former en 1878 la municipalité de paroisse de la Côte-Saint-Paul, malgré l'opposition d'une partie de la population. La partie à l'ouest du territoire situé entre l'aqueduc de Montréal et le canal de Lachine et près des limites de la municipalité de paroisse de Lachine devient, à compter de cette date, une municipalité distincte. Par la suite, la municipalité de paroisse de Côte-Saint-Paul change de nom pour celui du village du boulevard Saint-Paul et, finalement, Ville-Émard. Le premier maire de cette nouvelle municipalité est Peter Jackson, poste qu'il conserve jusqu'en 1899¹².

¹¹ Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 174.

¹² Ville de Montréal, Gestion et archives, P 16, fonds de Ville-Émard, procès-verbaux des réunions du conseil municipal. Peter Jackson a été maire de la municipalité du village de Côte-Saint-Paul.

Le 22 décembre 1885, le conseil municipal entend respecter les recommandations du Bureau central de la santé du Québec et former un Bureau de santé dont l'objectif sera de prévenir les maladies contagieuses¹³. Les conseillers Edward B. Meyer, Alexandre Aubertin et William B. Davidson composent ce comité. E. B. Meyer en devient le président. Qu'advient-il dans les faits de ce Bureau de santé ? En tenant compte du fait que les réunions du conseil municipal sont rarissimes, que ces rencontres sont de courte durée et que le quorum reste difficile à atteindre année après année, peu de sujets peuvent être débattus, notamment ceux qui touchent la santé. Dans ces conditions, on peut supposer qu'entre 1885 et 1890 les interventions du Bureau de santé auprès de la population locale ont été peu nombreuses et la surveillance des inspecteurs sanitaires encore moins vigilante.

Seules quelques interventions dans le domaine de la santé peuvent être signalées au cours de cette période dans la municipalité de paroisse de Côte-Saint-Paul. Citons à titre de valeur exemplaire deux interventions au cours de l'année 1898. D'abord le 3 octobre, l'inspecteur du Bureau de santé se rend visiter l'usine de M. Burland pour vérifier si les bouilloires constituent une nuisance publique. Puis le 10 octobre suivant, le conseil municipal s'adresse à la Cité de Saint-Henri afin qu'elle cesse de déposer ses déchets dans la municipalité de paroisse de la Côte-Saint-Paul.

En 1901, à la suite des pressions du Conseil d'hygiène de la province de Québec, le conseil municipal adopte un règlement pour rendre la vaccination obligatoire pour ses concitoyens, qui devront se plier à cette exigence 48 heures après son entrée en vigueur, sinon une amende de base de 5\$ sera imposée plus 1\$ par journée

Source : Ville-Émard Côte-Saint-Paul



Joseph-Ulric Émard
(1855-1917).

NAISSANCE DE VILLE-ÉMARD

Le 25 avril 1908, à l'instigation de Joseph-Ulric Émard (1855-1917), la municipalité du village du boulevard Saint-Paul (anciennement de la paroisse de la Côte-Saint-Paul) devient officiellement Ville-Émard. Avocat de profession, Émard qui fut l'aviseur légal et conseiller de la municipalité du boulevard Saint-Paul, n'occupera cependant la fonction de maire de Ville-Émard qu'une seule année (1908-1909).

¹³ Hervé Ancil et Marc-André Bluteau, *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Santé Société édition spéciale, Québec, Gouvernement du Québec, 1986, p. 39.

additionnelle. Tout habitant de la municipalité de paroisse de Côte-Saint-Paul qui ne respecte pas ce règlement est passible d'une amende, tout comme le médecin qui signe un faux certificat d'exemption du vaccin. Les gens considérés pauvres pourront toutefois se faire vacciner aux frais de la municipalité. Ce type de réglementation préconisé par le Conseil d'hygiène de la province de Québec vaut pour l'ensemble des municipalités.

Le 3 août 1903, le Comité d'hygiène entre en scène pour restreindre la pollution industrielle. Le 7 décembre de la même année, le conseil municipal vote le règlement n°3 pour interdire l'établissement d'abattoirs, d'usines de savons et de chandelles. Le fait de bouillir ou de brûler les os ou les carcasses d'animaux n'est guère prisé dans la municipalité, comme du reste la fabrication de la colle. L'implantation de raffineries dans les limites territoriales de la municipalité est également vue d'un mauvais œil par le conseil. Le règlement vise la réduction du traitement de carcasses à moins qu'un procédé hermétiquement clos ne soit employé¹⁴. Le 17 février 1905, la municipalité du village du Boulevard-St-Paul conclut une entente avec la Ville de Saint-Henri à propos de l'utilisation d'un incinérateur sur son territoire. Le 6 août 1906, elle signe un contrat avec Sainte-Cunégonde à propos de la disposition des déchets au sein de son territoire. Or, Montréal annexe ce territoire en 1910¹⁵, prenant ainsi le relais dans les mesures à prendre ou encore à éviter...



Source : Ville-Émard Côte-Saint-Paul

Bain public J.-Ulric-Émard, construit en 1913-1914, selon les plans de l'architecte Théodore Daoust.

¹⁴ À moins d'une erreur de lecture de notre part, les procès-verbaux ne mentionnent pas d'autres interventions du Bureau local de santé. Daniel Massicotte, *op. cit.*, n'apporte pas d'autres précisions à ce propos.

¹⁵ Statuts de la province de Québec, 1 George V, chap. 48, cette loi amende la charte de la Ville de Montréal.

La Cité de Saint-Henri (1875-1905), des conseillers divisés

Connue sous le nom de Saint-Henri-des-Tanneries, la Ville de Saint-Henri est érigée civilement le 23 janvier 1875. Toutefois, elle perd, en 1876, une partie de son territoire devenue le village de Sainte-Cunégonde. Bien que le 8 janvier 1894, Saint-Henri obtienne le statut de cité, elle est annexée à Montréal en 1905, et ce, avec l'accord de toutes les parties concernées y compris les électeurs. Durant la plus large partie de son existence, la Cité de Saint-Henri est délimitée par la paroisse de Notre-Dame-de-Grâce, la Ville de Côte-Saint-Paul, la Cité de Montréal, la Ville de Sainte-Cunégonde et la Ville de Westmount.

À l'époque, il revient aux municipalités, en l'occurrence celle de Saint-Henri, de rembourser l'hospitalisation d'un patient psychiatrique, s'il s'agit d'un résident de son territoire. Un compte pour « l'entretien d'un aliéné » à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu pouvait s'élever à 100 \$ annuellement en 1885¹⁶. De même, c'est au conseil municipal que l'on s'adresse également pour lutter contre les ravages de certaines maladies infectieuses. Le 5 août 1885, l'épidémie de *variole* faisant rage, le père Rémi Décarie recommande au conseil municipal d'adopter des mesures pour enrayer le fléau. La demande est référée au Comité de santé dont le rapport en date du 22 septembre autorise le maire à soutenir les familles pauvres atteintes par la variole.

Les dépenses en santé ne semblent pas faire l'unanimité au sein du conseil municipal de Saint-Henri. À la suite d'une demande du Bureau central de la santé du Québec, les élus votent en faveur de l'implantation d'un Bureau de santé dans la localité. Le 24 septembre 1885, ce bureau se compose du maire Narcisse Trudel, du curé Rémi Décarie, de Saint-Henri, et du conseiller Ferdinand Dagenais. La résolution devant créer un tel bureau est adoptée sur division des voix, tranchée par le maire Trudel¹⁷. Le 22 octobre 1885, le conseil municipal, selon une résolution de Moïse Benoît et d'Octave Gauthier, vote d'urgence 1000 \$ au profit du Comité local de santé de Saint-Henri, mesure adoptée par cinq conseillers contre trois. Le montant prévu vise à aider les familles pauvres atteintes de petite vérole. Le 2 décembre 1885, le conseil alloue une somme de 500 \$ pour pallier au problème de l'épidémie (un vote de 5 contre 3). Le 7 janvier 1886, le conseil vote enfin 400 \$ pour soulager les besoins urgents tel que le réclame le Bureau local de santé (encore une fois à 5 contre 3).

¹⁶ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 23, fonds de la Cité de Saint-Henri, procès-verbaux des réunions du conseil municipal, 2 juillet 1885.

¹⁷ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 23, fonds de la Cité de Saint-Henri, procès-verbaux des réunions du conseil municipal. Le partage du vote est le suivant : pour, Moïse Benoît, Octave Gauthier, Ferdinand Dagenais et François Daigneau; contre, Alfred Normandin, Adolphe Rielle, Louis Doré et Aggée Benoît. Le maire Trudel est donc appelé à trancher le débat et vote pour.

Le Dr Joseph Lanctôt, élu maire de la ville, est assermenté le 25 janvier 1886. Au cours de cette période, plus précisément à compter du 10 février 1886, le conseil municipal de Saint-Henri semble éprouver de la difficulté à percevoir les taxes à cause de la « dureté des temps »¹⁸. Pour le bénéfice de la ville, il emprunte donc 1000 \$ à la Banque d'Hochelaga sur « billet promissoire » pour une durée de trois mois. Le 19 mars 1886, l'élection du maire Lanctôt est annulée à la suite d'un jugement du juge Mathieu dans la cause qui l'oppose à Séverin Lachapelle. Médecin de grande renommée, Séverin Lachapelle devient maire le 14 avril 1886. Le 29 avril de la même année, les dépenses municipales en matière de santé se chiffrent à 2200 \$ et les dépenses pour les aliénés à 130 \$. Le médecin perçoit des honoraires de 300 \$ qui s'élèveront, par la suite, à 600 \$ en 1889. À compter de 1891, les fonds alloués à la santé atteignent 1500 \$ et servent, entre autres, à défrayer les salaires d'un secrétaire et d'un inspecteur.



Source : Société historique de Saint-Henri

Hôtel de ville de Saint-Henri, vers 1910. On peut apercevoir à droite l'entrée de la *Goutte de lait*. Le bâtiment est démoli en 1931 et se trouve être le site actuel de la caserne des pompiers à la place Saint-Henri.

¹⁸ Ville de Montréal, Gestion et archives, P 23, fonds de la Cité de Saint-Henri, procès-verbaux des réunions du conseil municipal, 10 février 1886. Voir aussi le rapport de Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 255 à 261.

SÉVERIN LACHAPELLE

En plus d'être médecin, l'homme est auteur, professeur, rédacteur en chef et politicien. Il naît le 18 septembre 1850 à Saint-Rémi dans le Bas-Canada (Québec). Il épouse dans la paroisse Saint-Vincent-de-Paul à Montréal, Élise Demers, le 29 juillet 1874. Entre 1862 et 1868, il poursuit ses études classiques au petit séminaire de Montréal. Il devient même pendant deux ans (1868-1870) zouave pontifical. Il s'inscrit ensuite à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, institution affiliée au Victoria College de Cobourg, en Ontario. Son diplôme, obtenu en 1874, lui permet d'exercer sa profession à Saint-Constant. Il s'établit à Saint-Henri dès 1876 et devient la même année membre de la Société médicale de Montréal. Il fait partie de la revue mensuelle *Union médicale du Canada*, de 1878 à 1882, et figure comme chroniqueur scientifique de la *Revue canadienne*. Dès 1879, Séverin Lachapelle entreprend sa carrière professorale à titre de titulaire du cours d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université Laval. Il donne aussi des cours en pédiatrie et en médecine légale, avant d'assumer pendant quelques années l'enseignement de la pathologie générale.

Lachapelle croit en l'éducation populaire. Il publie, en 1880, *La santé pour tous ou notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles*, et *Petit guide de la mère auprès de son enfant malade*. En 1884, il travaille activement à la reconnaissance juridique de la Société d'hygiène de la province de Québec pour ensuite occuper le poste de rédacteur en chef du *Journal d'hygiène populaire* à Montréal. Il est maire de Saint-Henri d'avril 1886 à janvier 1887, où il poursuit ses visées en tâchant d'améliorer les services sanitaires. En 1888, il rédige à Montréal le *Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles*, opuscule publié sous la forme de questions et de réponses comme le petit catéchisme. En 1890, il fonde à Montréal la revue *La mère et l'enfant*, dans le but de contribuer à diminuer le taux de mortalité infantile, revue qui n'aura toutefois qu'une année d'existence.

Séverin Lachapelle se présente sur la scène politique fédérale, le 21 octobre 1892, et est élu député conservateur dans une élection partielle du comté d'Hochelaga. Il est défait à deux reprises en 1896 et en 1900 par le libéral Joseph-Alexandre-Camille Madore. Il s'oppose au droit de vote des femmes qui ne peuvent, selon lui, assumer cette lourde responsabilité¹⁹.

En décembre 1899, Lachapelle devient surintendant de la crèche de la Miséricorde et ambitionne de contrer la forte mortalité infantile dans les orphelinats. Au cours de sa vie, il tente d'enseigner aux mères et au personnel de la santé les principes de la puériculture. Il participe également à la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine en 1907 en tant que membre du Bureau médical²⁰. Il favorise le mouvement des *Gouttes de lait*, un service de consultation pour les bébés, qui prône l'alimentation naturelle et saine de l'enfant. Peu de temps après avoir présidé le premier congrès des *Gouttes de lait* de Montréal, il meurt le 18 juin 1913. On le considère comme l'un des pionniers de la pédiatrie québécoise.

¹⁹ Rita Desjardins, « Séverin Lachapelle », *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. XIV, Québec, Université Laval, p. 623-625.

²⁰ Denyse Baillargeon, *Naître, vivre, grandir, Sainte-Justine 1907-2007*, Montréal, Boréal, 2007, p. 24.

En 1892, Saint-Henri compte une Commission locale d'hygiène (ou un Bureau de santé) qui regroupe plusieurs membres du conseil municipal²¹. Le médecin de cette commission, Joseph Lanctôt, se préoccupe des maladies contagieuses. En 1895, il souhaite obtenir l'équipement requis pour examiner la qualité du lait. En plus du docteur Lanctôt, siègent également W.-M. Brissette, inspecteur sanitaire, et Jules Beauchamp, secrétaire. Au cours de cette période, Saint-Henri possède aussi un comité permanent de la santé qui comprend trois membres. Le 25 novembre 1896, la Commission «recommande fortement au conseil l'érection d'un hôpital à St-Henri »²². Le poste de médecin à la Cité de Saint-Henri intéresse d'autres candidats qui postulent, mais Joseph Lanctôt demeure toujours en poste.

UN ASILE DES SŒURS GRISES À SAINT-HENRI

Les Sœurs Grises de Montréal possèdent, dans le quartier Saint-Antoine, l'hospice Saint-Joseph, situé entre les rues Saint-Jacques, de la Cathédrale et Saint-Antoine, qui abrite des vieillards, des orphelines, des enfants, des malades de même qu'une école construite en 1858. Sœur Julie Gaudry assume la direction de cette œuvre qui répond à un besoin criant de la population. Dès 1861, un autre établissement connu sous le nom de Nazareth ouvre ses portes rue Sainte-Catherine. Puis, en 1868, l'asile Bethléem ouvre ses portes rue Richmond. Il ne s'agit pas ici d'asiles d'aliénés mais de jardins d'enfance dont la vocation est d'accueillir des petits qui y arriveront souvent par centaines²³. La prise en charge quotidienne d'enfants ne s'arrête pas là. En 1885, elle nécessite également l'ouverture de salles ou d'asiles pour recevoir les enfants à Saint-Henri, rue Saint-Pierre²⁴, selon le vœu exprimé par le curé Rémi Décarie et, en 1889, à Sainte-Cunégonde, rue Atwater, près de l'hospice du Château Brewster²⁵.

²¹ Selon Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 255, la Commission locale d'hygiène de Saint-Henri relève du Bureau de santé de la Cité de Saint-Henri.

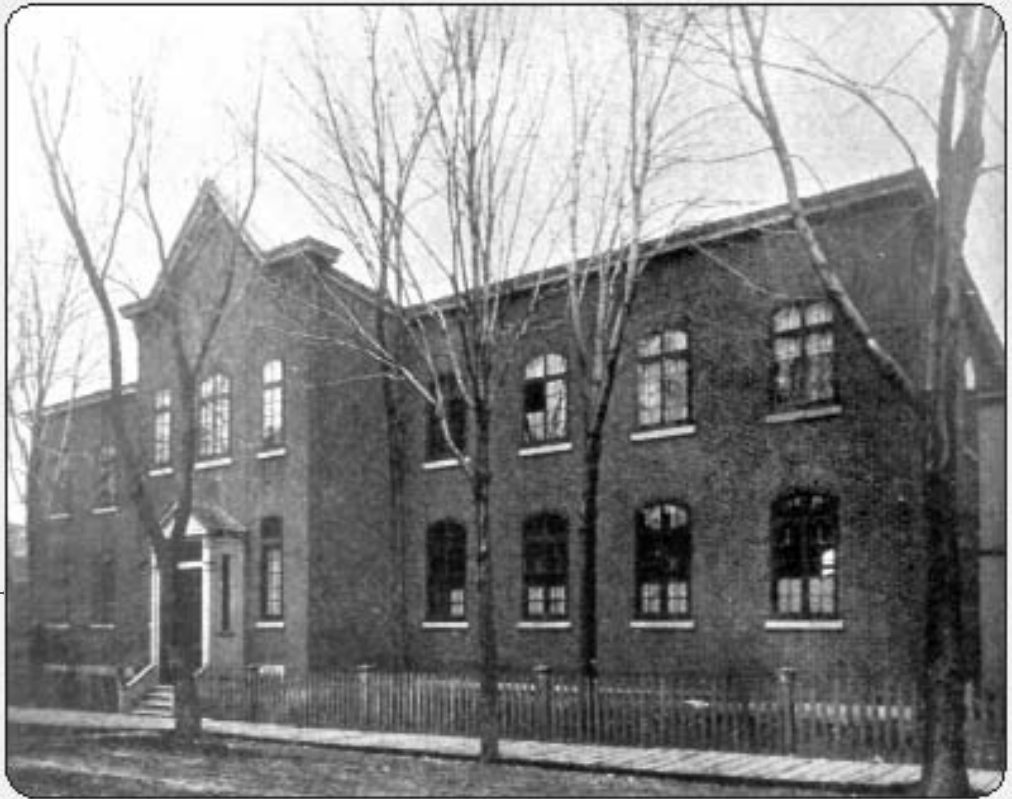
²² Ville de Montréal, Gestion et archives, P 23, fonds de la Cité de Saint-Henri, procès-verbaux des réunions du conseil municipal, 25 novembre 1896.

²³ La vocation de jardin d'enfance de l'asile de Saint-Henri est fort bien décrite par l'abbé Élie-J. Auclair : « De 1885 à 1928, en 43 ans, l'asile avait accueilli, vêtu et nourri pas loin de 700 orphelines, avec en plus au-delà de 600 vieilles femmes. Dans son jardin de l'enfance, il avait reçu 20 000 enfants en chiffres ronds. Pour le service des pauvres et des malades à domicile, on avait fait près de 45 000 visites et porté des secours à plus de 4000 foyers dans la misère. Pas moins de 258 religieuses, une moyenne de 6 par année, s'étaient dépensées à ce haut ministère de charité ». Élie-J. Auclair, *Saint-Henri des Tanneries de Montréal*, Montréal, Imprimerie de LaSalle, 1942, p. 112.

²⁴ Selon l'abbé Élie-J. Auclair, la valeur du bâtiment est de 4000 \$, propriété de la fabrique de Saint-Henri. Élie-J. Auclair, *op. cit.*, p. 63.

²⁵ Voir Micheline Dumont-Johnson, « Des garderies au XIX^e siècle : les salles d'asile des Sœurs Grises à Montréal », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 34, n° 1, juin 1980, p. 29.

Fort étonnant, ces asiles, précurseurs pourrait-on dire des garderies, servent à l'éducation des enfants des deux sexes, âgés de trois à sept ans, et se préoccupent de leur développement moral et physique. L'objectif de cette œuvre est de permettre aux parents de la classe ouvrière de pouvoir disposer de leur temps pour travailler librement afin de subvenir aux besoins de la famille. Le curé de l'époque, Rémi Décarie, constate le danger que représente le fait de laisser des enfants à eux-mêmes pendant que leurs parents sont partis gagner le pain quotidien. Trop d'accidents sont susceptibles de se produire durant l'absence des parents. Des exercices variés attendent les petits qui semblent se plaisir dans ces asiles : jeux pour les garçons, gymnases, bascules, tambours, canons, fusils pour exercices militaires, instruments de musique, etc. ; jeux aussi pour les filles, volants, balles, poupées, cordes à sauter, dominos, etc. L'établissement a aussi à sa disposition du matériel didactique : des images d'histoire sainte, une mappemonde, des tableaux contenant les chiffres romains et arabes, des lettres majuscules et minuscules, une méthode de lecture basée sur le son, des bouliers, des compteurs, des tableaux noirs avec de la craie, etc. La salle d'asile contient un harmonium et dispose de dix gradins



Source : Société historique de Saint-Henri

L'asile de Saint-Henri de la communauté des Sœurs Grises de Montréal, entre 1890 et 1910, situé à proximité de l'église de Saint-Henri, rue Saint-Pierre, laquelle devient par la suite rue du Collège.

pour permettre aux enfants de s'installer; on y trouve également deux lits de camp pour le repos des petits enfants, des lavabos, des tablettes pour recevoir des paniers, des crochets pour suspendre les vêtements, des bancs et des tables pour les repas. En général, le principal local de ces institutions reprend ce modèle.

Jour après jour, les enfants s'amuse tout en respectant le code disciplinaire des religieuses. Ils apprennent à lire à l'aide des lettres en bois qui sont étalées l'une après l'autre sur un pupitre par la religieuse, pendant que les enfants en chœur les clament l'une à la suite de l'autre d'une voix unanime. Selon une cadence imposée, ils récitent les leçons, par exemple en comptant les chiffres en chantant. Ils répondent

à des questions sur le catéchisme, font de la gymnastique, récitent les noms des comtés ou apprennent quelques règles élémentaires de solfège. Les récits tirés de l'histoire sainte attirent aussi l'attention des enfants.

Le local de Saint-Henri, vaste, aéré et bien chauffé comme tous les autres asiles, devient, par contre, vite surpeuplé. Entre les années 1885 et 1920, 450 enfants fréquentent quotidiennement l'asile de Saint-Henri. À cet établissement, deux religieuses accueillent les 400 premiers arrivants. On ne s'étonnera pas d'apprendre que les religieuses ont la tâche lourde et qu'elles ne demeurent pas longtemps en poste, à peine deux ou trois ans, sauf sœur Julie Gaudry, qui reste en fonction jusqu'à l'âge de 71 ans²⁶. Ce type d'institution est financé selon le mode suivant : 25 cents par mois par enfant, des frais payés par les parents d'une part et à l'aide de dons d'autre part. La contribution du gouvernement du Québec demeure minime durant toute cette longue période où les asiles seront en fonctionnement. Les religieuses organisent des exercices de démonstration pour toucher les visiteurs qui deviennent les heureux bienfaiteurs : ecclésiastiques, dames patronnesses, Américains, ministres protestants, élèves du Collège de Montréal, séminaristes, religieuses des autres congrégations, députés et militaires. Parmi les simulations présentées, il faut citer celle d'un exercice militaire mettant aux prises des soldats américains et canadiens. Ces derniers l'emportent sur les Américains. Or, les vainqueurs ressuscitent les vaincus pour les baptiser afin de leur ouvrir les portes du paradis ! Ce numéro semble très populaire auprès des visiteurs.

Ce type d'établissement qui s'apparente à des garderies disparaît au début des années 1900 à cause de la transformation des quartiers montréalais qui éloigne la principale clientèle. Les asiles de Saint-Henri et de Sainte-Cunégonde restent malgré tout surpeuplés. En 1920, le bâtiment est démoli avant d'être reconstruit en 1929 pour servir aux orphelins. La salle d'asile de Sainte-Cunégonde cède son local à la commission scolaire en 1922, laquelle y accueille néanmoins des orphelins jusqu'à l'incendie de 1951.



Une sœur grise au chevet d'un résident.

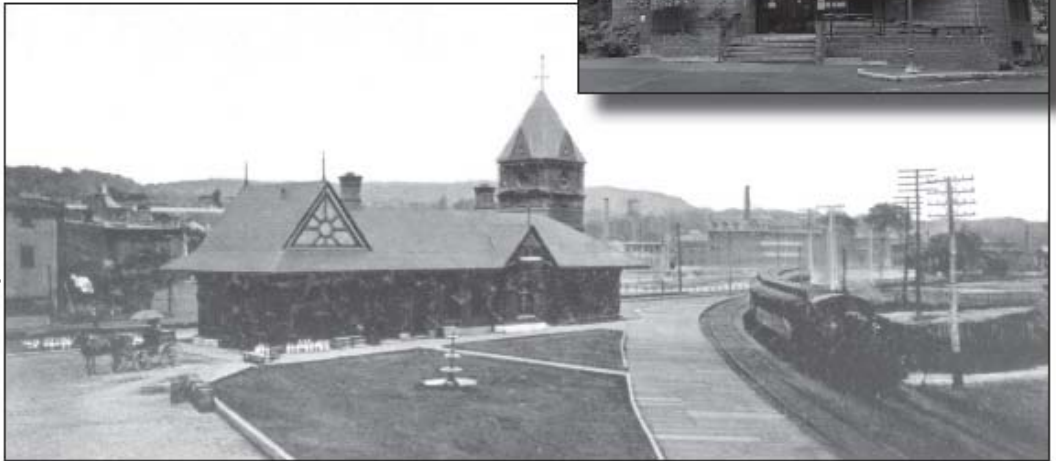
Source : Les Sœurs de la Charité de Montréal

²⁶ Les détails proviennent de Micheline Dumont-Johnson, *op. cit.*, p. 49.

En 1895, à la suite d'une inspection méticuleuse des officiers, le Bureau de santé considère que les drains défectueux sont responsables de la propagation des maladies infectieuses : « nous n'avons pas l'ombre d'un doute que la diphtérie, la fièvre typhoïde et les autres maladies contagieuses qui règnent au milieu de nous ont pour cause les défectuosités dans le drainage de nos maisons²⁷ ». L'inspecteur constate que 35 maisons sont insalubres à cause de la ventilation, 35 autres bâtiments ont des défauts de drainage et une vingtaine sont considérées « humides²⁸ ». Les fonctionnaires municipaux constatent une baisse de la mortalité qui atteint 23/1000 par rapport à 28/1000, les deux dernières années. En chiffres absolus, cela représente 60 décès de moins que l'année précédente.



Source : Archiv-Histo



Source : Société historique de Saint-Henri

La gare de Saint-Henri de la compagnie du Grand Tronc devenue les Chemins de fer nationaux, vers 1900, aujourd'hui l'emplacement du CLSC de Saint-Henri, situé au 3833, rue Notre-Dame Ouest.

Les entreprises industrielles reçoivent également la visite des fonctionnaires du Bureau de santé. La filature de coton de la Merchant's Manufacturing Co fait l'objet de plaintes de la part des ouvriers à cause de la chaleur trop élevée dans le département des tisserands. L'inspecteur conseille l'emploi d'un thermomètre dans chaque département pour connaître la température ambiante et, le cas échéant, prévoir la ventilation des locaux pour éviter le coup de chaleur. Les ouvriers ne sont pas sans apprécier cette intervention du Bureau de santé.

²⁷ Cité par Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 255.

²⁸ Citations tirées de Daniel Massicotte, lequel puise une large partie de son information dans les rapports du Bureau de santé de la Cité de Saint-Henri. Voir aussi procès-verbaux et règlements de la Cité de Saint-Henri.

Le 6 mars 1901, le D^r Joseph Lanctôt ne recommande pas l'utilisation de la glace coupée au canal de Lachine, source de contamination. Au même moment, le rapport du Bureau provincial d'hygiène signale de nombreux cas de *picotte* laissant présager une épidémie. Le Bureau est en faveur de la vaccination gratuite par les médecins de Saint-Henri, du moins pour les personnes qui en feront la demande. Le 5 juin 1901, le conseil municipal réfère au Comité de bâtisse la question portant sur un éventuel local pour héberger les familles pendant la désinfection de leur maison touchée par la contagion. Le Bureau de santé doit relever ce défi sur tous les fronts. Sur le plan de l'information, il entreprend de rejoindre la population à l'aide de circulaires rédigées en français et en anglais. De cette façon, les citoyens seraient sensibilisés aux mesures à prendre pour se protéger contre la transmission de ces maladies. Cependant, la principale recommandation concerne la vaccination. À cet effet, on utilise les voies officielles : curés et autres ministres du culte à Saint-Henri sont mis à contribution pour convaincre la population de recevoir le vaccin.

Le conseil adopte le règlement n° 121 portant sur la vaccination en date du 13 novembre 1901. Aux yeux de ses membres, la menace de la variole se manifeste davantage au sein des écoles et des industries. L'éclosion de la



Source : Société historique de Saint-Henri

Fête des vieillards organisée par le Club ouvrier de Saint-Henri à l'Hospice de Sainte-Cunégonde.

contagion à Saint-Henri menace à la fois les ouvriers qui seraient confinés au chômage et les patrons qui subiraient des pertes considérables. En vertu de ce règlement, le chef d'entreprise doit, dans les quarante-huit heures après son adoption, ordonner que ses employés montrent leur certificat de vaccination, sinon l'entrée à l'usine leur sera refusée. Du côté des écoles, les autorités scolaires doivent exiger le certificat de vaccination pour admettre tout élève. Le 29 novembre 1901, une visite dans les manufactures, les écoles et les autres institutions publiques mesure les effets de la campagne de vaccination. Cette intervention est proposée par Séverin Lachapelle, de la Commission d'hygiène. Or, le règlement municipal ne comprend pas la vaccination, entre autres des mères de famille demeurées à la maison et du personnel enseignant. Le 26 décembre 1901, le Bureau d'hygiène de la province de Québec recommande la mise en place de la vaccination générale et obligatoire.

Le 29 mai 1902, la maison d'Edwin Leroux est réservée à l'hébergement des personnes potentiellement contagieuses. Joseph Lanctôt, médecin attitré du Bureau d'hygiène, présente son compte pour la période de 1901-1902, qui s'élève à 1800 \$ à cause du surcroît de travail, alors que celui de l'inspecteur est de l'ordre de 200 \$.

L'alimentation en eau relève aussi de la juridiction municipale. Selon une analyse faite par des bactériologistes, l'eau fournie par la Montreal Water & Power Co aurait été contaminée par les égouts de Verdun, les experts ayant repéré un bacille de la fièvre typhoïde. En 1904, 480 décès, dont ceux de 325 enfants, sont relevés par le Bureau de santé de la Cité de Saint-Henri. Pourtant, la mortalité est inférieure par plus de cent à ce qu'elle était en 1903²⁹. Le Dr Lanctôt fait distribuer des circulaires dans toutes les familles pour conseiller de faire bouillir l'eau qui sert à la consommation. Jusqu'à l'annexion de Saint-Henri par Montréal en 1905, le médecin Lanctôt sera présent au sein du Bureau de santé.

La Cité de Sainte-Cunégonde (1876-1905), une enclave indépendante

Le territoire de Sainte-Cunégonde fait partie de la municipalité de Saint-Henri lors de sa fondation. Il s'en détache dès 1876 pour former le village de Sainte-Cunégonde. La première séance du conseil se tient le 22 janvier 1877. En 1884, le village devient la ville de Sainte-Cunégonde puis, en 1890, son statut change pour celui de cité. En 1905, Montréal annexe le territoire de la Cité de Sainte-Cunégonde. Pendant une trentaine d'années, ce territoire qui longe le canal de Lachine se présente comme une petite enclave entre Montréal et Saint-Henri.

²⁹ Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 259.

Source : Pignon sur rue - Les quartiers de Montréal



Ancienne pharmacie Lalonde, rue Notre-Dame, paroisse Sainte-Cunégonde.

Sainte-Cunégonde met sur pied un Comité de santé qui veille dès les premières années de son existence sur la qualité de la glace en provenance du canal de Lachine. Au cours des années 1880, les citoyens pauvres reçoivent des soins à l'extérieur du territoire aux frais de la municipalité. En 1884, une facture de 120,60 \$ couvre les coûts d'hospitalisation de la période allant de 1881 à 1883. L'ingénieur J.-A. Beaudry porte à l'attention du conseil le danger de refaire des égouts en bois; il conseille plutôt la pierre ou le grès pour parfaire le réseau de Sainte-Cunégonde.

En 1885, comme du reste dans les autres municipalités, le Bureau provincial d'hygiène, récemment formé, incite fortement Sainte-Cunégonde à fonder un Bureau local d'hygiène³⁰. La municipalité va se conformer rapidement à la directive du gouvernement provincial. Dès la fin de l'année 1885, le Bureau de santé de Sainte-Cunégonde recommande au conseil municipal de subvenir aux besoins d'une famille indigente atteinte de la *picotte*. L'épidémie est d'une

³⁰ Un bureau central composé des docteurs Hingston, Lachapelle, MacDonnell et Mount est créé le 4 septembre 1885 par le gouvernement provincial et sera dissout le 4 septembre 1886. Voir Denis Goulet et André Paradis, *op. cit.*, p. 249.

telle ampleur que la Ville de Montréal offre à certaines municipalités comme Côte-Saint-Antoine, Côteau Saint-Louis, Saint-Gabriel, Saint-Henri, Verdun et Sainte-Cunégonde, d'héberger les victimes de la variole dans ses propres hôpitaux moyennant un coût de 1\$ par jour. L'aide s'avère toutefois insuffisante. En mars 1886, le Bureau de santé se plaint du manque de collaboration des médecins locaux et de ceux de la région. Il souhaite l'établissement de la vaccination et l'amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité pour contrer la contagion. Dans les faits, 700 personnes seront inoculées du vaccin antivariolique. Cependant, le constat le plus déplorable est le préjugé tenace parmi la population à l'effet que le vaccin sert à propager la variole. Ainsi, pendant les sept mois qu'a sévi cette maladie contagieuse à Sainte-Cunégonde de 1885 à 1886, sur 356 cas identifiés parmi 259 familles, 166 personnes décéderont des suites de la variole. De ces 356 personnes, 341 n'avaient pas été vaccinées, la plupart des enfants; le constat s'avère un véritable plaidoyer en faveur de la vaccination³¹. Malgré son travail inlassable en médecine, Théodule Cypihot se heurte parfois à la non collaboration des autres médecins et des chefs de famille dans la déclaration des maladies contagieuses.

En 1896-1897, Cypihot constate le manque de salubrité dans les bureaux mêmes de l'hôtel de ville au point que la visite d'un fonctionnaire du Conseil d'hygiène provincial serait à craindre car l'immeuble risquerait d'être jugé comme étant «impropre», c'est-à-dire au point de nuire à la santé du personnel³². Le conseil municipal remplace le D^r Cypihot par le D^r J. Lalonde. L'année suivante, ce dernier émet un rapport élogieux : « Je ne crois dans la Province et même en dehors aucune ville qui offre des conditions sanitaires égales à celles de Sainte-Cunégonde³³ ».

Au début du XX^e siècle, les analyses de l'eau laissent peu de place à l'interprétation. Cette fois, le D^r Lalonde recommande l'analyse poussée de la qualité de l'eau. Le conseil municipal obtient des résultats de la ville voisine de Westmount, qui indiquent que l'eau du fleuve Saint-Laurent vers 1903-1904 recèle la bactérie E-Coli. Selon le directeur du laboratoire clinique de l'Hôpital Royal Victoria, le médecin Andrew A. Bruère, l'eau montre une contamination inquiétante. En 1903, une épidémie de fièvre typhoïde touche la région de Montréal. Les autorités demandent aux gens de faire bouillir l'eau. Le doute sur la qualité de l'eau persiste, et ce, même après l'annexion de Sainte-Cunégonde à la Ville de Montréal, en 1910.

³¹ Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 391.

³² Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 394.

³³ Cité par Daniel Massicotte, *op. cit.*, p. 395.

Sous la gouverne de Montréal, le secteur Sud-Ouest

De 1887 à 1910, les municipalités du Sud-Ouest sont annexées par Montréal, sauf Verdun. Montréal prend donc le contrôle du champ de compétence de la santé pendant de nombreuses années, du moins sur son territoire, notamment dans le secteur qui nous préoccupe. L'un des problèmes majeurs touche la santé des très jeunes enfants.

À Montréal, le taux de mortalité infantile demeure un problème aigu. De 1897 à 1911, un nourrisson sur trois meurt avant d'atteindre l'âge d'un an. En 1926, le taux de mortalité s'élève à 14 %, soit le double de celui de Toronto³⁴. Les maladies des bébés concernent principalement le système digestif, notamment la diarrhée et l'entérite. Entre 1906 et 1915, plus de 42 % des 45 000 enfants décédés avant d'avoir atteint l'âge de deux ans ont été victimes de la diarrhée. Le taux de mortalité infantile en 1922 est de 212,9 par 1000 naissances vivantes à Saint-Henri, 175,6 à Saint-Gabriel, 180,5 dans le quartier Saint-Joseph et 182,4 dans le quartier Sainte-Anne. Or, il n'atteint que 55,1 à Westmount et 57 à Outremont³⁵.

La qualité du lait et de l'eau apparaît comme le principal facteur responsable des taux élevés de décès par maladies gastrointestinales. L'approvisionnement en eau de la ville de Montréal ne devient satisfaisant qu'à compter de 1914. Quant à celui du lait, il ne remplit pas les critères reconnus à l'époque dans les grandes villes américaines. Selon une analyse bactériologique faite par le ministère de l'Agriculture du gouvernement fédéral dans les fermes laitières de Montréal, 55 % du lait provenant de 285 échantillons s'avère impropre à la consommation³⁶. À cette époque, moins du quart du lait distribué dans la ville de Montréal est pasteurisé. Cette mesure demeure l'élément clé pour diminuer la mortalité infantile. Pour remédier, du moins en partie, au problème d'alimentation chez les nouveau-nés, les médecins encouragent l'allaitement naturel chez les femmes de façon à favoriser une meilleure croissance du nourrisson et, surtout, éviter les maladies fatales³⁷.

³⁴ Terry Copp, *op. cit.*, p. 102.

³⁵ Extrait du tableau de Terry Copp, *op. cit.*, p. 103.

³⁶ Terry Copp, *op. cit.*, p. 106.

³⁷ Voir aussi une critique de l'historienne Denyse Baillargeon du calcul du taux de mortalité chez les bébés au Québec et en Ontario. Il est question de la comptabilisation des enfants mort-nés qui n'entrent pas normalement dans le total des naissances vivantes. « L'adoption, et surtout l'application, d'une définition uniforme n'est pas sans importance pour la comparaison des taux de mortalité infantile puisque, en principe, ceux-ci sont déterminés en fonction du nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an, mais nés vivants. Une interprétation plus

Source : Bibliothèque et Archives nationales du Québec



Carte du Sud-Ouest de l'île de Montréal en 1935.

Les médecins Séverin Lachapelle (Université Laval) et A. D. Blackadder (Université McGill) recommandent en 1912 au Service municipal de santé de la Ville de Montréal la création d'une douzaine de *Gouttes de lait* dans les quartiers où la mortalité s'avère très élevée. Dès leur entrée en fonction, ces cliniques font baisser le taux de mortalité, du moins pour les bébés dont les parents viennent consulter le personnel de santé. En 1913, les paroisses de Sainte-Clotilde, de Saint-Henri et de Saint-Zotique dans le secteur Sud-Ouest de Montréal ouvrent des *Gouttes de lait*. À Ville-Émard, les gens du quartier comptent un dispensaire situé rue Monk.

Encouragées par le Service de santé de la Ville de Montréal, en 1915, 23 *Gouttes de lait* situées dans

les paroisses francophones pauvres et cinq cliniques anglophones attirent les mères et leurs bébés³⁸. Au cours de ces années, le Dr Séraphin Boucher, à la tête du Service de santé de la Ville de Montréal, met sur pied des mesures pour assurer la bonne marche des cliniques. La création d'un bureau central, organisme composé de médecins élus par les représentants des *Gouttes de lait*, est placée sous la gouverne du directeur du Service de santé municipal. Afin de recevoir des subventions plus adéquates, les cliniques s'engagent à produire

stricte des signes vitaux à la naissance peut faire augmenter le nombre des mort-nés et ainsi faire diminuer le nombre des naissances vivantes et réduire le taux de mortalité infantile : à l'inverse, une interprétation plus large peut faire accroître le nombre de naissances vivantes, et faire augmenter le taux de mortalité infantile ». Les médecins québécois (principalement catholiques) et les médecins ontariens (principalement protestants) n'interprètent pas de la même façon les signes de vie chez l'enfant à la naissance. Les motifs religieux chez les médecins catholiques les incitent à trouver le moindre signe de vie permettant à la mère de croire que le bébé a été ondoyé. Ainsi l'âme de l'enfant ne serait pas dans les limbes, selon une croyance populaire. Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage, 2004, p. 43.

³⁸ Denyse Baillargeon, *op. cit.*, p. 139.

des rapports statistiques quotidiens et à ouvrir chaque jour durant l'été et trois fois par semaine pendant le reste de l'année. Le rôle de ces cliniques n'est pas seulement de distribuer du lait, mais aussi de peser régulièrement les bébés et d'informer la mère sur la saine alimentation pour l'enfant. Pour contrecarrer les effets dramatiques de la mortalité infantile, le D^r Boucher intervient encore une fois en mettant sur pied une Division de l'hygiène de l'enfance. Il ouvre quatorze lieux de consultations municipaux pour les nourrissons. Montréal compte au début des années 1920 près de 39 *Gouttes de lait* francophones et anglophones confondues³⁹.

À partir des années 1930, Montréal dispose de plus en plus de cliniques pour nourrissons; elles atteignent le nombre de 68 en activité et plus de la moitié sont administrées par le Service de santé. En 1950, leur nombre s'élève à 87, dont 61 cliniques municipales⁴⁰. Au cours des années 1930, le Service de santé ne tente plus de rejoindre seulement les mères des milieux pauvres, mais toutes les nouvelles mères. L'information transmise par les infirmières tend ainsi à rejoindre les femmes qui ont accouché pour les inciter à venir avec leurs bébés aux cliniques. Près des deux tiers des mères viennent consulter les *Gouttes de lait*. À Montréal, dès 1928, les enfants sont immunisés contre la diphtérie, la variole, puis, avec les années, contre la coqueluche. Les bébés subissent aussi l'épreuve à la tuberculine. Enfin, dans les années 1950, ils reçoivent le vaccin Salk contre la poliomyélite.

Sans faire abstraction des questions touchant la santé des adultes, la mortalité infantile et la situation précaire des enfants représentent à elles seules l'une des réalités les plus difficiles pour les intervenants en médecine et en soins infirmiers.

³⁹ Denyse Baillargeon, *op. cit.*, p. 143. Cette auteure touche les multiples facettes qui concernent les *Gouttes de lait* : le rôle des médecins, la médicalisation de la maternité, l'éducation des mères, la mortalité infantile au Québec, etc.

⁴⁰ Toujours selon les chiffres fournis par Denyse Baillargeon, *op. cit.*, p. 144.

Ville de Verdun : l'expérience municipale en matière de santé publique et l'implantation d'une institution psychiatrique

Les premières décisions municipales

Les citoyens de la partie ouest du secteur agricole du comté dite de la rivière Saint-Pierre, près de l'aqueduc de Montréal, protestent en 1874 contre l'imposition de taxes qui ne profitent qu'aux quartiers urbanisés. Ils ne prisent pas non plus le laxisme dont fait preuve Montréal sur le plan des permis d'alcool. L'ouverture de nouvelles tavernes représente, à leur avis, un danger pour la jeunesse. Cette préoccupation locale contre l'alcool parallèlement au souci indirect de la santé sera constamment présente tout au long de l'évolution historique de Verdun.



Source : Archiv-Histo

John Smythe Hall,
1^{er} maire, 1875-1882.

Le 23 décembre 1874, le gouvernement du Québec crée le village de la rivière Saint-Pierre, municipalité délimitée au sud-est par le fleuve Saint-Laurent, au nord-est par l'aqueduc de la Ville de Montréal et au sud-ouest par la municipalité de la paroisse de Lachine (aujourd'hui l'arrondissement de LaSalle) incluant aussi l'île des Sœurs. Ce découpage territorial devient effectif dès le 1^{er} janvier 1875. Le premier conseil municipal se compose de John Molson Crawford, Daniel Hadley, John Smythe Hall, Joseph Lanouette, Louis Lesage, Joseph Rielle et William Simcock. Ces conseillers choisissent l'un d'entre eux, John Smythe Hall, pour siéger à titre de maire du village. En 1876, la nouvelle municipalité change de nom pour adopter celui de Verdun¹.

¹ Voir aussi Denis Gravel et Hélène Lafortune, *Verdun, 125 ans d'histoire 1875-2000*, Montréal, Archiv-Histo, 2000, p. 46 à 49.

Dès 1876, le conseil municipal entend limiter l'implantation d'entreprises qui utilisent l'énergie comme la vapeur, le gaz et le charbon de bois. Il en va de même pour les abattoirs, les fabriques de chandelles et de savons, les distilleries et toute autre industrie qui pourrait dégager des odeurs indésirables. Celles-ci doivent adresser une demande par écrit pour obtenir la permission de s'installer sur le territoire, laquelle permission ne sera que très rarement accordée à Verdun. Cette année-là, le conseil municipal entend mieux encadrer l'établissement d'hôpitaux pour personnes contagieuses. Il exige le dépôt d'une pétition favorable au projet d'implantation d'une institution de santé par des citoyens locaux.

L'épidémie de variole se répand dans la région de Montréal en 1885, ce qui force les autorités municipales de Verdun à prendre les mesures qui s'imposent. Le conseiller Henry Hadley offre une de ses propriétés située sur le chemin de la Côte-Saint-Paul (devenu l'avenue de l'Église) pour la transformer en hôpital temporaire. De plus, le conseil municipal forme le premier bureau de santé en

Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun



L'avenue de l'Église, vue de l'intersection de l'avenue Verdun vers le boulevard LaSalle, en 1909.

nommant Joseph Brault, Henry J. Beaman et Alfred Ward à sa tête. Ces derniers reçoivent le mandat de mettre au point la campagne de vaccination obligatoire contre la variole. Au mois de septembre 1885, selon le rapport du D^r Saunders, 85 citoyens ont été vaccinés alors que 74 sont encore sans protection. Selon le rapport du D^r Thomas A. Rogers, un cas de variole s'est manifesté chez la famille Edward May. Ce cas accélère l'ouverture de l'hôpital. Afin de partager les frais de cette institution, les maires des municipalités de Côte-Saint-Paul et de Saint-Gabriel sollicitent la Ville de Verdun, mais le conseil refuse d'y participer. Au mois d'octobre, James A. Hutchison, médecin, est nommé premier officier médical. Toute la population est vaccinée, sauf deux travailleurs agricoles de la ferme Crawford, qui préfèrent se faire vacciner par leur propre médecin. Ces fermiers remettront plus tard un certificat aux autorités municipales. Sans en indiquer les raisons, le 26 octobre 1885, les autorités municipales ferment l'hôpital pour les malades de la variole de Verdun. Ils signent un accord le 8 mars 1886 avec le Bureau de santé de la Ville de Montréal pour faire admettre les Verdunois atteints de la variole dans les hôpitaux montréalais.

Le Bureau de santé de Verdun reprend vie en 1892 sous la direction de S. S. Bain, William Clark, W. B. Budd, Joseph Brault et le maire John Molson Crawford qui est membre d'office². Les membres du Bureau de santé prévoient déléguer un inspecteur pour visiter les habitations, les étables et autres bâtiments afin de surveiller leur état de salubrité. L'intention du conseil municipal est de préserver l'hygiène publique, plus précisément d'éviter les eaux stagnantes, l'abandon de carcasses d'animaux, les maisons insalubres, l'installation de porcheries près des habitations, etc. Un dépotoir près de l'aqueduc fait les manchettes du journal *La Presse* en 1894. Le Bureau de santé de Verdun avertit la Ville de Montréal que Verdun ne doit pas servir de dépotoir aux Montréalais, sous peine d'arrêter les éboueurs³.



Source : Archiv-Histo

John Molson Crawford,
colonel,
3^e maire, 1884-1893.

L'année 1908 marque la renaissance du Bureau de santé au moment de l'adoption du règlement n° 104, qui en précise les modalités de fonctionnement. Le nouvel organisme municipal est régi par un conseil

² Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, règlement n° 23 « concerning Sanitary Matters ».

³ Nous avons consulté les archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal et les procès-verbaux des réunions du conseil municipal aux dates mentionnées dans ce chapitre. Voir aussi Denis Gravel et Hélène Lafortune, *op. cit.*, p. 62 à 64.

formé de quatre membres parmi lesquels est choisi un président. Ce conseil nomme également un directeur médical, responsable du Bureau de santé et chargé de son administration. De surcroît, ce directeur doit procéder aux examens médicaux lors des accidents de travail et de la route dans les limites de la municipalité. Il procède, le cas échéant, à des enquêtes épidémiologiques. Chaque mois, le Bureau de santé doit produire des rapports auprès du conseil municipal portant d'une part sur l'inspection sanitaire et sur la médecine préventive d'autre part.

Quant au service sanitaire, il relève d'inspecteurs qui s'occupent des canalisations et de l'alimentation en eau, de l'enlèvement des ordures et de l'hygiène publique. Les inspecteurs s'assurent du suivi des plaintes de nuisances publiques. De plus, une équipe spécialisée dans l'inspection des commerces, notamment le lait, la glace et la viande, voit à la qualité des produits vendus aux Verdunois. Malgré ces précautions, la Ville de Verdun patiente jusqu'en 1938 avant d'interdire la vente du lait non pasteurisé, bien que Montréal l'ait défendue en 1926.

Le Bureau de santé se préoccupe également de la santé publique en voyant à l'inspection médicale des écoles et à la tenue de campagnes de vaccination sous la supervision de médecins et d'infirmières. Dès le début des années 1930, l'engagement de médecins permet d'effectuer l'examen médical des

Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun



Groupe de cheminots au travail.

écoliers et des autres enfants qui fréquentent les institutions ayant une vocation éducationnelle (jardins d'enfance, écoles, collèges). À ces médecins s'ajoutent les infirmières qui participent aux examens médicaux et aux campagnes de vaccination. Les infirmières se chargent aussi des visites à domicile et de l'éducation des écoliers sur les questions d'hygiène.

Médecins, infirmières et inspecteurs travaillent donc en collaboration avec le Bureau de santé situé à l'hôtel de ville, lequel a pignon sur rue, à cette époque, à l'intersection des artères de l'Église et Ethel. La coordination des activités est assurée par un chef de bureau qui rédige des rapports mensuels présentés par leur directeur médical.

Comme du reste à Montréal, la mortalité infantile décime la population canadienne-française et, dans une moindre mesure, la population canadienne-anglaise. En 1911, le taux de mortalité infantile est de 221 sur 1000 enfants nés vivants⁴. Les campagnes de vaccination, assurées en grande partie par les

Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun



Ancien hôtel de ville, en 1956.

⁴ Selon Karine Hébert, « La santé des Verdunois : histoire d'un réseau de santé municipal 1908-1977 », *Verdun d'autrefois*, brochure n° 1, Société d'histoire et de généalogie de Verdun, 1998, p. 7.

infirmières, sous la supervision du directeur médical, sont l'occasion pour la Ville de Verdun d'allouer des fonds devant servir à défrayer le coût du vaccin pour les enfants démunis.

Pour tenter de suppléer à la mortalité infantile, est fondée en 1919 une *Goutte de lait*. Cependant, le manque de fonds et de collaboration de la Ville de Verdun forcent la cessation des activités de cette clinique pour nourrissons. Le directeur médical du Bureau de santé, le Dr Chabot, propose l'ouverture d'une nouvelle

Source : Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, boîte A-0320, « General Hospital »



Ouverture de la Child Welfare Clinic à l'École Bannantyne par la Child Welfare Association of Montreal, une des agences de la Montreal Welfare Federation, le 20 septembre 1945. Première rangée assises : madame M. Brady, madame W. G. Turner, Honorable M. A. K. Hugesson, madame Edward Wilson, madame Walter M. Stewart, madame Frank Wilson et l'infirmière W. Wales; deuxième rangée : Frank Wilson président, Verdun Protestant Board of School Trustees, W. R. Stenhouse, vice-président, C. McLaughlin, Verdun Lions Club, maire Edward Wilson, madame H.M Way, mademoiselle M. V. Young et le Dr A.-D. Archambault, directeur du Service de la santé, Ville de Verdun.

Goutte de lait aux membres du conseil municipal. Malgré la présentation de chiffres alarmants sur la mortalité infantile, les élus municipaux n'emboîtent pas le pas pour appuyer leur directeur médical.

La Verdun Child Welfare existe de 1925 à 1935. Il s'agit d'une clinique anglophone qui, en toute apparence, ressemble aux *Gouttes de lait*. Cet organisme conseille les mères sur la santé des nourrissons. En 1931, sous l'impulsion du D^r Archambault, renaissent les *Gouttes de lait* dans les paroisses de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs et de Notre-Dame-de-Lourdes. D'abord autonomes, elles se regroupent ensuite au sein de la Fédération d'hygiène infantile. La Ville de Verdun accepte d'octroyer des subventions à la Fédération, qui sert d'intermédiaire entre la municipalité et les cliniques. Une autre clinique pour nourrissons ouvre ses portes en 1933 dans la paroisse de Notre-Dame-de-la-Paix. Certains citoyens à Verdun ont les moyens de payer une police d'assurance de l'Assurance-vie La Métropolitaine, entreprise privée qui offre à sa clientèle un service d'infirmières visiteuses pour prodiguer des soins à domicile. Dès 1931, les assurés peuvent compter sur ces services en cas de maladie ou de grossesse.

L'Assistance maternelle, créée en 1912 à Montréal, vient aussi en aide aux mères démunies économiquement. En 1935, cette association forme trois comités paroissiaux à Verdun dans les paroisses de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, Notre-Dame-de-la-Paix et Notre-Dame-de-Lourdes. L'organisme reçoit des fonds de la municipalité pour acquitter les frais d'accouchement à domicile des femmes pauvres, les frais d'assistance médicale et, parfois, de nourriture ou autres moyens de subsistance.

Au cours des années 1940, l'évolution des services offerts en santé prend un tournant : la Fédération d'hygiène infantile se retire du financement et de la gestion des *Gouttes de lait* de Verdun. La Ville de Verdun comble le manque à gagner des cliniques pour bébés. Au cours de cette décennie, le nombre de *Gouttes de lait* augmente. En 1948, la paroisse de Notre-Dame-Auxiliatrice et, en 1949, celle de Notre-Dame-de-la-Garde créent des cliniques pour bébés. Du côté anglophone, la Child Welfare Clinic renaît en 1945 dans le sous-sol de l'école Bannantyne, à l'intersection de Bannantyne et Gordon. Puis, une autre clinique voit le jour sur l'avenue Moffat. La Ville de Verdun et le Protestant Board of School Trustees of Verdun défraient les coûts des cliniques anglophones qui sont gérées par le Child Health Association of Montreal⁵.

⁵ Nous avons consulté les archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal pour valider une partie des informations. Voir aussi l'ouvrage de Karine Hébert, *op. cit.*

LA CLINIQUE CONTRE LA TUBERCULOSE

La tuberculose représente longtemps une des causes majeures de la mortalité à Montréal. Fort virulente à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, elle fait plus de 200 décès par 100 000 habitants entre 1900 et 1908. En Amérique du Nord, Montréal fait piètre figure par rapport aux autres villes avec un taux fort impressionnant de décès. Les quartiers défavorisés sont plus touchés que les quartiers bourgeois. La Commission royale sur la tuberculose, créée par le gouvernement du Québec en 1909-1910, recommande l'implantation de dispensaires⁶ selon la norme de 1 par 50 000 habitants. Durant cette période, près de 80 % des malades atteints de tuberculose ne reçoivent aucun soin médical. À Montréal, le directeur médical de la Ville de Montréal, le D^r Séraphin Boucher, essaie de faire construire un hôpital pour soigner les tuberculeux. Sous l'impulsion des Sœurs de la Providence commence en 1924 la construction de l'hôpital du Sacré-Cœur à Cartierville. La Ligue de Montréal contre la tuberculose et pour la santé publique s'avère l'un des rares organismes qui se bat contre le fléau blanc. Cet organisme, présidé par Sir Arthur Currie, se compose surtout d'hommes d'affaires. Lord Atholstan, alors éditeur du *Montreal Star*, fait un don de 100 000 \$ aux instituts Royal Edward Laurentian et Bruchési pour favoriser l'ouverture de deux dispensaires qui seront établis dans les quartiers Hochelaga et Saint-Henri⁷.

À Verdun, le problème de la tuberculose est fort répandu. En 1900, le Protestant Hospital for the Insane (aujourd'hui Douglas) déplore 35 décès dans son institution, dont 8 cas de tuberculose⁸. En 1908, la Ville de Verdun prend l'initiative de demander de l'aide à la Ligue de prévention de la tuberculose, un organisme privé de Montréal⁹ à qui elle offre une somme de 100 \$ pour obtenir de l'assistance. Or, la progression de la tuberculose ne s'arrête pas là; elle continue sa triste œuvre jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale. La découverte des antibiotiques et des sulfamides, au cours des années 1930 et 1940, permettra toutefois de combattre plus efficacement cette maladie.

En novembre 1925, le conseil municipal vote une somme de 2000 \$ pour payer une part des coûts prévus pour l'établissement d'un dispensaire antituberculeux à Verdun, le reste devant être subventionné par le gouvernement du Québec¹⁰. Malheureusement, cette initiative reste sans suite.

⁶ Il s'agit d'établissements publics ou privés où l'on donne généralement gratuitement des soins courants et où on assure le dépistage et la prévention de certaines maladies à caractère social.

⁷ Selon Terry Copp, *op. cit.*, p. 110.

⁸ Charles H. Cahn, *Hôpital Douglas, 100 ans d'histoire et de progrès*, Verdun, Hôpital Douglas, 1981, p. 20.

⁹ Ceci dit sous toute réserve, la Ligue de prévention de la tuberculose et La Ligue de Montréal contre la tuberculose pourraient être le même organisme. Nous avons repris l'information de Karine Hébert, *op. cit.*, p. 15. Mme Hébert cite : Julien Déziel, *Histoire de Verdun 1665, 1876-1976*, Verdun, Comité du Centenaire, 1976, p. 134. Le livre du père Déziel contient plusieurs coquilles, ne nous permettant pas une affirmation plus précise sur le fait qu'il y ait eu un ou deux organismes distincts.

¹⁰ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, procès-verbaux des réunions du conseil municipal, 23 novembre 1925.

En 1935, le D^r A.-D. Archambault, directeur du Service d'hygiène de la Ville, attire l'attention des autorités municipales sur les 350 cas de tuberculose et réclame du financement pour mettre sur pied un programme de dépistage de la maladie. En 1937, il fait état de 300 cas déclarés de tuberculose à Verdun, dont 65 nouveaux cas et 32 décès imputables à cette maladie : « Le meilleur moyen de combattre cette peste blanche, c'est le dépistage précoce des cas suspects et c'est par le dispensaire antituberculeux que l'on y réussit. C'est une anomalie qu'une ville de 63 000 âmes, la troisième ville de la province, n'ait aucun centre de dépistage et de traitement de tuberculose¹¹ ». Verdun s'adresse de nouveau au gouvernement du Québec pour recevoir une subvention afin d'implanter un dispensaire pour contrer la tuberculose¹². Il faut toutefois attendre plusieurs années avant qu'une clinique verdunoise voit le jour. Le 20 novembre 1942, Verdun inaugure sa clinique antituberculeuse dans le local de la Légion canadienne situé au 4538, avenue Verdun. Ce centre de dépistage demeure sous l'autorité du Royal Edward Laurentian Institute¹³. L'événement est souligné dans les journaux du temps notamment *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Canada*, *The Gazette*, *Herald* etc.¹⁴ L'inauguration a lieu en présence du maire de Verdun, Edward Wilson, du ministre de la Voirie et des Travaux publics, l'honorable Téléphore-Damien Bouchard, du représentant de l'honorable D^r Henri Groulx, ministre de la Santé et du Bien-Être social, le D^r Aquila Lapierre, du président du Royal Edward Laurentian Hospital, Louis S. Coswell, etc. Les frais annuels de cette clinique munie d'un appareil à radiographie pulmonaire sont de l'ordre de 3000 \$. Mais la lutte s'avère encore ardue pour enrayer cette maladie. De son côté, l'Institut Bruchési continue d'accueillir la population francophone de Verdun ou de Montréal.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Bâtiment original du Verdun Protestant Hospital à la fin du XIX^e siècle.

- ¹¹ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, boîte A-0320 : General Hospital, correspondance du D^r A.-D. Archambault au conseil municipal de Verdun, 22 avril 1937.
- ¹² Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, boîte A-0320 : General Hospital, correspondance adressée au D^r Émile Nadeau, directeur intérimaire du Service provincial d'hygiène, signée par le greffier de la ville, 20 avril 1937.
- ¹³ Voir Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, rapport annuel du Service municipal de santé, 20 février 1943.
- ¹⁴ Voir journaux, notamment : *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Canada*, 21 novembre 1942.

En 1942, le D^r Archambault déplore une augmentation des cas de tuberculose, cas qui s'élèvent à 79 contre 60 pour l'année 1941. Or, la Clinique antituberculeuse de Verdun fonctionne rondement au cours de l'année 1944. Elle repère 71 cas de tuberculose sur 785 personnes radiographiées dont une quarantaine de cas demeure toujours sous observation. En plus du travail exécuté par la Clinique antituberculeuse de Verdun, la Ligue antituberculeuse de Montréal tient une clinique itinérante au mois d'août 1946. À cette clinique, 545 personnes vont se présenter, dont 15 personnes seront déclarées positives¹⁵.

La Ville de Verdun poursuit sa lutte contre la tuberculose. Le vaccin BCG, répandu à la fin des années 1940, permet de mieux combattre la maladie. Or, une nouvelle clinique entièrement de juridiction municipale et permanente ouvre dans les bureaux de l'hôtel de ville avec un appareil de radiographie appartenant au département de santé. Grâce à une subvention du gouvernement du Québec de l'ordre de 18 000 \$ consentie à la municipalité, la clinique peut faire l'acquisition d'un appareil à rayons X¹⁶. Par contre, la Clinique antituberculeuse de Verdun, en activité depuis dix ans sous l'administration de la Royal Edward Laurentian Hospital, ferme ses portes en juin 1952. Les médecins municipaux effectuent le



Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun

Examen radiologique, en 1953.



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun. Photo publiée dans *Sous le signe de la Charité. Centenaire de l'Institut des Sœurs de Charité de la Providence 1843-1943*, Montréal, Providence Maison Mère, 1943, p. 112.

Le médecin Eugène Panneton, à la salle des rayons X, au 5^e étage, vers 1942.

¹⁵ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, rapport du Service municipal de santé, 28 février 1947, p. 2.

¹⁶ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, boîte A-0320 : General Hospital, correspondance d'Antoine-B. Valois, médecin, directeur du Service de santé, adressée à J. R. French, 15 octobre 1952.

dépistage à titre gratuit aux Verdunois volontaires. À la rentrée d'automne 1952, les poumons de tous les écoliers sont radiographiés et un suivi médical est assuré par le Bureau de santé si les résultats s'avèrent positifs. Tout au long des années 1950, les enfants, tout comme les adultes de Verdun, sont examinés. Par le moyen d'articles parus dans les journaux verdunois et par l'entremise de la radio, le Bureau de santé sensibilise le public à la campagne de prévention menée pour le bénéfice des enfants d'âge préscolaire. Au milieu des années 1950, plus de la moitié des enfants sont vaccinés¹⁷. Les cas de tuberculose deviennent plus rares pour enfin disparaître au début des années 1960.

La municipalité accélère le développement des campagnes de vaccination. Dès 1912, elle participe annuellement aux mesures de vaccination contre la variole. En 1939, elle offre gratuitement le vaccin contre la diphtérie. Le Bureau de santé, fort de l'appui de la Ville de Verdun et compte tenu de revenus plus importants, se lance dans les campagnes de vaccination. Cette dernière fait disparaître la variole et cause la quasi-élimination de la diphtérie. En 1949, deux cas seulement non mortels de la diphtérie sont déclarés aux autorités municipales¹⁸.

Au cours des années 1950, la poliomyélite menace la santé des Verdunois. Un vaccin découvert en 1954 devient disponible l'année suivante pour les enfants âgés de trois mois à neuf ans, selon les directives du ministère de la Santé du Québec¹⁹. Ainsi, 3000 jeunes sont vaccinés, soit un cinquième de cette catégorie



Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun

Clinique de vaccination, en 1958.

d'âge. On répète l'opération dans les années subséquentes. Le 17 août 1959, une séance attire une grande partie de la population verdunoise. En effet, douze médecins du Bureau de santé et de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun sont sur le qui-vive pour effectuer les vaccinations à l'hôtel de ville. Devant l'afflux de la foule, quinze policiers assurent la sécurité. Commencée avant l'heure prévue de 18h, la vaccination, qui devait cesser à 22h, déborde jusqu'à minuit. Plus de 9300 citoyens de Verdun et même de LaSalle, se pressent pour recevoir la première dose du vaccin Salk.

¹⁷ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, rapport du Service municipal de santé, 30 septembre 1954.

¹⁸ Karine Hébert, *op. cit.*, p. 16, cite *Le Messenger de Verdun*, 2 février 1950, p. 1.

¹⁹ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, rapport du Service municipal de santé, 26 juillet 1955.

La Ville de Verdun décide de regrouper tous les services de santé donnés aux enfants en créant une clinique municipale : le Centre d'hygiène infantile. Le nouvel organisme remplace les cliniques pour nourrissons et autres *Gouttes de lait* paroissiales. Les subventions allouées à ces cliniques demeurent entre les mains du Centre d'hygiène infantile, sous la supervision du Dr Frank McGregor, qui compte sur la présence de deux médecins pour les consultations et les vaccinations. La participation de la population force les autorités municipales à ouvrir les portes de la clinique du lundi au vendredi à temps complet. Cependant, les changements survenus dans les années 1970 (programme d'assurance-maladie et consultations gratuites au cabinet du médecin) n'engagent plus les municipalités à maintenir un bureau de santé. À Verdun, la présence d'un département de santé communautaire à l'Hôpital du Christ-Roi remet en question la pertinence d'un Bureau de santé, qui cesse définitivement ses activités en 1977.



Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun

Clinique des nourrissons, en 1965.

La difficile implantation d'un hôpital psychiatrique

Le 21 février 1881, Alfred Perry, un bourgeois de Montréal, rencontre douze membres du clergé protestant de Montréal à l'American Presbyterian Church²⁰. Perry tente de les convaincre de la nécessité de créer un établissement de soins pour malades psychiatriques de confession protestante d'autant plus que le gouvernement du Québec est disposé à accorder un prêt de 50 000 \$ à cette fin.

Une semaine plus tard, une autre réunion a lieu au YMCA à l'angle du square Victoria et de la rue Craig. Dans le but de réaliser ce projet, vingt-trois membres du clergé protestant et onze laïcs s'entendent cette fois pour mener les démarches nécessaires en vue d'établir un hôpital protestant dans la région de Montréal. Le 3 mars 1881, à une réunion présidée par le révérend William Bond, évêque du diocèse protestant de Montréal, un comité se forme pour présenter un projet de loi privé de fondation de l'hôpital.

Le 30 juin 1881, le gouvernement du Québec du premier ministre conservateur Joseph-Adolphe Chapleau adopte la loi intitulée *Acte d'incorporation du Protestant Hospital for the Insane*. Dans le texte original, le législateur mentionne 26 personnes parmi les fondateurs, notamment Sir Hugh Allan, le révérend Gavin Lang, l'industriel Peter Redpath et Alfred Perry. Il est prévu que l'administration générale de l'établissement sera confiée à une Assemblée des gouverneurs de foi protestante, résidents de la province de Québec et nommés à vie. Un conseil d'administration, composé d'au moins douze personnes choisies parmi les membres de l'Assemblée des gouverneurs, doit gérer les problèmes quotidiens du nouvel hôpital. Élus pour une période de trois ans, un tiers de ses membres renouvellent leur mandat chaque année.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Alfred Perry.



Source : Archiv-Histo

Joseph-Adolphe Chapleau,
premier ministre
du Québec,
1879-1882.

²⁰ Voir Charles H. Cahn, *Hôpital Douglas 100 ans d'histoire et de progrès*, Verdun, Hôpital Douglas, 1981, p. 6.

Au cours des premières années, les administrateurs cherchent un lieu propice pour construire l'édifice et les autres bâtiments pouvant accueillir des patients. Le conseil d'administration arrête son choix, en 1886, sur la ferme Hadley, un emplacement de 110 acres borné au sud par le Lower Lachine Road (boulevard LaSalle), au nord par l'aqueduc de Montréal et situé pratiquement à l'extrémité ouest de Verdun. Le 14 avril 1887, l'Assemblée des gouverneurs entérine cette décision et fixe le prix d'acquisition du terrain à 18 000 \$.

La première pelletée de terre, en juin 1888, n'est pas suivie par une cérémonie officielle de bénédiction de la pierre angulaire de l'immeuble principal. Les autorités administratives de l'hôpital préfèrent se faire discrètes. À l'époque, les citoyens de Verdun n'apprécient pas l'établissement d'un hôpital pour soigner les « fous ». Des plaintes de citoyens affluent au conseil municipal. Durant le mandat du maire John Molson Crawford, les conseillers étudient les moyens à prendre pour contrecarrer le projet. Certains élus craignent que la valeur de leur propriété ne subisse une sérieuse dépréciation. Par contre, les journaux *The Gazette*, *The Star*, *Herald* et *Witness* publient des articles pour soutenir les campagnes de souscription en faveur de l'hôpital.



Le pavillon Perry de l'hôpital Douglas, au cours des années 1930.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Verdun Protestant Hospital, *Annual Report for 1925*

Thomas Joseph Workman Burgess
(1849-1926).

Premier surintendant médical du Verdun Protestant Hospital. Il étudie à l'Université de Toronto et décède le 18 janvier 1926, à l'âge de 77 ans.

De 1888 à 1891, les propriétaires des deux terrains voisins de l'emplacement de l'hôpital, messieurs John Crawford et Henry Hadley, intentent un procès. Selon eux, la construction de l'immeuble pour les soins aux malades constitue une nuisance publique à cause du risque de maladies provenant de la contamination de l'air et de la pollution du fleuve (eaux rejetées par l'hôpital). Deux tribunaux, celui de première instance et celui de la Cour supérieure en 1888, rejettent les arguments des plaignants. Henry Hadley aurait porté la cause jusqu'au Conseil privé, mais John Crawford, le père de John Molson Crawford, se ravise pour finalement retirer sa plainte.

En 1889, le Dr Thomas Joseph Workman Burgess, surintendant-adjoint de l'Hôpital d'Hamilton, devient le premier surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane de Verdun. Le 15 juillet 1890, le nouvel établissement admet son premier malade. Dès la fin de l'année, 139 patients sont acceptés, dont 58 ont été transférés de l'asile de Longue-Pointe. Les malades protestants de Beauport

n'arrivent qu'en 1894, au terme du contrat entre l'Hôpital de Beauport et le gouvernement du Québec. La clientèle provient à la fois du privé et de l'Assistance publique; les deux tiers, en 1890, appartiennent à la seconde catégorie. Avec l'aide des municipalités, le gouvernement assume les frais de séjour des indigents dans les « asiles d'aliénés »²¹.

Afin de satisfaire les citoyens qui se trouvent voisins immédiats de l'institution, le conseil municipal de Verdun tente de convaincre le gouvernement du Québec d'intervenir auprès du Protestant Hospital for the Insane afin qu'il érige une clôture autour de sa propriété. Il s'agit sans doute pour le conseil municipal d'une solution pour dissiper les craintes de certains citoyens que des patients s'échappent de l'établissement et leur causent préjudice.

²¹ James Iain Gow, *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970*, Montréal, PUM/L'Institut d'administration publique du Canada, 1986, p. 52.

NÉGOCIATION ENTRE LE PROTESTANT HOSPITAL ET LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

En 1890, le gouvernement du Québec s'engage pour une période de dix ans à verser un montant de 116 \$ par patient résident au Protestant Hospital for the Insane. Toutefois, les instances gouvernementales conservent un contrôle absolu sur la direction du service médical ainsi qu'un droit de regard sur la gestion financière de l'établissement. L'entente stipule également que le gouvernement pourra éventuellement étatiser l'asile dans l'intérêt public. Ces dispositions font suite à des scandales survenus à l'époque des asiles psychiatriques de la province. Or, le Protestant Hospital for the Insane propose au gouvernement d'acquérir l'asile et d'utiliser les sommes perçues pour améliorer l'établissement. Le capital serait alors géré par un comité nommé par le conseil des gouverneurs de l'hôpital, et le caractère protestant de l'institution sauvegardé, ce à quoi Québec s'oppose. Dans l'esprit de ce dernier, il est hors de question de demander aux contribuables de payer l'asile en excluant des soins aux catholiques, en l'occurrence les francophones²². Aussi, la proposition du Protestant Hospital est-elle refusée. En 1891, le gouvernement revient à son idée de départ et s'engage à payer 116 \$ annuellement pour chaque patient. Le caractère protestant de l'institution n'est toutefois pas remis en question.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Protestant Hospital for the Insane, *Annual Report for the Year 1899*.

Pavillon Perry, unité publique pour l'hospitalisation des femmes, vers 1899.

²² Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963. Le cas de l'Hôpital de Verdun*. Québec, Université Laval, 1976, p. 32-36.

La Centrale thermique servant à alimenter en énergie l'hôpital, vers 1910.

Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas



Le premier octobre 1891, le conseil apprend qu'un jugement de la Cour supérieure en date du 26 septembre déclare l'hôpital protestant exempt de taxes municipales et scolaires, et considéré comme une institution charitable. Cette exemption de taxes ne soulage cependant pas la dette de l'hôpital. En 1891, la dette s'élève au rythme de 2000 \$ par semaine. Les administrateurs cherchent des solutions. L'un d'eux, Alfred Perry, blâme la politique d'achat du conseil d'administration. Il donne comme exemple l'achat de la viande de bœuf à onze cents la livre qui aurait dû l'être à huit cents ou, encore, l'achat de l'aiglefin, trop cher d'après lui, et qui pourrait être remplacé par de la morue. Après quelques réunions, et surtout grâce à une nouvelle entente avec le gouvernement du Québec, la situation financière de l'hôpital se rétablit au cours de la fin du XIX^e siècle grâce, entre autres, aux contributions du public, qui aident à boucler le budget.

Pour nourrir les patients, les dirigeants exploitent la ferme située à l'extrémité nord des terrains de l'hôpital. À la fin du XIX^e siècle, la ferme du Protestant Hospital for the Insane prend de l'expansion. Ainsi, en 1899, elle fournit 65 produits différents, 45 espèces de fruits et légumes, du porc, des volailles et les vaches donnent 14 000 gallons de lait. Cette production diminuera graduellement jusqu'aux années 1940 et 1950. En 1961, les Verdunois peuvent encore apercevoir une trentaine de bovins qui paissent sur le terrain adjacent (boulevard Champlain et avenue Stephens). La ferme disparaîtra ensuite pour faire place au pavillon des enfants²³.

²³ Charles H. Cahn, *op. cit.*, p. 24, cité dans Denis Gravel et Hélène Lafortune, *op. cit.*, p. 69.

Des malades qui participent aux travaux de l'institution

La progression de l'hôpital psychiatrique se révèle en grande partie redevable aux dons de riches bourgeois de Montréal ou de New York tels que John Molson, George Burland, D^r James Douglas et autres, qui permettent l'ajout de pavillons ou de terrains pour agrandir la propriété de l'institution. Cette dimension altruiste a fortement profité à l'Hôpital Douglas tout au long de son histoire²⁴.

Dès 1891, le Protestant Hospital for the Insane traite les malades selon les connaissances de l'époque, qui reconnaissent trois formes de démence : aiguë, chronique et sénile. S'agit-il de ce qu'on appellerait de nos jours dans le cas des deux premières de la schizophrénie ? Quant à la troisième forme de démence, elle correspondrait peut-être à la maladie d'Alzheimer. Un autre diagnostic accolé aux malades est celui de paralysie générale, une forme de syphilis tertiaire. Sur les quinze patients qui meurent en 1896, trois portent ce diagnostic selon le pathologiste Andrew Macphail. À l'époque, les psychiatres ne peuvent compter sur la médication pour guérir ou encore soulager leurs malades. En matière de thérapie, on encourage les malades à participer à des activités à l'extérieur des murs de l'hôpital. Les hommes, qui le peuvent, travaillent à la ferme de l'hôpital. Celle-ci représente une des activités importantes de l'institution en termes d'occupation saine et selon les principes thérapeutiques de cette période. Elle devient également une source économique d'approvisionnement et contribue à faire diminuer le déficit de l'institution, même si certains y voient l'exploitation d'une main-d'œuvre à bon marché.

Des activités sportives sont également offertes comme le baseball et le curling, pour les hommes, et le croquet, pour les



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Métier à tisser pour les bénéficiaires, activité encouragée par l'hôpital psychiatrique, vers 1970.

²⁴ Nous y faisons allusion sans nous étendre plus longuement sur cet aspect : la progression de cet hôpital psychiatrique bénéficie de dons importants de la part de la communauté anglophone. Voir Charles H. Cahn, *op. cit.*, notamment p. 14, 22, 26, 56, 96 et 134. Céline Beudet, *op. cit.*, p. 37-39.

femmes, qui sont de plus invitées à faire de la cuisine et de la couture²⁵. La menuiserie s'ajoute aussi comme activité pour les hommes.

La loi québécoise n'autorise pas avant 1904 l'admission de malades qui demandent l'hospitalisation sur une base volontaire. C'est le D^r Thomas Joseph Workman Burgess qui fait pression sur le gouvernement québécois pour autoriser l'hospitalisation volontaire des patients provenant de la clientèle privée. Or, les malades de l'Assistance publique ne peuvent être admis sur une base volontaire²⁶. Seul l'état grave de certains patients peut justifier une hospitalisation forcée. Cependant, la politique de portes ouvertes de l'hôpital



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Vue aérienne de l'hôpital Douglas, en 1970.

²⁵ Charles H. Cahn, *op. cit.*, p. 21-22.

²⁶ Nous utilisons l'expression « Assistance publique » bien que le gouvernement québécois n'adopte une politique bien définie qu'en 1921 (11 George V, ch. 79). Conjointement avec les municipalités, il défraie les coûts de séjour des patients.

prend fin vers 1916, faute de moyens financiers adéquats pour recevoir tous les patients. Seuls sont dorénavant admis les malades qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres. Malgré une hausse de la contribution du gouvernement du Québec en 1910, qui atteint annuellement 142 \$ pour les patients de l'Assistance publique, les sommes restent insuffisantes.

En 1919, l'institution psychiatrique hospitalise près de 800 malades malgré un manque de personnel. Les patients demeurent encadrés dans les diverses activités, dont celles de la ferme. Les produits qu'on y cultive sont assez variés : avoine, artichauts, betteraves, carottes, cassis, céleris, choux, choux-fleurs, concombres, épinards, framboises, fraises, groseilles variées, laitue, menthe, navets, oignons, persil, pois, pommes de terre, tabac, tomates; enfin les œufs, le lait, la volaille et le porc. La boulangerie produit plus de 300 000 livres de pain, 5000 livres de brioches et de petits pains sans oublier 8000 livres de gâteau. À toute cette production, on peut ajouter le travail du cordonnier et du tailleur.

En 1925, l'hôpital psychiatrique adopte le nom de Verdun Protestant Hospital. L'année précédente, le gouvernement du Québec avait augmenté à 300 \$ per capita la somme versée pour chaque malade de l'Assistance publique, mais elle ne correspond toujours qu'aux deux tiers des coûts d'hospitalisation.

Le Verdun Protestant Hospital est rattaché à l'Université McGill, bien qu'au cours des années 1930 la psychiatrie ne semble pas être prise en haute estime par l'ensemble de la profession médicale. Malgré le fait que la Faculté de médecine de l'Université McGill ait nommé un professeur en psychiatrie, en la personne du Dr David Slight, aucun lit d'hôpital ne lui est attribué pour ses patients en 1928. Aussi, en 1936, Slight quitte Montréal pour Chicago. Or, le cours pour mener au diplôme de spécialisation en psychiatrie établi par l'Université McGill n'est accrédité qu'en 1946. Les résidents peuvent faire un stage d'un an durant leurs années de formation. Alors que la première année ne sont accueillis que deux résidents, quelque vingt ans plus tard, en 1965, l'hôpital peut compter sur un effectif de 23 résidents.

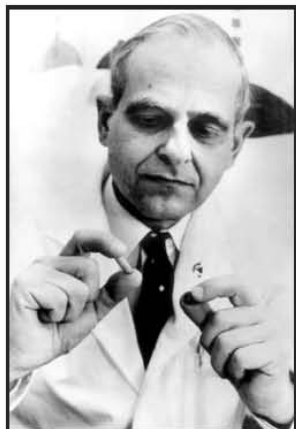
Depuis 1951, l'hôpital est accrédité par le Collège des chirurgiens américains, en plus d'être considéré comme un centre d'entraînement psychiatrique hautement reconnu par le Collège des médecins et des chirurgiens du Canada. L'asile accueille les étudiants en psychiatrie de l'Université McGill, laquelle institution s'emploie à attirer des étudiants de partout dans le monde. L'établissement universitaire devient avec le temps un carrefour international de médecine, ce qui n'est pas sans profiter à l'Hôpital protestant de Verdun dans le cadre des stages offerts aux étudiants.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Groupe d'infirmières se dirigeant vers un pavillon de l'Hôpital Douglas.

Malgré une brève tentative à la fin du XIX^e siècle pour établir une école d'infirmières, le Verdun Protestant Hospital ne dispose toujours pas d'un personnel infirmier suffisant. En 1949, l'hôpital accueille Mary Colledge, première directrice de la formation en soins infirmiers, qui réussit à faire augmenter le personnel d'aides-soignants et de stagiaires. Enfin, à compter de 1951, le Verdun Protestant Hospital reçoit des étudiantes infirmières (ou infirmiers) en provenance des hôpitaux Queen Elizabeth et Reddy Memorial; puis, en 1952, de St. Mary's, Jewish General et Montreal General; et enfin, à compter de 1954, du renfort de l'École des sciences infirmières de l'Hôpital de Sherbrooke et de l'Hôpital Jeffery Hale de Québec en 1955. De cette période jusqu'en 1967, plus de 250 stagiaires vont séjourner au Verdun Protestant Hospital.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Le D^r Heinz Lehmann s'adonnant à des expériences à partir de certains médicaments, telle la chlorpromazine.

Au cours des années 1950, un médecin se distingue par ses activités professionnelles. Il s'agit du D^r Heinz E. Lehmann. Entré à l'hôpital dès 1937, il devient, dix ans plus tard, directeur clinique, puis, de 1965 à 1976, directeur médical de l'enseignement et de la recherche. Ce spécialiste, renommé dans la communauté scientifique canadienne, s'intéresse à un médicament connu sous le nom de chlorpromazine²⁷. Le médicament en question réduit l'agitation de malades psychiatriques. Grâce à la collaboration de la firme Rhône-Poulenc, en l'occurrence le fabricant, le D^r Lehmann teste le produit avec son équipe professionnelle et la participation d'infirmières volontaires. D'après l'expérience menée, l'absorption de ce médicament calme le malade sans qu'il éprouve d'effets secondaires comme la somnolence. En 1953, une adolescente de 16 ans est admise à l'hôpital parce qu'elle croit qu'une camarade de classe la menace de mort. Après trois mois de traitement, la jeune fille réintègre le milieu scolaire. Pour d'autres patients, les résultats seront aussi spectaculaires, les essais cliniques ayant permis de développer une branche de la médecine, celle de la psychopharmacologie. L'institution, devenue au milieu des années 1960 l'Hôpital Douglas, compte dans ses effectifs le D^r Lehmann, qui allait contribuer à écrire une nouvelle page de l'histoire médicale du Québec et du Canada.

²⁷ Céline Beudet emploie le terme anglais : largactyl, *op. cit.*, p. 73.

L'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun (1928-1974)

La fondation d'un hôpital catholique à Verdun

À la suite de conversations entre Joseph-Arsène Richard, curé de la paroisse de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, et ses marguilliers, l'idée d'établir un hôpital à Verdun fait son chemin. Le gouvernement du Québec accorde en 1928 une charte d'incorporation au futur établissement dont les objectifs sont la promotion des sciences médicales, la formation d'infirmières, le maintien des laboratoires et la réalisation de recherches scientifiques de même que l'implantation de cliniques et d'une maternité. Donner des soins ainsi que des traitements appropriés aux patients constitue le but ultime; l'Hôpital de Verdun possède aussi le droit d'ouvrir des hospices, un orphelinat et un sanatorium¹.

Les pétitionnaires à la base de la charte de l'hôpital sont Mgr Joseph-Arsène Richard, J.-P. Dupuis, marchand, J.-B. Lalonde, marchand, Dr P. Vandandaigne, J.-A. Gagnon, marchand, Eugène Plante, bourgeois, J.-A.-A. Leclair et P.-H. Sauvé. Ils ne sont pas les seuls en cause puisque les citoyens de Verdun et les paroissiens de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs travaillent ensemble pour fonder cet hôpital. Le conseil d'administration comprend 20 membres et le comité exécutif, 7 membres².



Mgr Joseph-Arsène Richard.

¹ Selon une présentation historique d'un cahier spécial du journal *Le Messager de Verdun*, septembre 1931, p. 2.

² Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun du 7 décembre 1931 au 1^{er} juillet 1932*, p. 4.

Au point de départ, le curé Richard s'engage aux noms de ses paroissiens à verser 100 000 \$, par des tranches de 10 000 \$ par année, pour favoriser l'établissement de l'institution. À la fin de l'année 1936, et ce, avant l'échéance et en dépit de la crise économique, la somme totale est remise³. Au moment du démarrage de l'hôpital, Mgr Richard fonde l'Association des gouverneurs à vie. Une centaine de donateurs acceptent de verser 100 \$ chacun pour encourager la réalisation du projet. Le 2 avril 1928, le comité exécutif acquiert un terrain situé entre les rues Hickson et de l'Église, près du boulevard LaSalle, au coût de 47 000 \$. Dans les premiers temps, les anglophones souhaitent un établissement bilingue, mais les francophones proposent plutôt une institution catholique. Finalement, l'hôpital passe sous le contrôle catholique.

La Ville de Verdun n'est pas en reste. En 1929, le conseil municipal offre une aide annuelle de 15 000 \$ pour le maintien d'une clinique qui soigne les défavorisés. Cette subvention, répartie sur une période de 20 ans, est payable à tous les trois mois⁴. De plus, le gouvernement du Québec accorde un octroi de 300 000 \$ en 1930, favorisant ainsi l'érection du bâtiment prévu. Ces sommes ne sont pas superflues; les coûts de construction s'élèvent à 538 000 \$. L'entrepreneur, Ulric Boileau, le plus bas soumissionnaire, s'engage à respecter les plans de l'architecte, Alphonse Venne, de la société Viau et Venne⁵.



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Or, l'aide de la Ville est conditionnelle à ce que l'Hôpital général de Verdun accueille dans ses murs les malades indigents locaux. Une clinique générale entre en opération dès l'ouverture des portes de l'institution pour traiter gratuitement le public considéré pauvre. En fait, cette clinique générale comprend les cliniques de tuberculose, dentaire, de chirurgie, de pédiatrie, de gynécologie, d'oto-rhino-laryngologie, de neurologie et des cliniques pour les maladies de la peau et d'autres pour les maladies vénériennes. Une cinquantaine

Le Dr Mailliet, gouverneur de l'hôpital, le 1^{er} octobre 1931.

³ *Paroisse Notre-Dame-des-Sept-Douleurs*, Verdun, Paroisse Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, 2001, p. 58. Selon le journal *Le Messager de Verdun*, cahier spécial de septembre 1931, p. 3, le curé Mgr Richard promet qu'advenant qu'il soit curé pendant 20 ans, la souscription sera portée à 200 000 \$.

⁴ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, règlement n° 209, 27 mai 1929.

⁵ *Le Messager de Verdun*, septembre 1931, p. 3 et archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun du 7 décembre 1931 au 1^{er} juillet 1932*, p. 5.

de lits sont réservés aux familles démunies de la cité. Le personnel embauché doit être bilingue.

L'Hôpital général de Verdun commence ses opérations en mai 1932. Son inauguration a lieu le dimanche 12 juin 1932, sous la présidence de Mgr Georges-Marie LePailleur, curé de la Nativité-de-la-Sainte-Vierge-d'Hochelaga, en remplacement de Mgr Georges Gauthier, archevêque de Montréal, et en présence de Mgr Richard et de nombreux dignitaires catholiques, dont les curés des paroisses de Verdun ainsi que les Sœurs de la Providence, le maire de Verdun, Charles M. Allen, le ministre du Travail, Charles-Joseph Arcand, le ministre des Terres et Forêts, Honoré Mercier, les médecins et autres membres du personnel de l'hôpital⁶. Le bâtiment de cinq étages mesure 260 pieds de



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

L'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, en 1957.

⁶ *Le Messager de Verdun*, 16 juin 1932, p. 1.

façade, 75 pieds de hauteur, avec une tour centrale de 105 pieds, surmontée d'une croix illuminée «qui répand ses rayons bienfaisants sur la cité de Verdun⁷».

À peine un an plus tard, les effets déplorables de la crise économique pèsent sur le budget de l'hôpital et retardent le versement des salaires. Une réduction s'impose; la rémunération des infirmières, des serviteurs et des religieuses prend alors un dur coup. Le maire de Verdun, Hervé Ferland, offre à la direction de l'hôpital général un octroi de 150 000 \$ à la condition cependant que l'institution soit vendue aux Sœurs de la Providence. Les religieuses obtiennent l'entière propriété tout en continuant de voir à sa gestion. En prenant possession de l'hôpital, la communauté religieuse devient aussi responsable des dettes. Les salaires des sœurs sont soustraits de la comptabilité générale de l'hôpital. Selon le point de vue de Mgr Richard, les prêts accordés à la communauté porteraient un taux inférieur à celui de l'hôpital, soit 5 % au lieu de 6 % ou de 7 %⁸. Or, en 1934, la promesse de subventionner l'Hôpital du Christ-Roi par un montant de 240 000 \$ est battue en brèche par les propriétaires de Verdun. Elle aurait pour conséquence une hausse de taxes qui, en temps de crise, est fort mal venue. De plus, la Ville de Verdun ne peut verser les 150 000 \$ promis par le maire⁹. Au 31 décembre 1933, la valeur de la propriété s'élève à 868 557 \$, mais seule la garantie du gouvernement du Québec de verser 300 000 \$ payable sur une période de 20 ans demeure valide. La communauté accepte de prendre en charge une institution qui ne présente plus les mêmes garanties financières que prévues¹⁰. Quant aux religieuses, elles sont fort conscientes de la précarité du marché dans un contexte économique difficile. Dans les *chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, l'annaliste de la communauté cite un entrefilet du journal *La Presse* :

⁷ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 12 juin 1933, p. 20.

⁸ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 4 juillet 1933, p. 74-75. Rencontre entre Mgr Richard (et autres membres du conseil exécutif de l'hôpital), le maire de Verdun, Hervé Ferland, et les sœurs Angèle de Briscia, supérieure de l'hôpital, et Agnès de Jésus, son assistante. Déjà quelques membres du conseil municipal avaient laissé entendre, dès novembre 1932, qu'ils s'opposeraient à toute forme de secours à l'Hôpital général de Verdun, *Le Messager de Verdun*, 10 novembre 1932 (nouvelle à la une du journal).

⁹ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, règlement n° 246 devant autoriser le paiement d'un subside annuel à l'Hôpital général de Verdun pour une période de 30 ans à compter du 1^{er} mai 1933 (rejeté), règlement n° 251 concernant le paiement d'une subvention à la communauté des Sœurs de la Charité de la Providence de Montréal opérant l'Hôpital général de Verdun durant une période de 22 ans. Ce règlement, adopté le 19 mars 1934, aurait accordé une somme de 240 000 \$ répartie sur une période de 22 ans. Le règlement 251-A l'abroge tout simplement le 28 juin 1934.

¹⁰ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 8 juin 1934, p. 122.

« Le conseil municipal et les citoyens de Verdun ont conclu un excellent marché en cédant leur Hôpital général aux RRSS de la Providence parce qu'ils se trouvent soulagés d'un grand poids en même temps qu'ils ont la certitude que l'Institution sera administrée de manière à bien remplir l'objet pour lequel il a été construit et de la façon la plus économique possible. Les Filles spirituelles de Mère Gamelin ont un rare don d'organisation et elles suivent leur affaire de si près, comme on dit, que rien ne se perd et tout porte profit pour les œuvres hospitalières, charitables ou éducationnelles dont elles se chargent¹¹ ».

Nul doute que les religieuses auraient souhaité un soutien financier plus substantiel de la part de la communauté verdunoise. Or, dans les circonstances de crise économique, les fonds recueillis par les taxes municipales se font souvent au détriment des petits propriétaires. Les Sœurs de la Providence étaient fort conscientes des difficultés économiques qui prévalaient à cette dure période de l'histoire.



La congrégation des Sœurs de la Providence devient propriétaire de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun. L'entente est conclue entre Mgr Joseph-Arsène Richard et le conseil d'administration de l'hôpital et les Sœurs de la Providence, en juin 1934.

¹¹ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 8 juin 1934, p. 123. Au contraire de ce que nous affirmions alors, les Sœurs de la Providence n'ont pas profité de l'appui de la Ville de Verdun, voir Denis Gravel et Hélène Lafortune, *Verdun, 125 ans d'histoire, 1875-2000, op. cit.*, p. 120-121.

Sous l'intendance des Sœurs de la Providence

Après avoir pris en charge l'hôpital, les religieuses s'attellent à la tâche. En 1935, l'institution acquiert un appareil à rayons X pour inaugurer le Service d'électroradiologie sous la direction du D^r Albert Jutras, radiologiste. Voici comment se répartit le personnel et les activités de l'hôpital en 1934 :

Tableau du personnel et des activités de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 1934 ¹²	
Sœurs	33
Gardes-malades diplômées	31
Employés salariés à l'année	50
Nombre de lits pour les malades	210
Malades admis à l'hôpital annuellement	1 850
Malades présents à l'hôpital au 31 décembre	86
Malades soignés gratuitement pendant l'année	55
Jours d'hospitalisation gratuite	527
Jours d'hospitalisation sous l'Assistance publique ¹³	31 957
Malades à domicile	42
Visites des malades à domicile	187
Décès dans l'établissement	116
Malades aux dispensaires	19 350
Prescriptions servies aux pauvres	12 618

L'institution verdunoise sert la classe défavorisée surtout en ces temps de crise. Elle offre aux chômeurs l'un des meilleurs services de santé au Québec. Selon une étude présentée à la commission Rowell-Sirois, le chercheur Albert Edward Grauer constate :

« La Ville de Verdun s'est rendue responsable des traitements médicaux presque depuis le début de la Crise. On a formé un bureau médical qui consent à traiter les malades assistés. Ces médecins sont rétribués à raison de 1\$ par visite; outre les services et les médicaments fournis par les médecins exerçant la médecine générale, on peut pourvoir aux interventions

¹² Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, décembre 1935, p. 188. Ce type de tableau n'indique pas toujours le nombre de décès.

¹³ En 1921, le gouvernement de Louis-Alexandre Taschereau a fait adopter la Loi de l'Assistance publique (11 George V, ch. 79), qui prévoit un partage « à parts égales, par les institutions charitables, les municipalités et le gouvernement provincial, du coût d'hospitalisation des indigents ». James Iain Gow, *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970*, Montréal, PUM/L'Institut d'administration publique du Canada, 1986, p. 123.

chirurgicales, à la fourniture de verres et à l'extraction des dents en certains cas approuvés¹⁴».

En 1936, l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun obtient la classification A-1 du gouvernement du Québec qui reflète l'excellence des services dispensés. Cette cote s'avère d'autant plus significative que la crise économique sévit au cours de ces années. Le corps médical est formé de 35 médecins de l'Université de Montréal, dont plusieurs se sont spécialisés en Europe. Le 14 novembre 1936,



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Les médecins de l'Hôpital général de Verdun le 25 mars 1935, à l'occasion de la visite du D^r Julien Huber (de Paris), conférencier de l'Institut scientifique franco-canadien.

Première rangée : Albert Jutras, H.-M. Lebel, Julien Huber, Eugène Thibault, président du Bureau médical, Paul Letondal, Mercier Fauteux et J.-B. Prince; deuxième rangée : J.-A. Thiboutot, E.-P. Grenier, S. Daviault, Yves Lefebvre, Adrien Bonin, Léo Tassé, L.-P. Pelletier, J.-L. Gratton, J.-M. Fortin et Philippe Demers; troisième rangée : Robert Lachance, Adrien Lefebvre, Roland Dupuis, A. Cantero, A. Gadbois, G. Pouliot et Jules Lussier.

¹⁴ Citée par Suzanne Clavette, *Des bons aux chèques : aide aux chômeurs et crise des années 1930 à Verdun*, mémoire : histoire, Université du Québec à Montréal, juin 1986, p. 219, l'auteur cite A.E. Grauer, *Assistance publique et assistance sociale*, Étude préparée pour la Commission royale sur les relations fédérales-provinciales (commission Rowell-Sirois), Ottawa, 1939, p. 97.

à l'occasion du 60^e anniversaire de la Ville de Verdun, la direction de l'Hôpital général de Verdun et de nombreux notables accueillent, au cours d'une cérémonie protocolaire, le gouverneur général du Canada, Lord Tweedsmuir.

En 1938, l'hôpital disposant de 240 lits admet 3547 malades et dénombre 49 803 jours d'hospitalisation par l'Assistance publique. De plus, 20 063 malades vont se présenter au dispensaire ou aux cliniques externes, et 19 508 ordonnances seront prescrites à des pauvres de l'externe. Les soins à la population verdunoise et à celle de la région augmenteront aussi avec les années¹⁵. De 1934 à 1938, les jours d'hospitalisation payés par l'Assistance publique ne cessent de croître, soit une augmentation d'environ 18 000 jours. Durant les années de crise économique, l'Hôpital général du Christ-Roi va rendre de précieux services à la population. En octobre 1938, il obtient son accréditation de la part de l'American College of Surgeons tout en étant membre de l'Association des hôpitaux catholiques des États-Unis et du Canada.

Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun



Les membres du conseil des dames bienfaitrices élues le 30 septembre 1936 : Mme P.-A. Lafleur, présidente, Mme J.-P. Dupuis, vice-présidente, Mme D^r Adrien Boivin, vice-présidente, Mme Émilien Bédard, secrétaire, et Mme Aldéric Roussin, Mme H.-J. Duhamel, publiciste, sœur Louis-Alfred, trésorière et directrice, Mme D^r Eugène Thibault, trésorière adjointe et les conseillères, mesdames Georges Dupont, Rolland Lafleure, Armand Carreau, Léopold Desjardins, Paul Caron, Omer Thibault, Louis-Paul Caron, Omer Bombardier, Yves Lefebvre, Edmond Laurendeau, Joseph St-Pierre, J. Laviguer, John Elie, mademoiselle Cécile Racine et monsieur Dansereau, membres honoraires et mesdames Albert Bourgie, Joseph Soucisse, Joseph Laplante, C. Dansereau, Joseph Fabien et Étienne Bradley.

¹⁵ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, décembre 1938.

A.-DALVINI ARCHAMBAULT, UN PIONNIER DE LA MÉDECINE À VERDUN

Fils d'Avila et d'Angéline Dauphinais, A.-D. Archambault naît le 16 décembre 1900 à Saint-Denis-sur-Richelieu. Il épouse Antoinette Bernier le 21 avril 1931 à Saint-Léon de Westmount. Il termine des études de médecine à l'Université de Montréal en 1929 et décroche par la suite un diplôme en philosophie. Ayant aussi fait des études en sciences sociales à la même université, il prend une part active à l'organisation politique en faveur de l'Union nationale à Verdun en 1948. En 1949, il occupe plusieurs fonctions dans son milieu de travail. Il est membre de la Société médicale de Montréal et de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Il fait également partie du Bureau médical de l'Hôpital Saint-Joseph de Lachine, en plus d'être membre de la Société des anesthésistes du Canada, de la section Duvernay de la Société Saint-Jean-Baptiste de Montréal, du conseil des Chevaliers de Colomb de Verdun et de la Chambre de commerce du district de Montréal. Il agit aussi comme directeur du Bureau d'hygiène de la Ville de Verdun (1935-1950) et en tant que président de la Commission scolaire catholique de Verdun. A.-D. Archambault s'implique au sein de la paroisse et de la Caisse populaire Notre-Dame-des-Sept-Douleurs. Ses activités s'entremêlent entre les organismes sociocommunautaires et la médecine¹⁶.

En tant que directeur du Bureau médical de santé à Verdun, il met sur pied une clinique de nourrissons. Il est le fondateur de la *Goutte de lait* de la paroisse Notre-Dame-de-Lourdes. Tous les efforts déployés par le D^r Archambault ont pour but de réduire le taux de mortalité infantile jugé trop élevé à Verdun. Il décède dans cette ville le 2 août 1989.

L'École des infirmières

Le 1^{er} novembre 1932 a lieu l'inauguration de la maison des aides « venues de l'étranger »¹⁷ située sur la rue Hickson, près de la Promenade LaSalle; cette maison met à la disposition des futures infirmières une salle de détente et plusieurs chambres.

Les médecins seuls ne peuvent suffire à toutes les tâches. Ils reçoivent l'assistance indispensable d'infirmières et de religieuses. Parmi ces dernières, plusieurs font partie du personnel d'encadrement et de gestion. L'un des objectifs contenus

¹⁶ Bibliothèque de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, Salle Canadiana, Société d'histoire et de généalogie de Verdun, Dossiers biographiques compilés par Benoît Arcand, documentaliste. Voir aussi, *Le Messager Verdun*, « Édition centenaire 1876-1976 », 15 décembre 1976, p. 63.

¹⁷ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 1^{er} novembre 1932.

dans la charte de l'hôpital est de former des infirmières, chevilles ouvrières essentielles au roulement quotidien en milieu hospitalier. L'idée de bâtir une école d'infirmières fait son chemin chez les Sœurs de la Providence. C'est à l'été de 1944 que débutent les travaux de construction du bâtiment, à l'angle du boulevard LaSalle et de la rue Hickson à Verdun. Prêt en 1946, l'édifice de sept étages s'avère à l'épreuve du feu selon les standards de l'époque; érigé à côté du bâtiment principal de l'hôpital, il communique avec le premier étage uniquement. L'École des infirmières est rattachée à l'hôpital général de Verdun.

La configuration du bâtiment permet l'aménagement d'un bureau pour la directrice et le personnel enseignant, d'une bibliothèque de 540 livres, de deux salles de cours, d'une salle de démonstration, et de laboratoires de bactériologie, de chimie et de nutrition parfaitement équipés. Pour le confort des étudiantes, un vivoir avec un piano, des fauteuils, un radio et sept parloirs vitrés¹⁸ permettent de recevoir des visiteurs. Les étudiantes peuvent compter également sur un



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Une classe de l'École des infirmières dirigée par une sœur de la Charité de la Providence, vers 1950.

¹⁸ Une étudiante infirmière pouvait recevoir son ami de cœur dans un parloir assis sur des chaises droites sans possibilité d'intimité comme dans un salon familial. Des vitres tout autour permettent une surveillance de la part des religieuses qui veillent sur les bonnes mœurs des étudiantes. Témoignage de Pauline Désorcy, ancienne étudiante infirmière de 1946 à 1949, le 1^{er} mai 2007.

service de santé, situé à proximité de l'infirmierie. De plus, dans le sous-sol de l'édifice, un auditorium peut accueillir près de 600 personnes. Les 3^e, 4^e, 5^e, 6^e et 7^e étages offrent des chambres privées ou semi-privées et comptent plus de 200 lits. Pour circuler, les étudiantes disposent d'un service d'ascenseur automatique. Selon sœur Louis-de-la-Providence :

« Le but primordial de l'école est d'assurer la formation complète de l'Étudiante-infirmière; c'est-à-dire qu'en plus de lui fournir les connaissances professionnelles et l'habileté technique, elle tend à enrichir sa personnalité par le développement des qualités personnelles et des aptitudes désirables qui doivent la caractériser; à fortifier ses convictions religieuses en avivant sa foi et en lui donnant l'estime des âmes, pour ainsi la préparer au rôle important qu'elle devra remplir dans la société¹⁹».

Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun



Les premières diplômées de l'École des infirmières de Verdun, promotion de 1946-1949, première rangée : Denise Rhéaume, Claire Gardner, Graciette Guilbault, sœur Georges-Étienne, religieuse de la Providence, Isabelle Lefebvre, Dolorès Gareau et Gisèle Laflamme; deuxième rangée : Héloïse Poulin, Pauline Désorcy, Gisèle Desrochers (sœur Agathe, bénédictine), Suzanne Sicotte, Alice Ostiguy, Lucette Pilon, Simonne Labelle, Antonia Gagnon (sœur M. de St-René-Goupil, religieuse du Bon-Pasteur) et Thérèse Beaudette.

¹⁹ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds Centre hospitalier de Verdun, sœur Louis-de-la-Providence, *Organisation de l'École des infirmières, Hôpital général de Verdun*, Montréal, Sœurs de la Providence, 1948, non paginé.

Le 1^{er} mai 1946, l'École ouvre ses portes pour accueillir les infirmières diplômées aux 3^e et 4^e étages. À la rentrée de septembre 1946, 30 étudiantes s'inscrivent aux cours, généralement des jeunes filles qui ont complété leur onzième année²⁰. Le 25 avril 1947, l'École obtient sa reconnaissance de l'Association des infirmières de la province de Québec. En février 1949, l'École compte 115 étudiantes réparties dans les trois années de cours, mais sa capacité d'accueil est de 207 infirmières.

LE MANQUE DE MÉDECINS EN 1949

Le journal *Le Messenger de Verdun* du 7 avril 1949 fait paraître la manchette suivante : « Plusieurs regrettent le manque de médecins en fin de semaine ». L'article s'interroge sur la disponibilité des médecins le week-end. En voici de larges extraits :

« Il y a deux professions ou classes de personnes qui ont un caractère bien sacré, celle du médecin et celle du prêtre ou autre ministre de la religion.

Les services du médecin du corps et ceux du ministre de la religion devraient être à l'appel de tous ceux qui souffrent que leur maladie soit physique ou spirituelle. Il peut exister certaines circonstances et occasions qui peuvent rendre ces services très difficiles à obtenir, dans les endroits très éloignés, dans les localités qui sont peu habitées et qui sont d'accès très difficile. Mais même sous ces conditions des fois impossibles, quand un appel d'urgence se présente, on trouve toujours moyen de se mettre en communication avec la civilisation et on réussit à faire parvenir à la personne qui souffre, le secours (...)

Avec le nombre de médecins dans notre cité, il paraît étrange que certains cas rapportés, l'aide nécessaire ne pouvait être obtenue (...).

Il y a environ quarante médecins de Verdun, et il ne devrait pas y avoir de la difficulté à obtenir tout le secours nécessaire, à toutes les heures du jour et de la nuit, sept jours par semaine.

Toutes les plaintes qui ont été formulées étaient au sujet du manque de secours médical en fin de semaine quand il était impossible de trouver un médecin (...).

Les médecins pourraient adopter un système de *shifts* en divisant leurs heures de travail de sorte qu'il y en ait toujours qui seraient prêts à répondre aux appels. (...)

En divisant ainsi leur temps aucun médecin ne serait forcé de travailler bien longtemps et il ne serait de service que de temps en temps tous les deux ou trois mois²¹ ».

Le journal *Le Messenger de Verdun* consentirait même à publier à ses frais la liste de médecins qui seraient sur appel pour consultation d'urgence. La direction du journal attend les suggestions des médecins à ce sujet...

²⁰ Selon *Le Messenger de Verdun*, 20 juin 1946, p. 1.

²¹ *Le Messenger de Verdun*, 7 avril 1949, p. 1.

Il va sans dire que les infirmières ne manqueront pas de travail. En 1947, l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun ouvre un nouveau département au 5^e étage; il s'agit d'une maternité où 23 patientes pourront être accueillies. Trois salles d'accouchement remplacent l'unique salle disponible jusque là. Les chambres privées, au nombre de onze, comprennent une toilette et une baignoire. Les douze autres patientes peuvent dormir dans les chambres semi-privées. Le 28 avril 1947, d'autres locaux viennent s'ajouter en remplacement du perron et du portique de l'entrée principale. Le nouveau département comprend le bureau de l'économe, celui de ses consœurs ainsi qu'une petite salle à laquelle le public a accès par un comptoir. Il se charge également de l'admission des patients et comporte une salle d'attente avec téléphones publics ainsi qu'une salle d'examen.

En 1947, la capacité totale de l'hôpital s'élève à 460 lits dont 345 pour les adultes, 55 pour les enfants et 60 pour les nouveau-nés. On compte 10 376 malades traités,



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Une classe de l'École des infirmières dans le laboratoire de chimie de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, vers 1952.

117 396 jours d'hospitalisation en incluant les nouveau-nés et 2100 naissances; on déplore toutefois 278 décès²².

Les Sœurs de la Providence se réjouissent de la graduation de seize nouvelles infirmières sur trente, inscrites en septembre 1946. Le 7 septembre 1949, une cérémonie a lieu à cinq heures de l'après-midi en présence de Mgr Joseph-Conrad Chaumont, évêque auxiliaire de Montréal, qui a revêtu ses habits pontificaux pour l'occasion. Il est suivi de plusieurs membres du clergé et d'une escorte de deux étudiantes qui portent le costume de Jeanne Mance :

« Seize petites bouquetières, d'âge variant entre 4 et 7 ans, accompagnent chacune des graduées du jour; huit de ces mignonnes bambines apparaissent, elles aussi, sous les livrées de Jeanne Mance, tandis que les huit autres portent une robe blanche de satin, de soie ou de tulle tombant jusqu'à terre²³ ».



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

École des infirmières de Verdun, lors de la prise de coiffe, en mai 1955.

²² Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 4 janvier 1948, p. 219.

²³ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 7 septembre 1949, p. 290-291.

À la suite du cortège viennent la vénérable mère générale Mère Bérénice et plusieurs religieuses. Au son de l'orgue, l'ensemble des invités fait son entrée dans la chapelle joliment décorée. Mgr Chaumont prononce un discours qui s'adresse principalement aux nouvelles infirmières :

« ...pendant trois ans, elles ont nourri leurs âmes de la science divine, leur esprit de la science humaine et leur cœur de l'amour sacré; où leur vertu s'est fortifiée contre les pièges du monde qu'elles vont de nouveau affronter en quittant cette maison où elles ont vu la misère humaine venir puiser de nouvelles forces et où elles ont connu par leurs tristes conséquences, les horreurs d'un monde impie²⁴ ».

Mgr Chaumont poursuit son allocution sur les qualités de l'infirmière :

« ...il leur faudra stimuler et perfectionner : la bonté, la douceur, l'énergie, la patience et l'abnégation. Pendant vos années d'entraînement, (...) vous avez réveillé ces qualités que la femme en général possède à un degré plus ou moins élevé. La garde-malade doit les développer à un degré supérieur dans son propre intérêt, mais surtout dans l'intérêt du malade qui s'attend et qui veut être traité toujours avec douceur et patience. (...) maintenant votre mission commence²⁵ ».

Cette cérémonie se poursuit avec le serment professionnel des infirmières, lesquelles entrent ensuite dans le chœur afin de s'agenouiller aux pieds de Mgr Chaumont pour recevoir de ses mains la médaille et le diplôme de l'École. Par la suite se déroule la bénédiction solennelle du saint sacrement et un banquet a lieu pendant lequel divers orateurs viennent saluer les nouvelles infirmières, notamment le D^r Jean-Baptiste Prince, président du comité exécutif de l'hôpital, les députés fédéral et provincial, Paul-Émile Côté et Lionel Ross.



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Deux infirmières (ou étudiantes infirmières) donnant le baisemain à l'archevêque Paul-Émile Léger (École des infirmières de Verdun), vers 1952.

²⁴ *Ibid*, p. 292.

²⁵ *Ibidem*.

Les invités d'honneur se transportent à l'auditorium pour la distribution des prix. À cette occasion, les 500 spectateurs assistent à la présentation d'une pièce intitulée *La vie en blanc*, présentant en trois actes la transformation de l'étudiante infirmière. Puis sont remises les distinctions aux premières de classe. Un artiste invité, Gérard Barbeau, charme l'auditoire de sa voix mélodieuse d'enfant; il sera suivi du discours du D^r Eugène Thibault, président du Bureau médical. Enfin, la soirée se termine par une adresse de l'infirmière Héloïse Poulin, qui se fait le porte-parole de ses compagnes de classe²⁶.

L'École des infirmières continue de former des étudiantes jusqu'en 1970. Dès 1968, elle n'admet plus de nouvelles étudiantes. L'entente en *nursing* avec l'Université de Montréal prendra ainsi fin en 1970. Les nouvelles étudiantes, diplômées de l'école secondaire et qui se destinent à la profession d'infirmière, ont désormais le choix de se diriger en techniques infirmières (vers le cégep) ou, encore, après deux années d'études collégiales en sciences de la santé, faire une demande d'admission à l'Université de Montréal en *nursing*. Dorénavant,



Remise des prix lors de la soirée de graduation du 7 septembre 1949 à l'École des infirmières dans l'auditorium. De gauche à droite, Héloïse Poulin, Dolorès Gareau, Lucette Pilon (cachée à l'arrière Gisèle Laflamme), Graciette Guilbault, Isabelle Lefebvre, Alice Ostiguy, Gisèle Desrochers, Pauline Désorcy, Claire Gardner, Simonne Labelle, Suzanne Sicotte, Denise Rhéaume, Antonia Gagnon, Thérèse Beaudet et les sept bouquetières.

²⁶ Voir aussi le compte rendu de la soirée dans les journaux *La Patrie* et *La Presse*, 8 septembre 1949.

l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun accueillera un gros contingent d'étudiantes dans le cadre de leur stage. Au cours des années 1970, des ententes sont signées avec les cégeps de Saint-Laurent, Valleyfield et André-Laurendeau²⁷.

EUGÈNE THIBAUT, UN ÉMINENT MÉDECIN

Né à Montréal le 4 septembre 1899, Eugène Thibault est le fils de Philias Thibault et de Zénaïde Jacob. Il épouse Rose Fauteux en 1928. Eugène Thibault fréquente l'École Champlain, l'École Richard et le Collège commercial de Victoriaville entre les années 1905 et 1913. Il entre au Collège de Montréal en 1913 puis entame sa deuxième année de philosophie au Collège Sainte-Marie où il obtient son diplôme en 1921. De 1921 à 1927, il poursuit des études à l'Université de Montréal, où on lui décerne un doctorat. Son internat se passe à l'Hôtel-Dieu de Montréal de 1927 à 1929. Eugène Thibault parfait ensuite en Suisse et en France ses connaissances sur les maladies du système respiratoire et du système circulatoire²⁸.

Source: Archives du Centre hospitalier de Verdun



En 1932, il fait son entrée à l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun dès son ouverture. De 1936 à 1937, il occupe la présidence de l'Association des médecins de l'Ouest de Montréal. En 1942, il devient chef du Département de médecine de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun et le demeure jusqu'en 1950. De 1944 à 1952, il est président de la Fédération des sociétés médicales de la province de Québec. Il fonde, en 1949, le Club Richelieu Verdun et en devient le premier président. En 1950, il est nommé directeur médical de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun. De 1954 à 1969, il agit comme représentant de l'Association

des médecins de langue française du Canada au Comité exécutif du Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux. Par la suite, il en devient le président en 1957 et en 1961. Il reçoit de nombreuses distinctions au cours de sa carrière; il est récipiendaire d'un diplôme d'honneur de la part du Comité des hôpitaux du Québec en 1960, d'un diplôme d'organisation et de direction médicales de l'École d'administration hospitalière du Comité des hôpitaux du Québec en 1961, en plus de figurer parmi les membres émérites de l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec en 1961.

Le Dr Thibault démissionne comme directeur médical de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun en 1972. Il décède à Verdun le 14 octobre 1995.

²⁷ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbaux des réunions du conseil d'administration; les ententes concernent aussi d'autres cégeps, par exemple, en technique de radiologie avec le cégep Ahuntsic, en technique de laboratoire avec le cégep de Rosemont, en diététique avec le cégep de Trois-Rivières, etc.

²⁸ Les détails biographiques proviennent du journal *Le Messager Verdun*, « Édition centenaire 1876-1976 », 15 décembre 1976, p. 47.

Un hôpital en constante évolution

Au cours des années 1945-1946, l'hôpital général du Christ-Roi s'agrandit avec l'ajout d'un édifice à l'arrière du bâtiment principal qui renferme surtout des chambres privées, un service de pédiatrie, une vaste cuisine et une buanderie²⁹. Cet agrandissement permet à l'institution de disposer de 500 lits qui éviteront à certains malades de se contenter du corridor³⁰.

En février 1952, l'hôpital dispose maintenant d'une salle de réveil attenante à la chirurgie en plus de deux nouvelles salles d'opération. L'abbé Paul Archambault



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Le Département de pharmacie de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, vers 1942.

²⁹ *Le Messager de Verdun*, 12 juillet 1945, p. 1.

³⁰ *Le Messager de Verdun*, 20 juin 1946, p. 1.

Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun



La pouponnière de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun.

se présente le 1^{er} février pour bénir les nouvelles salles³¹. Selon l'annaliste des Sœurs de la Providence, les salles de réveil auraient pris naissance au cours de la guerre de 1939-1945 dans les hôpitaux d'Europe. De nombreux patients arrivant dans un état de choc avancé, l'Hôpital général du Christ-Roi n'a d'autre choix que de les réunir dans une même salle pour leur prodiguer des soins. La rareté du personnel force la concentration des patients dans un même local de façon à permettre une intervention rapide et efficace.

Avant l'établissement d'une salle de réveil, le malade était reconduit directement à sa chambre. Or, trop souvent l'infirmière de service du département débordant de travail, n'était pas en mesure d'administrer les soins nécessaires : déplacement de l'intraveineuse, administration de l'oxygène ou des situations imprévues. L'infirmière devait donc, dans un cas urgent, faire appel à l'interne de service ou à un autre médecin, le délai pouvant parfois être fatal. La mise sur pied d'une salle de réveil évite une perte de temps, disposant sur place de tout l'équipement nécessaire et du personnel spécialement entraîné pour ce genre de cas.

³¹ Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 1^{er} février 1952, p. 378.

UN DÉPART SOUDAIN D'INFIRMIÈRES

Le 2 juillet 1953, les Sœurs de la Providence commentent un conflit de travail :

« Une douzaine d'infirmières, exigeant des conditions de travail tout à fait inadmissibles, quittent aujourd'hui leurs différents services, après toutefois un avis de départ ne datant que de quelques jours. Ces jeunes filles escomptaient, par ce procédé, amener les autorités à condescendre à leurs exigences. Pour éviter de créer des précédents et, par là, de futurs ennuis, les autorités décident de laisser partir ces jeunes filles et de fermer quelques salles d'hospitalisés (sic) en attendant la réorganisation du personnel. Ces infirmières, à leur grand désappointement, se cherchent de l'emploi dans un autre milieu et, il nous faut avouer que c'est cependant avec grand regret que nous immobilisons, pour un temps indéterminé, 42 lits en fermant sept de nos salles. Nous escomptons, tout de même, que la leçon sera profitable à ces jeunes filles qui semblent oublier qu'elles ont embrassé une carrière où le dévouement et l'abnégation doivent primer sur leurs intérêts personnels³² ».

Quelques années plus tard, en 1964, la négociation entre l'Alliance des infirmières et les hôpitaux ne trouve pas un écho favorable du côté des religieuses. La menace de la grève s'estompe le 17 juin 1964. De plus, les négociations prennent fin sans un enclenchement de mesures draconiennes. L'adoption du nouveau Code du travail, sous le gouvernement libéral de Jean Lesage, fait entrer les relations de travail du secteur public et parapublic dans une nouvelle ère.

Le 1^{er} novembre 1953, l'Hôpital général du Christ-Roi inaugure un nouveau service : la psychiatrie, dont la direction est confiée au D^r Gérard Beaudoin, spécialiste dans ce domaine et qui revient de quatre années d'études à l'étranger. Les autorités de l'hôpital autorisent quelques réaménagements de locaux pour offrir ce nouveau service. Deux autres départements s'ajoutent en 1954, l'électroencéphalographie et la photographie médicale³³. Le premier est placé sous la direction du D^r Jean Panet-Raymond, neurologue, et le second sous la gestion du D^r Jean-Paul Thériault, pathologiste. Sœur Hormisdas-Joseph esquisse elle-même les plans d'aménagement de ces deux départements dans des locaux relativement restreints. Au cours des années 1950, le gouvernement de Duplessis favorise la construction ou, encore, l'agrandissement d'hôpitaux, notamment celui de l'Hôpital général de Verdun.

Par contre, le gouvernement de l'Union nationale s'oppose à une intervention plus marquée de l'État dans les affaires sociales ou la santé alors que le gouvernement fédéral tente de s'immiscer dans le domaine de la santé, reconnu de compétence exclusivement provinciale. Le gouvernement Duplessis

³² Archives des Sœurs de la Providence, *Chroniques de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun du 1^{er} juillet 1953 au 1^{er} juillet 1954*, 2 juillet 1953, p. 17.

³³ Tout au long du texte, nous utilisons la terminologie employée à chaque époque.

combat les politiques envahissantes d'Ottawa, au nom de l'autonomie provinciale³⁴. Le gouvernement fédéral met de l'avant un programme d'assurance-hospitalisation à frais partagés avec les provinces en 1957. L'élection du Parti libéral du Québec à la place de l'Union nationale modifie, en 1960, la position du gouvernement québécois qui adhère, dès l'année suivante, au programme de l'assurance-hospitalisation. Les hôpitaux étant favorables à cette législation fédérale,



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Le Département de pédiatrie de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, aile sud, 1^{er} étage.

les citoyens vont profiter en grand nombre de cette mesure. Ainsi donc, dès 1961, une hausse de la clientèle est prévisible; estimée à 90 000, elle atteint 150 000, faisant passer le nombre total de bénéficiaires de 750 000 à 900 000³⁵. En outre, le budget prévu de l'assurance-hospitalisation passe de 140 millions \$ en 1961, à 280 millions \$ en 1965, pour atteindre 569 millions \$ en 1969³⁶. Les sommes allouées à l'assurance-hospitalisation accaparent maintenant 70 % du budget ministériel de la santé. Pour adhérer au plan québécois, les hôpitaux doivent toutefois signer un contrat avec le gouvernement. La part de ce dernier couvre 75 % des revenus des hôpitaux par rapport à 11 % qui provient des bénéficiaires. Quant au reste, il repose sur la charité publique ou autres sources non précisées.

En 1962, une autre mesure importante modifie la politique de la santé, la Loi des hôpitaux, qui oblige toutes les institutions à posséder une charte particulière de la législature et un permis à renouveler chaque année. Cette loi détermine l'organisation générale et les règles de fonctionnement de l'hôpital. En obtenant une charte, l'hôpital doit se choisir un conseil d'administration composé d'un délégué du Bureau médical et, d'au plus, le tiers du personnel ou des médecins. À Verdun, le conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi est sous la présidence de Me Jacques Lessard, avocat lié aux Sœurs de la Providence. Georges Lachaine, directeur du Bureau médical, est le seul autre laïc à la table des administrateurs. Les nouvelles lettres patentes de l'hôpital paraissent le 26 mai 1964.

³⁴ François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p. 73. Cependant, Québec souscrit à la politique fédérale de subvention pour soutenir la santé publique, utilisée en partie pour la construction d'hôpitaux.

³⁵ James Iain Gow, *op. cit.*, p. 214-242.

³⁶ *Ibidem*, p. 242.

Plaidoyer en faveur de l'agrandissement de l'hôpital

En 1963, le conseil d'administration tente de sensibiliser le ministre de la Santé, Alphonse Couturier, sur la situation précaire qui prévaut à l'Hôpital général du Christ-Roi. Selon un portrait dressé par les autorités, l'hôpital compte 55 médecins réguliers dont 16 sont titulaires de postes à l'Université de Montréal ou à l'Université McGill. La présence aussi de 58 généralistes au sein de l'institution permet de bien traiter les malades. À Verdun, les étudiants de 2^e, 3^e, 4^e et 5^e années peuvent y réaliser leur stage. Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et le Collège royal reconnaissent l'enseignement de qualité offert dans plusieurs spécialités. Or les progrès mêmes de la médecine et la croissance nette du personnel décuplent le travail nécessaire du bloc opératoire, des laboratoires, de la radiologie et des services connexes. De surcroît, la Loi de l'assurance-hospitalisation exige l'inclusion de services d'urgence et de chirurgie mineure, ce qui entraîne une demande de locaux et d'équipements essentiels pour l'hôpital.

L'Hôpital de Verdun doit offrir des services de santé de grande qualité à une population régionale de 300 000 habitants (Verdun, LaSalle, Côte-Saint-Paul, Ville-Émard, Pointe-Saint-Charles, sans compter une partie de la Rive-Sud immédiate de Verdun)³⁷. À cet effet, les autorités de l'institution demandent au gouvernement du Québec, dans le cadre du service de l'assurance-hospitalisation, d'agrandir l'hôpital. Des discussions sont alors véritablement entamées pour faire valoir l'importance de sa mission.

Dans un premier temps, le gouvernement du Québec reconnaît le bien-fondé du projet d'un hôpital à Verdun. En juillet 1964, il autorise la préparation de plans préliminaires. Le rapport même des architectes désignés par le gouvernement reçoit en avril 1965 une approbation « définitive » du ministre de la Santé³⁸. L'agrandissement prévu empiète sur les terrains appartenant à la Ville de Verdun à l'arrière des immeubles de l'hôpital. Le Bureau médical appuie les demandes du conseil d'administration qui sont jugées urgentes dans les circonstances. En 1965, la requête des autorités de l'hôpital ne reçoit pas une réponse favorable de la part du maire de Verdun, George O'Reilly. En 1966,

³⁷ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *Correspondance entre le conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun et le ministre de la santé*, 21 août 1963.

³⁸ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 20 septembre 1966 et 24 octobre 1966.

le ministre de la Santé accepte que des rénovations et des transformations puissent « suppléer aux carences dans les services médicaux³⁹ ».

Dans la réalité, l'Hôpital général arrive à un tournant de son histoire. Le manque de locaux affecte le moral du personnel médical au point de nuire à la coordination entre les différents départements. En novembre 1965, après deux ans de service, le D^r Jacques Racine démissionne de son poste en radiologie à Verdun pour en accepter un autre, offert par le Montreal General Hospital, un hôpital universitaire. Le D^r François Hébert explique les raisons du départ de son collègue, qui occupera un poste de calibre universitaire et grâce auquel il pourra faire de l'enseignement. Le D^r Racine peut disposer également d'un bureau personnel à la mesure de ses compétences :

« qui permet le recueillement et le silence indispensables à un médecin spécialiste qui consacre tout son temps à un hôpital. Il est certain que l'état actuel d'étouffement du Service de radiologie, l'absence d'un tout petit coin de travail tranquille a certainement contribué à sa décision et nous nous permettons de vous signaler ce départ comme un signal d'alarme d'un exode encore plus important et plus nombreux⁴⁰ ».

Certes, le départ du D^r Racine ne peut être totalement imputable à l'exiguïté des lieux. Il n'est pas certain que le D^r Racine serait resté à l'hôpital s'il avait eu des locaux plus adéquats. En 1965, c'est au tour du D^r Jean-Marie Beauregard de quitter son poste de directeur en médecine de l'hôpital pour celui de vicedoyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Il entraînera avec lui le D^r Claude Paré (pédiatrie), le D^r Bertrand Dumais (cardiologie), le D^r Gilles Pigeon (néphrologie), le D^r André Lussier (rhumatologie), etc.⁴¹

En 1966, le comité exécutif de l'hôpital se penche sur le grave problème de l'absence de soins intensifs qui nuit, aux dires mêmes de plusieurs chefs de départements, à la qualité des soins offerts. La nécessité d'un agrandissement des bâtiments ne fait donc pas de doute, en particulier pour aménager le plus rapidement possible un département de soins intensifs⁴².

³⁹ *Ibidem.*

⁴⁰ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *Cahier n° 1 correspondance et résumé des délibérations, lettre de François Hébert, chef du Département de radiologie à sœur Philomène-de-la-Croix, directrice générale*, 15 novembre 1965.

⁴¹ Selon le témoignage du D^r Roger Cadieux recueilli le 18 juin 2007.

⁴² Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 3 mars 1966. Voir aussi correspondance du cahier n° 2 correspondance et résumé des délibérations, Lettre du comité exécutif de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun à la directrice générale, sœur Philomène-de-la-Croix, 3 février 1966.

LE DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

Le Service de psychiatrie existe depuis 1953 sans être reconnu comme un véritable département organisé. En 1966, le 2^e étage Sud-Est est fortement amputé pour favoriser la création du nouveau département de psychiatrie, qui comptera 21 lits. En accaparant d'autres lits en provenance des autres départements, l'Hôpital général du Christ-Roi peut offrir à la population des soins en psychiatrie. Le chef du nouveau département est le D^r Gérard Beaudoin, détenteur d'une chaire dans ce domaine à l'Université de Montréal. Il est assisté par les médecins Jean Laporte et Milena Obrenovitch, et du psychologue Robert Paquet.

En 1968, le ministère de la Santé adhère au principe que l'Hôpital du Christ-Roi devienne en matière de psychiatrie un hôpital régional devant donc desservir le territoire comprenant Verdun, LaSalle, Ville-Émard, Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe-Saint-Charles et Lachine. Sur ce territoire réside une population de langue française de 200 000 personnes. Les autorités de l'hôpital souhaitent récupérer la résidence actuelle des infirmières, qui sera libérée en grande partie en juin 1970. La psychiatrie pourra occuper au minimum deux étages complets de cette résidence. Or, les projets d'agrandissement ou de rénovation de l'édifice ne se concrétiseront pas.

Les recommandations de la Commission Bédard favorisent le regroupement des services de psychiatrie dans les grands centres de médecine universitaire. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le départ du D^r Gérard Beaudoin du Département de psychiatrie, lequel ne compte plus de résidents en provenance de l'Université de Montréal. Le 1^{er} février 1971, c'est au tour du D^r Jean Laporte de quitter le Département. Le D^r Georges Aird, qui est alors chef du Département de psychiatrie, prend conscience de la difficulté de plus en plus grande de recruter de nouveaux psychiatres. Avec deux psychiatres seulement en poste, le chef du Département de psychiatrie décide à son tour de remettre sa démission, suivie de celle du D^r Milena Obrenovitch. Le Département de psychiatrie cesse définitivement ses activités. Les patients sont référés à l'Hôpital Douglas qui récupère les 21 lits perdus par l'hôpital général du Christ-Roi. En 1974, malgré la fermeture de ce département, le Centre hospitalier de Verdun reçoit encore des patients psychiatriques qui sont envoyés au Centre de psychiatrie communautaire de l'Hôpital Douglas.

En 1967, le député de Verdun, Claude Wagner, lance un cri d'alarme au ministre de la santé, Jean-Paul Cloutier, du gouvernement de Daniel Johnson de l'Union nationale. Le député mentionne le danger qui guette l'Hôpital général de perdre d'autres spécialistes. En 1968, un arrêté ministériel confirme que 60 000 pieds carrés additionnels pourront être construits au profit de l'Hôpital du Christ-Roi. Cet ajout est prévu pour loger les cliniques d'urgence, le département de radiologie et le bloc chirurgical. Pour réussir un tel tour de force, on envisage d'installer dans un premier temps la radiologie et les cliniques d'urgence à des étages différents, alternative que rejettent à la fois le sous-ministre de la



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Vue aérienne de l'hôpital de Verdun.

santé, le Dr Jacques Gélinas⁴³, de même que les autorités de l'Hôpital général. Ces dernières proposent plutôt de faire l'acquisition des lots à proximité de l'institution pour aménager adéquatement les trois départements prévus. Un arrêté en conseil du gouvernement du Québec, le 29 janvier 1969, autorise l'acquisition de gré à gré de ces immeubles. À l'été de 1969, trois des quatre propriétés acquises par l'hôpital sont démolies au coût de 5700 \$⁴⁴, alors que dans le cas de la quatrième, la maison Labelle, le contentieux ne se règle qu'en 1974 par une décision favorable du Tribunal d'expropriation à Montréal. À l'automne 1969, le gouvernement approuve de manière définitive le projet d'agrandissement selon les plans préliminaires soumis. En avril 1970, l'entrepreneur Benta Limitée commence une première phase de travaux⁴⁵. Or, en septembre 1970, le gouvernement libéral de Robert Bourassa en ordonne la cessation⁴⁶. Cette décision cause une vive déception à la direction du conseil d'administration de l'hôpital.

⁴³ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, et correspondance au sous-ministre de la santé, le Dr Jacques Gélinas, envoyée par le conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, 4 juin 1968.

⁴⁴ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 5 février 1969.

⁴⁵ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 30 avril 1970.

Certes, la récupération du bâtiment de l'École des infirmières permettrait d'intégrer certains services et départements sans construire de nouvelles ailes, mais encore faut-il obtenir l'autorisation d'exécuter des travaux de rénovation. En février 1971, le Bureau médical fait part de sa grande déception : « devant l'incurie, l'insouciance et le manque d'intérêt pratique du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun vis-à-vis la construction et l'aménagement de l'hôpital, je propose un vote de blâme contre ce dit conseil⁴⁷ ». Les relations à l'interne tournent au vinaigre. Pourtant, les pourparlers entre le conseil d'administration et le ministère des Affaires sociales (qui regroupe désormais la Santé) ne sont pas au point mort. Le conseil d'administration n'a pas perdu complètement l'espoir d'obtenir les crédits nécessaires pour réaménager l'hôpital.

Depuis 1963, les médecins attendent en vain des résultats qui ne viennent pas, et ce, dans un contexte où le gouvernement du Québec adopte une nouvelle politique : l'assurance-maladie. Les omnipraticiens sont dorénavant payés à l'acte et la pratique privée prend un dur coup. Les patients québécois utiliseront désormais la carte d'assurance-maladie, qui garantit la gratuité des soins. La patience des médecins de Verdun atteint des limites dans le contexte où leur rémunération change et leur lieu de travail s'avère en deçà de leurs attentes.

UN COMITÉ THÉRAPEUTIQUE POUR L'AVORTEMENT ?

Sans entrer dans toute la complexité de la question, rappelons qu'en 1967 l'avortement se pose avec acuité dans l'actualité. Le 19 octobre 1967, devant les membres du Comité permanent de la santé et du bien-être social, le Dr Henry Morgentaler présente un mémoire au nom de l'Association humaniste de Montréal. Il fait état que « toute femme devrait avoir le droit de demander l'interruption de la grossesse dans les trois premiers mois de la gestation⁴⁸ ». Selon le point de vue de ce praticien, la grossesse involontaire est accidentelle et l'avortement devient le moyen pour l'interrompre dans le contexte où les relations sexuelles ne sont pas considérées dans un objectif de procréation. Le témoignage du médecin Morgentaler lui attire éloges et critiques mais, surtout, de nombreux appels de femmes désespérées qui veulent de l'aide. Dès 1968, le Dr Morgentaler commence à pratiquer des avortements illégaux dans sa clinique médicale de la rue Beaugrand dans un quartier francophone et catholique situé dans l'est de Montréal. Le 21 décembre 1967, le ministre de la Justice, Pierre Elliot Trudeau, dépose à la Chambre des communes le bill C-95 (bill Omnibus). En première lecture, les députés prennent connaissance d'amendements importants au Code

⁴⁶ *Ibid.*, 29 septembre 1970.

⁴⁷ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *correspondance de Jean-Paul Bousquet, secrétaire du comité exécutif et Me Jacques Lessard, président du conseil d'administration de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun*, 10 février 1971.

⁴⁸ Citée par Louise Desmarais, *Mémoires d'une bataille inachevée. La lutte pour l'avortement au Québec 1970-1992*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999, p. 49.

criminel, concernant les loteries, l'homosexualité, l'ivresse au volant et... l'avortement. Dans ce dernier cas, les propositions sur les articles de loi concernent la légalisation de l'avortement s'il est pratiqué dans un hôpital accrédité par un médecin compétent et dûment autorisé par un comité d'avortement thérapeutique sous le motif exclusif que la continuation de la grossesse met en péril la santé de la femme.

Le 22 janvier 1968, les membres du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi s'opposent de manière unanime au bill C-195. Or, le projet de loi C-195 meurt au feuillet à la Chambre des communes. Le 23 avril, les élections fédérales sont déclarées et elles consacrent la victoire du Parti libéral du Canada, dirigé par Pierre Elliot Trudeau, le nouveau premier ministre du Canada. En décembre 1968, le ministre de la Justice, John Turner, dépose un autre projet de loi, le C-150, qui ressemble à l'ex-bill C-195. Pour cette année-là, 43 491 hospitalisations de Canadiennes sont faites à la suite de complications provenant d'un avortement légal ou illégal. Le 14 mai 1969, après plusieurs jours de débats acerbes, le Parlement fédéral adopte en troisième lecture, par 149 voix contre 55, la loi C-150, qui légalise l'avortement au Canada pour des motifs thérapeutiques.

En 1970, un an après l'entrée en vigueur de la loi et « sur un total de 4 375 avortements thérapeutiques pratiqués au Canada, quelques 181 l'ont été au Québec, dont un seul dans un hôpital francophone⁴⁹ ». Les avortements thérapeutiques dans la province se pratiquent dans les hôpitaux anglophones. Les Québécoises sont nombreuses à se faire avorter dans l'État de New York; l'intervention est remboursée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. D'autres recourent à l'avortement illégal. L'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun fait partie des hôpitaux qui n'ont pas mis sur pied de comité thérapeutique de l'avortement.

En 1971, Me Jacques Lessard, président du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, réagit à un changement envisagé par le gouvernement fédéral dans le but de libéraliser totalement l'avortement :

« au seul gré de la femme enceinte, nous apparaît comme une mesure qui va jusqu'à nier le droit à l'existence humaine. Alors que toute la législation et les mesures sociales adoptées tentent, de plus en plus, à protéger la vie humaine, à se porter à sa défense et à recourir à tous les moyens que la science met à la disposition de l'homme pour la préserver, ce concept de l'avortement vient en flagrante contradiction avec cette philosophie. Il nous semble empreint d'illogisme et démontre une absence totale du plus rationnel discernement⁵⁰ ».

En 1972, le conseil d'administration refuse à l'unanimité la recommandation du Bureau médical de l'hôpital de former un comité d'avortement thérapeutique. L'hôpital général appartient aux Sœurs de la Providence; il faudra donc attendre le départ de la communauté religieuse pour procéder à ce changement. Par contre, le 26 juin 1980, des médecins du Département d'anesthésie-réanimation refusent de collaborer aux avortements thérapeutiques, ce qui oblige la direction générale à recruter un médecin gynécologue qui accepterait de participer à ce programme.

⁴⁹ Louise Desmarais, *op. cit.*, p. 74.

⁵⁰ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *correspondance entre Jacques Lessard, président du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun et l'honorable Bryce MacKasey, ministre du Travail et député de Verdun*, 5 mai 1971.

Or, le conseil d'administration n'abandonne pas. À l'automne 1971, le ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, est mis au courant du projet de construction et de rénovation de l'hôpital. Les membres du Bureau médical connaissent les grandes lignes de la demande et ils : « en furent vraiment impressionnés et sont bien décidés de faire tout en leur pouvoir pour appuyer toute démarche entreprise, en ce sens, par le C. A.⁵¹ ». Les relations entre le conseil d'administration et le Bureau médical reviennent au beau fixe. En 1972, la réalisation d'un projet d'agrandissement de 3 500 000 \$ permet l'engagement des architectes Lemay et Leclerc, de l'ingénieur Claude Dupras (mécanique et électricité) et de l'ingénieur Claude Lanthier (structure). En mai 1972, l'hôpital reçoit le remboursement de 850 000 \$ pour les dépenses encourues avant la date d'arrêt de projet de construction⁵².

Les travaux prévus comprennent les entrées de l'urgence et des cliniques externes, le réaménagement de la pédiatrie, la diminution du nombre de salles en radiologie tout en équipant celles qui sont prioritaires ainsi que d'autres travaux de raccordement entre les bâtisses. De 1973 à 1974, les firmes Æterna Construction et Mibro Construction procèdent aux travaux de construction et de rénovation.

Après une décennie, l'hôpital peut enfin profiter d'un réaménagement notable de ses locaux et de ses principaux bâtiments. Il est cependant difficile de juger des effets pervers des longs délais dans lesquelles cette réorganisation physique s'était embourbée. Dans quelle mesure peut-on imputer la perte de médecins spécialistes ou la fermeture de départements comme la psychiatrie à la lenteur du processus décisionnel du gouvernement du Québec, qui a tant retardé le début des travaux jugés pourtant essentiels par la direction de l'hôpital ?

⁵¹ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du Centre hospitalier de Verdun, *procès-verbaux des réunions du conseil d'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun*, 2 novembre 1971.

⁵² *Ibid.*, 15 mai 1971.



Aux premières lignes, les CLSC, une approche communautaire (1968-2004)

La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, les débuts

La population de Pointe-Saint-Charles a peu accès aux soins de santé à la fin des années 1960. Le quartier ne compte toujours que quatre médecins pour une population de 24 000 personnes, pourtant fort touchée par la maladie. La tuberculose, la pneumonie, les infections parasitaires et la malnutrition affligent cette population défavorisée, qui ne peut compter ni sur un hôpital ni sur une clinique¹.

À l'été de 1968, des étudiants en médecine de l'Université McGill mettent sur pied un projet de clinique populaire dans le quartier Pointe-Saint-Charles, à l'angle des rues Knox et Charlevoix. Ils reçoivent une subvention de 25 000 \$ de la fondation américaine Markall pour jeter les bases d'un programme inspiré des modèles existant dans certains quartiers pauvres des États-Unis. Le lien entre l'état de santé, la pauvreté et les conditions de vie d'un individu imprègne la philosophie du groupe. L'initiative venant d'étudiants anglophones, cette clinique communautaire verra le jour dans un secteur occupé à près de 50 % par des anglophones.

Dès le point de départ, bon nombre de ces étudiants de l'Université McGill voient l'expérience comme une nouvelle voie : la médecine communautaire, qui encourage la participation des citoyens. Parmi les adhérents à ce projet avant-gardiste et figurant parmi les pionniers de la clinique, il faut mentionner l'infirmière Barbara Stewart, l'éducateur Abe Rosenfeld et le médecin François Lehmann. Ils accueillent, dès septembre 1968, la population principalement anglophone, du moins au cours de la première année d'existence de la clinique.

¹ Le Collectif CourtePointe, *Pointe-Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2006, p. 95. Voir en particulier le chapitre intitulé : *La pauvreté, c'est pas une maladie !*



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun, photographie C. Arial

François Lehman,
médecin, en 1992.

Ce type d'établissement connaît aussi du succès dans les quartiers Centre-Sud, Centre-Ville, Hochelaga-Maisonneuve et Saint-Jacques. L'Université McGill reconnaît la clinique comme institution d'enseignement. Les stagiaires offrent en ces lieux l'essentiel des services médicaux. Près d'une centaine de stagiaires y défilent, mais tous n'ont pas la même vision sociale ou politique de la santé. Pour certains d'entre-eux, la clinique représente avant tout un lieu pour exercer la pratique médicale² alors que, dans l'esprit des fondateurs, la solution aux problèmes de santé est plus large et ne repose pas essentiellement sur les médecins ou sur les infirmières. Les inégalités salariales entre les différentes classes de travailleurs sont aplanies pour rejoindre davantage les besoins de la personne. Ainsi, à la clinique, une infirmière, mère de deux enfants,

peut recevoir un salaire plus élevé qu'un jeune médecin célibataire. La clinique embauche aussi des gens du quartier qui connaissent les conditions de vie dans lesquelles leurs concitoyens vivent, à l'origine de bien des problèmes de santé (logements insalubres, pauvreté, pollution, consommation d'alcool ou de drogues, etc.).

Dans cette optique de participation citoyenne, les étudiants se heurtent toutefois à la résistance de la population. Les initiateurs de ce projet de clinique engagent d'abord une organisatrice communautaire, une infirmière diplômée en santé publique et une psychologue spécialiste de l'éducation. Selon leur champ de compétence, ces professionnels mettent tantôt l'accent sur les problèmes en éducation comme le rattrapage scolaire, tantôt sur le travail avec les professeurs et les enfants en difficulté d'apprentissage. Par la suite, les organisateurs communautaires regroupent les citoyens afin de les sensibiliser aux problèmes particuliers comme la planification familiale, la défense des droits sociaux ou l'information. La participation de la population de Pointe-Saint-Charles ne viendra qu'à force de ténacité du noyau d'étudiants de l'Université McGill convaincus du bien-fondé de leur projet³.

² Archives populaires de Pointe-Saint-Charles, *La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles historique* : Montréal, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 1974, p. 2. Voir aussi les archives de la clinique que l'on peut consulter avec l'autorisation des directeurs, notamment madame Anna Kruzynski.

³ Archives populaires de Pointe-Saint-Charles, *La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles historique*, Montréal, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 1974.

Source : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles



Réunion d'un des premiers conseils d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, dans les années 1973-1974; première rangée : Louise Lambert (de dos), Lise Côté, Pat Larocque, Diane Boucher, madame Prévost, Carole Andrews et France Vaillancourt; deuxième rangée : Guy Breton, Pierre Lauzon, Villemaire Paquin, Tom Meaney, Jean-Guy Dutil, Léon Grégoire, Bernard Chartrand et Guy Courtois.

En 1969, les étudiants forment des comités pour intégrer des citoyens. Le conseil d'administration provisoire est composé de 25 % d'étudiants, 25 % de membres du personnel et de 50 % de citoyens du quartier. À la fin de 1969, les assemblées générales (souveraines) attirent près de 100 personnes qui décident de l'évolution de la clinique sans comité exécutif; seul un conseil d'administration veille à exécuter les orientations proposées. Dès 1970, le conseil d'administration se compose de 50 % de francophones et de 50 % d'anglophones et compte dans ses rangs deux étudiants et deux membres du personnel. La participation aux assemblées générales atteint jusqu'à 200 personnes durant les années 1971-1972⁴. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles obtient sa charte le 28 juillet 1970. À l'époque, trois médecins à plein temps, huit infirmières et six secrétaires maintiennent la qualité des services offerts, complétés le soir par un psychologue, un gynécologue et un pédiatre à temps

⁴ Archives populaires de Pointe-Saint-Charles, *La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles historique*, Montréal, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 1974, p. 5.

partiel. La clinique compte aussi une équipe sociale qui comprend quatre organisateurs et huit travailleurs communautaires. L'image traditionnelle de la médecine vole en éclats, transformée ici en médecine sociale gérée par la population qui tente d'intervenir pour améliorer les conditions de vie de tous.

La clinique embauche les personnes qui habitent le quartier pour combler les postes de secrétaires, réceptionnistes et travailleurs communautaires, lesquels sont surtout occupés par des femmes. Connaissant le milieu de vie des patients, ces employés sont plus susceptibles d'établir des liens serrés avec l'ensemble de leurs concitoyens. La clinique adopte l'image des gens du quartier. Les femmes, notamment impliquées dans les comités de la clinique en tant qu'animatrices, informent les personnes, en attente du médecin ou de l'infirmière, sur les médicaments ou les activités offertes dans le quartier. Par la suite, l'infirmière procède au premier examen clinique, empruntant certaines tâches traditionnelles du médecin. Enfin, le médecin accueille non pas un patient, mais une personne dont l'état de santé peut être tributaire de facteurs sociaux bien spécifiques. Il pourra, le cas échéant, mettre la personne en contact avec une travailleuse communautaire.

La rémunération des médecins de la clinique pose toutefois problème. Elle est d'abord moins élevée que celle de leurs confrères des CLSC. La vision alternative de la médecine attire au début un certain nombre de médecins. Les revenus tirés des actes médicaux sont déposés dans un fonds à caractère social, qui sert en partie à rémunérer le salaire du médecin, mais aussi à la réalisation de projets innovateurs à caractère social ou encore à réduire le coût des médicaments pour les usagers. La rémunération des médecins de la Clinique de Pointe-Saint-Charles équivaut à 60 % de celle des médecins qui pratiquent en CLSC, et ce, jusqu'aux années 1980. Or, ces conditions de travail sont remises en question par les médecins, qui revendiquent des augmentations salariales au point d'entraîner un conflit de travail, en 1985, qui aboutit à la démission de quatre des cinq médecins. Ainsi leur recrutement devient de plus en plus ardu à la clinique.



Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, photographie Romualdo Barillaro

Local de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, situé au 1955 rue Centre.

La clinique communautaire en mode survie

Au début des années 1970, plusieurs travailleuses et travailleurs font la promotion dans le quartier d'un Québec socialiste sans pauvreté. Ces idées semblent bousculer plusieurs citoyens qui participent aux activités de la clinique. En fait, les débats idéologiques font partie intégrante des assemblées générales. Par exemple, des reproches sont adressés à une travailleuse communautaire trop prise par son travail quotidien (les soins prodigués à un enfant malade) et qui n'a pas assisté à la manifestation de la grande cause prolétarienne. Elle se voit accusée alors de *patchage*. Le dilemme entre servir le citoyen aux prises avec un problème très concret comme la pneumonie d'un enfant, d'une part et d'autre part, l'avancement du socialisme, laisse plusieurs travailleuses perplexes. Le 5 avril 1978, une assemblée générale révèle les tensions entre les travailleuses et travailleurs sur le terrain et les groupes marxistes-léninistes. Qu'importe-t-il de prioriser : l'éducation politique ou les services médicaux ? La clinique est perçue par certains marxistes comme antidémocratique et menée par une clique. Des membres du conseil d'administration démissionnent et d'autres reprennent le flambeau pour aller de l'avant. Il n'est pas facile de gérer une clinique qui s'oppose à l'État et qui veut promouvoir des idées innovatrices pour améliorer les conditions de vie et de santé des gens du quartier de Pointe-Saint-Charles.

Si les pressions internes ne mettent pas en péril l'existence de la clinique communautaire, le dépôt de la loi 65, qui prévoit la création des CLSC, exerce une forte pression sur les travailleuses et les travailleurs. Le mémoire présenté par la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles sur la loi 65 rappelle que :

« Notre Clinique est née avant l'assurance-maladie et avant la loi 65. Elle n'est pas née par décret gouvernemental et encore moins par patronage de députés. Ce sont de jeunes étudiants en médecine et des citoyens du quartier qui, avec les moyens du bord, ont pris en charge directement la santé de



Source : Archiv-Histo

Local de la Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles, situé au 500 rue Ash.

leur quartier. Le mouvement de démocratisation, de participation s'est fait de bas en haut et non l'inverse⁵».

La clinique communautaire doit rester entre les mains des citoyens du quartier, au sein du pouvoir populaire, clament les auteurs du mémoire. Elle ne doit pas être transformée en CLSC, même si ses dirigeants sont favorables à l'implantation d'un réseau de cliniques communautaires qui seraient contrôlées par la population. Le gouvernement accepte dans un premier temps de subventionner la clinique comme un CLSC tout en respectant la structure organisationnelle de groupe communautaire.

Cependant, l'autonomie de la clinique est encore une fois menacée dans le cadre de la réduction budgétaire du gouvernement du Parti québécois; celle-ci dépenserait l'argent dans des programmes non autorisés comme le fonds pour les médicaments. Ses dirigeants tentent donc de rejoindre le ministre Denis Lazure pour défendre leur cause. Après une occupation des locaux du ministre en décembre 1978, ils obtiennent finalement une rencontre avec ce dernier, grâce à laquelle la clinique conserve son statut particulier et distinct des CLSC.

Le gouvernement du Parti libéral du Québec annonce une réorganisation du réseau de la santé avec le projet de loi 120, qui affirme que l'ensemble du territoire provincial doit être desservi par un CLSC public. Le ministre Marc-Yvan Côté veut forcer la clinique communautaire à faire un choix difficile, celui de conserver sa charte privée, mais de perdre son permis de CLSC et son financement, ou encore de devenir



Source : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Luc Leblanc et Jean-Guy Dutil, actifs pour la reconnaissance de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, en 1992.



Source : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Le D^{re} Christine Demers examinant un patient.

⁵ Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, « Notre clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles devant la loi 65 », *Mémoire présenté par les citoyens de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles en vue d'apporter des amendements à la loi 65*, Montréal, Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 27 novembre 1973, p. 1.

un CLSC public, en renonçant à sa charte et à son fonctionnement populaire. Le quartier Pointe-Saint-Charles se mobilise alors autour de la clinique communautaire. Une pétition signée par 6000 personnes favorables à son statut particulier parvient à l'Assemblée nationale. La pression s'avère suffisamment forte pour faire retraiter le gouvernement, qui apporte des amendements à la loi 120. Le statut de clinique communautaire est maintenu avec contrat de CLSC. Par contre, la nouvelle Régie régionale scrute plus attentivement les dépenses de la clinique, qui ne peut plus répartir aussi facilement les montants reçus du gouvernement selon les priorités du quartier. La clinique conserve le cap malgré la récente réforme du gouvernement libéral du ministre Philippe Couillard, qui crée le Centre de santé et de service sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

La clinique communautaire, ses projets

Pour le personnel de la clinique, soigner demeure un objectif important, mais la prévention permet d'agir dans le milieu de vie et de s'attaquer véritablement aux causes de beaucoup de maladies. Au début des années 1970, une clinique mobile circule dans les rues de Pointe-Saint-Charles; il s'agit d'une camionnette réaménagée où peuvent être effectués des examens médicaux et dentaires. C'est ainsi que sur place ou encore dans l'une ou l'autre des rues du quartier de Pointe-Saint-Charles, la population est invitée à venir rencontrer les professionnels de la santé. Par la suite, en remplacement de la camionnette, une voiture favorise le déplacement des travailleurs sociaux, qui effectuent des visites à domicile afin de mieux s'enquérir des conditions de vie des gens du quartier. Si un médecin juge qu'une personne prestataire de l'aide sociale souffre de malnutrition, il peut lui conseiller alors de réclamer un supplément pour carence alimentaire auprès du gouvernement du Québec. La clinique organise aussi des kiosques, au cours des années 1970, dans les parcs du quartier avec la participation d'une infirmière qui peut y faire du dépistage.



Source : Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Le Dr^e Éric Viet-Laperrière et une patiente, en 2006.

COOPÉRATION ENTRE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES ET LE CENTRE HOSPITALIER DOUGLAS EN SANTÉ MENTALE

À la fin des années 1960, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles préconise une médecine sociale basée sur la participation des citoyens. Selon l'approche communautaire, qui intègre les soins curatifs et les activités de prévention de la santé, il n'y a pas de distinction à établir entre santé mentale et santé physique. De surcroît, le professionnel qui accueille une personne en consultation doit assurer le suivi de son parcours d'utilisation des services selon les soins à lui être prodigués. Durant les années 1980, la clinique communautaire soutient avec ses ressources une organisation autonome et alternative en santé mentale connue sous le nom d'Action Santé. Elle appuie également un organisme d'hébergement connu sous le nom d'Oasis; il s'agit d'une société sans but lucratif pour les personnes éprouvant un problème de santé mentale. La clinique privilégie toujours et avant tout les valeurs comme l'accueil, l'entraide et la solidarité.

Aussi, la Clinique de Pointe-Saint-Charles ne conçoit pas séparément les services offerts en santé mentale des services de base en santé ou encore des services sociaux. L'action des équipes multidisciplinaires de la clinique vise l'intervention auprès des familles ou encore des jeunes, des adultes, des personnes handicapées et autres personnes de différents âges qui éprouvent le besoin d'avoir du soutien à domicile. Chaque groupe-cible a droit à son équipe multidisciplinaire.

Or, dans le cadre du virage ambulatoire, plus précisément celui du transfert de responsabilités dévolues aux CLSC, ces équipes multidisciplinaires travaillent selon les balises gouvernementales, qui visent à diriger la clientèle vers des services de maintien à domicile plutôt que vers des établissements du type centre d'accueil ou CHSLD. La personne aux prises avec des troubles sérieux peut bénéficier d'un suivi, qui implique à la fois une infirmière et une intervenante sociale. Ces deux professionnelles considèrent non seulement les problèmes mentaux, mais aussi les besoins psychosociaux. La clinique devient alors un lieu de référence et permet de maintenir une relation significative avec le bénéficiaire. Selon l'évaluation faite par les professionnels de la santé mentale, la clinique communautaire organise ensuite une rencontre avec les spécialistes du Centre hospitalier Douglas. Les intervenants de première ligne y participent pour discuter du traitement approprié. Durant le séjour des patients au Centre hospitalier Douglas, la clinique communautaire assure le suivi avec ses intervenants pour assurer le relais, notamment dans le cadre du retour de la personne dans son milieu de vie. Afin de préciser la collaboration entre les deux institutions, des contrats de services professionnels sont signés et prévoient les ressources tant matérielles, financières qu'humaines. L'implantation de services conjoints entre la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et le Centre hospitalier Douglas date de la fin des années 1960, soit avant l'établissement des CLSC.

En 1998, la majorité des interventions en santé mentale touchent principalement l'équipe de services aux adultes et représentent 30 % du total des interventions

réalisées en santé. L'équipe jeunesse cible le groupe de 15 à 30 ans et 15 % des cas ont trait à des problèmes de santé mentale⁶.

La clinique communautaire travaille de concert avec les organismes du quartier comme l'Association de défense des droits sociaux (ADDS), Point Equal Rights Mouvement (PERM) et le Projet d'organisation populaire d'information et de regroupement (POPIR). Ces organismes luttent pour la disparition des taudis, des saisies et des politiques discriminatoires à l'aide sociale. La clinique soutient aussi le Carrefour d'éducation populaire, qui vise l'amélioration de la qualité d'instruction donnée aux enfants du quartier. De 1972 à 1978, la clinique collabore étroitement avec la Maison du Quartier qui a des visées politiques bien arrêtées quant à l'aménagement urbain, le logement, le travail ou le revenu.

Les projets soutenus par la clinique proviennent du fonds social, qui encourage les initiatives locales. Ces initiatives n'ont pas reçu nécessairement l'aval des gouvernements. Or, lorsque que le projet naît et qu'il est sur le point de démarrer, le gouvernement hésite à refuser des subventions. Selon le Collectif CourtePointe, « cela pousse d'ailleurs le gouvernement à créer des programmes et des politiques qui répondent aux besoins de la population à travers tout le Québec⁷ ». Plusieurs projets innovateurs vont aussi voir le jour au fil des ans à Pointe-Saint-Charles, notamment le Projet dentaire, le Projet Vision et la pharmacie communautaire.

Mis sur pied à la Clinique de Pointe-Saint-Charles en 1971, le Projet dentaire vise d'abord l'ensemble de la population. Toutefois, à la suite de coupures budgétaires quelques années plus tard, les soins dentaires ne sont offerts qu'aux enfants. En 1973, le gouvernement du Québec décide d'offrir la gratuité des soins dentaires pour les assistés sociaux, et, en 1974, à tous les enfants de moins de huit ans. Enfin, cette gratuité s'étend aux enfants de moins de quinze ans en 1979. Le Projet Vision voit ensuite le jour et bénéficie du soutien de la clinique. Compte tenu du fait qu'il ne se trouve aucun optométriste dans le quartier, des citoyens créent une clinique des yeux, qui vend des lunettes à prix modiques tout en offrant les services d'un professionnel. Ce projet, qui a germé dans les esprits au cœur des années 1970, est organisé par des bénévoles. Seul l'optométriste est rémunéré. Ce projet prend fin en 1989, faute de fonds

⁶ Michel Perreault, Jocelyne Bernier, Hélène Tardif et Céline Mercier, « L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles », dans *Santé mentale au Québec*, XXIV, 2, 1999, p. 31 à 37.

⁷ Le Collectif CourtePointe, *op. cit.*, p. 109.



Prise de parole d'une citoyenne lors de l'assemblée générale de juin 2005.

suffisants, et à cause de la difficulté de recruter des optométristes. La pharmacie communautaire offre, quant à elle, des médicaments gratuits pour les usagers de la clinique, mais en les vendant au prix coûtant aux autres personnes. Elle fait aussi la promotion de médicaments sous leurs noms génériques, moins chers pour le consommateur.

Les besoins auprès de la population de Pointe-Saint-Charles restent aussi criants au début des années 2000 que dans les années 1970. Le quartier compte, en 2001, 50 % de familles monoparentales sur son territoire. Le taux de chômage oscille à 15,3 %, celui des prestataires de l'assistance-emploi est à 35,2 % et celui des personnes vivant sous le seuil de pauvreté atteint 49,3 %. L'espérance de vie à la naissance est de 71,1 ans chez les hommes et de 75,6 ans chez les femmes alors qu'elle est plutôt de 74,8 ans pour les hommes et de 81,1 ans chez les femmes sur l'île de Montréal pour les années allant de 1994 à 1998⁸.

⁸ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, *Portrait de la population, Centre de santé et de services sociaux de Verdun-Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles*, Montréal, Gouvernement du Québec, novembre 2004, p. 2, 3 et 13.

Vers la création de cliniques pour des services en première ligne

La création d'une clinique communautaire, grâce aux étudiants de l'Université McGill et à l'implication des citoyens de Pointe-Saint-Charles, va inspirer le gouvernement du Québec dans la création d'un réseau de cliniques à travers la province⁹. Selon la commission Castonguay-Nepveu, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) doivent devenir « la principale porte d'entrée du réseau¹⁰ ». L'établissement de ce réseau va donc se réaliser sur une période de quinze ans. De 1972 à 1975, 71 CLSC sont implantés sans avoir d'orientation précise. La diversité des services offerts et le problème d'accessibilité forcent le gouvernement à procéder en 1974 à une évaluation nommée Opération Bilan. Malgré les imperfections, le gouvernement poursuit la création des CLSC en 1977-1978, dont une quinzaine voient le jour au cours de ces années. Le gouvernement du Parti québécois continue le parachèvement du réseau. De 1981 à 1986, 69 autres CLSC naissent, pour atteindre un total de 155. À la fin des années 1980, ce nombre s'élève à 170, dont certains reçoivent le personnel des départements de santé communautaire et de centres de services sociaux. Cependant, il ne faut pas considérer les CLSC comme la porte d'entrée du système; les hôpitaux accueillent leur lot quotidien de patients et les cabinets privés de médecins reçoivent nombre de personnes qui viennent les consulter.

Promesse d'un hôpital à Saint-Henri

Le 22 juin 1960, la population de Saint-Henri élit le député provincial Philippe Lalonde, sous la bannière libérale, avec la promesse de construire un hôpital dans le quartier. Le projet, en principe accepté par le ministère de la Santé, est évalué à environ 5 500 000 \$. Le 14 novembre 1962, durant l'élection, le député explique les difficultés techniques de dernière minute qui ont forcé le report des travaux. Or, le dossier n'avance pas, ce qui, selon les observateurs, entraîne la défaite de Philippe Lalonde en 1966 au profit du nouveau député

⁹ Selon d'autres auteurs, c'est un voyage en Europe organisé par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social présidée par Claude Castonguay pour étudier les systèmes d'assurances sociales en Grande-Bretagne, en France, en Suède et en Tchécoslovaquie qui aurait permis de mieux comprendre les centres de santé tels qu'il se trouvent en Europe. Ils invoquent aussi des modèles des États-Unis. De ces modèles étrangers se dégage le modèle québécois. Voir Benoît Gaumer et Georges Desrosiers, « L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », dans *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, no. 1, 2004, p. 52.

¹⁰ Jean Turgeon, Hervé Anctil et Joël Gauthier, « L'évolution du ministère et du réseau : continuité ou rupture ? », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, *Le système de santé au Québec, organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 97.

Camille Martellani, de l'Union nationale. Ce dernier promet à son tour un hôpital pour les gens du quartier. En 1968, la maquette du futur hôpital Saint-Henri est présentée au Centre Gadbois en présence même du premier ministre Daniel Johnson. À l'époque, les francophones du quartier Saint-Henri se rendent dans les établissements environnants comme le Reddy Memorial ou le Montreal Children et se font servir en anglais. Le projet de construction n'aboutit toujours pas, même si le ministre Cloutier promet la construction de deux hôpitaux en 1970¹¹. Le député Martellani perd ses élections et Gérard Shanks reprend le flambeau de la construction de l'hôpital.



Source : Archiv-Histo

Le CLSC de Saint-Henri

C'est dans le contexte de mobilisation pour le projet de construction d'un hôpital à Saint-Henri que s'inscrit la naissance du CLSC de Saint-Henri. Le simple citoyen, les gens d'affaires regroupés sous la direction de l'Ouest commercial, le Comité ouvrier de Saint-Henri et le journal *La Voix populaire*, organe d'information local, s'unissent pour la cause de la création d'un hôpital. À cette fin, le Comité des citoyens organise des rencontres avec les députés locaux et le conseil municipal de Montréal tient des assemblées publiques et manifeste dans le quartier. Or, tous ces efforts restent vains. La réforme sociale du gouvernement libéral de Robert Bourassa décrète un moratoire indéfini sur la construction d'hôpitaux sur le territoire montréalais en 1970. De plus, l'agrandissement d'hôpitaux comme celui de Verdun est mis en veilleuse pendant trois ans.

Jean-Paul Cloutier,
ministre de la Santé et de la Famille
et du Bien-Être social, 1966-1970,
sous le gouvernement de l'Union
Nationale.

Le gouvernement québécois propose plutôt la construction du Complexe Saint-Henri, rassemblant un CLSC, des habitations à loyer modique, des logements réservés pour les personnes âgées et un centre d'accueil pour des soins de longue durée. Enfin, le 17 janvier 1973, le premier conseil d'administration du CLSC de Saint-Henri est élu. Puis, l'année suivante, le ministère des Affaires sociales force le centre communautaire de la Petite-Bourgogne à s'intégrer au CLSC de Saint-Henri.

¹¹ Selon *Les gens du Québec 1 St-Henri*, Saint-Laurent, Éditions Québécoises, novembre 1972, p. 68 à 71.

Dès le début, le conseil d'administration rejette la structure administrative existante. Jacques Couture, religieux aux idées socialisantes, se fait l'artisan de la contestation du Conseil régional de santé et de services sociaux (CRSSS). Il suggère au conseil de nommer un représentant au Conseil régional pour en contester la « non représentativité » et les « abus de pouvoir¹² ». Les membres du conseil d'administration critiquent la structure du CRSSS avec l'aide du Front commun des cliniques populaires.

En appui au CLSC d'Hochelaga-Maisonneuve, le CLSC de Saint-Henri accepte le principe qu'une majorité de citoyens siège au conseil d'administration du CLSC. Le citoyen est défini comme un résident du quartier, et peut être un travailleur, un petit salarié ou un chômeur, une mère de famille, ou encore un assisté social. Toutes ces personnes forment la très large partie des citoyens de Saint-Henri¹³. Selon les membres du conseil d'administration, le CLSC doit devenir « un instrument d'organisation pour les travailleurs, un moyen de changer les conditions socioéconomiques dans lesquelles ils vivent¹⁴ ». Or, le Front commun des cliniques populaires ne partage pas l'idée d'envoyer un délégué au CRSSS et met en doute la représentativité du conseil d'administration provisoire de Saint-Henri. On nage ici dans les méandres de la stratégie de groupes marxistes-léninistes.

Indépendamment des préoccupations idéologiques, la création d'un CLSC autonome de Saint-Henri finit par se concrétiser. En 1975, le ministère des Affaires sociales est prêt à confier aux CLSC une juridiction privilégiée dans quatre domaines : le maintien des personnes âgées à domicile, le dépistage et la prévention des problèmes socioaffectifs chez les enfants de six à quatorze ans, la périnatalité et les problèmes des nourrissons ainsi que l'achalandage. Ces quatre domaines deviendraient des programmes complémentaires. Le *per diem* serait rajusté en fonction de ces nouveaux programmes qui permettraient d'ajouter du personnel supplémentaire. Au CLSC de Saint-Henri, l'administration va de l'avant pour offrir des services mieux adaptés à la population.

¹² Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du CLSC de Saint-Henri, procès-verbal de la réunion du conseil d'administration provisoire du CLSC de Saint-Henri, 25 janvier 1973.

¹³ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du CLSC de Saint-Henri, procès-verbal de la réunion du conseil d'administration provisoire du CLSC de Saint-Henri, 29 mars 1973, « Document en vue de la conférence de presse du Front commun ».

¹⁴ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du CLSC de Saint-Henri, procès-verbal de la réunion du conseil d'administration provisoire du CLSC de Saint-Henri, 29 mars 1973, « Lettre du Front commun des cliniques populaires ».

Au cours de l'année 1977, les employés du CLSC demandent la démission du directeur général. Or, le conseil d'administration est divisé sur cette question. La suspension de deux coordonnateurs et la présence de syndiqués à ses réunions causent des remous. Le ministère des Affaires sociales nomme Gaston Harnois, commissaire-enquêteur, pour examiner l'administration et le fonctionnement du CLSC. À l'intérieur des murs, quelques membres du conseil d'administration réclament la mise en tutelle bien qu'une majorité de membres s'y oppose, soit six contre quatre. Les coordonnateurs occupent les locaux du CLSC, n'ayant pas reçu leur paie de leur employeur. À l'été de 1977, le CLSC relève de ses fonctions le directeur général. Son successeur, Serge Picher, vient détendre l'atmosphère.

La période de quiétude ne va durer qu'un temps. Une série d'articles publiés dans *La Voix Populaire* fait connaître les désaccords qui existent entre le syndicat et la direction du CLSC au sujet de congédiements de personnel. Les problèmes de relations de travail forcent la mise en tutelle du CLSC en 1984. L'administrateur provisoire du CLSC, Raynald Dodier, jette les bases du renouveau au sein de l'organisme. Il procède également à l'ouverture des soumissions pour la construction du futur bâtiment sur l'emplacement de l'ancienne gare.

L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE AU SERVICE DE LA POPULATION DE SAINT-HENRI

L'Hôpital Sainte-Justine possède sur le chemin Côte-Sainte-Catherine un service de psychiatrie dirigé de 1957 à 1969 par le D^r Denis Lazure. À cette époque, l'ouverture d'une consultation interne devient la première dans son style au Canada. À compter de 1960, ce service se bonifie avec l'ajout d'un centre de jour, d'un service de « maternelle thérapeutique » et de consultations à l'externe pour les jeunes atteints d'arriération mentale ou ayant des troubles d'apprentissage. L'équipe multidisciplinaire inclut également des psychologues et des psychopédagogues.

« Dans le but de mener une action préventive et d'offrir des services dans son milieu, l'Hôpital ouvre une clinique dans le quartier Saint-Henri au tournant des années 1970. Le Service interne d'hospitalisation comprend alors 50 lits, auxquels s'ajoutent une centaine de lits destinés aux soins de jour; en 1978, afin de mieux répondre aux besoins particuliers, une unité d'une douzaine de lits est réservée aux adolescents¹⁵. »

En 1968, la Clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine s'intéresse particulièrement à la santé dans le secteur Sud-Ouest de Montréal, notamment à Saint-Henri. Une équipe de cette clinique favorise l'approche communautaire

¹⁵ Denyse Baillargeon, *op. cit.*, p. 113.

Source : tiré de Denyse Baillargeon, *Naître, vivre, grandir - Sainte-Justine 1907-2007*, Montréal, Borel, 2007, p. 38.



L'Hôpital Sainte-Justine situé chemin de la Côte-Sainte-Catherine, en 1957.

dans le but de desservir adéquatement ce quartier défavorisé. Une collaboration est donc établie avec l'agence sociale de Saint-Henri sur la base d'une consultation mensuelle, de discussions bimensuelles avec les bureaux de psychologie et de service social de la région et prévoit la tenue d'une rencontre préliminaire avec les infirmières-hygiénistes du quartier.

Dans l'optique d'exercer un travail de clinique durant l'été 1970, une équipe de professionnels de Sainte-Justine obtient des locaux rue du Couvent à Saint-Henri, locaux prêtés par le Service de santé de la Ville de Montréal. À raison d'une ou deux journée(s) par semaine, elle accueille des patients du quartier qui ont déjà l'habitude de rencontrer dans ces locaux des infirmières-hygiénistes. Or, les citoyens de Saint-Henri sont portés à s'adresser davantage au Montreal Children Hospital situé à proximité plutôt qu'à l'Hôpital Sainte-Justine pour lequel il faut faire un trajet en autobus, ce qui entraîne des frais additionnels. Vers 1976, une équipe de professionnels (psychiatre, psychomotricienne, orthopédagogue, travailleur social, etc.) vient rencontrer la population de Saint-Henri bien que les locaux mis à leur disposition soient petits et plutôt inadéquats. De surcroît, l'équipe n'hésite pas non plus à se rendre à domicile et dans les écoles pour rencontrer leur clientèle.

En janvier 1973, le D^r Jean-Jacques Breton, psychiatre responsable de la clinique de l'équipe de Sainte-Justine, fait partie du conseil d'administration provisoire du nouveau CLSC de Saint-Henri. L'équipe s'implique auprès des adolescents par des visites à la polyvalente Saint-Henri, à raison de deux heures par mois. Elle est aussi consultante pour la garderie du quartier et conduit d'autres projets tant à la polyvalente

qu'au CLSC (périnatalité). En 1974, l'équipe de Sainte-Justine perd les quartiers de la Petite-Bourgogne et de Pointe-Saint-Charles, qui sont confiés à d'autres équipes médicales. Cependant, elle conserve toujours le territoire de Saint-Henri. Après de multiples hésitations sur le choix d'un emplacement pour installer plus solidement une clinique satellite de pédopsychiatrie, elle retient en 1981 le site d'une ancienne banque sur la rue Notre-Dame Est.

Afin d'attirer la population de Saint-Henri qui a tendance à se faire soigner dans des hôpitaux anglophones situés à proximité (Montreal General Hospital, Reddy Memorial Hospital et le Montreal Children Hospital), l'équipe de Saint-Justine tente d'implanter une clinique où seraient conviés les intervenants du milieu. Voulant offrir principalement des services en psychiatrie, elle rencontre toutefois de la réticence chez la population qui perçoit fort mal encore, à cette époque, cette branche de la médecine. Pourtant les professionnels de la clinique ne sont pas sans observer chez cette population défavorisée plusieurs comportements problématiques, notamment la violence des parents, la non motivation des familles et le manque de sensibilisation des intervenants du milieu quant aux limites des compétences en matière de psychiatrie.

L'aménagement de la clinique dans de nouveaux locaux situés rue Notre-Dame favorise toutefois l'augmentation des consultations. De par son emplacement, les parents ont le réflexe d'arrêter plus spontanément à la clinique tout comme les adolescents qui sont plus enclins à se présenter seuls ou avec leurs amis¹⁶. Au milieu des années 1980, la clinique s'enracine dans le quartier malgré sa vocation initiale axée sur les soins psychiatriques.

LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ DE LA PETITE-BOURGOGNE

À la tête d'un groupe de citoyens, Madeleine Gill entreprend le 2 mars 1971 de doter le quartier de la Petite-Bourgogne d'une clinique médicale. À ce groupe se joint un autre de langue anglaise, soutenu par des ressources médicales de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Une assemblée de citoyens tenue au sous-sol de l'église Saint-Joseph le 12 juin 1970 forme un comité provisoire, qui a pour objectif la préparation de l'élection du comité de direction par la population, dans le but ultime de mettre sur pied la clinique communautaire. Dès le début, l'équipe du Centre communautaire de santé de la Petite-Bourgogne entrevoit des problèmes d'équipements, de financement, de local

¹⁶ Danielle Laporte, « Bilan d'une « clinique satellite » : l'expérience de cinq ans d'une équipe pédo-psychiatrique en milieu défavorisé », dans *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, 1, p. 29-40.

¹⁷ Selon un court historique de : *Les gens du Québec 2 Petite Bourgogne*, Saint-Laurent, Éditions Québécoises, avril 1973, p. 72.

Source : CLSC de Saint-Henri



Point de service de la Petite-Bourgogne
du CLSC de Saint-Henri.

et de médicaments. Dans le contexte de la présentation de la Loi 65 sur la constitution des CLSC, les initiatives locales cèdent parfois aux objectifs gouvernementaux. Enfin, Québec accepte d'accorder des subventions au Centre communautaire de santé, qui a pignon sur la rue Saint-Jacques Ouest¹⁷. En 1974, le ministère des Affaires sociales donne le choix au Centre communautaire de santé de la Petite-Bourgogne de s'intégrer à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ou au CLSC de Saint-Henri. Le 7 mars 1974, le Centre communautaire opte pour le CLSC de Saint-Henri, qui ajoute à son territoire les quartiers de la Petite-Bourgogne et de Griffintown¹⁸.

Vers la modernité au CLSC de Saint-Henri

L'évolution du CLSC de Saint-Henri ne se fait pas sans heurts. Le 6 janvier 1976, la direction du CLSC ne veut à aucun prix être logée au complexe Saint-Henri, qui comprendrait un centre d'accueil. Le principal mandataire de ce complexe, le Foyer Saint-Henri, ne recherche visiblement pas la présence du CLSC. De part et d'autre, il est proposé de former un comité pour étudier la question. Le ministère des Affaires sociales souhaite que le CLSC de Saint-Henri s'installe au complexe Saint-Henri, ses locaux étant présentement situés au 2^e étage d'un

¹⁸ CLSC de St-Henri 1973-1994 : 21 ans de réalisations. Album souvenir, Montréal, CLSC de St-Henri, 1995, voir « Faits saillants », non paginé.

bâtiment, rue Notre-Dame près de la rue Sainte-Marguerite. Or la direction du CLSC de Saint-Henri s'inquiète de son autonomie administrative¹⁹. Puis en 1978, le site de l'ancienne gare apparaît comme la solution la plus séduisante bien que le manque d'espace demeure, les besoins étant de 20 000 pieds carrés et le lieu n'offrant que 15 000 pieds carrés. En 1980, le Centre d'accueil de Saint-Henri n'est toujours pas déménagé. Par contre, le point de service de la Petite-Bourgogne est toujours maintenu, le bail étant signé jusqu'en 1984. En outre, les parents de l'école Jacques-Viger ne veulent pas du CLSC dans leur école, et la bataille est transportée jusqu'à la Commission scolaire de Montréal. En 1981, le site de l'ancienne gare retient de plus en plus l'attention des dirigeants du CLSC. En 1986, la firme d'architectes Longpré, Marchand et Peters assure la surveillance des travaux de construction, évalués à 1 809 340 \$. Le nouveau bâtiment fait le bonheur de la direction.

Source : Société historique de Saint-Henri, photo d'Adrien Dubuc



La gare de Saint-Henri en 1947, démolie dans les années 1950. Le site est maintenant occupé par le CLSC de Saint-Henri.

La construction du CLSC sur ce site se concrétise enfin au grand contentement du conseil d'administration. Le président de ce conseil, Pierre Bouchard, déclare dans le rapport annuel de 1985-1986 :

« (...) alors que l'administrateur provisoire terminait un magnifique travail administratif en révisant chaque système du CLSC et en y implantant les réformes nécessaires afin de mieux harmoniser chaque élément avec la mission du CLSC, administrateurs, gestionnaires et employés se sont affairés à se positionner dans un nouveau cadre administratif, à installer le CLSC et à produire les services attendus.

¹⁹ Archives du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds du CLSC de Saint-Henri, procès-verbaux des réunions du conseil d'administration du CLSC de Saint-Henri, 2 janvier et 2 mars 1976. Les procès-verbaux du CLSC constituent la principale source d'information de l'histoire du CLSC.

Infirmière du CLSC de Saint-Henri donnant un vaccin à un nourrisson, sous les yeux de sa mère, au cours d'une campagne de vaccination dans le quartier Saint-Henri.



Source: CLSC de Saint-Henri

Ainsi, nous nous sommes donné un nouveau cadre organisationnel à savoir de nouvelles règles et des objectifs tout en respectant le plan d'organisation provisoire que nous avait légué l'administration précédente. Nous avons embauché un nouveau directeur général et ouvert le nouveau poste de chef de service de santé. En juin 1985, grâce à une subvention du gouvernement du Québec d'un peu moins de 2 000 000 \$, le CLSC de Saint-Henri s'est installé dans un nouveau siège social. À travers toutes ces transformations, le CLSC a poursuivi un travail dévoué au service de la population²⁰ ».

En 1986, le CLSC offre à sa clientèle deux points de service, l'un situé au 3833, rue Notre-Dame Ouest, et l'autre à la Petite-Bourgogne au 2005, rue Saint-Jacques Ouest. Les services de santé proposés à la communauté comprennent les injections de médicaments données sur place, les premiers soins, les examens médicaux et les consultations individuelles sur rendez-vous. En cas d'urgence, les citoyens peuvent obtenir une consultation sans rendez-vous. Le CLSC compte aussi une clinique de MTS et de contraception (planification des naissances, prévention des maladies transmises sexuellement, problèmes gynécologiques, etc.).

Le CLSC s'assure de la santé physique, mentale et affective de la femme enceinte, la périnatalité demeurant une préoccupation majeure (cours prénataux, visites postnatales, infirmières visiteuses pour aider la nouvelle maman aux soins du bébé, allaitement et nutrition de l'enfant). Un programme de santé pour la mère et l'enfant comprend des cliniques de vaccination sur rendez-vous et le dépistage

²⁰ Archives du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds CLSC de Saint-Henri, CLSC de St-Henri, *Rapport annuel 1985-1986*, « Mot du président du conseil d'administration ».

précoce chez l'enfant de zéro à cinq ans sur le plan visuel-auditif et psychomoteur. Il est possible d'obtenir également des examens de contrôle de santé annuels.

Les écoles du quartier bénéficient du support d'une infirmière du CLSC, qui procède à la vaccination, au dépistage auditif et visuel ou encore de la tuberculose, etc. Les services du CLSC touchent aussi le maintien des personnes âgées à domicile qui ont besoin d'aide temporaire ou médicale, de soins infirmiers ou autres. Les soins à domicile incluent la surveillance de l'état général du bénéficiaire, le support moral, le contrôle de la prise des médicaments, l'enseignement à donner, la prévention, etc. L'aide à domicile prodiguée par l'auxiliaire familiale et l'infirmière auxiliaire comprend les soins d'hygiène, la préparation de repas, l'entretien ménager, le gardiennage, les courses et le ravitaillement, etc.

La présence d'une équipe composée d'un médecin, d'au moins une infirmière et de techniciens en hygiène industrielle demeure essentielle au CLSC de Saint-Henri pour réduire les dangers en milieu de travail. Les enfants, les adolescents et les adultes peuvent recevoir des services psychosociaux du CLSC. L'apport du CLSC ne s'arrête pas qu'à la santé. La participation à l'action communautaire implique aussi une action auprès de nombreux organismes vouées aux handicapés et aux gens du troisième âge. Mentionnons les regroupements suivants : le Garde-manger pour tous, la Maison des Jeunes, l'Aide juridique pour le logement, la Coopérative de production, etc.

Dans le cadre de l'implantation du pré-CLSC à Ville-Émard et à Côte-Saint-Paul, le CLSC de Saint-Henri propose le regroupement des deux organismes qui rejoindrait toute la population du Sud-Ouest de Montréal. Au printemps 1987, la table de concertation des organismes communautaires de Saint-Henri et de la Petite-Bourgogne estime que les citoyens du Sud-Ouest possèdent une même identité, une population aux caractéristiques semblables et aux problématiques similaires. Selon les représentants de ces organismes, le regroupement des CLSC serait plus naturel entre Ville-Émard, Côte-Saint-Paul et Saint-Henri, même si le nouveau territoire relève de la juridiction du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun. Par ailleurs, le Centre hospitalier de Verdun recommande le rattachement du CLSC de Saint-Henri au Département de santé communautaire de Verdun sans perdre évidemment la juridiction sur les territoires de Ville-Émard et de Côte-Saint-Paul. Le Comité aviseur du pré-CLSC Ville-Émard-Côte-Saint-Paul choisit par un vote serré de favoriser son intégration avec le module de Verdun²¹. La ministre de la Santé et des Services sociaux, Thérèse Lavoie-Roux, décide de créer un CLSC autonome Verdun-Ville-Émard-Côte-Saint-Paul²².

²¹ *La Voix Populaire*, 15 juin 1987.

²² *La Voix Populaire*, 17 août 1987.

LA PETITE-BOURGOGNE, UNE TERRE D'ACCUEIL

Quartier bilingue, la Petite-Bourgogne abrite les communautés irlandaise et française qui se sont implantées dans ces lieux lors du creusage du canal de Lachine au XIX^e siècle. La communauté noire choisit d'y vivre dès la fin du XIX^e siècle et demeure très présente, encore aujourd'hui. Les musiciens de jazz bien connus Oscar Peterson et Oliver Jones sont originaires de ce quartier. Au cours des années 1990, les associations canadiennes-anglaises sont toujours actives, bien que leurs membres d'origine britannique diminuent en nombre. Parmi ces associations, notons le Good Shepherd Community Center. Par contre, la proportion d'allophones augmente et représente le quart de la population dans le secteur Nord-Ouest en 1999. Soulignons aussi la présence de la communauté vietnamienne, installée dans les maisons unifamiliales et les condominiums. Les élèves vietnamiens représentent 10 % des effectifs scolaires de l'école de la Petite-Bourgogne. À l'est de la rue Atwater, au Foyer Hongrois, on retrouve plusieurs membres de cette communauté tandis que la communauté latino-américaine s'est installée dans le secteur du métro Georges-Vanier. En fait, la Petite-Bourgogne constitue un quartier d'accueil pour bon nombre d'immigrants, notamment de la France, du Pakistan, de la Roumanie et de la Somalie²³.



Source : Voir.ca

Oliver Jones.



Source : BossaNovaBrasil.fr

Oscar Peterson.

²³ Selon les précisions du CLSC de Saint-Henri, *Portrait de quartier du territoire desservi par le CLSC*, op. cit., p. 45.

PORTRAIT DE LA POPULATION DU QUARTIER SAINT-HENRI

En 2001, la population totale du CLSC de Saint-Henri, qui comprend le secteur de la Petite-Bourgogne, s'élève à 25 600. De ce nombre, 47,8 % correspond à des familles monoparentales, 24,2 % au contingent d'immigrants et 67,5 % à une communauté d'expression française définie comme la langue officiellement parlée²⁴. En 1996, sur le plan linguistique, le français demeure la langue maternelle de la majorité de la population, soit près de 57,2 %²⁵.

Sur le plan socioéconomique, le taux de chômage en 2001 est de 11,4 % comparativement à 9,2 % sur l'ensemble de l'île de Montréal. En 2003, le territoire du CLSC de Saint-Henri compte 27,6 % de prestataires de l'assistance-emploi, tandis que l'île de Montréal connaît un taux de 12,8 %. La population considérée sous le seuil de faible revenu s'élève à 46 % alors que sur l'île de Montréal, le taux atteint 29 %. L'ensemble de ces données révèlent donc dans le Sud-Ouest la présence d'un milieu plutôt défavorisé.

L'espérance de vie pour les hommes est de 69,6 ans alors que pour les femmes, elle atteint 76 ans entre les années 1994-1998. Pour l'ensemble de l'île de Montréal, l'espérance de vie chez les hommes est de 74,8 ans et les femmes de 81,1 ans. Cette inégalité tant pour les hommes que pour les femmes traduit bien les disparités socioéconomiques entre Saint-Henri et l'ensemble de l'île de Montréal.

Un nouveau venu, le CLSC Côte-Saint-Paul–Ville-Émard–Verdun

Dès 1974, les citoyens de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul demandent l'établissement d'un CLSC sur leur territoire, suivis des citoyens de Verdun qui font la même démarche en 1976. Si, en apparence, tout ce territoire devrait obtenir un ou deux CLSC en prévision de l'année 1977, il faut attendre quatorze ans avant d'assister à la naissance du CLSC Verdun–Côte-Saint-Paul.

En 1984, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal-Métropolitain mandate le Centre hospitalier de Verdun en tant que fiduciaire des modules de services communautaires de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul et de Verdun. Dans l'attente de la création d'établissements autonomes, les modules ont pour mission d'offrir les services inhérents aux CLSC. Le fiduciaire intègre, dès lors, à chacun des modules les ressources financières, humaines

²⁴ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, *Portrait de la population, Centre de santé et de services sociaux de Verdun–Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles*, Montréal, Gouvernement du Québec, novembre 2004, p. 2, 3 et 13.

²⁵ CLSC de Saint-Henri, *Portrait de quartier du territoire desservi par le CLSC*, Montréal, CLSC de Saint-Henri, 1999, p. 81.

et matérielles qui proviennent du Département de santé communautaire, du Centre de Services sociaux de Montréal métropolitain, du Centre de services sociaux Ville-Marie et de l'Hôpital Champlain, notamment pour le service de maintien à domicile.

À l'intérieur de ces modules, le fiduciaire forme un comité aviseur qui provient de représentants de groupes communautaires, du personnel, d'établissements du territoire comme les centres hospitaliers, les centres de services sociaux ou les centres d'accueil et les simples citoyens. Or, en 1985, le gouvernement du Québec du Parti libéral de Robert Bourassa, nouvellement élu, met la pédale douce sur la création de nouveaux CLSC. Le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise de nouvelles études pour faire ses choix. Les populations des quartiers Ville-Émard et Côte-Saint-Paul, de même que celle de la Ville de Verdun, se mobilisent, signent des pétitions et font de la publicité dans les médias pour que le gouvernement maintienne le plan initial de création de deux CLSC. En 1987, le ministère de la Santé et des Services sociaux opte pour le développement d'un seul CLSC sur l'ensemble du territoire. En juin 1988, le CLSC connu sous le nom de Verdun-Côte-Saint-Paul voit le jour. Il est un des derniers créés par le gouvernement du Québec. En date du 16 août 1988 se tient la première réunion du conseil d'administration provisoire du nouveau CLSC, conseil d'administration qui est composé de douze membres nommés par la ministre Thérèse Lavoie-Roux. Ces derniers choisissent Paul Beaupré, comme président et Robert Capistran, comme directeur général. Le CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul devient un établissement autonome le 1^{er} avril 1989. Son inauguration officielle a lieu le 28 avril 1989 au siège social situé au 1090, rue de l'Église à Verdun. Par la suite, le 11 mai 1990, le CLSC ouvre officiellement ses locaux au point de service de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul²⁶.

Au printemps 1989, le CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul fait des pressions afin de maintenir en place le Département de santé communautaire de Verdun alors que le gouvernement prévoit le fermer. En 1992, les trois députés du secteur Verdun-Côte-Saint-Paul-Ville-Émard souhaitent la fusion du CLSC avec celui de Saint-Henri. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté, étudie sérieusement cette option. Cependant, en juin 1992, le ministre renonce à son intention d'imposer la fusion et maintient le CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul-Ville-Émard.

²⁶ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul, *CLSC Verdun-Côte St-Paul, rapport annuel 2003-2004*, p. 3-4. Voir les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration du CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul.

Dans le cadre de l'application de la Loi 102, en 1993, le CLSC perd un montant de 47 000 \$ correspondant à une coupure de 1 % sur les salaires des employés. Il lui reste à trouver un processus d'action pour ne pas pénaliser la clientèle, ni trop mécontenter le personnel. Après consultation avec les syndicats, il est décidé que la banque de maladie des employés sera amputée de 1,6 jour et la journée du 24 décembre chômée et non payée, une coupure récurrente. Pour les années subséquentes, la banque de maladie va être réduite à sept jours au lieu de 9,6 jours chez l'ensemble des salariés, peu importe les catégories. En 1996, le siège social du CLSC déménage au 400, rue de l'Église.

À la fin de l'année 1996, les demandes d'hébergement en soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie passent par le CLSC. Il en est ainsi pour l'inscription en Centre de jour et en hébergement temporaire. Le CLSC devient l'endroit unique où toute personne âgée peut être référée, sauf pour les hospitalisations à court terme. Il en résulte un accroissement des demandes et des services au CLSC. À compter du 1^{er} avril 1997, les dossiers de l'hôpital à domicile deviennent la responsabilité du CLSC, qui accueille ainsi des infirmières du Centre hospitalier Angrignon. En 2001, le CLSC déménage son point de service de Côte-Saint-Paul-Ville-Émard à l'ancienne école Holy Cross (ou Saint-Raphaël), rue Jolicœur et signe un bail avec la CSDM.

En 2003, le CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul-Ville-Émard consolide son offre de services à sa clientèle. Selon les heures d'ouverture de l'établissement, il implante un service d'accueil pour assurer à la clientèle qui se présente sans rendez-vous, l'accès à un professionnel. Une garde psychosociale est implantée pour compléter la garde *nursing*, qui existe déjà, afin d'apporter une réponse aux besoins urgents développés par les clients en perte d'autonomie à domicile. De nouveaux postes d'auxiliaires familiaux sont également ajoutés pour améliorer la qualité des soins aux personnes.

En 2004, les CLSC n'ont plus d'existence légale. Ils sont intégrés au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, qui continue d'offrir à la population l'ensemble des services déjà prévus.



Au service d'une population en perte d'autonomie

Au tournant du XX^e siècle, l'Église catholique ne cesse de multiplier ses institutions et ses œuvres de bienfaisance dans le secteur Sud-Ouest-Verdun comme dans le reste du Québec. De 1898 à 1931, elle fonde 32 hôpitaux, 4 sanatoriums et 35 institutions d'assistance, soit 71 des 90 établissements mis sur pied dans la province au cours de cette période¹. Pendant longtemps, les communautés religieuses s'évertueront à soulager la misère en réunissant sous un même toit malades, orphelins, personnes âgées et indigents. D'une décennie à l'autre, les besoins iront toutefois en s'amplifiant et les communautés religieuses, à court de ressources, auront besoin de l'aide de l'État. La Loi de l'Assistance publique adoptée en 1921 va marquer un tournant majeur dans l'histoire de la santé et des services publics en entraînant une participation de plus en plus importante des pouvoirs publics aux revenus des établissements de santé², notamment ceux réservés aux personnes en perte d'autonomie. Progressivement, les foyers, asiles et hospices disparaîtront pour faire place aux hôpitaux et aux centres d'accueil et d'hébergement³ qui foisonneront dans le secteur Sud-Ouest-Verdun.

L'évolution du Foyer Saint-Henri

Saint-Henri assiste à l'arrivée d'un établissement fort utile pour sa population en 1885. À compter de cette date, la salle d'asile de Saint-Henri accueille des

¹ Jean Hamelin et Nicole Gagnon, *Histoire du catholicisme québécois* dirigée par Nive Voisine, *Le XX^e siècle*, tome I, De 1898 à 1940, Montréal, Les Éditions Boréal Express, 1984, p. 252-254.

² Denyse Baillargeon, *Naître, vivre, grandir : Sainte-Justine 1907-2007*. Montréal, Boréal 2007, p. 64-65.

³ Le lecteur aura tôt fait de constater l'évolution du vocabulaire pour désigner les différents établissements de santé du Sud-Ouest-Verdun. Les vocables utilisés reflètent d'abord les us et coutumes d'une époque en plus de faire référence à des réalités aujourd'hui disparues. Ainsi, par exemple, un hospice pouvait accueillir à la fois des personnes âgées et des enfants en bas âge, d'où l'emploi du vocable hospice-orphelinat. Le lecteur devra également être attentif au fait que les appellations utilisées puissent faire référence tantôt au statut juridique d'un établissement de santé (asile, centre d'accueil, hôpital), tantôt à sa situation géographique (Foyer Saint-Henri).

enfants d'âge préscolaire, des orphelins et même des vieillards⁴. Les Sœurs Grises de Montréal se consacrent sans limites à cette œuvre qui bénéficie de plusieurs dons des gens du quartier et particulièrement du curé Rémi-Clothaie Décarie. À son décès survenu le 20 août 1920, ce dernier lègue à l'asile une somme de 10 000 \$. De son côté, la fabrique de la paroisse de Saint-Henri gère environ 17 000 \$, somme qui provient de bazars organisés par les religieuses et les paroissiens et devant servir à la construction du bâtiment⁵. Après le décès de son bienfaiteur des premières heures, il devient toutefois de plus en plus difficile à l'asile de boucler son budget d'opérations courantes.

Devant l'accroissement de la population et l'évolution des besoins des citoyens du troisième âge, J. Allan Bray, conseiller municipal et entrepreneur local, propose, en 1929, de fonder un centre d'hébergement pour les personnes âgées, l'Hospice de Saint-Henri, lequel conserve parallèlement sa vocation d'orphelinat⁶. Les fondateurs et notables J. A. Bray, P.-G. Poirier, J.-E. Perras, J.-C. Primeau et J.-A. Côté effectuent toutes les démarches nécessaires pour réaliser le projet, telles l'obtention des lettres patentes, la sollicitation des services des Sœurs Grises au salaire annuel de 50 \$, l'obtention du terrain nécessaire de la fabrique pour construire un édifice de 300 000 \$, l'entente pour héberger des vieillards et des orphelins, l'obtention d'une subvention de 230 000 \$ du gouvernement du Québec pour ériger l'immeuble ainsi que d'un octroi annuel de 19 246 \$⁷.

Pour faire place au nouvel édifice, on démolit l'ancien asile. En attente de l'ouverture des nouveaux locaux, les pensionnaires sont dispersés dans les différentes institutions de la région montréalaise⁸. Sous la direction de l'architecte Ludger Lemieux, l'entrepreneur Héroux & Robert procède aux travaux de construction. En dépit de la crise économique qui sévit en 1930, les travaux se poursuivent mais à un rythme plus lent. La Ville de Montréal entend

⁴ L'abbé Élie-J. Auclair, *Saint-Henri des tanneries de Montréal*, Montréal, Imprimerie de LaSalle, 1942, p. 63 et 111.

⁵ L'abbé Élie-J. Auclair, *ibid.*, p. 107-108. L'auteur précise les sommes réelles qui ont été versées. Le montant de 10 000 \$ n'aurait pas été remis intégralement à cause d'une assurance provenant d'une entreprise en faillite (une mutuelle), la totalité de ce montant n'ayant pu être récupérée.

⁶ Selon une autre source : archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest–Verdun, fonds des Résidences Mance-Décary, Sœur E. Mitchell, *Les quarante-cinq ans d'existence du foyer Saint-Henri Inc.*, Montréal, texte dactylographié, 76 pages, p. 36. Les citoyens de Saint-Henri ont dû se battre pour ne pas perdre leur jardin d'enfance, autrement dit un asile autonome pour enfants.

⁷ Archives du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest–Verdun, fonds des Résidences Mance-Décary, Sœur E. Mitchell, *Les quarante-cinq ans d'existence du foyer Saint-Henri Inc.*, *op. cit.*, p. 34-35.

⁸ Voir à ce propos le chapitre un.

accorder une subvention de 15 000 \$ pour payer les frais d'une clinique qui serait ajoutée à l'hospice. D'autres personnes viennent prêter main-forte aux ouvriers à titre de bénévoles pour terminer les travaux dont les coûts s'élèvent à 500 000 \$⁹. Le 30 novembre 1930, Mgr Alphonse-Emmanuel Deschamps, évêque auxiliaire de Montréal, bénit l'Hospice de Saint-Henri.

En 1932, des difficultés d'ordre budgétaire forcent l'administration à fermer le jardin d'enfance pour augmenter le nombre de lits disponibles aux personnes âgées, lesquels sont susceptibles de générer plus de revenus. La même année, un fournisseur tente de faire saisir les meubles de l'hospice et la Cour supérieure envoie trois émissaires pour évaluer les biens. De son côté, les Sœurs cherchent à obtenir une subvention de 50 000 \$ du gouvernement du Québec, mais sans résultat. Quant à la Ville, elle propose à l'hospice un contrat pour l'utilisation de 35 lits destinés à des personnes atteintes de paralysie dont les frais sont fixés à 1,25 \$ par jour d'hospitalisation. L'entente est finalement conclue et un revenu annuel de l'ordre de 15 978 \$ est assuré à l'établissement. Des emprunts successifs sont effectués à compter de 1935 et la menace de saisie s'estompe. De surcroît, les allocations gouvernementales en faveur des établissements de santé augmenteront les revenus de l'hospice assurant ainsi leur santé financière¹⁰.

L'HOSPICE DE SAINTE-CUNÉGONDE, UNE FIN TRAGIQUE

L'œuvre des Sœurs Grises, très présente à Saint-Henri, ne l'est pas moins dans la paroisse voisine de Sainte-Cunégonde. Sur l'insistance du curé Alphonse Séguin, Mère Praxède Filiatrault, supérieure générale, promet que des religieuses de sa communauté se chargeront des personnes âgées, de la visite des pauvres à domicile et de l'instruction des jeunes enfants, en attendant de pouvoir hospitaliser aussi des orphelins. L'emplacement désigné se révèle être le Château Brewster, une vieille résidence abandonnée par ses propriétaires anglais qui a servi, en ordre, d'hôtel de ville, de station de police et d'école protestante. Devenu la maison de Charité, l'hospice-orphelinat naît le 16 septembre 1889 et son administration est confiée aux sœurs Malépart, Lapointe, Sainte-Praxède et Laboissonnière. Une annexe en bois, construite en quelques mois avant l'arrivée des religieuses, permet d'ouvrir, dès le premier jour, une vaste salle d'asile permettant d'accueillir 172 bambins¹¹.

⁹ L'abbé Élie-J. Auclair, *op. cit.*, p. 108.

¹⁰ Rappelons qu'en vertu de la Loi de l'assistance publique votée en 1921 par le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau, l'État québécois subventionne les hospices, hôpitaux, crèches, sanatoriums et autres institutions en défrayant les coûts de séjour et d'hospitalisation pour les indigents. Voir Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, PUM, 1988, p. 205-252.

¹¹ Archives des Sœurs Grises de Montréal, fonds de l'Hospice Sainte-Cunégonde, F-116-52-4. Les documents de ce fonds nous ont permis de rédiger cette partie de l'ouvrage.

En 1895, la communauté religieuse fait construire un immeuble de six étages, avec soubassement en pierre et en brique, mesurant 243 pieds par 50 et dont la façade principale se trouve rue Albert (aujourd'hui Lionel-Groulx). Quant à la cour, elle est adossée au chemin de fer du Grand Tronc. Les coûts de construction s'élèvent à 120 000 \$ environ, selon les plans des architectes Perrault, Mesnard et Venne. Le bâtiment possède des escaliers intérieurs, mais aussi extérieurs pour faciliter la sortie des enfants, particulièrement en cas d'urgence. En 1896, deux ailes de 18 x 45 pieds sont ajoutées à l'édifice principal. Cette année-là, les bénéficiaires de la Maison de Charité¹² sont transférés au nouvel immeuble. Dès octobre, une première dame âgée est accueillie à l'hospice-orphelinat. Au cours des trois premières années, l'hospice compte 240 garçons et 200 fillettes. Durant la même période, plus de 1000 visites annuelles de pauvres à domicile sont effectuées et 6000 enfants sont accueillis à l'hospice. En 1904, la salle d'asile est utilisée pour le service divin à cause de l'incendie à l'église paroissiale de Sainte-Cunégonde. Les locaux de l'asile vont servir ainsi au culte jusqu'en 1907. En 1918, les sœurs ne chôment pas et mettent sur pied une école ménagère, qui fonctionnera jusqu'en 1928. Enfin, en 1922, le bâtiment accueille les classes régulières de maternelle sous le contrôle de la Commission des écoles catholiques de Montréal.

Selon le rapport annuel du personnel et des œuvres de l'Hospice de Sainte-Cunégonde, on compte, en date du 31 décembre 1941, 33 pensionnaires laïcs, 28 vieillards, 44 femmes âgées, 106 enfants à la crèche et 184 orphelins (présents au 15 décembre). Près de 110 familles reçoivent de l'assistance, 592 repas sont servis à des indigents de l'extérieur alors que 2127 visites de malades ou de pauvres sont effectuées à domicile. Le nombre total de lits à la disposition de l'institution s'élève à 295. Au 31 décembre 1950, l'institution conserve sensiblement la même clientèle : 31 pensionnaires laïcs, 33 vieillards, 39 femmes âgées, 13 aveugles adultes, 116 enfants à la crèche et 182 orphelins (présents au 15 décembre). Pour cette période, 2688 repas

Source : Société historique de Saint-Henri



L'Hospice de Sainte-Cunégonde, après l'incendie du 15 juin 1951.

¹² Il s'agit de l'ancien Château Brewster.

sont servis à l'extérieur, 1898 visites de malades ou de pauvres sont effectuées et 291 représente le nombre de lits disponibles. Cette œuvre des Sœurs Grises de Montréal connaît une fin abrupte avec l'incendie majeur du 15 juin 1951 alors que plus de 30 personnes périssent, dont sœur Rita Gervais, supérieure, et Antoinette Chauvin¹³. La communauté religieuse n'a désormais plus les ressources financières pour restaurer l'hospice selon les normes de l'époque. Le bâtiment est loué à un entrepreneur privé qui se charge de faire les rénovations à des fins locatives. Démoli au cours des années 1970, le bâtiment n'existe plus aujourd'hui.

La vocation du Foyer Saint-Henri change au cours des années 1950 pour devenir exclusivement une résidence pour personnes âgées. Le gouvernement provincial accorde en 1954 une subvention pour la réalisation de travaux de conversion. Les religieuses déplorent tout de même le départ des jeunes, qui égayaient l'hospice. Le 6 novembre 1955, en présence du cardinal Paul-Émile Léger, le Foyer de Saint-Henri procède à son inauguration. À peine ouvert, les autorités locales constatent l'insuffisance des locaux, lesquels, même agrandis, ne répondent pas efficacement aux besoins de la population du quartier¹⁴.



Source : Société historique de Saint-Henri

Le foyer Saint-Henri, lors de la veille de Noël du 24 décembre 1961.

¹³ Les journaux font amplement état de la situation, notamment *La Presse*, *Le Canada*, *Le Devoir* et la plupart des quotidiens tant francophones qu'anglophones. L'Hospice de Saint-Henri accueille une partie des survivants sans autres précisions dans les sources d'informations.

¹⁴ Sœur E. Mitchell, *op. cit.*, p. 51. Agrandir le bâtiment demeure un objectif en soi pour les citoyens du quartier, les bénéficiaires et les employés du Foyer Saint-Henri. Or, notre source d'information n'élabore pas sur les moyens utilisés pour atteindre cet objectif.

En 1968, la Commission des écoles catholiques de Montréal, nouvel acquéreur du bâtiment qui abrite le foyer, prépare une surprise de taille pour sa clientèle étudiante de niveau secondaire, en donnant l'aval à la construction d'une polyvalente. Le site retenu par les commissaires se trouve dans le quadrilatère formé par les rues Saint-Antoine, du Collège, Saint-Jacques et du Couvent, là où se situe le foyer des aînés. Par conséquent, ces derniers devront quitter leur maison d'hébergement. Le problème de dénicher un lieu adéquat pour loger les 190 pensionnaires du Foyer de Saint-Henri se pose en 1970. Après quelques sollicitations à gauche et à droite, le directeur général, Wilfrid Saint-Pierre, s'adresse aux autorités de l'Hôpital Sainte-Justine, qui acceptent d'héberger les pensionnaires à l'ancien pavillon des étudiantes infirmières. Les nouveaux venus sont logés dans un édifice à l'épreuve du feu offrant des chambres privées. Ils sont assurés aussi d'une intimité dont bien peu de pensionnaires de l'ancien immeuble pouvaient bénéficier, comme entre autres d'avoir l'opportunité de choisir son émission de télévision, son programme radiophonique ou encore de faire aérer la pièce à son gré¹⁵.

Au Foyer Saint-Henri¹⁶, toujours localisé à l'Hôpital Sainte-Justine, un programme d'animation vient ensoleiller le quotidien de ses résidents. En 1973, un projet Perspective-Jeunesse donne l'occasion à des jeunes, qu'ils soient artistes, chanteurs ou acteurs, d'animer des soirées récréatives pour les personnes âgées. Le Service des loisirs de la Ville de Montréal apporte également sa contribution en organisant des excursions à des frais minimes. La Commission des écoles catholiques de Montréal offre pour sa part des cours comme la couture, le tricot et bien d'autres activités au profit des bénéficiaires qui se présentent toujours nombreux aux activités proposées. Outre le bingo, les parties de cartes et la célébration de Noël, l'administration organise aussi des sorties de groupe comme les pèlerinages à l'Oratoire Saint-Joseph, à Cap-de-la-Madeleine ou à Sainte-Anne-de-Beaupré.

Du Centre de santé Saint-Henri aux Résidences Mance-Décary

Depuis l'incendie de l'Hospice de Sainte-Cunégonde en 1951, l'idée de construire un hôpital-hospice germe dans la tête de notables de Saint-Henri. Le conseiller municipal, W.-E. Lauriault, songe à faire acquérir par les autorités concernées les terrains situés près du parc Angrignon pour ériger ce type d'établissement¹⁷.

¹⁵ *Ibid.*, p. 59.

¹⁶ Sur le plan physique, les bénéficiaires sont installés dans l'ancienne école d'infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine, mais l'établissement juridique demeure le Foyer Saint-Henri situé temporairement rue Côte-Sainte-Catherine.

Au cours des années 1970, la population attend l'hôpital promis depuis déjà plusieurs années, projet qui tarde toutefois à se concrétiser. Parallèlement, l'implantation d'un nouveau foyer se précise de plus en plus vers 1972. Entre-temps, le transfert des bénéficiaires du Foyer de Saint-Henri à l'ancienne école des infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine se déroule sans heurt. Des esquisses préparées par l'architecte Jean-Maurice Dubé, en 1971, n'ont toujours pas reçu l'approbation du ministère des Affaires sociales. Il est question que le foyer soit jumelé à un projet d'habitations à loyer modique. Enfin, le ministère des Affaires sociales informe la direction du Foyer Saint-Henri en février 1972 que le projet comprendra les composantes suivantes : des habitations à loyer modique accueillant des personnes de tous âges, un logement surveillé pour les personnes âgées, un centre local de services communautaires, un centre hospitalier pour les malades à long terme et un centre communautaire. L'évaluation des travaux s'élève à 7 000 000 \$ en avril 1973.



Source : Société historique de Saint-Henri, photo du 17 juillet 1984

Le Centre de santé Saint-Henri situé à l'angle de la rue Notre-Dame et du chemin de la Côte-Saint-Paul; l'établissement ouvre ses portes le 12 novembre 1977.

¹⁷ Sœur E. Mitchell, *op. cit.*, p. 70, note infrapaginale. Voir aussi Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds des résidences Mance-Décary, *Cinquantième anniversaire de la corporation du Centre de santé St-Henri Inc 1930-1980*, Montréal, 1980; *Traits d'union*, journal des Résidences Mance-Décary, juin 1997, p. 4-5.

**SŒUR
RAYMONDE ÉTHIER**



Source : Société historique de Saint-Henri

Sœur Raymonde Éthier, directrice du Centre de santé de Saint-Henri. Née le 20 mars 1923 à Saint-Ours, Raymonde Éthier entre le 5 février 1944 au noviciat des Sœurs de la Charité de Montréal (Sœurs Grises). Elle devient infirmière aux hôpitaux Notre-Dame et Saint-Jean-de-Dieu. En 1953, elle assume la direction du Service central de l'Hôpital Maisonneuve. En 1971, elle se joint à l'équipe de l'ancien foyer Saint-Henri qui déménage à l'ancienne école d'infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine. En 1977, elle occupe le poste de directrice générale du Centre de santé Saint-Henri pour y demeurer jusqu'en 1992.

Les travaux sont parachevés en 1977 et le Centre de santé Saint-Henri est érigé sur le terrain de l'ancienne église Sainte-Clotilde. L'ouverture officielle, le 12 novembre 1977, se déroule en présence de sœur Raymonde Éthier, directrice générale, Jacques Couture, député de Saint-Henri et ministre de l'Immigration, et Denis Lazure, ministre des Affaires sociales. Les résidents installés temporairement à l'Hôpital Sainte-Justine reviennent d'exil le 28 août 1977.

En 1987, plus précisément le 14 juillet, une inondation cause des dommages de 3 500 000 \$ au Centre de santé Saint-Henri. L'eau s'infiltre dans le sous-sol atteignant un niveau de quatre pieds de hauteur, en submergeant sur son passage également la chaufferie. Le personnel se souvient des roulottes de la Baie James, froides en hiver et trop chaudes en été. Les travaux n'en finissent plus, c'est pourquoi certains services comme la réadaptation ne réintègrent leurs locaux que plus de 600 jours après l'événement.

En 1992, le Centre de santé Saint-Henri devient le pavillon Saint-Henri des Résidences Mance-Décary. Y sont également annexés les centres d'accueil Providence Auclair et Dorchester. La Résidence Dorchester devient le pavillon des Seigneurs au sein des Résidences Mance-Décary. Tous s'adressent à une clientèle adulte régionale, qui est atteinte de façon permanente dans son autonomie fonctionnelle ou psychosociale, et même parfois sur les deux plans.

QUE DE RÉSIDENCES : DORCHESTER-DES SEIGNEURS ET AUCLAIR !

D'autres institutions à Montréal s'entrecroisent dans l'histoire des Résidences Mance-Décary. En 1963, le D^r Houloubek, docteur en économie, fonde le Metropolitan Nursing Home situé rue Dorchester Ouest (René-Lévesque) dans un édifice de dix étages. L'établissement privé, d'une capacité de 400 lits, accueille principalement des immigrants et des anglophones. Parmi la clientèle, on trouve des personnes retraitées autonomes et parallèlement des personnes lourdement handicapées. En 1971, l'établissement prend le nom de Résidence Dorchester. Au cours de cette période, les francophones y sont de plus en plus nombreux et la syndicalisation fait son entrée dans l'établissement. En 1984, la Résidence Dorchester déménage ses pénates rue Saint-Jacques. Au cours de cette même période, la Résidence Dorchester fusionne avec le Centre d'accueil Providence Auclair non sans certaines difficultés d'adaptation, notamment sur le plan de la cohabitation¹⁸. Le nouvel établissement constitué porte le nom de Centre d'accueil Auclair et Dorchester.

Construction de la résidence Dorchester, devenue le pavillon des Seigneurs, située à l'angle des rues Saint-Jacques et des Seigneurs, lors des débuts des travaux, en août 1983.

Source : Centre d'hébergement des Seigneurs



Quant à l'appellation Centre d'accueil Providence Auclair, il faut remonter au 24 mai 1894 pour en comprendre la signification. C'est à cette date que la communauté des Sœurs de la Providence accepte la direction d'un hospice sous les instances du curé de la paroisse Saint-Jean-Baptiste de Montréal, Magloire-A. Auclair. Cette institution s'occupe de faire la visite des pauvres, des malades, héberge et soigne les personnes âgées et même les orphelins. À l'inauguration du bâtiment nouvellement construit

¹⁸ Voir *Traits d'union, journal des Résidences Mance-Décary*, mars 1997, p. 6-7.

en 1896, celui-ci prend le nom d'Hospice Auclair puis, en 1958, celui de Providence Auclair. La communauté religieuse conserve la direction de l'établissement jusqu'en 1976. Durant cette période, elle gère de manière stricte tout ce qui a trait à l'habillement du personnel (habillement sobre, jupes de bonne longueur et cheveux relevés) tout comme le ton des employés qui ne doit jamais être plus fort que celui des religieuses¹⁹. Cette résidence accueille surtout des gens autonomes. L'administration prend soin d'installer les gens fortunés sur le même étage et le 5^e étage est réservé aux grands malades. De 1968 à 1988, la clientèle masculine n'est plus admise. En 1979, le Centre d'accueil Providence Auclair devient le Centre d'accueil Auclair. En 1982, le ministère des Affaires sociales demande à la Résidence Dorchester d'administrer le Centre d'accueil Auclair pour forcer la fusion des deux établissements, laquelle fusion prendra deux années avant de se réaliser²⁰.

Les Résidences Mance-Décary

Ces Résidences comptent trois pavillons : des Seigneurs, Saint-Henri et Auclair. Au 31 mars 1994, le regroupement de ces établissements réunit 36 gestionnaires à temps plein, 12 à temps partiel, 296 employés réguliers à temps plein, 304 à temps partiel et 140 occasionnels²¹. À ces ressources humaines se joignent aussi les bénévoles présents, surtout à compter de 1979 à Saint-Henri. La pastorale y est aussi assurée par un prêtre desservant les trois pavillons, à raison de 27 heures par semaine.

Dans les années 1990, le pavillon Saint-Henri possède une capacité de 240 lits alors que le Centre d'accueil Providence Auclair en compte 160 et le pavillon des Seigneurs 192. Dans l'ensemble, les Résidences Mance-Décary offrent les soins de longue durée, l'hébergement (permanent ou temporaire), des unités spécifiques et un centre de jour. Chacun des trois pavillons possède sa spécificité quant aux services dispensés à la clientèle et met en place les interventions qui s'avèrent pertinentes, lesquelles peuvent être effectuées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs des établissements. En 1995, les Résidences Mance-Décary peuvent aussi compter sur le support et l'aide de 85 bénévoles²².

¹⁹ Selon des témoignages d'employés relevés dans *Traits d'union, journal des Résidences Mance-Décary*, décembre 1996, p. 6.

²⁰ Or, cette fusion est fort mal reçue par le Centre d'accueil Auclair. L'étude effectuée à ce propos par les conseils d'administration des deux établissements s'étale sur quelques mois, voir p.-v. 1983-1984.

²¹ Archives du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds des Résidences Mance-Décary, *rapport annuel 1993-1994*, p. 3.

²² Archives du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds des Résidences Mance-Décary, *rapport annuel 1994-1995*, p. 1.

Au pavillon Saint-Henri, l'expérience du centre de jour se poursuit. En 1996-1997, il conserve toujours son service de maintien à domicile pour une centaine de personnes des quartiers environnants qui souffrent d'une perte d'autonomie. Les aidants naturels ont parfois besoin de répit pour aider leurs proches affectés par la maladie; ils représentent donc la clientèle secondaire des Résidences Mance-Décary.

Les dirigeants et les employés constatent un accroissement du nombre de personnes qui présentent des difficultés d'ordre psychiatrique, une donnée dont il faut tenir compte dans l'évaluation des besoins de la communauté locale. Au tournant du XXI^e siècle, le secteur du centre de jour cherche encore de nouveaux bénévoles pour seconder l'équipe en place afin de maintenir et d'améliorer les activités offertes aux participants, dont la moyenne d'âge est de 77,5 ans.

En 2004, les Résidences Mance-Décary sont intégrées au Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

Source : Centre d'hébergement de Saint-Henri



Aperçu de la pièce de théâtre intitulée *La Fête du Village* interprétée par les résidents et les membres du personnel. L'activité se déroule le 18 novembre 1980 dans le cadre de la semaine de festivités organisées à l'occasion du cinquantenaire de la corporation du Centre de santé Saint-Henri. Les comédiens sont mesdames Albina Noël, Amanda Desrosiers, et messieurs René Lassonde, Adélard Pothier et Camille Binette.

QUI EST MANCE DÉCARY?

Née le 5 avril 1910 à Dorval, Mance Décary est la neuvième enfant de Rémi et de Philomène Goyer. Après l'école primaire, elle poursuit sa scolarité au pensionnat Notre-Dame-du-Sacré-Cœur. En 1931, elle entre dans la communauté des Sœurs Grises de Montréal. Elle termine ses études d'infirmière à l'Hôpital Notre-Dame pour ensuite poursuivre ses études à l'Institut Marguerite-d'Youville afin de compléter un baccalauréat en nursing. En 1938, elle devient directrice de l'École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, qui regroupe 250 étudiantes. Grâce à son travail exemplaire, le gouverneur général, Lord Athlone, lui remet la médaille de l'Ordre de l'Empire britannique. Après des études en philosophie aux États-Unis, Mance Décary fonde l'École d'auxiliaires en nursing. Elle poursuit son travail au fil des ans. En 1980, au cours des festivités du 100^e anniversaire de l'Hôpital Notre-Dame, on lui décerne un doctorat honoris causa, hommage rendu par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le 2 janvier 1987, elle décède après 53 ans de vie religieuse²³.

Le nom corporatif des Résidences Mance-Décary est reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux le 6 avril 1995²⁴.



Source : Centre d'hébergement de Saint-Henri

Autobus du Centre de santé Saint-Henri
mis à la disposition des bénéficiaires, en septembre 1980.

²³ *Traits d'union*, mars 1999, et *Les Résidences Mance-Décary, rapport annuel 1995-1996*, p. 1.

²⁴ Archives du Centre de santé et des services sociaux, fonds des Résidences Mance-Décary, procès-verbal de la réunion du conseil d'administration, 24 avril 1995.

La Résidence Yvon-Brunet, à l'avant-garde des droits de la personne âgée

Située à Ville-Émard sur le boulevard Newman, la Résidence Yvon-Brunet est connue au début sous le nom de Centre d'accueil Henri-Dunant. En décembre 1982, le Centre, qui compte 191 places, accueille ses premiers résidents. Dès l'ouverture, il peut héberger 30 personnes à l'intérieur d'un programme de soins de longue durée.

Au cours du printemps 1984, une grève illégale des employés affiliés à la Confédération des syndicats nationaux (CSN) marque l'institution. En effet, plusieurs employés protestent contre l'avènement d'une nouvelle charte des droits et des libertés que veut appliquer la direction du centre, selon laquelle la qualité de vie des pensionnaires passe avant celle du personnel. Certaines clauses du contrat de travail ne sont pas respectées, affirme-t-on, alors qu'il ne prend fin qu'en 1985. On évoque le fait que des articles contreviendraient à certaines clauses relatives à l'ancienneté. Ainsi, un homme pensionnaire devra nécessairement être lavé par un homme, ce qui peut privilégier l'emploi d'un homme, en dépit du fait qu'il pourrait posséder moins d'ancienneté qu'une femme déjà en fonction²⁵.

Par contre, d'après le point de vue syndical, trop de postes vacants nuisent à la qualité des soins prodigués aux pensionnaires. Selon Gérald Larose, président



Source : Résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel

La Résidence Yvon-Brunet située sur le boulevard Newman à Ville-Émard, Montréal.

²⁵ Lisa Binsse, « La grève s'essouffle », *La Presse*, 16 mai 1984.

de la CSN, la charte des droits et libertés des personnes âgées n'entre pas en contradiction avec la convention collective. Les services essentiels sont assurés aux bénéficiaires durant le débrayage illégal²⁶. Cette grève est finalement portée devant les tribunaux. En mars 1985, le juge Jean Girouard impose des amendes de 198 500 \$ au syndicat composé de 175 membres, à cause de l'arrêt de travail illégal de dix jours²⁷.

Malgré bien des controverses au début de son existence, la Résidence Yvon-Brunet devient le premier centre d'accueil et d'hébergement au Québec à mettre en place une méthode d'accompagnement des personnes âgées basée sur la reconnaissance sans conditions de leurs droits fondamentaux. Cette démarche s'appuie sur une charte des droits et libertés de la personne âgée qui comprend 33 articles divisés en six parties : « Le droit à l'information et à la liberté d'expression », « le droit à l'intimité », « le droit au respect et à la dignité », « le droit à la continuité », « le droit à la responsabilité et à la participation » et enfin à « l'application de la charte²⁸ ». Cette charte entre en vigueur en 1984 à la Résidence Yvon-Brunet, puis en 1993 aux centres d'accueil Louis-Riel et Réal-Morel dont il sera question ultérieurement.

La Résidence Yvon-Brunet reçoit, grâce à son approche originale, de nombreuses mentions venant confirmer son excellence. En 1987, elle obtient le prix Loisirs et Milieu de vie décerné par la Fédération québécoise des loisirs en institutions du Québec. Elle reçoit le prix Innovation en hébergement de l'Association des centres d'accueil du Québec en 1991. Deux ans plus tard, la Commission des droits et libertés de la personne du Québec lui accorde le prix Droits et libertés 1993 pour souligner ses réalisations exemplaires en matière de promotion et de défense des droits et libertés. Enfin, le Mérite du Barreau du Québec est attribué, en 1994, au directeur général de la résidence, Germain Harvey.

Dans l'esprit de la direction, la résidence est bâtie sur un modèle d'organisation inédit et qui fait fi des façons de faire traditionnelles :

« De l'accueil des résidents jusqu'à leur départ, du rôle des employés jusqu'à l'organisation physique des lieux, des horaires jusqu'aux activités communautaires, tout a été remis en question sans restriction, pour faire de

²⁶ Pierre Massue, « Un vote unanime met fin au conflit du Centre d'accueil Henri-Dunant », *La Presse*, 17 mai 1984.

²⁷ Léopold Lizotte, « Services essentiels, amendes massues de 198 500 \$ à un syndicat de 175 membres », *La Presse*, 16 mars 1985.

²⁸ Madeleine Carle et Pierre Tremblay, *Vivre dignement jusqu'à 100 ans*, Montréal, Résidence Yvon-Brunet, Centre d'accueil Réal-Morel, Centre d'accueil Louis-Riel, juin 1995, page de garde.

la résidence un milieu de vie au sein duquel la qualité de vie soit la meilleure possible. Pour l'administration, telle était la condition qui permettrait vraiment aux résidents de se sentir chez eux. Partant du principe que le centre d'accueil est un milieu où l'on vient vivre, la totalité des ressources a été mise au service de cette vocation par opposition à l'hôpital qui vise à soigner et à maintenir la vie²⁹ ».

Cette approche appelée « bio-psycho-sociale » s'appuie sur une philosophie qui vise « l'humanisation des interventions auprès des personnes âgées³⁰ ». Ce modèle tient compte de la personne dans son intégralité et surtout dans toutes ses dimensions. La coordination des interventions à son endroit vise à lui assurer une santé et un équilibre maximal. Qu'elle soit entièrement en santé ou diminuée sur le plan physique ou cognitif, elle demeure avant tout une personne entière avec ses émotions, ses peines, ses désirs, ses joies, ses idées, son milieu familial et social. Les contraintes de budget, les normes et règlements ou encore les habitudes de travail ne doivent pas interférer avec la qualité de vie des résidents à Yvon-Brunet³¹.

Dans un milieu de vie axé avant tout sur le bien-être au sens large, les résidents peuvent également profiter de la présence, au sous-sol de la résidence, d'un mini-centre commercial avec boutique de vêtements, salon de coiffure, dépanneur, banque, bureau de poste, café-terrasse et une taverne pour hommes seulement, de la bière et de la *broue* comme à une autre époque...

À l'automne 2003 éclate le scandale de Saint-Charles-Borromée. Des personnes âgées ayant été maltraitées, le ministère de la Santé et des Services sociaux se voit contraint d'effectuer des visites dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). En date du 18 février 2006, 112 centres sur 312 doivent accueillir des inspecteurs pour fin d'examen. Aux dires de la journaliste Katia Gagnon, en tête du palmarès pour la qualité de l'hébergement se trouvent les

²⁹ Madeleine Carle et Pierre Tremblay, *op. cit.*, p. 16.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ Plusieurs articles de journaux confirment les faits : Marcel Adam, « Un centre où les droits des vieux sont reconnus », *La Presse*, 12 avril 1984; Claire Dutrisac, « Une charte inédite et inattendue... », *Plus, Montréal*, 21 avril 1984; « Une rue dans un centre d'accueil ! », *La Presse*, 25 octobre 1986; Franco Nuovo, « Joyeux naufragés », *Le Journal de Montréal*, 21 novembre 1986; Hubert de Ravinel, « À la Résidence Yvon-Brunet, les personnes sont plus importantes que les normes ou les directives », *La Presse*, 3 janvier 1987; Hubert de Ravinel, « Dans un centre d'accueil pour personnes âgées, les enfants sont chez eux », *La Presse*, 26 novembre 1987; Rob Bull, « Innovative approach wins right award for nursing home », *The Gazette*, 4 janvier 1994; Jean Le May, « Un centre d'accueil où l'on demeure dans le réel. Vieillir n'est pas une maladie », *L'Itinéraire*, mars 1995, p. 8 et 15.

Résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel *Charte des droits et libertés de la personne âgée*

Considérant que la société reconnaît le droit à l'existence des personnes âgées :

Considérant que les personnes âgées sont des citoyens à part entière jouissant de privilèges communs à tous et inscrits dans la Charte des droits de l'homme ;

Considérant qu'il y a lieu, dans le contexte particulier des centres d'accueil où les citoyens qui y résident ont des besoins et des caractéristiques qui leur sont propres, d'affirmer officiellement les normes visant à assurer leur bien-être et leur respect ;

La direction des Résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel en vertu des pouvoirs que lui confère le ministère de la Santé et des services sociaux, déclare ce qui suit :

Droit à l'information et à la liberté d'expression :

1. La personne âgée a le droit d'être tenue au courant de tout ce qui la concerne dans la résidence et dans la communauté environnante.
2. La personne âgée a le droit de maintenir des contacts avec l'extérieur.
3. La personne âgée a le droit d'obtenir des réponses à ses questions et de transmettre des informations.
4. La personne âgée a le droit d'être informée des conséquences de ses décisions sur les soins qu'elle accepte ou non de recevoir.
5. La personne âgée a le droit de connaître les membres du personnel qui travaillent à la résidence et de pouvoir les identifier à un service particulier.

6. Les personnes âgées ont le droit de s'associer et d'exprimer leurs opinions, sans critiques et sans suggestion dans le cadre de leur vie à la résidence.

Droit à l'intimité :

7. La personne âgée a le droit d'être chez elle à la résidence et de jouir d'un espace personnel inviolable.
8. La personne âgée a le droit d'avoir des conversations privées avec les personnes de son choix et de ne pas être interrompue sans raison valable lors de celles-ci.
9. La personne âgée a le droit de posséder des biens personnels et d'être la seule à y avoir accès.
10. La personne âgée a le droit d'être seule si elle le désire.
11. La personne âgée a le droit de recevoir des soins intimes par une personne de son choix.
12. La personne âgée a le droit de gérer ses avoirs.
13. La personne âgée a le droit à la confidentialité de son courrier.
14. La personne âgée a le droit d'organiser son espace personnel selon son bon vouloir.

Droit au respect et à la dignité :

15. La personne âgée a le droit d'exprimer son individualité et sa sexualité.

Droit à la responsabilité et à la participation :

16. La personne âgée a le droit d'exprimer ses besoins et d'obtenir des réponses en accord avec ses valeurs personnelles.
17. La personne âgée a le droit de se faire appeler par le nom qu'elle choisit de porter, de toujours voir ce non précédé de M., Mme ou Mlle et d'être voyvoyé en tout temps.
18. La personne âgée a le droit d'être considérée comme un être humain tout et d'entendre des relations avec le personnel qui sont de type professionnels.
19. La personne âgée a le droit de choisir son mode de vie, de s'exprimer dans sa langue et de pratiquer sa religion.
20. La personne âgée a le droit de faire des choix et de les modifier.
21. La personne âgée a le droit de pouvoir bénéficier d'un soutien du personnel pour accomplir des tâches ou pour participer à tous les moments de vie qui la concernent.
22. La personne âgée a le droit de participer aux activités selon le rythme qui lui est propre et selon les modalités qui lui conviennent le mieux.

Application de la charte :

23. La direction des Résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel est chargée de l'application de la présente Charte.
24. La Charte des droits et libertés de la personne âgée est entrée en vigueur
 - à la résidence Yvon-Brunet le 1^{er} janvier 1984
 - aux centres d'accueil Riel-Morel et Louis-Riel le 1^{er} février 1993

Résidences Yvon-Brunet³². Encore une fois, le respect de la liberté de la personne âgée est confirmé dans les murs de cette institution.

Dans certaines circonstances, la liberté peut toutefois comporter certains risques. Ainsi, une résidente lucide de 92 ans, atteinte d'ostéoporose, pose aux autorités de l'institution un problème de taille quand l'éventualité de lui fournir un fauteuil roulant est envisagée. Souffrant d'une maladie qui rend ses os friables, le

médecin recommande à cette résidente l'utilisation d'un fauteuil roulant pour lui éviter les chutes. Or, la dame en question s'y oppose catégoriquement. En respectant la décision de cette dernière, en la dispensant par conséquent d'un fauteuil roulant, le centre d'hébergement prend le risque de recevoir un blâme du ministère de la Santé et des Services sociaux. Selon la philosophie de l'établissement, la liberté de la personne



Source : Résidences Yvon-Brunet, Morel, Riel

La rue Principale à la Résidence Yvon-Brunet. Au sous-sol se trouvent un bureau de poste, un dépanneur, une caisse populaire, un salon de coiffure, une chapelle et une garderie.

âgée doit transcender toutes les autres décisions la concernant. Le recours à la contention, la prescription massive de médicaments ou encore tout autre type d'intervention portant atteinte à l'intégrité de la personne âgée sont mis au rancart. La direction de Résidence Yvon-Brunet cible ses orientations en fonction de respecter la capacité en l'autodétermination de ses résidents.

En 2006, le Centre d'hébergement Yvon-Brunet dessert 185 résidents. Il compte sept infirmières, sept éducateurs, un coordonnateur d'activités, une conseillère en milieu de vie, une technicienne en loisirs et plusieurs préposés aux bénéficiaires pour un budget de 10 000 000 \$ par année. Les résidents paient un loyer maximal de 1527 \$ par mois.

³² Katia Gagnon, « Derrière la taverne », *cyberpresse.ca*, 18 février 2006.

GERMAIN HARVEY, UN HOMME À L'AVANT-GARDE

Détenteur d'une maîtrise en administration des affaires et d'une solide formation en droit, Germain Harvey, se fait remarquer durant les années 1980 et 1990, notamment à cause des changements qu'il effectue à la Résidence Yvon-Brunet et aux CHSLD Réal-Morel et Louis-Riel. Dans ces trois centres d'accueil publics vivent 450 personnes âgées en perte d'autonomie à Montréal. La philosophie qu'il prône, dite de « milieu de vie » en milieu d'hébergement, marque un tournant. Elle vise à permettre aux personnes âgées en institution de continuer à vivre comme ils le faisaient auparavant chez eux, avec les mêmes droits et le respect qui revient à tout citoyen. Adoptée en 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, cette nouvelle approche fait maintenant partie de la politique gouvernementale au Québec³³.

Source : Centre d'hébergement Louis-Riel



Fête organisée pour un retraité du Centre d'accueil Louis-Riel en présence du directeur Germain Harvey, vers 1992.

Le Centre d'accueil Louis-Riel

Ouvert en février 1981, le Centre d'accueil Louis-Riel à Pointe Saint-Charles se donne pour mission d'offrir aux résidents les services de premières instances. Toutefois, il considère aussi que les loisirs doivent occuper une place importante au sein de l'institution. Dans cette optique, le Comité des amis du Centre d'accueil Louis-Riel, formé d'hommes et de femmes d'affaires du secteur, se fixe comme objectif d'amasser des fonds pour aider le centre à offrir plus d'activités aux résidents. De plus, un centre de jour ouvre ses portes en 1986. Il compte, en 1993, 75 résidents qui viennent deux à trois fois par semaine pour y recevoir des services thérapeutiques favorisant leur maintien à domicile. Le budget est de l'ordre de 231 325 \$³⁴. À l'instar d'institutions du même type, la direction encourage la venue de bénévoles pour égayer les journées des personnes âgées. Elle met aussi de l'avant un programme d'aide aux personnes présentant une déficience intellectuelle légère afin de les aider, au moyen d'ateliers

³³ http://ptc.quebec.ca/rqis/system/files/documents/membres/admin/Residence_Yvon.pdf (recherche du 11 avril 2014)

³⁴ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds des résidences Yvon-Brunet, Louis-Riel et Réal-Morel, procès-verbal de la réunion du conseil d'administration, 11 février 1993.



Source : Centre d'hébergement Louis-Riel

Inauguration du Centre d'accueil Louis-Riel, le 22 mars 1981, en présence du ministre de la Santé du gouvernement du Parti québécois, le D^r Denis Lazure.

protégés, à joindre les rangs du milieu du travail. En 1992, le Centre d'accueil Louis-Riel et le Centre d'accueil Réal-Morel à Verdun font partie d'un même regroupement administratif et de fonctionnement avec les Résidences Yvon-Brunet.

Au chapitre des installations de santé de qualité pour personnes en perte d'autonomie, la ville de Verdun est également fort bien pourvue, notamment avec la présence sur son territoire du Manoir de Verdun, de l'Hôpital Champlain et de la Résidence Réal-Morel.



Source : Centre d'hébergement Louis-Riel

Le Centre d'accueil Louis-Riel, situé sur la rue Augustin-Cantin à Pointe-Saint-Charles, en 1981.

Un foyer pour les personnes âgées : le Manoir de Verdun

En 1955, la création d'un foyer pour personnes âgées est réclamée par le conseil municipal à la suggestion du conseiller H.-L. Poirier. Les édiles reviennent à la charge en 1957 pour demander de transformer le manoir qui se trouve sur l'île des Sœurs en un hospice et orphelinat³⁵. À la même époque, les Sœurs de la congrégation Notre-Dame décident de quitter l'île, la Ville de Verdun acquérant 40 000 000 pieds carrés de terrain. Puis, en 1960, le bâtiment des religieuses brûle à la suite d'un incendie criminel. Toutefois, l'idée de construire un foyer pour personnes âgées ne disparaît pas. Verdun s'adresse au ministère du Bien-être social afin d'obtenir les fonds nécessaires pour l'implantation de ce type d'établissement³⁶. Le gouvernement du Québec n'acquiescera pas sous prétexte que trop de demandes du genre lui auraient été adressées.



Source : Archiv-Histo

J.-Albert Gariépy
maire de Verdun,
(1966-1977).

Les Verdunois ne s'en laissent pas imposer. À l'assemblée du comité provisoire en faveur de la construction de logements à prix modérés pour les citoyens de l'Âge d'Or tenue le 29 juin 1966, on tâche d'élaborer une stratégie. Y assistent le maire J.-Albert Gariépy, le député Bryce MacKasey, les conseillers municipaux Roger Séguin, T.A.B. Wilcox et les citoyen(nes) Mme E. Neil, Mlle A. Bateman, Mme A. H. McFarlane et G. Lebel. Ensemble, ils décident de fonder la Société d'habitation de Verdun, qui obtient ses lettres patentes en 1967. Grâce aux efforts de cette société, les Verdunois pourront disposer d'un établissement pour les gens du troisième âge, le Manoir de Verdun.

Le 15 juillet 1970, un manoir de douze étages près du boulevard LaSalle, face au fleuve, œuvre de l'architecte Jean-Maurice Dubé, est érigé sur un terrain cédé par la Ville de Verdun. Le 20 novembre 1970 a lieu l'inauguration en présence du premier ministre du Québec, Robert Bourassa. Les coûts de construction atteignent près de 2 000 000 \$. Dans sa section hébergement, cette nouvelle institution compte plus de 300 lits, répartis en 22 logements d'une pièce et

³⁵ Archives de l'arrondissement de Verdun de la Ville de Montréal, boîte A-0103 : Maison pour vieillards. La boîte contient de la correspondance et d'autres documents qui nous permettent de préciser à quel moment date l'idée de construire un foyer pour vieillards.

³⁶ Une loi avait été votée pour subventionner l'établissement de centre d'accueil : Loi 7-8 Elizabeth II, chap. 6.

demie pour une personne seule et 55 de deux pièces et demie pour les couples. Quant à la section des soins infirmiers, elle dispose de 22 chambres simples, 88 chambres doubles et de 36 lits. Le loyer mensuel d'un appartement d'une pièce et demie est fixé à 90 \$ et celui d'un appartement de deux pièces à 120 \$ excluant les coûts liés à l'alimentation³⁷.

En 1971, le maire de Verdun et député provincial, Lucien Caron, fait part à son collègue du Parti libéral et ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-Être social, Claude Castonguay, de son mécontentement à l'effet que les résidents du manoir proviennent surtout de l'extérieur de la municipalité. La priorité d'accès au Manoir de Verdun devrait plutôt être accordée aux Verdunois étant donné qu'ils ont travaillé inlassablement pour obtenir sur leur territoire une institution d'hébergement pour les personnes âgées. Pas étonnant alors que le maire Lucien Caron s'indigne et « proteste énergiquement sachant qu'à Verdun, une liste d'attente pour les placements de ce genre dépasse les quelques centaines de noms³⁸ ».



Source : Fonds d'archives de l'arrondissement de Verdun

Le Manoir de Verdun, en 1970.

³⁷ *La Presse*, 16 juillet 1970, p. 44.

³⁸ Archives de l'arrondissement de Verdun, Boîte A-0103 : Manoir de Verdun, télégramme du maire Lucien Caron adressé au ministre Claude Castonguay, 8 mars 1971.

LE CENTRE D'ACCUEIL RÉAL-MOREL

Source : Centre d'hébergement Réal-Morel



Visite du cardinal Paul-Émile Léger au Centre d'accueil Réal-Morel, en 1985; on aperçoit dans l'ordre habituel l'abbé Dorion, le cardinal Léger et madame Réjeanne Gaudet, animatrice en loisirs.

Le 13 juillet 1981, le Centre d'accueil Réal-Morel ouvre ses portes. Il fut ainsi nommé en l'honneur de Réal Morel, citoyen de Verdun et ancien professeur à l'école Notre-Dame-de-la-Paix, qui fut fort actif au sein de la vie communautaire. En 1992, le Centre regroupe 160 employés et dispose d'un budget de 4 000 000 \$, sans oublier l'apport de bénévoles. La même année, la Résidence Yvon-Brunet et les centres d'accueil Louis-Riel et Réal-Morel sont intégrés sur le plan administratif.



Source : Centre d'hébergement Réal-Morel

Le Centre d'hébergement Réal-Morel, construit sur l'emplacement de l'école Notre-Dame-de-la-Paix, rue Wellington à Verdun.



Source : Centre d'hébergement Réal-Morel

Fête de madame Gerni-Thirdina Hanneberg pour son 105^e anniversaire de naissance, en 2004. Étaient présents un conseiller municipal de Verdun, Réjeanne Gaudet, animatrice en loisirs, Carole Valade, préposée au résidents et Suzanne Vézina, infirmière.

En 1975, le Manoir accueille les personnes de 65 ans et leur conjoint(e), même si ce dernier n'a pas l'âge réglementaire. À cette date, trois étages d'infirmierie peuvent recevoir 105 personnes si elles requièrent peu de soins. Depuis 1974, le Manoir jouit d'une entente de services avec le Centre hospitalier de Verdun dont les médecins assurent les soins en permanence, soit vingt-quatre heures par jour durant toute la semaine. Afin de répondre aux besoins particulièrement complexes chez la clientèle admise, le Manoir signe en 1975 une entente avec le Centre hospitalier Champlain. Cette

convention prévoit que la clientèle du manoir puisse être réorientée vers le Centre hospitalier Champlain à la condition qu'elle réponde aux critères d'admission de l'établissement visé par le transfert. En 1976, cette équipe est sous la direction du D^r Roger Cadieux. Deux autres résidences adjacentes au manoir accueillent des personnes âgées, mais elles n'offrent ni services d'infirmierie ni services médicaux. Il s'agit en quelque sorte de logements à loyers modiques.

Le Manoir songe également à proposer de façon permanente les services d'un centre de jour, lequel est déjà à l'essai en 1975. À l'automne de la même année, le ministre Claude Forget donne son approbation au projet de centre de jour au Manoir Verdun avec un budget annuel de 50 000 \$. Dès 1977, les abonnés, au nombre de 150, peuvent compter à raison d'une fois par mois sur des soins médicaux dits préventifs.

En 1983, le Manoir réaménage le centre de jour pour le rendre plus conforme aux recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain. Sur les 122 abonnés du centre de jour, 18 seulement respectent les critères établis par le gouvernement du Québec. Pour appliquer les mesures québécoises, l'accent est mis sur les personnes requérant des

Source : Forum économique de Verdun



Intronisation de Jean-Louis Gervais à titre de grand Verdunois, en 1994. Sont présents à cet occasion, le D^r Georges Lachaine et l'ancien maire de Verdun, Lucien Caron.



Source : Centre de jour du Manoir de Verdun, photo Richard Diotte

La cour arrière du Manoir de Verdun, en hiver.

soins à domicile. Pour superviser le nouveau centre de jour, le Manoir embauche en 1984 un coordonnateur. Les autorités conservent les activités récréatives pour l'ancien groupe d'abonnés du centre. L'année suivante, le centre de jour dessert Ville-Émard.

En 1987, le Manoir repense la programmation du centre de jour, programmation qui comprend 21 activités conçues pour prévenir la détérioration bio-psycho-sociale de l'ainé et de ses capacités fonctionnelles. Parmi les nouvelles activités, notons la musicothérapie, la technique Nadeau et la réflexologie. Deux ans plus tard, le Manoir acquiert un minibus adapté de modèle Midtower 269 de la compagnie Québec Wayne dont le coût s'élève à 59 547\$ afin d'assurer les services de transport.

En 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à subventionner d'importants travaux de rénovation de l'ordre de 9 500 000\$ avec une participation de 1 000 000\$ du manoir. Le nombre de lits offerts à la population en perte

Source : Centre de jour du Manoir de Verdun, photo Richard Diotte



Activités sous le chapiteau, organisées pour le Centre de jour, dans la cour arrière du Manoir de Verdun, le 14 août 2006.

d'autonomie atteint 220. L'objectif est de libérer des lits de courte durée, ce qui aurait pour effet d'améliorer globalement les soins de santé de l'ensemble des citoyens³⁹. Le début de la construction ne s'effectuera qu'en 1993. Le coût des travaux estimé d'abord à 12 563 000 \$ est réduit ensuite à 11 762 000 \$. Leur exécution est confiée à la firme de Construction Fitzpatrick Canada. À la fin de l'année 1995, divers travaux de parachèvement, qui comprennent la plomberie, la ventilation, l'isolation, l'électricité, la structure, la fondation et la charpente, sont complétés. Au cours de la décennie 1990, le Centre hospitalier Champlain et le Manoir de Verdun fusionnent pour réduire les coûts d'administration.

Entre 1988 et 1995, 90 lits restent inoccupés pendant que le gouvernement tarde à verser la subvention prévue. En effet, bien que l'annonce de l'octroi remonte à 1988, les fonctionnaires confirment que le Ministère ne considère pas le projet prioritaire. Pourtant, les travaux de rénovation du manoir s'imposent depuis 1981, alors qu'on assiste à l'alourdissement de la clientèle⁴⁰. De plus, un certain nombre d'infractions relevées par le Service des incendies de la Ville de Verdun force la main de la direction, qui doit planifier le plus rapidement possible la rénovation.



Source : Centre de jour du Manoir de Verdun, photo Richard Diotie

Tour en carrieole pour les résidents du Manoir de Verdun pendant le carnaval de 2007.

³⁹ *Le Messager de Verdun*, 23 octobre 1990, p. A-3. Voir aussi les procès-verbaux des réunions du conseil d'administration du Manoir de Verdun.

⁴⁰ Stéphane Bourbonnais, « 90 lits inoccupés à cause de Québec », *Le Courrier*, 27 novembre 1989.

L'Hôpital Champlain, une lente progression

Roméo Benoît, rentier, Jean-Marie Demers, dentiste, Maurice Frenette, courtier, Léo Guimond, marchand, et Hervé Brunet, gérant, envisagent de fonder en 1968 une corporation pour organiser, administrer et développer un hôpital pour les personnes souffrant de maladies chroniques, soit l'Hôpital Champlain. Dans cet objectif, les administrateurs acquièrent l'Hôpital Archambault. Les coûts de l'opération s'élèvent à 551 497,56 \$ en 1969. Dans la décennie suivante, la nouvelle corporation procède à des expropriations d'une demi-douzaine de résidences sur les avenues Churchill et Crawford afin d'agrandir l'hôpital Champlain, lesquelles maisons seront démolies à l'automne 1971.

L'Hôpital Champlain signe un accord de principe avec l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun en 1972 pour que ses patients puissent recevoir certains soins médicaux. En 1975, une entente précise les obligations des deux institutions. Ainsi, l'Hôpital Champlain confie à l'Hôpital du Christ-Roi tout ce qui touche à l'organisation des services médicaux, et en l'occurrence aux membres du Conseil des médecins et des dentistes. Plus explicitement, le Département de la santé



Source : Archives de la Ville de Verdun

L'Hôpital Champlain situé à l'angle des rues Churchill et Leclair.

communautaire de l'Hôpital du Christ-Roi se charge de l'administration et du maintien de services médicaux et paramédicaux. Dans le cadre de l'embauche du personnel paramédical (soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie), l'Hôpital du Christ-Roi pourra faire toutefois des recommandations, mais l'Hôpital Champlain conserve la décision finale. En ce qui a trait aux services de diététique, l'Hôpital Champlain est libre de procéder à l'embauche d'une employée à son choix pour assumer cette responsabilité.

Vers 1973, l'administration procède à l'agrandissement de l'institution au coût de 2 000 000 \$. L'Hôpital Champlain atteint alors une capacité d'une centaine de lits. À compter de 1980, il se spécialise dans les soins de longue durée, les malades chroniques devant être transférés dans les centres d'accueil de la région. En 1986, l'Hôpital Champlain souhaite que sa capacité d'accueil soit portée à 228 lits. Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain accepte le projet et des lits de longue durée sont ajoutés. Le gouvernement du Québec fait attendre sa décision finale. Après une campagne de quelques années, le ministre libéral Marc-Yvan Côté confirme, en octobre 1991, l'octroi de 13 200 000 \$ pour les travaux d'agrandissement⁴¹.

L'Hôpital Champlain entend établir un service d'hôpital de jour. Au printemps 1984, un nouvel aménagement physique s'avère nécessaire : la chapelle se retrouve au solarium, le service d'ergothérapie à la chapelle et l'hôpital de jour dans les locaux anciennement utilisés par l'ergothérapie. La direction étudie avec l'aide d'un architecte la nouvelle disposition des locaux pour aménager de manière permanente l'hôpital de jour. Vers 1985, le projet se concrétise ; l'hôpital de jour devient une unité autonome qui accueille sur une base externe des personnes âgées pour recevoir des services diagnostiques et des soins dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. L'objectif principal consiste à maintenir le plus longtemps possible le bénéficiaire dans son milieu de vie naturel et à retarder ou même empêcher son institutionnalisation. De plus, une personne hospitalisée à la suite d'une maladie aiguë peut séjourner à l'hôpital d'un jour et voir ainsi diminuer son temps d'hospitalisation tout en recevant des traitements appropriés. Aussi, une personne à domicile qui se trouve en phase terminale de cancer ou affectée par une autre maladie débilitante peut recevoir à l'hôpital de jour des soins et traitements palliatifs comme le soulagement de la douleur.

L'Hôpital Champlain a pour clientèle cible les gens âgés de plus de 65 ans présentant des incapacités physiques motrices ou sensorielles et aux prises avec des pathologies organiques auxquelles peuvent s'associer des problèmes

⁴¹ Archives du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun, fonds de l'Hôpital Champlain de Verdun, voir procès-verbaux des réunions du conseil d'administration.

d'intégration sociale. À cette clientèle est assurée toute une gamme de services, allant de l'information, au diagnostic, à la réadaptation spécialisée et aux interventions psychosociales. L'hôpital de jour offre également des services thérapeutiques, de la réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, optométrie, etc.), de l'aide diététique, de l'animation et bien d'autres formes de support. L'équipe multidisciplinaire comprend un médecin, une infirmière, un ergothérapeute, un physiothérapeute, etc.

En 1992, le Manoir de Verdun et le Centre hospitalier Champlain s'associent sur le plan administratif. L'inauguration du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun a finalement lieu le 25 octobre 1996. Cette nouvelle entité juridique n'aura toutefois qu'une courte vie, puisque le gouvernement du Québec, au cours du mandat du ministre de la Santé, Philippe Couillard, abolit les CHSLD, les centres d'accueil et autres institutions de la santé pour créer les Centres de santé et de services sociaux comme celui du Sud-Ouest-Verdun en 2004.

Source : Centre d'hébergement Champlain



Visite à un camping adapté pendant une semaine pour les résidents de l'Hôpital Champlain, en 1996.



L'Hôpital de Verdun, de 1970 au tournant des années 2000

Une prise en charge étatique de la santé au Québec – Loi sur les services de santé et les services sociaux

Au cours des années 1970, le gouvernement du Québec instaure un système public de services de santé dans le cadre d'une réorganisation marquée par l'implantation des départements de santé communautaire (DSC). L'État québécois intervient désormais sur les plans administratif et législatif pour assurer la gratuité des soins médicaux et hospitaliers, la sécurité du revenu et un meilleur accès aux services sociaux. Dans le contexte de cette réforme, Québec centralise les décisions et développe une nouvelle technocratie dans un contexte de multiplication des groupes de professionnels, particulièrement dans le secteur de la santé.

Au cours de la décennie précédente, le gouvernement libéral de Jean Lesage avait amorcé l'ère de changements que l'on appellera par la suite la Révolution tranquille, qui allait conduire à la modernisation du Québec. La gratuité des soins hospitaliers et l'investissement public dans la santé vont augmenter toutefois les coûts de financement du nouveau réseau de la santé. L'influence des gouvernements locaux comme les municipalités et les commissions scolaires perd alors du terrain et on assiste au retrait graduel des institutions gérées par les communautés religieuses. Le rapport de la commission Castonguay-Nepveu propose une conception nouvelle et globale du développement de la santé, des services sociaux et de la sécurité du revenu. En 1970, le gouvernement libéral de Robert Bourassa adhère au programme fédéral-provincial d'assurance-maladie. L'année suivante, le même gouvernement entreprend de transformer le secteur de la santé en adoptant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette loi se concrétise par la mise en place de services de santé et de services sociaux et par la création du ministère des Affaires sociales qui offre à la population une gamme variée de services tout en rationalisant le fonctionnement du système de santé selon les pouvoirs dévolus



Source : Archiv-Histo

Jean Lesage,
Premier ministre
(1960-1966).

au ministre. La loi crée douze conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui comportent des mandats consultatifs. De plus, elle implante des centres locaux de services communautaires (CLSC) sur le plan de l'intervention communautaire, tout en établissant des centres hospitaliers qui possèdent une administration distincte de la gestion médicale.

Tous ces changements, qui visent une meilleure efficacité du réseau de la santé, maintiennent cependant l'autonomie des médecins et celle des hôpitaux, malgré la volonté gouvernementale d'instaurer une plus grande centralisation administrative et un modèle technocratique. « La création de départements de "médecine communautaire" apparaît comme une solution permettant de concrétiser l'intégration des fonctions de santé publique, à l'intérieur des structures hospitalières¹ ».



Source: Archiv-Histo

Claude Castonguay,
ministre de la Santé (1970)
et des Affaires sociales du
Québec (1970-1973).

En ce qui concerne les mesures préventives offertes, elles relèvent en théorie des CLSC, établissements responsables des services de santé et de services sociaux de première ligne. Or, l'implantation des CLSC va prendre du temps et s'échelonner jusqu'à la fin des années 1980. Dans le secteur Sud-Ouest de Montréal et à Verdun, Saint-Henri obtient un CLSC de la première vague alors que Verdun-Côte-Saint-Paul devra attendre quelques années avant de compter sur les services d'un tel établissement. Entre-temps, le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun assure les services de santé publique, incluant les maladies à déclaration obligatoire et le bon fonctionnement des programmes de santé et de sécurité au travail.

L'approche de santé communautaire « introduit un chevauchement entre santé publique, voire communautaire, et régulation administrative du système de soins et de services de santé. De plus, elle relègue au second plan certains volets de la santé publique, comme le contrôle des maladies infectieuses et la salubrité des milieux de vie et de travail² ». Cette vision de la santé va cependant causer une confusion dans la contribution réelle des différents départements de santé communautaire.

¹ Pierre Bergeron et France Gagnon, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, *Le système de santé au Québec, organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 21.

² *Ibidem*, p. 22-23.

LE D^R ROGER CADIEUX, UN MÉDECIN OMNIPRÉSENT

Né à Saint-Henri le 7 avril 1932, Roger Cadieux est le fils de Roméo Cadieux et de Berthe Johnson. Le docteur Cadieux fréquente le Collège de Montréal avant de poursuivre, à compter de 1953, des études en médecine à l'Université de Montréal qu'il termine en 1959. Sa participation à la santé de ses concitoyens est variée, passant de la médecine familiale à la santé communautaire et à l'établissement d'une clinique pluridisciplinaire. La clinique Hickson est créée en 1959. Dans cet établissement, le docteur Cadieux pratique jusqu'à 200 accouchements par an au cours des décennies 1960 et 1970. En 1967, il met sur pied le Département de médecine générale de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun et en assume la direction jusqu'en 1980. Il fonde ensuite le Département de santé communautaire de la même institution en 1973. Son travail le lie non seulement au Centre hospitalier de Verdun mais aussi à l'Hôpital Champlain. De 1976 à 1997, il est directeur des services professionnels de l'Hôpital Champlain de Verdun-Manoir Verdun (CHSLD) et depuis 1994, médecin responsable de l'Unité de santé publique de Verdun. De 1982 à 1997, il est professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Tout au cours de sa vie professionnelle, le D^r Cadieux reçoit plusieurs distinctions. En 1992, on lui décerne la médaille commémorative du gouvernement du Canada pour sa contribution significative au bien-être de ses compatriotes. En novembre 1995, l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire lui accorde le prix Jean-Rochon. En 1996, la Fondation de l'entrepreneurship du Québec proclame le D^r Cadieux *Entrepreneur de l'année* lors de son congrès tenu à Québec. La même année, le journal *La Presse* souligne sa valeur comme *Personnalité de la semaine*³. En 2007, il est président du Forum économique de Verdun.

Le D^r Roger Cadieux, lors de la signature du livre d'or de la Ville de Verdun en compagnie du maire Georges Bossé, en 1995.

Source : Forum économique de Verdun



³ *La Presse*, 11 février 1996.

L'Hôpital général de Verdun en transition

Au début des années 1970, l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun s'apprête à subir de grandes transformations. Toutefois, l'agrandissement des locaux est remis à plus tard à cause de tergiversations au sein du gouvernement du Québec, qui retardent le parachèvement des travaux prévus par la direction de l'hôpital. Or l'insuffisance de salles bien aménagées avec équipements adéquats influe sur le moral du personnel médical et infirmier qui doit se débrouiller avec des ressources matérielles parfois désuètes. Un autre problème de taille apparaît nettement à compter de 1972, l'encombrement des lits d'hôpitaux causé par l'augmentation de malades chroniques qui ne peuvent être déplacés facilement vers d'autres institutions.

Le Dr Cécil Gendreau, chef du Département de médecine de l'Hôpital général de Verdun, s'adresse au Dr Jacques Brunet, sous-ministre de la Santé et des Affaires sociales, pour le sensibiliser au problème que cause le trop grand nombre de malades hospitalisés (personnes âgées ou lourdement handicapées) en quête d'un lieu de séjour. Il arrive trop souvent, souligne le Dr Gendreau, qu'un malade hospitalisé d'urgence n'est pas retourné à domicile, faute de personne-ressource pour en prendre soin. Aucun médecin ou aucun autre responsable à l'hôpital n'est évidemment enclin à prendre la responsabilité de donner congé à un malade qui ne dispose d'aucune ressource d'aide. Le médecin traitant entre alors en communication avec le Service social de l'hôpital pour tenter de remédier à la situation, et éviter qu'un malade chronique puisse prendre la place d'un cas urgent. Selon le Dr Gendreau, près de 10 % des lits de l'hôpital sont occupés par ces cas lourds. « Il en coûterait moins cher au gouvernement, si vraiment il fallait agir ainsi, de transférer ces malades à l'hôtel Ritz Carlton ou au Reine Elizabeth⁴ ».

Le Dr Gendreau renchérit avec plus d'insistance encore : « J'ai voulu congédier tous ces malades parasites. On m'a dit que je suis asocial; mais, je considère que mon rôle social demande qu'un lit dans le Département de médecine doit être occupé par un malade nécessitant des soins médicaux actifs⁵ ». Or le nombre des malades chroniques en attente de placement ne cesse d'augmenter, et ce, pour diverses raisons (âge, famille, revenu); le Service social de l'hôpital ne suffit pas à la tâche. Le Manoir de Verdun n'étant pas en mesure d'accueillir les malades chroniques lourds, l'Hôpital Champlain s'oriente vers les soins pour les malades à longue durée. De plus, le Centre d'accueil Réal-Morel n'existant pas

⁴ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, correspondance, 17 octobre 1972.

⁵ *Ibidem*.

encore, les ressources verdunoises ne peuvent venir en aide à l'Hôpital général de Verdun. Les malades chroniques sont donc dirigés vers d'autres institutions de la région montréalaise.

La nouvelle loi sur la santé et les services sociaux conserve l'importance du rôle du médecin en milieu hospitalier. Concrètement, le rapport entre le rôle de l'administration d'une part et celui du Conseil des médecins et des dentistes d'autre part, est source de tensions. En janvier 1973, l'arrivée inopinée d'étudiants universitaires sans qu'il y ait eu entente au préalable entre l'Université de Montréal et l'Hôpital général de Verdun cause l'irritation des médecins. Le D^r Cécil Gendreau s'adresse en ces termes au D^r Roger Cadieux, chef du Service de médecine générale :

« Depuis ce matin des étudiants de l'Université de Montréal hantent les murs de notre hôpital, vraisemblablement en fonction du programme d'enseignement de pratique générale que veut mettre sur pied la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Certes, ce programme est fort louable, j'y applaudis de tout cœur. Toutefois, cette présence ici illustre de façon concrète l'attitude désinvolte qu'affiche l'Université de Montréal envers l'Hôpital de Verdun depuis le début des études



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Le premier conseil d'administration laïc du Centre hospitalier de Verdun, en 1973.

audit programme. La présente est pour vous faire part que j'ai interdit aux membres du département de médecine de dispenser de l'enseignement à ces étudiants dans les lieux et locaux où encore le département de médecine d'autorité et légalement exerce ses prérogatives. L'attitude désinvolte de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal n'a droit à aucun égard de notre part.

Le département de médecine est toujours prêt à collaborer, mais en autant qu'on respectera les normes de la bienséance⁶ ».

À compter du 1^{er} janvier 1973, le Département de pratique générale de l'Hôpital de Verdun devient un service relevant du Département de médecine. Il revient désormais au Département de médecine d'assurer l'urgence ainsi que le fonctionnement des cliniques externes. Ces dernières dépendent du chef de Département de médecine qui dirige l'enseignement prodigué aux étudiants. À la suite d'une entente en 1976 entre le Centre hospitalier de Verdun et l'Université de Montréal, l'affiliation fait l'objet d'une recommandation du comité exécutif du Conseil des médecins et dentistes⁷.

Depuis 1973 et en vertu de la législation québécoise, c'est au chef du Département de médecine de l'hôpital qu'incombe la responsabilité de vérifier le travail professionnel des médecins et des dentistes. La direction générale de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun ne semble guère apprécier le fait qu'elle ne possède aucune autorité directe dans les dossiers médicaux. Les frictions entre le conseil d'administration et le Conseil des médecins et dentistes sont aussi nombreuses, notamment quand les médecins se plaignent du mauvais état des locaux de l'hôpital et de l'insuffisance de laboratoires.

En mai 1973, les chefs de départements médicaux et de services démissionnent en bloc, s'abstenant désormais de toute participation administrative. N'ayant d'autres alternatives, le C. A. accepte les démissions qui, selon la loi, prennent effet soixante jours plus tard. Dans l'intervalle, les chefs de départements exercent toutes les fonctions et assument toutes les responsabilités de leur charge. Le 17 mai 1973, le C. A. tente de dénouer les mésententes sur le statut des médecins à l'Hôpital général de Verdun en convoquant ces derniers à une rencontre. Le chef du Département de médecine, le Dr Cecil Gendreau, invite tous ses membres à être présents. D'entrée de jeu, il prend la parole :

⁶ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, correspondance, 10 janvier 1973.

⁷ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal de la réunion du C. A., 18 février 1976.

« En vertu de la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux, je demeure le chef du département de médecine jusqu'au 2 juillet 1973. La légalité de cette assemblée est mise en doute, étant donné que l'avis de convocation ne mentionne pas le but de cette assemblée. Je suppose donc que cette réunion fut convoquée à la suite de ma démission du poste de chef de département de médecine et de l'appui de mes collègues qui ont également démissionné.

Eux comme moi n'entendons pas revenir sur notre décision et ce n'est pas une rencontre avec le conseil d'administration de l'Hôpital qui pourra nous faire changer d'opinion. Le seul interlocuteur valable vis-à-vis le conseil d'administration est maintenant le comité exécutif du Conseil des médecins et dentistes. J'invite donc les membres du département de médecine à se retirer⁸ ».

Le boycott des médecins à la réunion laisse les membres du C. A. pantois. En théorie, il revient au C. A. de nommer les nouveaux chefs de départements. Or, la direction de l'hôpital est à la recherche de nouveaux candidats. De leur côté, les médecins réclament du ministère des Affaires sociales la mise en tutelle administrative de l'hôpital. L'élection d'un nouveau conseil d'administration en juillet 1973 laisse toutefois percer une lueur d'espoir.

À cette époque, les fonctionnaires du ministère des Affaires sociales viennent s'enquérir sur place des critiques formulées par les médecins, entre autres, à propos de l'agrandissement de locaux. Selon les représentants du ministère, la construction d'un étage supplémentaire pour loger les laboratoires n'est pas nécessaire. Un nouvel aménagement des espaces actuels devrait être suffisant pour les rendre fonctionnels. Le fait que l'endoscopie, la stérilisation et le salon des médecins fassent éventuellement partie du secteur du bloc opératoire ne semblent pas émouvoir les représentants du ministère. De toutes les demandes, seule celle portant sur l'étude de la climatisation du bloc opératoire est retenue. Or, le 27 février 1974, le nouveau C. A. est encore confronté au problème que cause l'absence de chefs de département. Il demande au comité exécutif du Conseil des médecins et des dentistes de recommander de nouveaux chefs de départements pour reconstituer la structure médicale. La tension demeure encore palpable une année plus tard.

⁸ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal des réunions du C. A. de l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, 23 mai 1973.

En mars 1974, le Conseil des médecins et des dentistes fait savoir au comité exécutif et aux autres comités médicaux qu'ils ne siégeront pas tant et aussi longtemps que la secrétaire Ghislaine Primeau ne sera affectée exclusivement au travail relevant du Conseil des médecins et des dentistes, et ce, dans un bureau approprié afin de tenir à jour les documents indispensables aux réunions.

À deux reprises, le C. A. tente d'obtenir du comité exécutif du Conseil des médecins et des dentistes les recommandations appropriées pour nommer de nouveaux chefs de départements. Le ministère des Affaires sociales fait savoir que les anciens chefs demeureront en fonction malgré leurs démissions depuis un an. En décembre 1974, les dernières nominations à la tête des différents départements sont confirmées de part et d'autre par le conseil de médecins et dentistes et la direction de l'Hôpital général de Verdun. La crise semble pour le moment résolue et faire partie du passé.

Les Sœurs quittent l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun

Décidément, l'année 1973 marque un tournant dans l'évolution de l'institution hospitalière à Verdun. Les Sœurs de la Providence entament un sprint dans les négociations avec le ministère des Affaires sociales qui confirment le « désintéressement de la communauté dans l'œuvre de l'Hôpital du Christ-Roi de Verdun⁹ ». En décembre 1973, le gouvernement du Québec signe une entente avec les Sœurs de la Providence quant à la vente de l'hôpital. L'institution reçoit de nouvelles lettres patentes pour devenir le Centre hospitalier de Verdun en 1974¹⁰. Le caractère religieux de l'établissement disparaît et laisse place à une organisation complètement laïque et publique. Dans la phase de transition, M^e Jacques Lessard, conseiller juridique attitré des Sœurs de la Providence, reste temporairement en place au sein du conseil d'administration pour assurer la transition entre l'Hôpital général du Christ-Roi et le nouveau Centre hospitalier de Verdun.

Selon l'entente conclue entre la communauté des Sœurs de la Providence et le ministère des Affaires sociales en 1974, la vente est finalisée pour la somme de 762 843,75 \$, comprenant le solde de la dette de 554 900 \$. Le nouvel établissement public a désormais son siège social au 4000, boulevard LaSalle à Verdun.

⁹ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal de la réunion du C. A., 14 mai 1973. Une grande partie de l'information de ce chapitre provient des procès-verbaux des réunions du conseil d'administration du Centre hospitalier de Verdun.

¹⁰ *Gazette officielle du Québec*, 18 mai 1974, 10^e année, n^o 20, p. 3699.

Le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun

L'implantation du Département de santé communautaire (DSC) à l'Hôpital de Verdun date de 1973. Dès le début, le département forme une équipe de base avec le D^r Roger Cadieux, chef du département, un coordonnateur des programmes, un agent de recherche, un adjoint administratif et un nutritionniste. Est également intégré au département le personnel sociosanitaire en provenance des autres hôpitaux, des services municipaux de santé et des organismes de soins à domicile. Verdun ne possédant pas de CLSC, le DSC, fort bien pourvu en médecins, offre les soins de première ligne entre les années 1975 et 1985. La gamme de services est variée : cours prénataux, services de soins à domicile, pédiatrie et gériatrie. Les points de services se trouvent à LaSalle, Verdun, Pointe-Saint-Charles et Ville-Émard-Côte-Saint-Paul. Ce territoire couvre 31 kilomètres carrés, abritant une population qui atteint 180 000 personnes en 1986¹¹. Quant au secteur de Saint-Henri, il relève du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal. Tous ces services sont assurés par une équipe de 120 personnes. De plus, le DSC remplit toutes les fonctions de la santé publique dans les secteurs des maladies infectieuses et de la santé au travail.

En 1974, des pourparlers ont lieu entre les représentants des cités de LaSalle et de Verdun, les fonctionnaires du ministère des Affaires sociales et le D^r Roger Cadieux, chef du Département de santé communautaire, pour discuter de l'intégration des services de santé municipaux au Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun. Une résistance au projet se manifeste chez les représentants de la Cité de LaSalle alors que ceux de la Cité de Verdun, notamment Jean-Paul Hébert et le D^r René Lagacé, y sont plutôt favorables. À l'automne 1974, le protocole d'entente signé entre la municipalité et la direction de l'institution hospitalière vise l'intégration du personnel du Service de santé de la Cité de Verdun au Département de santé communautaire du centre hospitalier. En 1977, le Service de santé municipal à Verdun fait partie du passé¹².

En 1981, le DSC étudie la création de modules de services communautaires, lesquels modules sont implantés dès avril 1983. La table est ainsi mise pour procéder à une répartition des effectifs de première ligne selon les besoins

¹¹ Centre hospitalier de Verdun, Département de santé communautaire, *DSC-Mag*, vol. 4, n° 2, février 1989, p. 4.

¹² Selon Karine Hébert, *op. cit.*, p. 18.

des secteurs concernés : LaSalle, Verdun, Pointe-Saint-Charles et Ville-Émard-Côte-Saint-Paul. À la suite de l'approbation du CSSSM, le Centre hospitalier de Verdun devient en 1984 le fiduciaire qui applique le nouveau plan proposé de gestion selon trois modules de services communautaires. Le DSC demeure à l'avant-plan pour exercer le rôle de gestion des effectifs de première ligne¹³.

En 1987, le CLSC LaSalle est intégré au Centre d'accueil LaSalle. L'année suivante, les modules de services communautaires de Verdun et de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul fusionnent pour former un CLSC. La Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles assume, quant à elle, les services de première ligne dans son secteur.

À la fin des années 1980, le DSC conserve sa mission de protection de la santé publique, de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Selon la loi québécoise, le DSC met en application des mesures de contrôle et d'enquêtes sur les épidémies. Il lui revient aussi comme responsabilité de s'assurer que la population puisse avoir accès à des services adéquats de surveillance, de prévention et de traitement des maladies à déclaration obligatoire.

Le gouvernement du Québec possède un autre agenda à propos des départements de santé communautaire. En 1989, il annonce, par l'entremise du ministre de la Santé et des Services sociaux, Thérèse Lavoie-Roux, son intention de réduire le nombre de départements de santé communautaire au Québec. Or, les institutions de santé de Verdun, comme le Centre d'accueil Réal-Morel, le Manoir de Verdun et le Centre hospitalier Champlain, souhaitent le maintien du DSC au sein du Centre hospitalier de Verdun. La fermeture du DSC ne profiterait en fait qu'au nouveau CLSC Verdun-Côte-Saint-Paul qui bénéficierait alors de nouvelles ressources humaines et d'un transfert de financement. De 1992 à 1993, le Département de santé communautaire cesse ses activités et devient l'Unité de santé publique¹⁴. Dans le cadre de la réforme des services de santé et des services sociaux, les ressources du DSC sont, depuis le 1^{er} avril 1993, mises sous l'autorité du directeur régional de la santé publique de la Régie régionale. Les ressources humaines de l'ancien DSC relèvent dorénavant du Département clinique de santé communautaire (DCSC). Une entente intervenue entre la Régie régionale de Montréal-Centre et le Centre hospitalier garde cette unité en place jusqu'en mars 1994, après quoi elle cesse définitivement ses activités. Le volet

¹³ Pour le lecteur qui voudrait mieux connaître l'historique des départements de santé communautaire, du moins dans ses débuts, voir l'article de Michel O'Neill, « Les départements de santé communautaire », *Recherches sociographiques*, XXIV, 2, mai-août 1983, p. 171 à 195.

¹⁴ Centre hospitalier de Verdun, *rapport annuel 1992-1993*, p. 10.

de la santé au travail, dévolu à l'ancien DSC, disparaît et les ressources qui y étaient affectées sont transférées au CLSC Côte-des-Neiges à la fin janvier 1993.



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

Le Département de pharmacie du Centre hospitalier de Verdun, mars 1991.

La réduction du nombre de lits, une situation récurrente

En décembre 1973, l'administration de l'Hôpital général du Christ-Roi prévoit qu'au cours des vacances de Noël et du nouvel An (entre le 21 décembre 1973 et le 5 janvier 1974), l'occupation des lits dans l'institution n'atteindra que 70 %. En réaction, le Département de médecine critique la politique de réduction de lits et la mise en place du nouveau DSC qui auront des répercussions sur l'urgence médicale et le service de cardiologie. Dans un premier temps, le D^r Cécil Gendreau précise l'étendue de son désaccord au président du conseil d'administration de l'hôpital, M^c Jacques Lessard :

« Les médecins de garde et surtout les cardiologues sont devenus des téléphonistes qui passent leur temps à supplier le Royal Victoria Hospital,

l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital St-Luc d'admettre les malades se présentant à notre urgence. Stop. Faute de votre compréhension et de votre collaboration le département de médecine tiendra l'administration responsable des incidents fâcheux qui pourraient se produire chez les malades se présentant à l'urgence de l'Hôpital de Verdun pendant la période des fêtes. Stop. signé Cecil Gendreau¹⁵ ».

Or, le comité exécutif du Conseil des médecins et des dentistes prétend ne pas avoir été consulté à cet effet. Solidaire avec le D^r Cecil Gendreau, le comité dénonce la situation précaire que crée la réduction du nombre de lits. De plus, la mise en place du DSC ne semble pas recevoir l'assentiment de l'ensemble des médecins, bien que le Département de médecine soit dirigé par un de leurs pairs, en l'occurrence le D^r Roger Cadieux.

À l'été de 1974, l'administration de l'hôpital procède de nouveau à une réduction de 30 % des lits disponibles. Le grand nombre de spécialistes en vacances pendant l'été et le peu de remplaçants éventuels laissent plusieurs postes vacants. Parmi les professionnels de la santé les plus en demande figurent au premier plan les médecins et les infirmières. En vue de prévenir la population de la situation qui prévaut durant la période estivale, une campagne d'informations est lancée dans les journaux locaux comme le *Messenger Verdun* et *La Voix populaire*, qui expliquent la conjoncture comme elle se présente à l'hôpital durant les vacances. La réduction des lits disponibles durant les vacances d'été débute dans les années 1970 et se poursuit encore aujourd'hui.

L'obstétrique

Au printemps 1974 s'amorcent des discussions entre les représentants du ministère des Affaires sociales et ceux de l'Hôpital LaSalle et de l'Hôpital de Verdun pour étudier la question de la centralisation de l'obstétrique dans l'un des deux hôpitaux, de façon à donner un meilleur service à la population. Selon les représentants de l'Hôpital général de Verdun, la centralisation devrait se faire dans leur institution : « en autant que ce regroupement n'implique ni diminution de lits pour les autres départements de l'Hôpital, ni soustraction de service¹⁶ ». Au terme des discussions, une question primordiale revient à savoir dans quelle mesure les soins en périnatalité ont-ils intérêt à être supérieurs dans

¹⁵ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, Correspondance du C. A., 11 décembre 1973.

¹⁶ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal de la réunion du C. A., 13 mars 1974.

un établissement plutôt que dans un autre ? Au ministère des Affaires sociales, les fonctionnaires cherchent à connaître le taux de mortalité du Centre hospitalier en périnatalité. La nature des discussions laisse planer la possibilité de fermer le Département d'obstétrique à Verdun, malgré l'objection des médecins en place qui prennent parti en faveur de leur hôpital. En 1974, bien que le spectre de la fermeture du Département d'obstétrique soit évoqué, le Centre hospitalier de Verdun conserve cette spécialité en ses murs.

En décembre 1979, le gouvernement du Québec, conduit par le premier ministre René Lévesque, s'interroge sur la mission des centres hospitaliers. À Verdun, le conseil d'administration recommande le maintien de la chirurgie générale, l'embauche de deux médecins et d'un spécialiste en ORL, la création d'un service de rhumatologie, le maintien du service d'obstétrique et de pédiatrie, etc.

En 1981, un sous-comité du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain propose la fermeture du Département d'obstétrique, même si 67 % des accouchements du Centre hospitalier de Verdun concernent des patientes résidentes du territoire du Département de santé communautaire de Verdun¹⁷. L'Hôpital de Verdun déploie encore des efforts pour éviter la fermeture de ce département, alors que le Conseil régional des services de santé et des services sociaux du Montréal métropolitain approuve la fermeture du Département d'obstétrique au Centre hospitalier de Verdun. La fin approche en septembre 1982. Le Centre hospitalier de LaSalle accepte tous les omnipraticiens au Service d'obstétrique du Centre hospitalier de Verdun. Cependant, les autorités laSalloises refusent d'engager les deux gynécologues. Le ministre des Affaires sociales, Pierre-Marc Johnson, promet de transférer les sommes dévolues à l'obstétrique à un projet pilote en gériatrie qu'entend mener le Centre hospitalier de Verdun.



Source : Archiv-Histo

René Lévesque
Premier ministre
(1976-1985).

Depuis quelques mois, les autorités du Centre hospitalier de Verdun discutent de l'implantation d'un service de géronto-gériatrie. Si LaSalle se spécialise en obstétrique, pourquoi Verdun n'en ferait pas autant dans un autre domaine,

¹⁷ Archives du Centre de santé et de services sociaux, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal de la réunion du C. A., 26 novembre 1981.

en l'occurrence en gériatrie ? Le DSC, qui administre le Centre hospitalier de Verdun et son service de gériatrie, gère le recrutement et l'engagement du personnel médical. En 1983, la création de plusieurs postes en gériatrie assure les services d'une infirmière, d'un ergothérapeute, d'une secrétaire-médicale, d'une diététiste (à mi-temps) et d'un physiothérapeute (à mi-temps).

Parallèlement à la fermeture de l'obstétrique, le Centre hospitalier envisage aussi la cessation des activités en pédiatrie en 1980. La démission en bloc des pédiatres du Centre hospitalier de Verdun force la main des autorités de l'hôpital. La direction générale tente d'en arriver à une entente avec l'Hôpital Sainte-Justine afin que cette institution prenne la relève relativement aux soins des patients verdunois. À l'automne 1980, le Centre hospitalier Saint-François-d'Assise de La Sarre remercie le Centre hospitalier de Verdun pour le don des équipements en pédiatrie.

DAVID LEVINE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE 1982 À 1992

« Un milieu attachant, une grande famille »

En devenant directeur général de l'Hôpital de Verdun à 32 ans, David Levine était le deuxième plus jeune directeur général issu de la première cohorte d'étudiants en maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal à prendre la direction de Verdun; il succédait ainsi à Claude Desjardins en poste de 1976 à 1982. Il garde de ses dix ans passés à Verdun le souvenir d'une période créatrice où il fallait faire évoluer l'hôpital autrement.

« Cette période coïncidait avec la fin de l'implication des religieuses dans la gestion quotidienne. Elles ont assumé la direction des soins infirmiers jusqu'en 1986. Nous étions un milieu en pleine effervescence. Plusieurs des gestionnaires qui sont passés par Verdun ont connu une belle carrière dans le réseau de la santé. L'Hôpital de Verdun était reconnu comme une véritable pépinière de gestionnaires. En fait, avec le personnel et les médecins, nous faisons une belle famille. C'était un milieu *le fun* et attachant. »



Source : Archiv-Histo

David Levine.

Si, dans les années 1960, Verdun était, avec l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Notre-Dame, l'un des trois hôpitaux majeurs affiliés à l'Université de Montréal, il a connu une concurrence importante des hôpitaux Maisonneuve et Sacré-Cœur au début des années 1980. C'est pourquoi l'hôpital s'est spécialisé en médecine familiale et est devenu, sous la gouverne de monsieur Levine, le premier à offrir des résidences dans cette nouvelle discipline. Ce qui lui a permis de redevenir un milieu reconnu auprès du milieu universitaire. Si bien qu'aujourd'hui, plus de la moitié des étudiants en médecine de l'Université de Montréal font leur résidence à l'Hôpital de Verdun.

« L'Hôpital de Verdun a toujours été proche de sa communauté. C'était un hôpital centré sur sa population. C'est pourquoi nous avons trouvé que les résidences en médecine familiale (ce qui était au début très innovateur) collaient très bien à notre réalité. C'est à cette époque que nous avons créé la Fondation de l'hôpital. Notre président était Georges Bossé, le maire de Verdun, un commerçant ayant une très grande renommée à Verdun. C'était un milieu très dynamique. »

Durant cette période, l'hôpital a toutefois connu un coup dur en perdant son département d'obstétrique. « Cela a été vécu comme un traumatisme. Mais c'était inévitable car le nombre d'accouchements à Verdun était en baisse constante. De plus, comme l'Hôpital de LaSalle était plus moderne et mieux équipé, la logique voulait que l'on y concentre les accouchements. »

Homme d'action, David Levine n'a pas tardé à proposer un nouveau projet à son personnel: la géronto-gériatrie. « Nous avons déployé 21 lits pour traiter les personnes âgées qui avaient besoin de services différents des autres personnes hospitalisées. La durée moyenne de séjour était de 21 jours, ce qui était près du double de la durée normale. Nous prenions le temps de traiter les gens, avec une approche adaptée aux personnes âgées, ce qui était nouveau à l'époque. »

Autre originalité de la période Levine, la mise en place de l'hôpital à domicile en 1986. « L'objectif était de continuer à traiter les gens tout en les retournant à domicile. C'était des soins hospitaliers offerts à la maison, beaucoup plus spécialisés que les services à domicile offerts par les CLSC. Nous avions 20 lits d'hôpital que nous installions à la maison; les patients aimaient beaucoup, ils avaient confiance en nous, ils savaient que les infirmières provenaient de l'hôpital. N'oublions pas qu'à cette époque, le CLSC de Verdun n'était pas encore en opération. Aujourd'hui, les CSSS offrent des services à domicile très spécialisés qui se situent à mi-chemin entre l'hôpital à domicile et le maintien à domicile de l'époque. Nous étions des précurseurs. »

L'arrivée du premier *CT Scan* en 1985 a joué un rôle majeur dans la réputation de Verdun. « Avec cet équipement, nous avons repris un rôle majeur parmi les hôpitaux de Montréal. C'est dans cette foulée que nous avons développé l'hémodialyse et la neurologie, rénové l'urgence, informatisé nos services et consolidé la chirurgie. Tout cela a été possible parce que les médecins de l'hôpital ont toujours collaboré avec enthousiasme. Ils étaient compétents et dévoués; nous avions du plaisir à travailler ensemble. Certains nous ont marqués plus que d'autres. Je pense notamment aux docteurs Georges Bélanger, neurochirurgien et chef du Département de chirurgie, Léo Nobert, radiologiste, Michel Simard, hématologue et chef du Département de biologie médicale et Marcel-A. L'Archevêque, directeur des services professionnels. »

La période Levine a aussi été marquée par de très bonnes relations avec les syndicats. « Avec le temps, notre relation est devenue très dynamique. C'était un milieu qui bougeait. »

L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN

En 1991, le Dr Michel Marcil dresse un portrait de l'enseignement universitaire au Centre hospitalier de Verdun. Dans son allocution, le médecin remet la situation dans le contexte de l'époque. Il constate qu'au niveau québécois, le nombre de candidats admis dans les facultés de médecine diminue continuellement. Le problème du contingentement en spécialité, imposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a pour conséquence une réorientation des résidents vers la médecine familiale. La diminution de leur nombre vers les spécialités devrait normalement se traduire par une réorganisation des milieux d'enseignement, selon une recommandation du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada. Or, l'Université de Montréal ne tient pas compte de cette recommandation. À compter de 1992, elle abaissera la formation en médecine de cinq à quatre ans comme dans toutes les autres universités d'Amérique du Nord.

En 1991, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal accueille près de 180 résidents pour la formation de post-graduation. Près de la moitié de ses résidents obtient le droit d'entrée en médecine familiale. Les hôpitaux qui les accueillent sont la Cité de la Santé, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame, Sacré-Cœur et Verdun. Ces hôpitaux sont affiliés avec les CLSC, celui de Verdun avec le CLSC Saint-Hubert. Pour sa part, la Clinique de médecine familiale du Centre hospitalier de Verdun accepte 25 résidents alors que 13 autres poursuivent leur formation en médecine familiale à Saint-Hubert. Tous ces résidents (38) effectuent des stages dans les spécialités médicales et chirurgicales au Centre hospitalier de Verdun. Selon l'Université de Montréal, le Centre hospitalier de Verdun représente un excellent centre d'enseignement bien qu'il ne soit ni un centre d'érudition, ni un centre de recherche.



Source : Forum économique de Verdun

Le Dr Georges Lachaine lors d'une allocution prononcée lors de sa reconnaissance comme grand Verdunois en 1993. À l'arrière on peut voir le Dr Roger Cadieux. Le Dr Lachaine est un éminent cardiologue du Centre hospitalier de Verdun (1942-1993), administrateur de la Fondation hospitalière Verdun (1992-1995), gouverneur (1954-1966) et vice-président (1958-1966) du Collège des médecins du Québec et membre du conseil et gouverneur au Centre de Santé Saint-Henri (1966-1973).

Trente-trois nouveaux médecins, internes du Centre hospitalier de Verdun, en septembre 1985.

Source : Forum économique de Verdun



Dans les faits, plusieurs médecins font le choix de s'établir au Centre hospitalier de Verdun, notamment les jeunes spécialistes. Le recrutement des omnipraticiens à l'urgence, en gériatrie et en soins palliatifs, est facilité par le programme de formation en médecine familiale. Les résidents en médecine familiale doivent assurer des gardes à l'hôpital à l'unité coronarienne et aux soins intensifs pour contribuer au travail clinique le soir, la nuit et les fins de semaine¹⁸. Les jeunes médecins apprécient l'opportunité de faire leur résidence à Verdun encore en 2007. L'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital de Verdun reçoit un agrément de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

« Parmi les 14 unités de médecine familiale dans lesquelles les étudiants en médecine de l'Université de Montréal font des stages, notre UMF est ressortie du nombre explique le directeur de l'UMF, le Dr David Dunn. La Faculté de médecine a souligné notre approche pédagogique, le soutien offert aux étudiants par les médecins de la clinique ainsi que la qualité de nos locaux¹⁹ ».

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun considère cet agrément comme un insigne honneur qui rejaillit sur l'ensemble du CSSS et met en évidence la qualité de l'enseignement de la médecine qui s'y fait.

Cette reconnaissance officielle confirme la très bonne réputation de l'UMF de Verdun, puisque l'Hôpital de Verdun est le premier choix de 40 % des étudiants qui désirent faire leur résidence en médecine familiale. « Appréciée, recherchée et reconnue, l'UMF ne fait pas les choses à moitié et nous en sommes tous très fiers » affirme la directrice générale du CSSS, Danielle McCann, au cours de son mandat.

¹⁸ Archives du Centre de santé et de services sociaux du *Sud-Ouest-Verdun*, fonds du Centre hospitalier de Verdun, procès-verbal de la réunion du C. A., *présentation du Dr Michel Baril*, 24 septembre 1991.

¹⁹ *Le Canal du CSSS Sud-Ouest-Verdun*, février 2007, p. 3.

*La fusion des hôpitaux de Verdun et de LaSalle :
le Centre hospitalier Angrignon²⁰*

En décembre 1994, les gestionnaires de l'Hôpital général de LaSalle et du Centre hospitalier de Verdun s'entendent avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux sur le principe de rapprochement entre les deux institutions et la formation d'un comité stratégique commun pour réaliser la fusion. Les pourparlers entamés en février 1995 impliquent les dirigeants des deux établissements, Georges Maillet, directeur général à LaSalle, et le Dr Jacques Demers, directeur général intérimaire à Verdun. Le contexte des coupures budgétaires force les discussions de fusion entre les deux hôpitaux. Les compressions gouvernementales atteignent 3 000 000 \$ par année pour les deux institutions. Convaincus du bien-fondé du projet de fusion²¹, les administrateurs recherchent la complémentarité des services entre les deux établissements. À LaSalle, l'institution est reconnue pour son service d'obstétrique avec 3000 accouchements annuels, tandis que le Centre hospitalier de Verdun jouit d'une grande renommée dans la chirurgie vasculaire et thoracique ainsi que dans la qualité de ses traitements comme l'hémodialyse.

Le projet de fusion obtient l'appui moral des maires Michel Leduc, de LaSalle, et Georges Bossé, de Verdun. Pour ces derniers, il apparaît comme l'unique moyen d'éviter la fermeture de l'un ou l'autre des deux hôpitaux. Au moment de la prise de décisions, le Centre hospitalier de Verdun dispose d'un budget de 60 000 000 \$, de 378 lits et de 1700 employés, alors que l'Hôpital de LaSalle compte un budget de 26 000 000 \$, de 126 lits et de 750 employés.

Dans le cadre de la réalisation de ce projet, les conseils d'administration respectifs des deux institutions choisissent, en février 1995, Yvon Lamarre, personnalité connue du secteur Sud-Ouest de Montréal et ancien bras droit de Jean Drapeau, comme président du comité stratégique conjoint de la fusion. Il occupe aussi à l'époque la vice-présidence de la Société du port de Montréal et celle du Centre d'accueil Auclair.



Source: Archives du Centre hospitalier de Verdun

Yvon Lamarre,
président du conseil
d'administration du
Centre hospitalier
Angrignon.

²⁰ Adaptation du texte de Denis Gravel et Hélène Lafortune, *op. cit.*, p. 276-281.

²¹ *La Presse*, 8 février 1995, p. A-4 et *Le Devoir*, 25 février 1995, p. A-3.

Sous l'impulsion d'Yvon Lamarre, le projet de fusion des deux hôpitaux donne naissance au Centre hospitalier Angrignon le 1^{er} avril 1996. Le nouvel établissement compte 600 lits répartis entre les deux pavillons de LaSalle et de Verdun. Tous les soins tant généraux que spécialisés y sont dispensés de même que l'enseignement.

La fusion heurte toutefois les employés des deux pavillons et les populations respectives des deux municipalités. Chacun déplore la perte de son hôpital. Les employés de l'ex-hôpital de LaSalle affirment que trop de services ne sont assurés qu'à Verdun. C'est du moins l'opinion de Richard Magoon, président du syndicat qui regroupe 330 des 770 employés de l'établissement²². Au pavillon de Verdun, on retrouve l'hospitalisation traditionnelle, le court séjour, les soins intensifs, l'urgence, les soins d'un jour et les consultations externes. Le pavillon de LaSalle conserve l'obstétrique-gynécologie, les soins d'un jour, les courts séjours chirurgicaux, les consultations externes, l'urgence ambulatoire et les soins de longue durée. En mai 1996, cette réaffectation du rôle de chacun des hôpitaux se traduit par la démission du Dr Gilles Brouillette, chef du Département de médecine générale, qui ne prise guère la fermeture définitive de la salle de soins intensifs du pavillon de LaSalle. Le déménagement et la réinstallation de cette salle ultramoderne, qui dispose de moniteurs neufs, nécessite des investissements de près de 2 000 000 \$. De surcroît, les LaSallois s'opposent à la transformation de leur hôpital en un centre d'hébergement²³.

Le maintien de l'équilibre budgétaire devient rapidement une priorité. Le Centre hospitalier Angrignon hérite d'une dette de 1 580 000 \$ pour l'année 1995-1996 qui provient du déficit de 200 000 \$ accumulé par l'ex-hôpital de Verdun et de celui de l'ex-hôpital de LaSalle, de l'ordre de 1 338 000 \$. Le budget projeté pour l'année 1996-1997 se chiffre donc à 85 000 000 \$.

Le projet de fusion suscite toutefois du mécontentement entre autres de la part du syndicat des infirmières du pavillon de Verdun qui n'approuve pas le changement des rôles des deux pavillons. Selon Thérèse Gentès, présidente du syndicat des infirmières à Verdun, il faut construire 10 000 mètres carrés pour accueillir l'obstétrique, l'urgence et la gynécologie au pavillon de LaSalle. La fusion n'étant pas pleinement réalisée, chaque pavillon empiète l'un sur l'autre, ce qui oblige les médecins à faire la navette entre les deux bâtiments. Le comité de planification interne établit à LaSalle les hospitalisations de courte durée et installe au pavillon de Verdun un centre de longue durée pour assurer les soins

²² *La Presse*, 2 avril 1996, p. A-6.

²³ *La Presse*, 27 mai 1996, p. A-6, 27 juin 1996, p. A-10 et 28 octobre 1998, p. A-11.

LA CLINIQUE MÉDICALE PHYSERGO DU SUD-OUEST

Spécialisée dans les maladies professionnelles et accidents de travail, la Clinique médicale Physergo du Sud-Ouest possède un statut d'organisme sans but lucratif. Créée à l'initiative du Dr Roger Cadieux et de la Fondation de l'Hôpital Champlain, la Clinique dispense des services en réadaptation physique et s'intègre aux réseaux privé et public depuis son inauguration en 1994. Le client demeure au centre des préoccupations du personnel de la clinique. Il est protégé par une charte respectée en tout point par les membres du personnel. Parmi ces professionnels, les physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres thérapeutes en réadaptation physique comptent sur un équipement ultra-moderne dont certains comme le Biodex sont uniques dans tout le Sud-Ouest.

Les locaux, d'une superficie de 20 000 pieds carrés, permettent d'utiliser des salles individuelles lorsque cela est requis et des salles communautaires. La Clinique médicale Physergo du Sud-Ouest reçoit une reconnaissance internationale pour sa programmation en fibromyalgie. D'autres programmes font partie de ses services : l'évaluation de la personnalité et du comportement des chauffeurs de camions (Driver and Operator Assesment Battery, DOAB), l'aide personnel à domicile, l'évaluation des facteurs de stress au travail, etc. Physergo dessert aussi les besoins des entreprises. Agréés par Emploi Québec pour le développement et la formation de la main d'œuvre, les ergothérapeutes de la clinique font des analyses de postes de travail, de la consultation et de la réadaptation en industrie et de l'intervention ergonomique.

Source : Forum économique de Verdun



Source : Forum économique de Verdun



Source : Forum économique de Verdun



Source : Forum économique de Verdun



ambulatoires. L'objectif principal consiste à réduire les coûts en confiant des responsabilités précises à l'un ou à l'autre des deux pavillons.

Le partage des champs de compétences ne s'avère pas toujours un succès. Si, par exemple, une complication survient lors d'une chirurgie, le patient concerné doit être transféré aux soins intensifs dans l'autre pavillon. Les médecins demeurent les plus touchés puisqu'ils doivent assurer des gardes aux deux pavillons, distants de sept kilomètres. En 1998, la démission de six de huit anesthésistes force l'administration à prendre des décisions. Le maintien des services obstétriques-gynécologiques au pavillon LaSalle est remis en question. Les autorités du Centre hospitalier Angrignon réclament du gouvernement du Québec que les plafonds salariaux soient levés pour créer une équipe volante de médecins. Toutes les tentatives pour convaincre les médecins de faire la navette entre les deux pavillons vont toutefois demeurer vaines. La pénurie de médecins constitue la principale cause de scission au sein du Centre hospitalier Angrignon.

Les solutions préconisées par l'administration ne reçoivent pas un accueil favorable de la part de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. En janvier 1999, elle rejette le scénario du conseil d'administration du Centre hospitalier Angrignon à l'effet de transférer l'hospitalisation de courte durée à LaSalle²⁴. Verdun maintiendrait alors les activités de médecine et de chirurgie ambulatoire, les activités diagnostiques et thérapeutiques de base. Un total de 194 lits serait réservé aux soins de longue durée. Quant à l'urgence, elle demeurerait accessible à la population de Verdun. Aucune décision n'est finalement prise, exception faite que LaSalle conserve ses services de gynécologie et d'obstétrique²⁵.

En mars 1999, la Régie régionale laisse entendre qu'elle prévoit la fermeture de l'urgence au Pavillon LaSalle pour rénover celle de Verdun au coût de 10 000 000 \$²⁶. Cette avenue ne plaît pas à la direction du Centre hospitalier Angrignon. Or, un consensus apparaît de part et d'autre, les différents acteurs du Centre hospitalier Angrignon, administration, médecins, infirmières, employés de soutien et autres professionnels de concert avec leurs représentations syndicales émettent l'avis général qu'il serait dans l'intérêt de tous de revenir à la

²⁴ Pierre Lussier, « Centre hospitalier Angrignon : la Régie rejette le scénario du conseil », *Le Messager LaSalle*, 31 janvier 1999.

²⁵ Robert Leduc, « La Régie régionale dépose son plan de répartition des services au Centre hospitalier Angrignon », *Le Messager LaSalle*, 21 février 1999.

²⁶ Michelle Coudé-Lord, « Urgence : LaSalle ou Verdun ? », *Le Journal de Montréal*, 26 mars 1999, p. 81. Voir aussi, Jean-François Bégin, « L'Hôpital Angrignon insatisfait du plan de la Régie régionale », *La Presse*, 25 mars 1999.

situation antérieure soit le maintien de deux hôpitaux autonomes, l'un à LaSalle et l'autre à Verdun.

Le 17 juin 1999, la Régie régionale de la santé de Montréal-Centre approuve la « défusion » de l'Hôpital Angrignon²⁷. Elle demande à la ministre de la Santé et de Services sociaux, Pauline Marois, que les deux pavillons redeviennent des hôpitaux autonomes dès l'an 2000, ce qu'elle accepte²⁸. S'étant avérée un échec, la fusion des hôpitaux laSallois et verdunois n'aura duré que quatre années.



Source : Archiv-Histo

Pauline Marois,
ministre de la Santé et
des Services sociaux
(1998-2001).

²⁷ *La Presse*, 18 juin 1999, p. A-13.

²⁸ *Le Messager Verdun*, 31 octobre 1999, p. 3.

CHAPITRE



De 2004 à nos jours

Un changement majeur : la mise en place de CSSS

En prenant appui sur l'expérience des trente années d'existence du réseau de la santé et à l'instar de la grande majorité des pays occidentaux, le Québec choisit, en juin 2004, de réaligner l'organisation de ses services en renforçant les structures locales et en misant sur le partenariat entre la population, les cliniciens et tous les groupes intéressés par la santé.

Quatre-vingt-quinze CSSS voient alors le jour. Ceux-ci naissent de la fusion de CLSC, d'hôpitaux et de centres d'hébergement. Ces nouveaux établissements ont un seul conseil d'administration et ont pour mission d'orchestrer, en lien avec les partenaires concernés, l'ensemble des services de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins de la population d'un territoire qui leur est confié.

Deux principes fondamentaux guident l'action des CSSS :

- La responsabilité populationnelle, selon laquelle les CSSS n'ont plus la seule responsabilité de répondre à la clientèle qui les consulte, mais doivent aussi être préoccupés de la santé d'une population résidente.
- La hiérarchisation des services, qui vise à garantir une meilleure complémentarité des services et à faciliter le cheminement de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes.

La responsabilité populationnelle et la coordination d'un réseau local sont des changements majeurs dans la façon d'organiser et de gérer le réseau de la santé.

Parmi les moyens qui permettent de réussir cette réforme et d'améliorer l'état de santé de la population, les CSSS comptent davantage sur :

- Un effort accru en prévention, parce que la plupart des maladies chroniques peuvent être prévenues. Une grande préoccupation à l'égard des habitudes de vie et des conditions de vie de la population, parce que les

conditions dans lesquelles nous vivons et les comportements que nous adoptons déterminent pour une bonne part notre état de santé.

- Un accès plus fluide à des services connus. Parce que la population ne sait pas où consulter et se présente souvent à l'urgence pour des problèmes qui auraient pu se régler ailleurs. Parce que l'attente est longue pour obtenir certains services et que plus de 30 % de la population montréalaise n'a pas de médecin de famille.
- Des services intégrés, parce que les problèmes de santé récents font appel à une variété d'expertises et différents niveaux de soins, allant de l'enseignement jusqu'aux soins tertiaires. Les systèmes de santé qui prévoient l'intégration des différents niveaux de soins sont plus performants.
- Des pratiques de qualité, parce que les systèmes qui basent leur action sur des pratiques cliniques reconnues traitent mieux les personnes et le font à moindre coût.

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun

Le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun naît de la fusion :

- d'un hôpital de soins généraux et spécialisés, soit l'Hôpital de Verdun, qui compte 209 lits à son permis;
- de trois CLSC offrant des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit le CLSC de Saint-Henri, le CLSC de Verdun, le CLSC de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul et le Point de services Saint-Jacques;
- de sept centres d'hébergement comptant au total 1187 lits, soit le Centre d'hébergement Champlain, le Centre d'hébergement Louis-Riel, le Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun, le Centre d'hébergement Réal-Morel, le Centre d'hébergement de Saint-Henri, le Centre d'hébergement des Seigneurs et le Centre d'hébergement Yvon-Brunet.

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun compte également sur d'autres partenaires, notamment la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et la Ressource intermédiaire l'Ancien Pensionnat Côte-Saint-Paul, ouverte en juillet 2012, une ressource alternative à l'hébergement qui résulte d'un partenariat entre le CSSS et un promoteur privé.

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun de 2004 à 2014

En dix ans, grâce à un personnel engagé et compétent et à une équipe médicale de grand renom, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun réussit le pari de

la fusion. Les deux directrices générales de l'établissement qui se succèdent, Mme Danielle McCann (2004 à 2012) et Mme Sonia Bélanger (2012 à nos jours), ont également joué un rôle pivot dans le succès de cette fusion. Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun est aujourd'hui un établissement respecté dans sa communauté et maintes fois récompensé pour la qualité de ses services et pour ses idées créatives et innovantes qui permettent de toujours mieux servir la population.

La qualité et la sécurité des soins et services au quotidien



Résolument orienté sur la qualité et la sécurité des soins et services, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun obtient le renouvellement de son agrément (Agrément Canada) en 2008 et 2011 et entame les procédures de l'agrément de 2015. Le programme d'agrément est conçu pour améliorer les résultats des usagers et le rendement du système de santé. Il aide les membres d'un organisme à travailler tous ensemble pour mettre l'accent sur la sécurité et la qualité.

Un CSSS impliqué dans la formation de la relève

Depuis sa création, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun se distingue par l'attrait qu'il exerce auprès des étudiants en provenance de l'ensemble des disciplines en santé et en services sociaux en raison de son cadre d'apprentissage stimulant et du haut niveau de ses équipes professionnelles. Seulement en 2013-2014, c'est plus de 2500 étudiants qui ont réalisé leurs stages dans l'établissement, incluant les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

Affiliation à l'Université de Montréal

En février 2009, le conseil d'administration autorise la signature du contrat pour le renouvellement de l'affiliation du CSSS à l'Université de Montréal, laquelle reconnaît et soutient l'Hôpital de Verdun comme un milieu de recherche et d'enseignement. En 2014, le programme de la résidence en médecine familiale de l'Université de Montréal reçoit son agrément complet de six ans du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège des médecins du Québec. L'Hôpital de Verdun bénéficie d'une grande réputation auprès des étudiants en médecine qui en font très souvent leur premier choix pour effectuer leurs stages. Le CSSS reçoit également un grand nombre de stagiaires en sciences de la santé, en sciences humaines et en soins infirmiers de l'Université de Montréal.

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun



Inauguration du Centre de formation en santé le 2 octobre 2012.

De gauche à droite : Mme Line Lefebvre, directrice adjointe à la Direction des études du Cégep André-Laurendeau, Mme Sonia Bélanger, directrice générale du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, Mme Lorraine Duchesne-Noiseux, présidente du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, M. Charles Faulkner, président du conseil d'administration du Cégep André-Laurendeau, M. Hervé Pilon, directeur général du Cégep André-Laurendeau, Mme Marie Corriveau, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, Mme Lyne Lévesque, coordonnatrice à la planification et à la formation du personnel des soins infirmiers du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

Centre de formation en santé

En octobre 2012, le Cégep André-Laurendeau et le CSSS du Sud-Ouest-Verdun inaugurent un centre de formation en santé à l'Hôpital de Verdun, qui permet d'offrir de la formation théorique à l'hôpital en plus des stages qui y sont déjà dispensés. Les objectifs du projet visent à favoriser l'intégration des apprentissages dans un milieu de soins authentique, à développer des méthodes pédagogiques diversifiées comme le jumelage entre les pairs et la pratique en temps réel sur les unités sous la supervision d'enseignants, et à développer

rapidement l'identité professionnelle des étudiants. Le Centre de formation en santé s'inscrit dans la longue tradition d'enseignement de l'établissement, une tradition qui remonte jusqu'à la création de l'Hôpital de Verdun qui contenait, dans sa Charte même, l'objectif de former des infirmières.

Tous partenaires pour mieux faire : l'implantation d'une culture Lean



À l'automne 2011, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun est choisi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec deux autres établissements de santé du Québec, pour implanter le Lean. Ces établissements reçoivent la mission de mettre en place une culture de gestion Lean pour ensuite partager leur savoir-faire à travers tout le réseau de la santé au Québec. Lean est une approche d'optimisation des processus qui place le client au cœur des préoccupations et qui remet aux employés le pouvoir décisionnel en lien avec les processus. Les employés sont en effet les mieux placés pour trouver des solutions aux

problèmes rencontrés dans l'exercice de leur travail. Au début de l'année 2014, l'organisation compte quatorze projets d'optimisation réalisés en étroite collaboration avec ses équipes.

Les connaissances et l'expérience acquises au fil des projets permettent au CSSS d'aller plus loin dans l'accompagnement des équipes. Ainsi, l'offre de soutien aux équipes qui réalisent les projets se démarque par la présence d'agents de gestion de changements pour aider les équipes dans les nouvelles pratiques, par la présence d'une coach pour soutenir les gestionnaires, par le travail des agents de communication qui facilitent la diffusion des messages et, surtout, par l'accompagnement des agents Lean, spécialistes de la méthodologie, pour conseiller les équipes dans chacun des projets.

Les projets Lean réalisés permettent au CSSS de se questionner davantage sur la qualité et sur l'efficacité de ses services. L'établissement choisit d'ailleurs d'inclure des usagers dans ses ateliers de réflexion Kaizen. En plus de partager leur vision et leur appréciation des services, les clients collaborent avec le reste du groupe à la recherche de solutions pour améliorer les soins et services offerts au CSSS.

Une transformation organisationnelle

Pas à pas, projet par projet, le Lean transforme la culture organisationnelle du CSSS et modifie la façon de penser de tous les employés. Après deux années d'immersion complète dans cette nouvelle philosophie de gestion, le changement de paradigme est éloquent et manifeste, non seulement du côté de la direction, mais dans l'organisation tout entière. Ayant fait ses preuves au travers de nombreux projets, le Lean teinte à présent la culture du CSSS. Le 24 septembre 2013, lors du colloque annuel des cadres, la direction générale fait d'ailleurs l'annonce d'une nouvelle philosophie de gestion, de laquelle découlent des valeurs, des principes et des croyances que la direction s'engage à respecter face à son personnel. Les nouvelles couleurs de l'organisation, présentées dans cette philosophie de gestion, sont fortement animées par les principes Lean. Au-delà de l'aspect théorique, cette philosophie se traduit par des attitudes et des gestes quotidiens auprès de l'ensemble du personnel.

En novembre 2013, tous les directeurs du CSSS reçoivent une formation sur la marche Gemba. Le terme *Gemba*, en japonais, signifie « marcher le terrain ». Chacun des directeurs se voit alors confier le mandat de réaliser deux marches Gemba dans différents secteurs du CSSS pour approfondir ses connaissances de la réalité-terrain de différents secteurs de l'organisation.

Projets Lean démarrés à l'hiver 2013

- Harmonisation et optimisation des processus d'accueil et d'octroi des rendez-vous en CLSC
- Optimisation du processus de prêt des fauteuils roulants de l'Hôpital de Verdun
- Optimisation des processus de prélèvement d'une prise de sang

Projets Lean démarrés à l'automne 2013

- Optimisation des services ambulatoires spécialisés à l'Hôpital de Verdun : cliniques externes
- Amélioration du fonctionnement et des rôles entourant les activités de la liste de rappel
- Amélioration des processus de travail aux archives
- Révision des mécanismes de planification du congé des patients en cardiologie
- Amélioration de la qualité des soins et services aux résidents par la stabilisation de la main-d'œuvre PAB au Centre d'hébergement Yvon-Brunet
- Harmonisation des plans de travail des préposés aux bénéficiaires en hébergement (menée avec une approche inspirée du Lean)

LES EMPLOYÉS DE L'HÔPITAL DE VERDUN CRÉENT UN FAUTEUIL ROULANT 100 % ADAPTÉ AUX BESOINS HOSPITALIERS

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun – © Magalie Dagenais



Équipe du projet Lean Fauteuils roulants.

Le 13 février 2014, les employés de l'Hôpital de Verdun dévoilent publiquement un tout nouveau fauteuil roulant, conçu par eux, pour mieux répondre aux besoins des usagers et des travailleurs du secteur de la santé. C'est dans le cadre d'un projet Lean visant l'optimisation des processus de prêt à court terme des fauteuils roulants que l'idée d'un fauteuil adapté au milieu hospitalier commence à germer. Lors d'un atelier de réflexion, l'équipe de projet identifie les critères du fauteuil

idéal pour les usagers et les employés d'un hôpital et décide d'aller de l'avant pour le concevoir. Ce projet remporte l'un des sept prix du jury de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur Affaires sociales au printemps 2014; il est également finaliste pour la région de Montréal aux Grands Prix santé et sécurité du travail.

Un CSSS résolument innovant

En 2007, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun met en place le Centre de référence sur le diabète devenu, en 2011, Action-Santé, centre de référence sur les maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle). Composé d'une équipe interdisciplinaire (médecins, nutritionnistes, infirmières, travailleurs sociaux, kinésologues et pharmaciens), Action-Santé développe un programme permettant la modification des habitudes de vie pour une clientèle prédiabétique, diabétique ou hypertendue, ainsi qu'un programme de stage de trois jours. En 2014, Action-Santé élargit sa gamme de services et devient le Centre de gestion des maladies chroniques, couvrant en plus les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et, bientôt, l'ostéoporose.

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun devient, en septembre 2009, le premier établissement à offrir l'accès à une clinique-réseau intégrée. Comme son nom l'indique, ce type de clinique provient de l'intégration d'un groupe de médecine familiale et d'une clinique-réseau auxquels s'ajoute une équipe de professionnels de la santé (infirmier, nutritionniste, psychologue, kinésiologue, etc.). Ce modèle novateur, qui s'avère essentiel à la consolidation du réseau de services de première ligne, modifie la pratique des médecins de famille qui peuvent compter sur une équipe multidisciplinaire pour assurer le suivi des patients vulnérables.

En 2011, le Centre de prévention clinique voit le jour au CLSC de Verdun, un service novateur visant à offrir des services préventifs aux adultes âgés de 18 à 60 ans en attente d'un médecin de famille. Une consultation avec une infirmière clinicienne permet à cette clientèle orpheline d'obtenir des conseils cliniques et un bilan de santé préventif. Ce nouveau corridor de service, modèle d'accessibilité aux soins, reçoit le Prix innovation clinique 2012 de l'ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal-Laval ainsi que le Prix innovation clinique 2012 pour le Québec. Il est également reconnu comme pratique exemplaire par Agrément Canada en 2013.

Toujours au cours de l'année 2011, un guichet d'accès pour les personnes en perte d'autonomie est créé afin d'offrir une porte d'entrée unique et un service d'accueil et d'orientation à cette clientèle spécifique. L'intégration des services destinés à cette clientèle accélère le traitement des demandes en plus d'améliorer la qualité des soins.

En 2012, une autre pratique exemplaire du CSSS est reconnue par Agrément Canada : le programme d'accompagnement personnalisé. Conçu pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées souffrant d'isolement, de détresse psychologique ou de difficultés d'adaptation à la vie en hébergement, le programme vise une relation « un à un » offerte par un bénévole ou un stagiaire sur une base hebdomadaire. Il a pour objectif d'améliorer le bien-être et la qualité de vie du résident. Créé en 1998 dans trois centres d'hébergement (Louis-Riel, Réal-Morel et Yvon-Brunet), ce programme s'intègre ensuite graduellement à l'ensemble des centres d'hébergement du CSSS.

En 2013, la direction du programme Hébergement, qui comprend sept centres d'hébergement, publie le cahier « Milieu de vie ». Une réponse au défi qui s'impose, dès la création du CSSS en 2004, de développer une vision commune du milieu de vie des sept centres qui se sont développés de façon autonome depuis leur origine. Différents moyens sont utilisés pour y arriver : journées d'étude pour les cadres, réunions du personnel, formations, objectifs annuels,

etc. Pour assurer la pérennité de la réflexion et de l'« approche milieu de vie » qui en a découlé, on choisit de rédiger le cahier « Milieu de vie », qui devient un important cadre de référence pour les gestionnaires et l'ensemble du personnel.

De nombreux secteurs d'excellence

Gériatrie

Au printemps 2010, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun lance, à l'Hôpital de Verdun, le déploiement de l'approche gériatrique AINÉES à l'intention de la clientèle âgée de 75 ans et plus (AINÉES : Autonomie et mobilité, Intégrité de la peau, Nutrition, Élimination, État cognitif, Sommeil). Concrètement, cette approche contribue à améliorer l'évaluation et le maintien de l'autonomie des personnes âgées à l'hôpital grâce à des mesures proactives visant à empêcher les complications et à favoriser le retour à domicile. Elle permet ainsi d'accorder une importance toute particulière à la mobilisation et à la marche comme éléments essentiels au plan de soins de la personne âgée. Cette approche permet également d'éviter les engorgements et le phénomène de « porte tournante » dans les hôpitaux en plus de permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à la maison.

Néphrologie

Le service d'hémodialyse de l'Hôpital de Verdun est un secteur d'excellence reconnu dans le réseau montréalais. Au fil des années, il obtient de nombreuses reconnaissances tant à l'échelle locale que nationale, notamment en raison de la personnalisation des soins et des services offerts par une équipe qui ne cesse d'innover.

En 2007, le service d'hémodialyse se dote d'un Programme d'activités physiques adapté à ses usagers. Comme les patients hémodialisés ont souvent d'autres problèmes de santé comme le diabète et l'hypertension, l'activité physique leur est particulièrement bénéfique. Le programme prévoit la participation de kinésithérapeutes qui évaluent la condition physique des patients et dressent un programme d'activités physiques personnalisé et sécuritaire à réaliser pendant les traitements, sous la supervision du personnel médical. L'activité physique améliore la qualité de vie, permet de diminuer les chutes, augmente la confiance en soi à réaliser les activités quotidiennes et accroît la capacité à se déplacer de façon autonome. Ce programme est reconnu comme pratique exemplaire par Agrément Canada en 2012.

À l'été 2012, on souligne l'ouverture de six stations d'hémodialyse au Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun. Concept unique au Québec, ce centre permet à 24 résidents hébergés de recevoir leurs traitements à même leur milieu de vie, éliminant ainsi les contraintes liées au déplacement vers l'hôpital et réduisant les risques d'infections nosocomiales chez la clientèle hébergée.

Oncologie

L'année 2008-2009 est déterminante pour le développement de l'oncologie alors que le CSSS accueille trois nouveaux hémato-oncologues de grande renommée. L'Établissement continue de marquer des avancées importantes dans son programme intégré de lutte au cancer avec la mise en place d'un centre intégré de lutte au cancer à l'Hôpital de Verdun grâce auquel il est mieux préparé à combattre ce mal et à accompagner les personnes atteintes dans les différentes étapes de leur prise en charge. Le centre favorise également la prévention et la détection précoce des cancers. Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun est le premier CSSS à mettre en place un mécanisme qui diminue les délais lors de l'investigation, ce qui permet un accès plus rapide aux soins et aux traitements contre le cancer. En novembre 2010, l'établissement est désigné centre de dépistage du cancer colorectal par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Urgence

La gestion de l'urgence de l'Hôpital de Verdun est reconnue comme un modèle et sa performance a maintes fois été saluée par les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Le 18 février 2011, l'urgence de l'Hôpital de Verdun fait les manchettes du journal La Presse dans l'article « Solution miracle aux urgences à Verdun » d'Ariane Lacoursière. Dans cet article, le Dr Jocelyn Barriault, chef de l'urgence, explique que « la pression aux urgences a diminué parce qu'elle est maintenant répartie sur l'ensemble de l'Hôpital grâce à la collaboration de tous. » Dr Barriault ajoute : « Dès qu'on sait qu'un patient doit être hospitalisé, on l'envoie au bon service. Il reste sur sa civière, mais il est à l'étage, sous les soins du médecin. Ça libère



Urgence de l'Hôpital de Verdun, rénovée en 2004.



Urgence de l'Hôpital de Verdun, rénovée en 2004.

les urgences. » À cette même époque, l'introduction d'infirmières auxiliaires aux urgences permet d'alléger la tâche des infirmières qui sont en mesure de superviser dix patients plutôt que six. Ces nouvelles mesures, et bien d'autres qui suivront, permettent à l'urgence de l'Hôpital de Verdun d'obtenir d'excellents résultats au Palmarès des urgences de la Presse 2011-2012, résultats qui se maintiennent depuis, et cela, en dépit d'un volume d'activités en constante augmentation. En 2014, l'urgence de l'Hôpital de Verdun fait partie des meilleures urgences de la région montréalaise.

Toujours à l'avant-garde, même sur le plan technologique, l'urgence participe en 2013 à un projet pilote visant à expérimenter l'utilisation d'iPhones et d'un progiciel destiné à la gestion des services d'urgence. Développé par Logibec, le progiciel est créé en tenant compte des besoins exprimés par le personnel médical, notamment d'être alerté lors de l'arrivée de nouveaux patients, lors de l'entrée de nouveaux résultats et d'obtenir les signes vitaux

des patients. Cette nouvelle méthode de travail permet de sauver beaucoup de temps, tant du côté des médecins, qui peuvent maintenant suivre les données en temps réel disponibles dans leur poche, que des infirmières, qui n'ont plus à transmettre autant d'informations aux médecins qu'avant. Le temps gagné est réinvesti directement auprès de la clientèle.

Soins palliatifs à domicile

Depuis la création du CSSS en 2004, deux médecins, Dre Geneviève Dechêne et Dr Robert Marchand, accompagnés d'une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins palliatifs, travaillent auprès des patients en fin de vie du territoire avec un objectif : que ceux souhaitant mourir à domicile puissent le faire. Entre 2005 et 2010, le nombre de jours-présence à l'Hôpital en soins palliatifs passe de 4085 à 2716. Pendant la même période, le nombre d'interventions de soins palliatifs au soutien à domicile passe de 7206 à 8253, avec une moyenne de 412 usagers par année. L'équipe des soins palliatifs à domicile est soutenue activement par la direction de l'établissement, laquelle mise sur ce type de soins qui permet aux malades de vivre ces heures difficiles à la maison. À son arrivée au poste de directrice générale en 2012, Mme Sonia Bélanger fait d'ailleurs du soutien à domicile une priorité.

Dans un dossier spécial sur les soins palliatifs à domicile publié à la Une de La Presse du 6 janvier 2014, la journaliste Ariane Lacoursière fait le point sur la situation des soins palliatifs à domicile sur l'île de Montréal. Alors qu'en moyenne 15 à 20 % des patients montréalais meurent à domicile, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun se démarque largement avec un taux de 55 % de décès à domicile.

L'excellence des soins palliatifs à domicile est soulignée par un Coup de chapeau verdunois en 2013 de même que par de nombreux reportages des médias, notamment ceux de Radio-Canada, le 22 juin 2012, Enjeu, le 25 octobre 2013, et La Presse +, le 6 janvier 2014.

*Rêver plus grand –
La rénovation de
l'Hôpital de Verdun :
un incontournable*

Construit en 1932 et ayant très peu bénéficié de travaux d'infrastructure, si ce n'est la construction d'une nouvelle urgence en 2004, l'Hôpital de Verdun doit actualiser sa vision d'avenir

en modernisant et en agrandissant les unités de soins et le centre ambulatoire, afin de continuer de bien servir la population et de continuer de soutenir l'excellence. En effet, l'hôpital compte de nombreuses chambres multiples dont plusieurs sont même dépourvues de douches et de toilettes, cela, pour desservir une population de plus de 143 000 personnes, dont une proportion importante a plus de 75 ans.

Entre 2000 et 2009, le CSSS met beaucoup d'efforts au développement et à l'actualisation de son Plan directeur immobilier (PDI), lequel est finalement approuvé par l'Agence de santé et des services sociaux (ASSSM) de Montréal en juin 2010, pour une valeur totalisant 144 M\$. En 2012, à la demande du Ministère, le projet est scindé en deux phases, dont la première phase comprend la modernisation et l'agrandissement du centre ambulatoire et des unités de soins pour un montant de 59 M\$.

Le 27 mars 2013, quatre projets de rénovation sont annoncés dans le cadre d'une conférence de presse pour un investissement de 11 M\$. L'Hôpital sera



Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Campagne de notoriété de l'Hôpital de Verdun.

doté d'un nouvel aménagement pour son service d'endoscopie, d'une centrale de stérilisation complètement rénovée et d'une pharmacie à la fine pointe de la technologie. Il bénéficiera également du remplacement d'un appareil de graphie de même que d'un projet de réaménagement en médecine nucléaire pour une caméra Gamma. Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun profite de l'occasion pour dévoiler une campagne de notoriété et de visibilité de l'Hôpital de Verdun visant à soutenir le PDI.

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun
- © Magalie Dagenais



M. Pierre Rousseau, du Forum économique de Verdun, remet la pétition à Mme Lorraine Duchesne-Noiseux, présidente du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

Le 27 février 2014, une autre conférence de presse se tient à l'Hôpital de Verdun au cours de laquelle M. Pierre Rousseau du Forum économique de Verdun dépose une pétition citoyenne en faveur du projet d'agrandissement et de modernisation de l'Hôpital. Comptant plus de 5500 signatures, la pétition est remise à Mme Lorraine Duchesne-Noiseux, présidente du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, en présence de distingués invités, dont M. Jean-François Parenteau, maire de l'arrondissement de Verdun, M. Benoît Dorais, maire de l'arrondissement du Sud-Ouest, et Mme Denise Méryneau, présidente de la Chambre de commerce et d'industrie du Sud-Ouest de Montréal (CCISOM).

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun - © Magalie Dagenais



Dr Jacques Jobin s'adressant à la salle comble de distingués invités, dont M. Jean-François Parenteau, maire de l'arrondissement de Verdun, M. Benoît Dorais, maire de l'arrondissement du Sud-Ouest, et Mme Denise Méryneau, présidente de la Chambre de commerce et d'industrie du Sud-Ouest de Montréal (CCISOM).

Devant l'ampleur de la mobilisation citoyenne, la pétition et les lettres d'appui des conseils professionnels, de la Fondation de l'Hôpital de Verdun, du Comité des usagers du CSSS du Sud-Ouest–Verdun et des syndicats sont transmises à la première ministre du Québec, Mme Pauline Marois, et aux ministres Réjean Hébert, Jean-François Lisée et Véronique Hivon dès la fin de la conférence de presse.

Cet événement suscite vivement l'intérêt des médias, qui se déplacent en grand nombre pour l'occasion. En pleine période électorale, l'Hôpital de Verdun bénéficie d'une grande visibilité médiatique qui permet de reconnaître à l'échelle provinciale son état physique, mais également la grande qualité de ses équipes soignantes qui, malgré un cadre inadéquat, arrivent à donner des soins exceptionnels.

La rénovation de l'Hôpital de Verdun devient un enjeu électoral local lors de la campagne provinciale de 2014; les grands partis politiques donnent tous leur appui au projet.

Sur la voie de l'amélioration continue

Ayant bénéficié d'une véritable cure de renouveau au cours des dernières années, les arrondissements du Sud-Ouest et de Verdun sont, en 2014, le théâtre d'un boum immobilier et commercial majeur, qui attirera 20 000 citoyens de plus d'ici 2020. Face à une population qui se fait à la fois grandissante et vieillissante, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun compte sur le soutien de ses équipes pour continuer d'offrir les meilleurs services qui soient; mais il mise également sur la force de toute sa communauté pour relever le défi, notamment par le biais de la prévention.

Le CSSS met par exemple sur pied, en 2012, le programme *Osez la santé*, qui offre une gamme de services d'accompagnement en vue d'aider la communauté à adopter de saines habitudes de vie. Ce projet permet au CSSS d'exercer un leadership et d'assurer un rôle d'influence, de mobilisation et d'animation en promotion des saines habitudes de vie auprès des partenaires intersectoriels qui influencent les modes de vie de la communauté. L'objectif est d'intervenir en direct, dans les milieux de vie de la population, et d'apporter des changements d'habitudes qui seront durables et auront des bénéfices à long terme.



À l'été 2013, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun devient « CSSS, ami des aînés » et s'engage à promouvoir l'excellence des soins et des services appropriés à la condition et aux capacités des personnes âgées et de leurs familles. En devenant « ami des aînés », le CSSS s'assure que les principes gériatriques et les

standards de pratiques gériatriques sont intégrés dans tous les processus de soins. L'approche « CSSS, ami des aînés » vise également à faire converger les actions menées dans la communauté et celles accomplies par le CSSS pour améliorer les soins et les services aux personnes âgées.

Bien que les défis à venir soient nombreux pour les établissements de santé en 2014, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun est plus déterminé que jamais à continuer de veiller à la santé et au bien-être de sa population, en accord avec ses valeurs que sont le respect, l'engagement, le client au centre des préoccupations et la responsabilisation. En misant sur la force d'une équipe élargie, constituée de ses employés, de ses médecins et même de sa communauté, le CSSS continuera de tracer la voie de l'amélioration continue pour la santé et le bien-être des générations futures du Sud-Ouest et de Verdun !

Une nouvelle directrice générale pour la création du CSSS



Mme Danielle McCann,
directrice générale du CSSS
de 2004 à 2012

Cœuvrant dans le domaine de la santé depuis plus de 25 ans lorsqu'elle accède au poste de directrice générale, Danielle McCann a développé une solide expérience comme professionnelle et gestionnaire dans le secteur hospitalier, en première ligne et en hébergement. Elle occupe le poste de directrice générale de 2004 à 2012. Il lui revient donc la tâche de créer et de coordonner ce nouveau réseau fusionné qui comprend sept centres d'hébergement, trois CLSC et un hôpital.

Sous sa direction, Danielle McCann a su implanter une culture organisationnelle axée sur la qualité et la performance tout en développant un réseau intégré de services avec les partenaires locaux et régionaux. Leadership, rigueur et détermination inspirent son mandat qui durera plus de huit ans.

Madame McCann participe à la mise sur pied de la première clinique-réseau intégrée de Montréal. Elle pose les assises d'une organisation innovante, technologique et ambitieuse. Faisant de la première ligne médicale un secteur vivant, efficace et novateur, elle développe avec le comité de direction une approche qui se traduit par

des services multidisciplinaires et qui met l'accent sur l'éducation, la prévention, le suivi médical et social des jeunes mamans, des diabétiques, les soins à domicile, etc.

Son héritage riche et structuré permet au CSSS de s'épanouir encore davantage dans les années futures.

*Mme Sonia Bélanger,
directrice générale du CSSS
depuis 2012*

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun



Mme Sonia Bélanger,
directrice générale du CSSS
de 2012 à nos jours.

La directrice générale, Mme Sonia Bélanger, succède à Danielle McCann aux commandes du plus gros des douze CSSS de l'Île de Montréal. Infirmière de profession et détentrice d'une maîtrise en administration de la santé, Sonia Bélanger a partagé le quotidien des équipes de soins et occupé différentes fonctions dans plusieurs grands établissements du Québec avant d'accéder au poste de directrice générale du CSSS Sud-Ouest-Verdun, le 6 août 2012.

Rapidement, la directrice générale s'approprie son nouvel environnement en rencontrant les partenaires du réseau, les médecins et chacune de ses équipes et s'illustre, dès le début de son mandat, par sa connaissance approfondie des dossiers. Elle mise sur le développement des services, sur la mobilisation des équipes et sur les projets novateurs pour remplir la mission de l'organisation. Appuyée par le conseil d'administration, elle fait du plan directeur immobilier de l'Hôpital de Verdun son cheval de bataille et met en œuvre une stratégie imposante afin de faire de ce projet un incontournable pour le ministère de la Santé et des Services sociaux et pour la communauté de Verdun.

En symbiose avec les ressources du milieu, la directrice s'allie les forces vives de la communauté pour rapprocher l'organisation de la réalité-terrain. Figure éminemment respectée dans tous les cercles côtoyés, elle s'implique également dans le réseau national de la santé et siège sur différents conseils afin de porter la voix du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

Elle dirige le CSSS avec dynamisme, vision et humanité. À son arrivée, plusieurs grands projets seront priorisés au sein de l'organisation. La philosophie Lean, le leadership infirmier, les nouvelles technologies, les ententes avec les établissements d'enseignement et la rénovation de l'Hôpital de Verdun connaîtront une importante progression.

Elle porte un message fort aux équipes : « Au-delà des chiffres, des volumes et des indicateurs qui font notre fierté, n'oublions pas qu'il y a des personnes, des usagers et des résidents qui sont notre raison d'être et d'agir. C'est d'abord pour eux que nous prenons nos décisions et que nous nous réinventons sans cesse. Parce qu'aujourd'hui, il ne suffit plus d'atteindre nos objectifs pour offrir le meilleur de nos compétences et de notre expérience. Il faut avoir l'audace de renouveler nos façons de faire, de nous dépasser. »

*Mme Lorraine Duchesne-Noiseux,
présidente du conseil d'administration du CSSS
de 2004 à nos jours*



Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Mme Lorraine Duchesne-Noiseux,
présidente du conseil
d'administration
du CSSS du Sud-Ouest-Verdun
depuis 2004.

Mme Lorraine Duchesne-Noiseux conjugue un parcours impressionnant sur les plans professionnel et académique avec une vie personnelle comblée. Mère de trois enfants, elle collabore à la direction d'une pharmacie bien connue à Verdun (1978-2003). Détentrice d'un baccalauréat en pédagogie et d'un autre en sociologie, cette Grande Verdunoise (2013) obtient une maîtrise et un doctorat en sociologie. Elle poursuit ses études à l'Institut national d'Études Démographiques à Paris où elle est chercheuse invitée (1996-2000) et ensuite chercheuse associée à l'Université de Montréal.

Impliquée dans la communauté, elle fut notamment présidente du Conseil d'administration du Centre hospitalier de Verdun et membre des conseils d'administration de la Fondation du CLSC de Verdun/Côte-St-Paul et de la Caisse populaire Notre-Dame-de-Lourdes, autres piliers de la communauté verdunoise.

Présidente du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun depuis 2004, elle donne une même vision à onze sites et pose les fondations du CSSS d'aujourd'hui. Depuis, sa gouvernance

est marquée par un leadership mobilisateur, une gouverne efficace, solide et stable, et l'atteinte de l'équilibre budgétaire à chaque année depuis la création du CSSS, et ce, sans jamais compromettre l'offre de services.

Sous sa présidence, on reconnaît l'administration exemplaire de l'établissement (Agrément Canada); on adopte une philosophie de gestion qui met l'utilisateur au cœur des préoccupations; on intègre des nouvelles technologies par l'introduction du premier « CA sans papier », et le CSSS rayonne exceptionnellement dans le réseau de la santé et des services sociaux où l'établissement fait office de modèle dans plusieurs domaines.

Mme Duchesne-Noiseux fait également une priorité du projet de modernisation et d'agrandissement de l'Hôpital. Elle portera à bout de bras ce projet afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services qui y sont offerts. Récipiendaire du prix Leadership de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010), la présidente inspire tous ceux qui la côtoient.

Membres du conseil d'administration

2012-2013

du CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Source : CSSS du Sud-Ouest-Verdun



Mme Lorraine Duchesne-Noiseux, présidente (1) – M. Gilles Beaudry, vice-président (2)
– Mme Sonia Bélanger, directrice générale (3) – Me Pascale Bédard (4) –
Mme Andréia Bittencourt (5) – M. Patrice Catoir (6) – M. Bernard Circé (7)
– M. Gaëtan Couture (8) – Mme Jennifer De Combe (9) – M. Robert Degray (10) –
Mme Julie Demeule (11) – Mme Lise Dubreuil (12) – Mme Micheline Girard (13)
– M. Walter Gregory (14) – Dr Jacques Jobin (15) – Mme Françoise Morin (16) –
Mme Catherine P. Mulcair (17) – Dr Guy Rivard (18).

INDEX



A

Aird, George 78
 Allan, Hugh 45
 Allen, Charles M. 57
 Arcand, Charles-Joseph 57
 Archambault, Avila-Dalvini 39, 41, 42, 63
 Archambault, Paul 72
 Athlone voir Cambridge,
 Atholstan (lord), Hugh Graham 40
 Aubertin, Alexandre 17
 Aubry, A.-D. 13-16
 Auclair, Magloire-A. 115

B

Bain, S.S. 35
 Barbeau, Gérard 70
 Barriault, Jocelyn 166
 Bateman, A. 126
 Beaman, Henry J. 35
 Beauchamp, Jules 22
 Beaudoin, Gérard 74, 78
 Beaudry, Gilles 174
 Beaudry, J.-A. 28
 Beaupré, Paul 105
 Beauregard, Jean-Marie 77
 Bédard, Pascale 174
 Bélanger, Georges 149
 Bélanger, Sonia 159, 167, 172, 174
 Benoit, Moïse 19
 Benoit, Roméo 132
 Bérénice, sœur Providence 69
 Bernier, Antoinette 63
 Bittencourt, Andréia 174
 Blackader, A. D. 31
 Boileau, Ulric 56
 Bond, William 45
 Bossé, Georges 149, 152
 Bouchard, Pierre 100
 Bouchard, Téléphore-Damien 41

Boucher, Séraphin 31, 32, 40
 Bourassa, Robert 7, 79, 94, 105, 126, 135
 Brault, Joseph 35
 Bray, J. Allan 108
 Breton, Jean-Jacques 97
 Brissette, W.-M. 22
 Brouillette, Gilles 153
 Bruère, Andrew A. 29
 Brunet, Hervé 132
 Brunet, Jacques 138
 Buchan, John, lord Tweedsmuir 62
 Budd, W. D. 35
 Burgess, Thomas Joseph Workman 47, 50
 Burland, George 50
 Burland, M. 17

C

Cadieux, Roger 129, 137, 139, 143, 146, 154
 Cadieux, Roméo 137
 Cambridge, Alexander Augustus Frederick
 William Alfred George, lord Athlone 118
 Capistran, Robert 105
 Caron, Lucien 127
 Caron, Philibert 13
 Castonguay, Claude 82, 127
 Catoir, Patrice 174
 Chabot, docteur 38
 Champleau, Joseph-Adolphe 45
 Chaumont, Joseph-Conrad 68, 69
 Chauvin, Antoinette 111
 Circé, Bernard 174
 Clark, Orlando L. 13
 Clark, William 35
 Cloutier, Jean-Paul 78
 Colledge, Mary 53
 Coswell, Louis S. 41
 Côté, J.-A. 108
 Côté, Marc-Yvan 88, 105, 133
 Côté, Paul-Émile 69
 Couillard, Philippe 8, 89, 134
 Couture, Gaëtan 174

Couture, Jacques	95, 114
Couturier, Alphonse	76
Crawford, John Molson	33, 35, 46, 47
Crawford, John	47
Currie, Arthur	40
Cypihot, Théodule	29

D

Dagenais, Ferdinand	19
Dauphinais, Angéline	63
Davidson, William B.	17
Décarie, Rémi	19, 22, 23
Décarie, Rémi-Clothaire	108
Décary, Mance	118
Décary, Rémi	118
Dechêne, Geneviève	167
De Combe, Jennifer	174
Degray, Robert	174
Demers, Élise	21
Demers, Jacques	152
Demers, Jean-Marie	132
Demeule, Julie	174
Dodier, Raynald	96
Dorais, Benoit	169
Douglas, James	50
Drapeau, Jean	152
Dubé, Jean-Maurice	113, 126
Dubreuil, Lise	174
Duchesne-Noiseux, Lorraine	169, 173, 174
Dumais, Bertrand	77
Dunn, David	151
Dunn, Joseph	15
Duplessis, Maurice LeNoblet	74
Dupras, Claude	82
Dupuis, J.-P.	55

E

Emard, Joseph-Ulric	17
Éthier, Raymonde	114

F

Fauteux, Rose	71
Ferland, Hervé	58
Filiatrault, Praxède	109
Forget, Claude	129
Frenette, Maurice	132

G

Gagnon, J.-A.	55
Gagnon, Katia	121
Gamelin, sœur	59
Gariépy, J.-Albert	126
Gaudry, Julie	22, 24
Gauthier, Georges	57
Gauthier, Octave	19
Gélinas, Jacques	79
Gendreau, Cécil	138-141, 145-146
Gentès, Thérèse	153
Gervais, Rita	111
Gill, Madeleine	98
Girard, Micheline	174
Girouard, Jean	120
Goyer, Philomène	118
Graham, Hugh, lord Atholstan	40
Grauer, Albert Edward	60
Gregory, Walter	174
Groulx, Henri	41
Guimond, Léo	132

H

Hadley, Daniel	33
Hadley, Henry	34, 47
Hall, John Smythe	33
Hall, William	11
Harnois, Gaston	96
Harvey, Germain	120, 124
Hébert, François	77
Hébert, Réjean	170
Hivon, Véronique	170
Hormisdas-Joseph (sœur Providence)	74
Houloubek, docteur	115
Hutchison, James A.	35

J

Jackson, Peter	13, 16
Jacob, Zénaïde	71
Jobin, Jacques	174
Johnson, Berthe	137
Johnson, Daniel	78, 94
Johnson, Pierre-Marc	147
Jones, Oliver	103
Jutras, Albert	60

K

Koch, Robert

9

L

Laboissonnière, sœur

110

Lachaine, Georges

75, 150

Lachapelle, Séverin

20, 21, 27, 31

Lacoursière, Ariane

166, 168

Lagacé, René

143

Lalonde, J.

29

Lalonde, J.-B.

55

Lalonde, Philippe

93

Lamarre, Yvon

152, 153

Lanctôt, Joseph

20, 22, 26, 27

Lang, Gavin

45

Lanouette, Joseph

33

Lapierre, Aquila

41

Lapointe, sœur

109

Laporte, Jean

78

Larchevêque, Marcel-A.

149

Larose, Gérald

119

Latour, Edmond

13

Lauriault, W.-E.

112

Lavoie-Roux, Thérèse

102, 105, 144

Lazure, Denis

88, 96, 114

Lebel, G.

126

Leclair, J.-A.-A.

55

Leduc, Michel

152

Léger, Paul-Émile, Mgr

111

Lehmann, François

84

Lehmann, Heinz E.

54

Lemieux, Ludger

108

LePailleur, Georges-Marie

57

Leroux, Edwin

27

Lesage, Jean

74, 135

Lesage, Louis

33

Lessard, Jacques

75, 81, 142, 145

Lévesque, René

147

Levine, David

148, 149

Lisée, Jean-François

170

Lussier, André

77

M

MacKasey, Bryce

126

MacPhail, Andrew

50

Madore, Joseph-Alexandre-Camille

21

Magoon, Richard

153

Maillet, Georges

152

Malépart, sœur

109

Mance, Jeanne

68

Marchand, Robert

167

Marcil, Michel

150

Marois, Pauline

156, 170

Martellani, Camille

94

Mathieu, juge

20

May, Edward

35

McCann, Danielle

151, 159, 171

McFarlane, A.H.

126

McGregor, Frank

44

McLean

11

Mercier, Honoré

57

Mérineau, Denise

169

Meyer, Edward B.

17

Molson, John

50

Morel, Réal

128

Morgentaler, Henry

80

Morin, Françoise

174

Mulcair, Catherine P.

174

N

Neil, E.

126

Nobert, Léo

149

O

O'Reilly, George

76

Obrenovitch, Milena

78

P

Panet-Raymond, Jean

74

Paquet, Robert

78

Paré, Claude

77

Parenteau, Jean-François

169

Pasteur, Louis

9

Payette, F.-X.

14

Pelletier, Elzéar

10

Perras, J.-E.

108

Perry, Alfred

45, 49

Persillier-Lachapelle, Emmanuel

10

Peterson, Oscar

103

Picher, Serge

96

Pigeon, Gilles

77

Plante, Eugène

55

Poirier, H.-L.
Poirier, P.-G.
Poulin, Héroïse
Primeau, Ghislaine
Primeau, J.-C.
Prince, Jean-Baptiste

126
108
70
142
108
69

R

Racine, Jacques
Redpath, Peter
Richard, Joseph-Arsène
Rielle, Joseph
Rivard, Guy, Dr
Rogers, Thomas A.
Rosenfeld, Abe
Ross, D. W.
Ross, Lionel
Rousseau, Pierre
Roux voir Lavoie

77
45
44, 56, 57, 58

S

Saunders
Sauvé, P.-H.
Séguin, Alphonse
Séguin, Roger
Shanks, Gérard
Simard, Michel
Simcock, William
Slight, David
Stewart, Barbara
St-Pierre, Wilfrid

35
55
109
126
94
149
33
52
83
112

T

Thériault, Jean-Paul
Thibault, Eugène
Thibault, Philias
Trudeau, Pierre Elliot
Trudel, Narcisse
Turner, John
Tweedsmuir (lord), John Buchan

74
70, 71
71
80, 81
19
81
62

V

Vandandaigue, P.
Venne, Alphonse

55
56

W

Wagner, Claude
Ward, Alfred
Wilcox, T.A.B.
Wilson, Edward

78
35
126
41

Liste des différentes appellations des institutions relevant du CSSS du Sud-Ouest-Verdun de 1867 à 2014

Centre d'hébergement Champlain :

Hôpital Champlain de Verdun, pavillon Champlain du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

Centre d'hébergement Louis-Riel :

Résidence Louis-Riel, Centre d'accueil Louis-Riel

Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun :

Manoir de Verdun, pavillon Manoir-de-Verdun du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun

Centre d'hébergement Réal-Morel :

Résidence Réal-Morel, Centre d'accueil Réal-Morel

Centre d'hébergement de Saint-Henri :

Asile Saint-Henri, Foyer Saint-Henri, Centre de santé Saint-Henri, pavillon Saint-Henri des Résidences Mance-Décary

Centre d'hébergement des Seigneurs :

Metropolitan Nursing Home, Résidence Dorchester, pavillon des Seigneurs des résidences Mance-Décary

Centre d'hébergement Yvon-Brunet :

Centre d'accueil Henri-Dunant, La résidence Yvon-Brunet

CLSC de Saint-Henri

CLSC de Verdun

CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul

Hôpital de Verdun :

Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, Hôpital général de Verdun, Centre hospitalier de Verdun



Source : Archives du Centre hospitalier de Verdun

L'École des infirmières au premier plan et l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun, vers 1946.

TABLE DES MATIÈRES



NOTE AUX LECTEURS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 -LA SANTÉ SOUS LA JURIDICTION LOCALE	9
Un portrait général de la santé à Montréal	9
Le village de Saint-Gabriel (1874-1887) à Pointe-Saint-Charles et l'indifférence des élus en matière d'hygiène publique	11
Le village de Côte-Saint-Paul devenu Ville de Saint-Paul (1874-1910), à l'avant-garde des mesures de santé	12
Le village du boulevard Saint-Paul devenu Ville-Émard (1878-1910) et les actions plutôt timides du Bureau d'hygiène	16
— Naissance de Ville-Émard	17
La Cité de Saint-Henri (1875-1905), des conseillers divisés	19
— Séverin Lachapelle	21
— Un asile des Sœurs Grises à Saint-Henri	22
La Cité de Sainte-Cunégonde (1876-1905), une enclave indépendante	27
Sous la gouverne de Montréal, le secteur Sud-Ouest	30
CHAPITRE 2 - VILLE DE VERDUN : L'EXPÉRIENCE MUNICIPALE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET L'IMPLANTATION D'UNE INSTITUTION PSYCHIATRIQUE	33
Les premières décisions municipales	33
— La clinique contre la tuberculose	40
La difficile implantation d'un hôpital psychiatrique	45
— Négociation entre le Protestant Hospital et le gouvernement du Québec	48
Des malades qui participent aux travaux de l'institution	50

CHAPITRE 3 - L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU CHRIST-ROI DE VERDUN (1928-1974)	55
La fondation d'un hôpital catholique à Verdun	55
Sous l'intendance des Sœurs de la Providence	60
— A.-Dalvini Archambault, un pionnier de la médecine à Verdun	63
L'École des infirmières	63
— Le manque de médecins en 1949	66
— Eugène Thibault, un éminent médecin	71
Un hôpital en constante évolution	72
— Un départ soudain d'infirmières	74
Plaidoyer en faveur de l'agrandissement de l'hôpital	76
— Le département de psychiatrie	78
— Un comité thérapeutique pour l'avortement ?	80
 CHAPITRE 4 - AUX PREMIÈRES LIGNES, LES CLSC, UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE (1968-2004)	 83
La clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, les débuts	83
La clinique communautaire en mode survie	87
La clinique communautaire, ses projets	89
— Coopération entre la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et le Centre hospitalier Douglas en santé mentale	90
Vers la création de cliniques pour des services en première ligne	93
Promesse d'un hôpital à Saint-Henri	93
Le CLSC de Saint-Henri	94
— L'Hôpital Sainte-Justine au service de la population de Saint-Henri	96
— Le Centre communautaire de santé de la Petite-Bourgogne	98
Vers la modernité au CLSC de Saint-Henri	98
— La Petite-Bourgogne, une terre d'accueil	102
— Portrait de la population du quartier Saint-Henri	103
Un nouveau venu, le CLSC Côte-Saint-Paul-Ville-Émard-Verdun	104

CHAPITRE 5 - AU SERVICE D'UNE POPULATION EN PERTE D'AUTONOMIE	107
L'évolution du Foyer Saint-Henri	107
— L'hospice de Sainte-Cunégonde, une fin tragique	109
Du Centre de santé Saint-Henri aux Résidences Mance-Décary	112
— Sœur Raymonde Éthier	114
— Que de résidences : Dorchester-Des Seigneurs et Auclair !	115
Les Résidences Mance-Décary	116
— Qui est Mance Décary?	118
La Résidence Yvon-Brunet, à l'avant-garde des droits de la personne âgée	119
— Germain Harvey, un homme à l'avant-garde	124
Le Centre d'accueil Louis-Riel	124
Un foyer pour les personnes âgées : le Manoir de Verdun	126
— Le Centre d'accueil Réal-Morel	128
L'Hôpital Champlain, une lente progression	132
 CHAPITRE 6 - L'HÔPITAL DE VERDUN, DE 1970 AU TOURNANT DES ANNÉES 2000	 135
Une prise en charge étatique de la santé au Québec –	
Loi sur les services de santé et les services sociaux	135
— Le D ^r Roger Cadieux, un médecin omniprésent	137
L'Hôpital général de Verdun en transition	138
Les Sœurs quittent l'Hôpital général du Christ-Roi de Verdun	142
Le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun	143
La réduction des lits, une situation récurrente	145
L'obstétrique	146
— David Levine, directeur général de 1982 à 1992	148
— L'enseignement universitaire au Centre hospitalier de Verdun	150
La fusion des hôpitaux de Verdun et de LaSalle : le Centre hospitalier Angrignon	152
— La Clinique médicale Physergo du Sud-Ouest	154

CHAPITRE 7 - DE 2004 À NOS JOURS	157
Un changement majeur : la mise en place de CSSS	157
Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun	158
Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun de 2004 à 2014	158
La qualité et la sécurité des soins et services au quotidien	159
Un CSSS impliqué dans la formation de la relève	159
Affiliation à l'Université de Montréal	159
Centre de formation en santé	160
Tous partenaires pour mieux faire : l'implantation d'une culture Lean	161
Une transformation organisationnelle	162
— Les employés de l'Hôpital de Verdun créent un fauteuil roulant	
100 % adapté aux besoins hospitaliers	163
Un CSSS résolument innovant	163
De nombreux secteurs d'excellence	165
Gériatrie	165
Néphrologie	165
Oncologie	166
Urgence	166
Soins palliatifs à domicile	167
Rêver plus grand – La rénovation de l'Hôpital de Verdun : un incontournable	168
Sur la voie de l'amélioration continue	170
Une nouvelle directrice générale pour la création du CSSS	171
Mme Sonia Bélanger, directrice générale du CSSS depuis 2012	172
Mme Duchesne-Noiseux, présidente du conseil d'administration du CSSS	
de 2004 à nos jours	173
Membres du conseil d'administration 2012-2013 du CSSS du Sud-Ouest–Verdun	174
INDEX	175
LISTE DES DIFFÉRENTES APPELLATIONS DES INSTITUTIONS RELEVANT DU	
CSSS DU SUD-OUEST–VERDUN DE 1867 À 2014	179

Thématique universelle, la santé rassemble les gens autour de bonheurs, d'inquiétudes, de peines et d'espoirs. Raconter 150 ans d'histoire de la santé des quartiers Sud-ouest et Verdun, c'est relater 150 ans d'évolution scientifique, technologique et biologique. S'enrichir de l'histoire de la santé du territoire de 1867 à nos jours, c'est comprendre les conditions de vie et les mœurs populationnelles en faisant une incursion à travers les époques.

Au fil des ans, à l'instar des autres régions du Québec, le destin de la population du territoire s'est entremêlé à celui du réseau de la santé. Omniprésentes, les équipes du CSSS du Sud-Ouest-Verdun participent à la santé et au mieux-être de la communauté et, grâce à elles, des vies, des deuils et des histoires de familles sont, chaque jour, transformés.

Aujourd'hui, animée par des valeurs d'engagement et de responsabilisation, l'organisation coordonne un réseau local en déployant une gamme élargie de services interdisciplinaires. Or, au-delà des chiffres et des volumes d'activités tout à l'honneur du CSSS, c'est d'abord par le sentiment d'appartenance témoigné par la communauté que l'établissement s'illustre dans le réseau de la santé québécois.

