

**RAPPORT**  
de la  
**COMMISSION D'ENQUETE**  
sur  
**L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION**  
de  
**L'HOPITAL JEAN-TALON**  
de  
**MONTREAL**

---

M. VICTOR CHABOT, JUGE DE DISTRICT,  
M. J. HENRI CHARBONNEAU, MEDECIN  
M. GUSTAVE AUGER, MEDECIN,  
Commissaires Enqueteurs

M. MAURICE GUAY,  
secrétaire.

Me JEROME CHOQUETTE,  
Me ANDRE VILLENEUVE,  
conseillers juridiques.

## TABLE DES MATIÈRES

	Pages
ARRETES EN CONSEIL . . . . .	1 & 2
ASSERMENTATIONS . . . . .	2
CONSEILLERS JURIDIQUES . . . . .	3
REMERCIEMENTS . . . . .	3 & 4
SOMMAIRE MATERIEL DE L'ENQUETE . . . . .	5 & 6
TEMOINS ET PREUVE DOCUMENTAIRE . . . . .	6
DIVISIONS DU RAPPORT . . . . .	7 & 8
LE DOCTEUR HORI ET L'HOPITAL . . . . .	10 & 11

### CHAPITRE 1 :-

<p>a) <u>organisation matérielle externe:</u>            achats de terrains, expropriations, constructions,            agrandissements . . . . .</p>	12
<p>b) <u>organisation juridique:</u>            incorporation, charte, règlements            généraux, conseil d'administration, sa composition, ses            pouvoirs, ses activités . . . . .</p>	22
<p>c) <u>organisation interne,</u>            scientifique et technique,            l'hôpital - l'administrateur -            le directeur médical - le bureau            médical - les comités médicaux -            leurs fonctions, leurs activités,            - les chefs de service - les résidents,            les internes, les bénévoles -            le bureau d'admission - le nursing -            l'équipement - les laboratoires -            la recherche . . . . .</p>	30

## CHAPITRE 2 :-

Pages

Administration financière. Formation du conseil d'administration - les relations entre les administrateurs et le président, Dr Hori - la vente de l'hôpital privé - le prix - les achats de terrains - Hori Investment Limited - W.P. Investment Limited - Injecta Corporation Limited - les conflits d'inté- rêts - les libéralités du docteur Hori - le cas Courtemanche et les autres - le 'surgical fund' - le 'memo du docteur Hori' - confusion générale dans les finances de l'hôpital . . . . .	63
---	----

## CHAPITRE 3 :-

Etude critique des statuts et règlements de l'hôpital Jean-Talon . . . . .	108
---	-----

## CHAPITRE 4 :-

a) Administration médicale: médecine proprement dite, technique médicale, standards médicaux observés à Jean-Talon ;	
b) Pratique médicale et chirurgicale personnelle des médecins à Jean-Talon;	
c) Administration de la médecine: relations entre le bureau médical et le conseil d'administration, relations entre les divers comités médicaux et l'autorité administrative, le contrôle efficace sur l'acte médical . . . . .	119 & 120
CONCLUSIONS . . . . .	162
RECOMMANDATIONS . . . . .	170
CEDULE "A" : Bureau d'admission . . . . .	180
CEDULE "B" : Statuts et règlements du bureau médical de l'hôpital Jean-Talon. Tout hôpital non enseignant et non spécialisé pourrait y recourir, (Mutatis mutandis) . . . . .	187

Au Lieutenant-Gouverneur en Conseil,  
Hôtel du Gouvernement,  
QUEBEC.

Décret  
No ~~889~~

839

Par arrêté en conseil no 889, en date du 24 mars 1961, une commission d'enquête a été instituée en vertu du chap. 9 des S.R.Q. 1941, afin d'examiner l'administration générale de l'hôpital Jean-Talon, de Montréal. Par le même décret, M.J. Henri Charbonneau et M. Gustave Auger, tous deux membres du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, étaient nommés commissaires enquêteurs et étaient tenus de faire rapport de leurs travaux dans les deux mois de leur nomination.

Le même arrêté en conseil nommait M. Maurice Guay secrétaire et sténographe officiel auprès de la Commission.

Décret  
No 911

Le 6 avril 1961, en vue de préciser les pouvoirs des commissaires, l'arrêté en conseil ci-haut mentionné était modifié par le décret no 911 en remplaçant les mots: "sur l'administration générale de l'hôpital Jean-Talon, de Montréal", par les mots: "sur l'organisation et l'administration de l'hôpital Jean-Talon, de Montréal, tant du point de vue financier que du point de vue médical".

Décret  
No 1016

Enfin, les deux commissaires nommés le 24 mars 1961 par l'arrêté en conseil no 889, "ayant exprimé le besoin de leur adjoindre, à titre de troisième commissaire, un magistrat ou un autre membre de la profession légale", le 20 avril 1961, l'arrêté ministériel no 1016 était adopté, nommant membre de la commission M. le juge de district Victor Chabot, de Saint-Hyacinthe. Il était prévu, dans ce dernier décret, que la commission serait tenue de faire rapport dans les trois mois de la date du 20 avril 1961. Ce délai, prolongé au 30 septembre 1961 par l'arrêté ministériel no 1466 adopté le 30 juin 1961, a été de nouveau étendu jusqu'au 15 décembre 1961 par l'arrêté ministériel no 1903, adopté le 15 septembre 1961. Le 8 novembre 1961, à cause de l'absence du Grand

Décrets  
Nos 1466  
et 1903

Sceau de la Province sur les arrêtés ministériels ci-haut mentionnés, un nouveau décret a été passé créant une nouvelle Commission d'enquête et nommant les trois mêmes commissaires pour examiner les questions soumises à la dite Commission.

Décret du  
8 nov. 1961

MM. les commissaires Auger et Charbonneau ont prêté serment conformément à la loi le 30 mars 1961

Assermentation des  
commissaires.

devant l'Hon. Juge Deslauriers de la Cour Supérieure, à Montréal. M. le Juge Chabot fut assermenté par l'Hon. Juge André Demers de la Cour Supérieure le 25 avril 1961. Ces mêmes commissaires ont de nouveau été assermentés par l'Hon. Juge Paul-Emile Côté, de la Cour Supérieure, le 16 novembre 1961.

En vue d'assister les commissaires dans

Conseillers de la commission. leurs travaux, Me Jérôme Choquette, avocat, M. le Docteur Jean-Jacques Laurier, médecin, et M. Fernand Leblanc, comptable agréé, ont été désignés à titre d'aviseurs juridique, médical et financier, respectivement, auprès de la Commission. Plus tard, Me André Villeneuve, avocat, fut chargé d'assister Me Choquette, en qualité de conseiller légal.

L'enquête a commencé le 7 avril 1961. A

Début et lieu de l'enquête cause du caractère particulier de cette enquête, à cause surtout de la masse de documents auxquels on devait nécessairement référer, il a été décidé de tenir les séances à l'hôpital même. Une salle d'audience fut en conséquence rapidement aménagée; le bureau du Directeur médical fut converti en salle d'archives où toutes les pièces produites furent conservées en lieu sûr. Enfin, un vaste salon aussi accueillant que confortable fut mis à la disposition personnelle des membres de la Commission durant tout le temps de leurs travaux.

Les Commissaires se plaisent à remercier ici

"Gratias" les autorités administratives et médicales de l'hôpital Jean-Talon de leur coopération aussi loyale que spontanée. tout en s'excusant d'avoir été pendant plusieurs semaines, et, surtout, à certaines heures, une cause involontaire de "grand dérangement" dans l'hôpital, ils tiennent à exprimer

leurs sentiments de gratitude à tous ceux qui les ont accueillis avec bonne grâce et bienveillance.

Les commissaires désirent exprimer aussi leur vive appréciation du travail énorme et difficile qu'ont accompli avec talent les deux conseillers juridiques de la Commission Mes Jérôme Choquette et André Villeneuve. Ils ont préparés soigneusement leur présentation des faits et ont servi ainsi avec dévouement l'intérêt général. Ils ont droit à la reconnaissance publique. M. J.J. Laurier, médecin et Fernand Leblanc, c.a ont agi respectivement en qualité d'aviseur médical et financier auprès de la Commission et lui ont rendu de précieux services pour lesquels ils doivent être félicités et remerciés. Enfin, la Commission veut offrir ses remerciements à Me Laurent E. Bélanger, c.r. avocat du Dr. Hori et de la cie Injecta, à Me. Pierre Panneton, avocat de l'hôpital, et à Mes Guy Favreau, c.r. et Roger Savard, avocats du bureau médical, pour la coopération et l'assistance fort utile et très appréciée qu'ils ont apportées au travail de l'enquête. Ce témoignage de gratitude s'adresse aussi à tous ceux qui à un titre ou à un autre ont participé aux recherches de la Commission.

Séances  
publiques  
et à huis-  
clos.

Après avoir tenu séances publiques les 7, 11, 12 et 13 avril, les audiences furent suspendues pour ne reprendre que le 2 mai, après l'arrivée du troisième commissaire,

M.le Juge Victor Chabot. Les séances publiques continuèrent jusqu'au 4 mai. A cette date, le huis clos fut ordonné afin de permettre l'examen de certains cas spéciaux de chirurgie et l'étude des dossiers médicaux que les aviseurs médecins des parties concernées avaient jugé bon de soumettre à l'attention des commissaires. Pendant trois semaines, environ un millier de dossiers furent examinés par la Commission afin de lui permettre d'apprécier la qualité des actes médicaux posés à l'hôpital depuis ses origines. Après cet examen, les chirurgiens concernés furent appelés durant plusieurs jours à fournir leurs explications sur ceux des dossiers qui requéraient plus ample information.

Le 13 juin, les séances publiques furent reprises. En vue de terminer l'enquête avant le mois de juillet, les commissaires ont siégé quatre jours par semaine durant tout le mois de juin, avec séances supplémentaires en soirée durant les deux dernières semaines.

Sommaire  
matériel  
de l'en-  
quête

Commencées le 7 avril, les séances ne prirent fin que le 30 juin 1961, après trente-six jours et quatre soirées d'auditions. Lors d'une séance publique tenue à l'hôpital Jean-Talon, le 29 novembre 1961, conformément aux avis publics dûment donnés, il a été décidé d'accepter comme preuve sur les matières que la nouvelle Commission était chargée d'examiner, la preuve déjà offerte entre le



7 avril et le 30 juin 1961, sur l'organisation et administration générale de l'hôpital Jean-Talon tant du point de vue financier que du point de vue médical.

Cent cinq témoins furent entendus dont plusieurs, rappelés. Leurs témoignages sont reproduits dans vingt-neuf volumes de dépositions consignées dans plus de trois mille six cents pages de texte. Au-delà de deux cents pièces documentaires furent versées au dossier et numérotées. Plusieurs de ces pièces comportent de nombreux documents. C'est ainsi que P.1 comprend la charte de l'hôpital, les règlements, les actes notariés d'acquisitions de terrains, les livres des procès-verbaux d'assemblées, soit en tout trente-sept pièces différentes. P. 2 comprend tous les livres de comptabilité. P.3, toutes les pièces justificatives, chèques, comptes, etc, soit des milliers de pièces. P. 13 et P.14 sont des tiroirs classeurs contenant des centaines de cartes médicales. P.71 à P. 82 contiennent des milliers de dossiers médicaux.

C'est de cette masse d'information que la Commission doit tirer ses observations et les recommandations qu'elle entend soumettre. Le rapport comprendra le fruit des constatations qu'elle a faites en visitant l'hôpital, de même que le résultat des impressions qu'elle a recueillies à travers les dires et mêmes les silences de quelques-uns des nombreux témoins qui ont comparu devant elle.

Le mandat confié à la Commission était double. Elle devait examiner l'organisation de l'hôpital Jean-Talon, et aussi son administration, tant du point de vue financier que du point de vue médical. Ce sera là les deux principales parties du présent rapport. Pour plus de clarté, chacune d'elles comportera des divisions. C'est ainsi qu'au point de vue organisation de l'hôpital, il y aura lieu de traiter en autant de chapitres:

Divisions  
du rapport.

(a) de l'organisation matérielle externe:  
achats de terrains, expropriations, constructions, agrandissements;

(b) de l'organisation juridique: incorporation, charte, règlements généraux, conseil d'administration, sa composition, ses pouvoirs, ses activités;

(c) de l'organisation interne, scientifique et technique: l'hôpital,- l'administrateur,- directeur médical,- le bureau médical, les comités médicaux, leurs fonctions, leurs activités,- les chefs de service,- le bureau d'admission,- le nursing,- l'équipement,- les laboratoires,- la recherche.

La deuxième partie du rapport traitera de l'administration de Jean-Talon, tant du point de vue financier que médical. Encore ici, l'aspect financier sera étudié sous divers angles. C'est ainsi qu'il faudra voir: comment a été formé le conseil d'administration de la

corporation; 2o - les relations entre les administrateurs et le président, Dr. Hori; 3o - comment s'est fait la vente de l'hôpital privé et le prix de vente; 4o - les achats de terrains; 5o - ce qu'étaient Hori Investment Ltd et W.P. Investment Ltd et Injecta Corporation Ltd; 6o - les conflits d'intérêts; 7o - les libéralités du Dr Hori; 8o - le cas Courtemanche et les autres; 9o - le surgical fund ou professional fund; 10o - le memo du Dr. Hori; 11o - confusion générale dans les finances de l'hôpital.

Du point du vue médical, le rapport s'arrêtera tout d'abord à une étude critique des Statuts et règlements du bureau médical de Jean-Talon. Il examinera ensuite : (a) la médecine proprement dite, technique médicale, standards médicaux observés dans l'hôpital Jean-Talon, (b) la pratique médicale et chirurgicale personnelle des médecins à l'hôpital Jean-Talon, telle que révélée par les dossiers et l'interrogatoire des médecins, et (c) l'administration de la médecine : relations entre le bureau médical et le conseil d'administration, relations entre les divers comités et l'autorité administrative, le contrôle efficace sur l'acte médical.

Recommandations. Enfin, en guise de conclusions, le présent rapport comportera un certain nombre de recommandations. Il proposera une codification générale des règles qui devraient régir la fondation, l'administration et le financement des

hôpitaux. L'organisation des institutions hospitalières est devenue si complexe, les organismes médicaux et hospitaliers si fragiles, les relations entre médecins et administrateurs si délicates qu'une législation adéquate est nécessaire pour protéger les droits, et marquer les obligations tant ceux des malades que ceux du corps médical et du corps administratif. Il recommandera une loi des hôpitaux qui devrait être basée sur l'application des règles établies et suivies par les différents organismes d'accréditation des hôpitaux en vue de favoriser le plus haut niveau d'efficacité possible dans la qualité du traitement médical. Il recommandera des modifications à la loi du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec communément appelée "Loi médicale de Québec", chap. 264, S.R.Q. 1941 et amendements. Il faudrait particulièrement préciser les pouvoirs et les droits du collège de limiter les spécialistes et les médecins de pratique générale à l'exercice d'actes médicaux pour lesquels ils sont jugés compétents et de contrôler l'acte médical partout où il est posé.

Les commissaires espèrent qu'avec une législation appropriée, les fautes et les erreurs qu'ils ont relevées au cours de leurs travaux ne se répèteront plus. Ils n'ont pas la naïveté de croire à l'influence des lois dans le perfectionnement moral de l'être humain, mais ils pensent que les sanctions qui leur sont attachées favorisent le bon ordre dans les relations entre les hommes.

Avant d'entreprendre la revue des faits soumis à la Commission, il y a lieu, semble-t-il, de nous arrêter un instant devant le nom d'un personnage qui a non-seulement retenu l'attention des commissaires tout au long de l'enquête, mais qui, en fait, a dominé toute la vie de l'hôpital depuis ses origines jusqu'à aujourd'hui. Ce personnage, c'est le Dr George Hori, fondateur de l'hôpital Jean-Talon et président de son conseil d'administration depuis 1954. D'aucuns ont pu s'étonner d'entendre prononcer très souvent le nom du Dr Hori au cours des séances d'étude. Quand l'on sait le rôle décisif qu'il a joué dans toutes les initiatives de l'hôpital, l'influence souvent redoutable et redoutée qu'il a exercée dans la maison et sur le personnel médical aussi bien qu'hospitalier, il n'y a pas à se surprendre que le nom du Dr Hori ait été si intimement lié à celui de l'institution qu'il n'a jamais cessé de considérer et de traiter comme "son hôpital". Aux yeux de tout observateur serein qui envisage l'oeuvre accomplie par Jean-Talon dans son ensemble, il y a là une réalité vivante dont il faut rendre hommage sans réserve au Dr Hori. C'est lui qui a fondé Jean-Talon en 1953 et qui en a assuré le rapide développement. En ouvrant cette institution hospitalière au public dans les circonstances que l'on sait, il n'y a aucun doute que le Dr. Hori a fait oeuvre utile et méritoire. Qu'il ait fait des erreurs de jugement. Qu'il ait commis des fautes graves dans l'exercice d'une autorité rigide et parfois

irritante, la chose est certaine. Il faut cependant admettre que le Dr Hori s'est souvent trouvé en face de sérieuses difficultés et que, dans bien des cas, il doit avoir le bénéfice de la bonne foi. Quoiqu'il en soit, la Commission se plaît à reconnaître le courage du Dr Hori, son esprit de travail, son goût du risque et son ambition fébrile de faire vite, beau et grand.

Il y a eu dans la vie de cette institution deux périodes distinctes. Si, au cours de la première, celle qui a suivi la fondation en 1953, à aller à la constitution en corporation, le 1er avril 1954, le Dr Hori a été le seul maître de son entreprise qu'il pouvait guider à sa guise vers sa destinée, il n'en était plus ainsi après l'émission de lettres patentes créant la corporation de l'hôpital Jean-Talon. A partir de cette deuxième période, le fondateur n'était plus le maître de l'hôpital. C'est le conseil d'administration qui devenait investi de tous les droits et assumait toutes les responsabilités du Dr Hori, conformément à la loi. Dans tous les actes de sa vie, l'hôpital allait être dorénavant soumis à une loi publique et son statut nouveau de personne légale et morale devait échapper au contrôle personnel de son fondateur.

C'est pour avoir oublié volontairement ou non ce caractère juridique de l'hôpital Jean-Talon, c'est pour avoir continué trop facilement à le considérer comme "son hôpital",

que le président de la corporation s'est permis des abus et a commis des irrégularités qu'il faudra rappeler parce que ces actes ont desservi les intérêts de l'institution qu'il était chargé de protéger et de faire progresser.

## C H A P I T R E     I

### ORGANISATION

- a) Organisation matérielle externe:  
achats de terrains, expropriations, constructions, agrandissements.

Site de  
l'hôpital

L'édifice principal de l'hôpital Jean-Talon est sis au nord de la rue du même nom entre les rues Garnier à l'est et DeLanaudière, du côté ouest. Les subdivisions du lot originaire no 484 du cadastre de la paroisse du Sault-au-Récollet qui sont aujourd'hui l'assiette de l'hôpital ont fait l'objet de plusieurs mutations immobilières. Ces opérations se sont réalisées à des époques correspondant d'assez près au développement de l'institution hospitalière. La première acquisition de terrains a eu lieu le 28 avril 1953. Ce jour-là M. Théodore Nadeau a vendu au Dr George Hori les lots nos 233 à 238 et 245 à 248 de la sub-division du lot originaire no 484 des plan et livre de renvoi officiels de la paroisse du Sault-au-Récollet. La vente a été faite au prix de \$28,000.00. C'est sur ce terrain de 150 pieds de front sur la

rue Jean-Talon par 203 pieds de profondeur, vers le nord,  
qu'a été érigée la première partie de l'hôpital Jean-Talon.

Le vendeur Nadeau avait acquis ces mêmes lots le 2  
ler achat décembre 1952 de la Communauté des Clercs St-Viateur  
de terrain pour le prix de \$8000.00. Devenu propriétaire de ce  
et début de la cons- vaste terrain, le Dr Hori devait bientôt entreprendre la  
truction. réalisation de son rêve. Il fit dresser les plans d'une  
construction assez importante puisqu'en octobre 1953,  
le contrat d'érection de l'hôpital était accordé au plus  
bas de cinq soumissionnaires, à la firme Ross & Anglin  
Ltd, au prix de \$238,703.00, prix qui fut augmenté par la  
suite à la somme de \$261,385.52, à cause de plusieurs  
changements au plan originaire. (Voir témoignage de M.  
Saughnessy, vol. 18b page 139). Cet ouvrage fut complété  
au mois d'août 1954.

Si l'on s'en rapporte à la pièce P 205, on  
voit qu'à la fin de ces travaux le coût de construction de  
la première partie de l'hôpital, avec le prix du terrain,  
de l'équipement et de tous les accessoires ou dépenses  
inhérentes encourues jusque là, s'élevait à la somme de  
\$371,127.42. C'est ce montant que le Dr. Hori semblait  
avoir investi dans la construction de son hôpital privé à  
la date du 13 août 1954. (Témoignage de M. Fernand  
Leblanc, c.a. vol.23b, pages 163 et suivantes. Voir  
aussi P. 167 pp 3 et 4).



Il est bien évident que cette entreprise supportée et financée jusque là par le Dr Hori seul n'était pas sans lui apporter de nombreux soucis. Aussi, après avoir mesuré l'étendue de ses risques et de ses charges personnels, après s'être rendu compte qu'aussi longtemps que son hôpital resterait une entreprise privée, il devait se passer des subventions gouvernementales, le Dr Hori a-t-il décidé d'obtenir des lettres patentes provinciales en vue de constituer en corporation son hôpital naissant. Le 1er avril 1954, l'institution devenait officiellement l'hôpital Jean-Talon en étant constituée en corporation suivant la troisième partie de la loi des compagnies de Québec.

Le 13 août 1954, le Dr Hori vendait à la corporation de l'hôpital Jean-Talon son hôpital privé, comprenant terrain, construction et équipement. Une fois la corporation propriétaire de l'entreprise privée du Dr Hori, on songea à agrandir. Le 29 septembre 1955, M. Wilfrid Verdon, propriétaire des subdivisions 240 et 241 du même lot originaire 484, qu'il avait acquis le 7 décembre 1953 au prix de \$27,500.00 et, propriétaire aussi de la subdivision 239 acquise le 22 janvier 1954, au prix de \$27,500.00, vendait ces trois lots au Dr George Hori avec les bâtisses dessus érigées, au prix de \$78,500.00. Il s'agissait ici de deux maisons de rapport portant les numéros civiques 1365 et 1375 est, Jean-Talon.

Le 17 février 1956, soit moins de cinq mois après les avoir achetées au prix de \$78,500.00, le Dr Hori, après y avoir fait certains travaux d'adaptation dont on n'a pas connu le prix exact, vendait à la corporation de l'hôpital Jean-Talon les deux mêmes maisons au prix de \$120,000.00, le mode de paiement de cette somme devant être arrêté plus tard. (Voir résolution le 17 février 1956).

Le lot de terre voisin, soit la subdivision 242 du lot originaire no 484 a été exproprié par la corporation avec la bâtisse dessus érigée et qui portait les numéros 1359 et 1361 est de la rue Jean-Talon. La Régie des Services publics, le 22 décembre 1958, a fixé à \$60,000.00 l'indemnité à être payée par l'expropriante à Saul Pfeffer, exproprié. Ce prix comprenait la valeur de l'immeuble et tous les dommages résultant de l'expropriation.

Enfin, le 5 mars 1955, le Dr George Hori se portait acquéreur d'un terrain vacant sis à l'angle nord-est des rues Jean-Talon et DeLanaudière, étant la subdivision No 243 du lot originaire No 484, pour le prix de \$4800.00. Le 11 décembre 1958, il vendait le même lot encore vacant à Hori Investment Ltd, une compagnie contrôlée par lui et qui avait été incorporée le 21 novembre précédent, pour le prix de \$5059.70 que le vendeur a reconnu avoir reçu

comptant à l'acte no 36 de la pièce P.168. Puis, à son tour, Hori Investment Ltd a revendu le même lot toujours vacant à l'hôpital Jean-Talon, le 1er septembre 1959, au prix de \$17,000.00.

En vertu de cette dernière acquisition, l'hôpital Jean-Talon est devenu propriétaire de tous les terrains sis immédiatement au nord et en front de la rue Jean-Talon et compris entre les rues Garnier à l'est, DeLanaudière, à l'ouest. A l'arrière, l'hôpital est borné par le terrain de la Commission des Ecoles catholiques de Montréal.

C'est sur ce site, ayant un front de 275 pieds sur la rue Jean-Talon, qu'est érigé le corps principal de l'hôpital actuel Jean-Talon.

Pour résumer les opérations qui ont investi l'hôpital Jean-Talon du droit de propriété de ces terrains, disons que tous ces terrains, moins ceux qui ont été expropriés, ont d'abord été acquis par le Dr Hori qui les a revendus directement ou indirectement à la corporation dont il était le président.

La corporation de l'hôpital Jean-Talon a acquis plusieurs autres immeubles au sud de Jean-Talon, entre Garnier et DeLanaudière. Elle en a acquis d'autres à l'est de Garnier, et à l'est de DeLanaudière et sur la rue

Chambord, au coin de la rue DeCastelnau. C'est ainsi qu'à ce dernier endroit, le 20 août 1958, M. Romuald Belhumeur, agent du Dr Hori et ex-gouverneur et administrateur de l'hôpital, achetait au prix de \$15,000.00 un immeuble qu'il revendait à la corporation de l'hôpital sept jours plus tard \$16,000.00.

Achats  
d'autres  
terrains

Le 21 mars 1955, M. Gérard Letourneau vend le lot no 193 et la moitié du lot 192, de 484, au Dr Hori pour le prix de \$6500.00. Il s'agissait de lots vacants. Le 11 décembre 1958, le Dr Hori revendait ces mêmes lopins de terre, avec d'autres, à Hori Investment Ltd. (W.P. Investment Ltd). Dans l'acte no 36 de la pièce P.168, il est prévu que le prix de vente de ces lots vacants est de \$6801.20. Le 26 mars 1960, W.P. Investment vend ces mêmes lots à Koichiro Miyasaki pour le même prix, soit \$6801.20. Enfin, le 10 mai 1960, Miyasaki vend ces terrains, toujours vacants, à l'hôpital Jean-Talon, \$22,000.00. (Voir acte no 15 de la pièce P.168).

De même, le 26 mars 1960, le Dr Hori, qui les avait acquis quelques mois auparavant par une vente sous autorité de justice, vendait encore à Koichiro Miyasaki les subdivisions 172 et 173 du lot originaire no 484 avec la bâtisse portant les nos 7121 et 7123 de la rue DeLanau-dièrre, pour le même prix qu'il avait payé, soit \$30,000.00.

.

Quelques semaines plus tard, soit le 10 mai 1960, Miyasaki revendait à l'hôpital Jean-Talon les mêmes lots et bâtisses au prix de \$47,250.00, payé comptant.

Achats et expropriations de terrains.

La corporation n'est pas devenue propriétaire des immeubles uniquement par des acquisitions de gré à gré. Elle a dû aussi, à quelques reprises, recourir à l'expropriation en vertu de la loi 15-16 George VI, chap. 48 intitulée "Loi concernant le droit d'expropriation par certains hôpitaux". C'est ainsi que le lot 242 et les subdivisions 256, 257, 258 et 259 du lot originaire 484, au nord de Jean-Talon, ainsi que les lots subdivisés 194-195 et 196 de 484, au sud de la dite rue, paraissent avoir fait l'objet de procédures en expropriation. Il ne paraît pas que les montants payés par la corporation aient été fixés par la Régie des Services publics dans la plupart des cas. Ils ont été plutôt le résultat de compromis entre la corporation et les propriétaires d'immeubles que l'hôpital désirait acquérir. Les propriétaires ont fini par accepter les offres qui leur étaient faites et ont cédé leurs droits de propriété. (Voir les actes nos 11, 17 et 19 de la pièce P.168.) Par ailleurs, les immeubles situés à l'est de la rue Garnier semblent avoir été tous acquis directement par la corporation dans des ventes libres, si l'on s'en remet aux actes notariés portant les nos 7, 8, 9 et 10 de la pièce P.168.

Comme on l'a vu plus haut, le premier contrat de construction fut celui accordé à Ross & Anglin Ltd en octobre 1953 au prix modifié et définitif de \$261,385.52. Ce contrat marquait le début de l'érection de l'hôpital Jean-Talon. Il prévoyait une salle d'opération, salle de délivrance, pouponnière, bureaux administratifs, pharmacie, laboratoires, cuisines, chambres de deux, quatre et six lits, en tout 54 lits. C'était là un commencement! Comme les besoins étaient nombreux et urgents, que la liste d'attente s'allongeait sans cesse, il a fallu bientôt songer à agrandir afin d'avoir de nouveaux lits. Le 25 janvier 1955, le conseil d'administration décidait d'agrandir et d'emprunter à cette fin une somme de cent mille dollars. Les procès-verbaux des deux assemblées tenues ce jour-là ne donnent aucun détail sur les travaux à entreprendre. Tout ce qu'on sait de ces compte-rendus officiels, c'est que les plans préparés par M. N. Yamaoka, architecte, ont été approuvés, les travaux ordonnés et un emprunt autorisé. Vu qu'aucune autre assemblée du conseil d'administration ne paraît avoir été tenue entre le 25 janvier et le 3 août 1955, il est impossible de savoir ce qui a été fait durant cette période. A la réunion du 3 août, il a été question de la construction d'une nouvelle aile. C'est

le 12 octobre 1955 que la construction de cette addition a été décidée. Le contrat a été accordé en décembre 1955. D'après la preuve, il semble que c'est à la compagnie Argo Construction que l'adjudication avait été faite en premier lieu. Par la suite, M. Jacques Décarie, grâce à des démarches personnelles et à d'influents pressions auprès du Dr Hori et du Ministre de la Santé, réussit à faire accorder ce contrat à la compagnie de construction dont il était et est encore le président. (Voir volume 18b de la preuve, pages 156 et suivantes). Ces travaux étaient importants. Le contrat initial consenti à Décarie Construction Company, en vertu d'une résolution du conseil d'administration adoptée à la séance du 29 décembre 1955, prévoyait une dépense de \$480,000.00.

Le témoignage de M. Décarie à la page 165 du vol. 18b nous informe qu'en plus de ce montant de \$480,000.00 il y a eu un étage additionnel au coût de \$128,000.00, plus certains extras, ce qui a porté le coût total de l'entreprise à \$631,000.00 ou \$632,000.00.

A l'assemblée du 7 septembre 1956, le conseil d'administration décidait d'ajouter un plancher à l'école de Nursing et d'accorder à St-Denis Construction Company l'exécution de ce travail. M. Décarie dit que le contrat a été consenti pour un prix de \$155,000.00 (page 165)

Agrandissements.

au printemps de 1958. En fait, au livre des procès-verbaux des assemblées du conseil d'administration, on voit qu'à l'assemblée du 25 mai 1958, les plans d'un quatrième étage sur la bâtisse originale furent approuvés et que le soin d'exécuter ce travail fut accordé à St-Denis Construction Co. au prix maximum de \$160,000.00. A la même assemblée, il fut question d'une aile nouvelle à être érigée sur la rue DeLanaudière. M. Gaston Gagnier, architecte, fut chargé de préparer les plans de cette addition importante. Ce projet va se réaliser rapidement puisque le 7 novembre 1958, le conseil d'administration approuvait les plans préparés par l'architecte Gagnier et accordait le contrat de l'entreprise à St-Denis Construction Co. à un prix ne devant pas dépasser \$2,100,000.00. M. Décarie rapporte dans son témoignage, à la page 168, qu'il y a eu là aussi - il y en a toujours, dit-il - des extras pour \$550,000.00 à \$560,000.00.

Enfin, le dernier contrat accordé à St-Denis Construction Co. est celui de la construction de l'école des gardes-malades actuellement en voie d'exécution. Ce contrat fut octroyé en janvier 1961. Il est pour un montant de \$952,000.00. En déduction de ce montant, l'hôpital Jean-Talon doit payer tous les matériaux et le coût de tous les sous-contrats. (Pages 176 et 177, vol. 18b).



Tels sont les principaux contrats d'entreprise qui ont été exécutés depuis sept ans pour faire du modeste hôpital privé de 1954 l'imposant édifice de plus de 400 lits qui voit s'élever en face de lui, comme gage de sa pérennité, l'Ecole des infirmières où se forme le personnel hospitalier.

(b) Organisation juridique

Incorporation - charte - règlements généraux - bureau des gouverneurs ou conseil d'administration - sa composition - ses pouvoirs - ses activités.

Nature de  
la corpo-  
ration.

C'est le 1er avril 1954 que, par des lettres patentes, le lieutenant-gouverneur de la province de Québec constituait en corporation l'hôpital Jean-Talon, en vertu de la troisième partie de la loi des compagnies de Québec. C'était là l'incorporation d'une institution à but non lucratif. Voici ce que disait, à propos de ce genre d'institution, M. Jean-Claude Deschênes, m.a. dans "L'Hôpital d'aujourd'hui" fascicule d'avril 1961, page 27.

"Les lettres patentes donnent à la corporation l'existence et le nom, et un conseil d'administration est alors constitué pour diriger l'activité de la corporation. Les directeurs (ou les membres dudit conseil) ne sont pas la corporation. Ils agissent comme les représentants, les mandataires de la corporation. La preuve en est que la corporation survit aux personnes qui la dirigent. La preuve en est aussi que la responsabilité légale des directeurs est distincte de celle de la corporation. Ainsi, par exemple, les dettes ou encore la responsabilité criminelle d'une corporation sont distinctes de celles

"des individus, membres du conseil d'administration  
"(sauf en cas de fraude). Les directeurs sont les agents  
"de la corporation. Les directeurs sont un peu comme  
"un gouvernement. Bien que représentant et agissant  
"au nom du pays, le gouvernement n'est pas le pays.

"Une institution incorporée à but non  
"lucratif, soit en vertu de la troisième partie de la loi  
"des compagnies, soit par une loi privée, doit conduire  
"son activité de manière à ce qu'aucun profit n'aille  
"au bénéfice de tout membre, directeur, officier ou  
"autre individu ou groupe privé.

"Or la majorité des hôpitaux publics de  
"notre province est ainsi constituée."

La charte de l'hôpital Jean-Talon comporte

des pouvoirs considérables. En outre du droit d'établir,

Charte et maintenir, administrer et développer un hôpital, une  
règle- école de gardes-malades et d'aides gardes-malades, la  
ments corporation a le pouvoir d'acquérir des biens mobiliers et  
généraux. immobiliers, de les administrer, de les vendre ou de les  
hypothéquer; elle peut contracter, emprunter, émettre des  
obligations ou autres titres sur le crédit de la corporation;  
elle peut encore promouvoir les sciences médicales et chi-  
rurgicales, établir des cliniques, des laboratoires d'expé-  
rimentation et de recherches scientifiques; enfin, elle peut  
adopter des règlements concernant son administration, sa  
gouverne et sa régie; elle ne peut posséder des biens immo-  
biliers dont la valeur excède dix millions de dollars. Ce  
sont là les pouvoirs essentiels que la charte de l'hôpital  
Jean-Talon confère à la corporation.

Les pouvoirs du conseil d'administration  
sont ceux généralement reconnus par la loi aux personnes

qui sont chargées d'administrer les affaires des compagnies. Ils comprennent en outre les pouvoirs particuliers accordés par les règlements généraux d'une entreprise donnée, en l'espèce, les règlements de la corporation de l'hôpital Jean-Talon. Ces règlements, nous dit Me Courtemanche, aux pages 22 et 23 de son témoignage, vol. 19a, se sont inspirés de ceux de l'hôpital Notre-Dame et de l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc.

Les règlements généraux de la corporation sont conçus et rédigés d'une façon très large. Ils donnent aux administrateurs des pouvoirs fort étendus. Il n'y a aucun doute que les pouvoirs d'acquisition et d'emprunt ont été utilisés fréquemment, puisque l'hôpital était sans cesse en face de nouveaux développements. A peine si un agrandissement était terminé qu'une autre construction s'imposait. C'est ce qui explique qu'à partir de 1953 à aujourd'hui l'hôpital Jean-Talon a été presque en permanence un "chantier de construction".

Conseil d'admi- nistration.	Six requérants avaient sollicité l'incorpora- tion. Dans la charte, pièce P.1, ils sont nommés direc- teurs provisoires de la corporation. Ce sont George Hori, médecin, Miyo Asanuma, son épouse commune en biens, Romuald Belhumeur, agent, Kiniaki Nakashima, comptable, Henri Courtemanche, avocat, et J. Roland Gendron, médecin. Par les règlements généraux adoptés après
-----------------------------------	--

l'émission des lettres patentes, les six directeurs provisoires ci-haut nommés, devinrent membres de la corporation, lors de la première assemblée générale des membres de la corporation, le 12 août 1954, les mêmes personnes furent nommées Gouverneurs et formèrent, en vertu de l'art. 6 des règlements, le bureau ou le conseil d'administration de la corporation. A une assemblée du bureau des Gouverneurs tenue le même jour, le Dr Hori fut élu président du conseil et administrateur, Madame Hori fut choisie vice-présidente et M. Belhumeur, secrétaire-trésorier. En vertu des règlements, c'est un directeur-exécutif, plutôt qu'un administrateur, qui pouvait être nommé. Il faut remarquer, cependant, que les pouvoirs du directeur exécutif sont ceux d'un administrateur, mais, il pourrait y avoir équivoque entre les deux postes si un titulaire était nommé à chacune des deux fonctions.

Les assemblées du bureau des gouverneurs pouvaient être tenues sur avis de quatre jours donné à chacun des membres personnellement ou par courrier. Elles pouvaient aussi être tenues en tout temps, sans avis, du consentement de tous les membres du conseil. (art 7 des règlements généraux).

Au livre des procès-verbaux on constate que les assemblées étaient tenues irrégulièrement. A propos de ce livre, on voit que les rapports d'assemblées sont écrits sur des feuillets mobiles non numérotées. Ceci est

une façon de procéder que l'on note assez souvent dans les rapports d'assemblées de compagnies. A notre avis, Livre des procès-verbaux d'assemblées à feuilles mobiles. cette méthode est vicieuse parce qu'elle permet des substitutions difficilement contrôlables. Tous les procès-verbaux écrits sur feuillets mobiles devraient être paraphés par le président et le secrétaire de l'association sur chaque feuillet qui devrait, en outre, porté un numéro imprimé.

C'est ainsi qu'en renonçant à l'avis de convocation on voit que le 12 août 1954, les membres du conseil on consenti à tenir cinq assemblées , et une autre le lendemain, 13 août 1954. Il n'y eut pas d'autre réunion du conseil avant le 25 janvier 1955. Pourtant, le travail ne devait pas manquer. De fait, le 25 janvier 1955, il y eut trois assemblées. De là, une autre réunion le 3 août, une le 12 octobre, et ensuite, plus régulièrement presque à tous les mois ou à tous les deux mois. M. Belhumeur démissionne de son poste d'administrateur de l'hôpital et comme secrétaire-trésorier de la corporation et cette double démission est acceptée à l'assemblée du 7 septembre 1956. Il est remplacé, à titre de secrétaire-trésorier, à la même réunion, par M. Henri Courtemanche. M. Belhumeur demeurera cependant encore au conseil d'administration jusqu'au 1er février 1957. Le 19 avril 1956, M. le Dr Jean-Louis

Activités  
du conseil.

Rocheport était nommé Directeur médical en remplacement du Dr Gendron. Le 6 juillet 1956 le Dr Rocheport était élu au bureau des Gouverneurs. Le 7 septembre de la même année, pour remplacer M. Belhumeur, le conseil des Gouverneurs retenait les services de M. P.E. Olivier, à titre de Contrôleur. Afin d'inaugurer un service médical important, M.le Dr Guy Duckett devient radiologiste de l'hôpital à partir du 1er janvier 1957. M. Laurent Molini, contracteur, de Montréal, sera appelé à remplacer M. Belhumeur au bureau des Gouverneurs le 6 septembre 1957. Il sera question plus loin de ce nouveau Gouverneur et du rôle qu'il a joué dans l'administration des finances de la corporation. Une importante décision fut prise le 31 octobre 1957 lorsque les statuts et règlements du Bureau médical de l'hôpital furent adoptés par le conseil d'administration. Le procès-verbal de l'assemblée du bureau des Gouverneurs, en date du 8 novembre 1957, mentionne que le président a recommandé à l'assemblée d'adopter de nouveaux règlements généraux tels que révisés de 1 à 25 inclusivement, lesquels ont déjà reçu l'approbation du procureur-général de la province. Le président informa aussi l'assemblée que le règlement de la Banque Provinciale du Canada, portant le no 26 porterait à l'avenir le no 27. En fait, il y a une résolution qui rappelle les anciens règlements de 1 à 25 et qui adopte les nouveaux règlements de 1 à 25 inclusivement comme étant les règlements généraux de l'hôpital

Jean-Talon. Malheureusement, il n'y a aucune trace de ces nouveaux règlements au livre des procès-verbaux. En quoi diffèrent-ils de ceux adoptés le 12 août 1954 et qui sont écrits au long à la suite des lettres patentes de la corporation, on ne la sait pas. Le rapport de l'assemblée ne dit pas non plus sur quel point particulier il y a eu changement. Bien que le secrétaire ait reçu instruction d'inscrire ces nouveaux règlements au livre des procès-verbaux, telle inscription ne paraît pas avoir été faite. C'est là une lacune sérieuse. L'une des modifications présumées a dû être dans le titre de M. Olivier qui serait devenu administrateur plutôt que contrôleur de la corporation, et aussi dans l'appellation du bureau des Gouverneurs qui serait devenue "bureau d'administration". A l'été de 1958, il fut décidé de confier à la maison Marcel A. Gagnon et associés le soin d'organiser une campagne de souscriptions publiques pour le printemps de 1959. Plus tard, en juin 1959, on prolongera l'engagement de la maison Gagnon jusqu'à l'automne. Dès le début de 1960, les services du Dr Arcadi Neaga, pathologiste, du Dr Jean-Louis Borduas, médecin-en-chef, et du Dr Jean Darche, chirurgien-en-chef, sont retenus par contrats. On apprend, en même temps, que la campagne de souscriptions avait rapporté, au 31 décembre 1959, \$2,783,412.95, comprenant une subvention spéciale de \$750,000.00 de la province de Québec. Le 23 mars 1960, le conseil d'administration songe

à accroître de \$2,500,000.00 à \$5,000,000.00 le pouvoir d'emprunt de la corporation. Le 28 novembre 1960 un changement se produit au conseil d'administration. M. Molini démissionne et est remplacé par l'Hon. Frank Connors. L'Hon. Henri Courtemanche abandonne aussi ses fonctions, il sera remplacé par M. Gérard Demers, président de la compagnie Injecta dont il sera question plus tard.

En outre des nombreuses résolutions relatives à des emprunts de banque ou par émissions d'obligations aux fins de financer des achats d'immeubles ou des travaux de construction, les lignes ci-dessus reflètent les principales activités du conseil d'administration.

Avant de passer à un autre sujet, il est deux remarques à formuler. En vertu des règlements généraux, art.14, le secrétaire doit tenir les "minutes" des assemblées des membres et des gouverneurs dans des livres destinés à cette fin. Or, à venir à la fin de 1960, la corporation a eu deux secrétaires, M. Belhumeur, du mois d'août 1954 au 7 septembre 1956, et M. Henri Courtemanche, du 7 septembre 1956 au 28 novembre 1960. Lorsque l'on s'arrête au style utilisé dans la rédaction des procès-verbaux, dont la plupart sont écrits en langue anglaise et que l'on se reporte à la personnalité de M. Belhumeur, il est évident que ce n'est pas lui qui a pré-



paré et écrit les rapports d'assemblées. D'ailleurs, M. Courtemanche nous dit qu'au début les minutes des assemblées étaient tenues par M. Nakashima (page 111, vol. 19a). Pour ce qui concerne M. Courtemanche, il nous a dit, dans son témoignage, (page 16, vol. 19a) (voir aussi pp. 20 et 21 du vol. 18a Olivier) qu'au commencement, soit vers 1954, il parlait difficilement l'anglais. Il aurait été assez étrange que, devenu secrétaire de l'hôpital deux ans après, il se soit complu à rédiger ses procès-verbaux d'assemblées dans la plus belle langue de Shakespeare. Nous sommes fortement sous l'impression que la rédaction des procès-verbaux se faisait au bureau du Dr Hori et sous sa surveillance personnelle et immédiate.

(c) Organisation interne scientifique  
et technique

---

L'hôpital, - l'administrateur, - directeur-médical, - le bureau médical, - les comités médicaux, leurs fonctions, leurs activités, - les chefs de service, - les résidents, les internes, les bénévoles, - le bureau d'admission, - le nursing, - l'équipement, - les laboratoires, - la recherche.

L'hôpital  
l'organi-  
sation  
interne.

Comme on l'a vu précédemment, l'hôpital apparaît aujourd'hui sous la forme irrégulière d'un édifice agrandi successivement entre 1953 et 1960. Après le bâtiment modeste et un peu timide du début, les constructions subséquentes ont affiché plus de hardiesse et l'aile de la rue DeLanaudière, en 1960, a nettement marqué la confiance des administrateurs en l'avenir.

L'hôpital possède maintenant 385 lits et une possibilité d'une quarantaine d'autres quand le huitième plancher de la dernière addition sera aménagé, ce qui devrait arriver vers le printemps de 1962. Tous ces lits sont répartis entre les services de pédiatrie, d'obstétrique, de chirurgie et de médecine. Ce sont ces deux derniers services qui en réclament le plus, aux environs de 190 et de 110 chacun respectivement. La visite que les Commissaires ont faite leur a permis de constater que l'hôpital est muni de lits modernes et même de lits entièrement automatiques, permettant aux patients de prendre librement la posture qui leur plaît au moyen d'un simple commutateur électrique indépendant. Toutes les chambres sont assez spacieuses et parfaitement éclairées et aérées. Elles possèdent les accessoires usuels tels que bureau, tables de chevet, table de service, fauteuil de repos et chaise droite. Chaque plancher où sont logés les malades a son poste d'infirmières, une salle de traitement et un service d'utilité. L'hôpital nous est apparu dans un état de propreté impeccable qui témoigne hautement des conditions hygiéniques excellentes prévalant partout. Nous verrons plus loin l'équipement technique en usage à l'hôpital et comment les laboratoires sont outillés et organisés en vue de garantir la qualité du traitement scientifique des malades.

Après les membres du conseil de la corpo-

Le contrô- ration, le premier serviteur de l'hôpital Jean-Talon, c'est leur (M.

P.E. Oli- l'administrateur, M. Paul-Emile Olivier. Cet officier vier)

supérieur est entré dans le domaine hospitalier en 1947, comme adjoint à l'administrateur, au sanatorium de Mont-Joli. Après avoir ouvert le sanatorium Bégin en 1949 et l'avoir administré jusqu'en 1952, il est devenu à l'époque comptable conseil pour la communauté des Soeurs de la Providence dans l'organisation comptable et administrative de leurs institutions dans la province de Québec. En 1956, il fut le chef comptable à l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc, puis, en octobre 1956, il est entré à Jean-Talon à titre de contrôleur, avant de devenir administrateur de cet hôpital le 1er janvier 1958, et le demeurer depuis. M. Olivier est un diplômé de l'Association des Hôpitaux du Canada, membre émérite et vice-président de l'Association des Administrateurs d'Hôpitaux de Québec. Depuis plus de dix ans, il collabore aux activités des associations hospitalières de la province de Québec. Il a écrit plusieurs articles, fait plusieurs conférences et donne des cours annuels de deux semaines sur l'organisation comptable des institutions hospitalières de la province de Québec. (Vol.18a, pages 2,3 et 4).

Lorsque les services de M. Olivier furent retenus en qualité de contrôleur le 7 septembre 1956, le contrat qui a été conclu entre lui et la corporation et qui

est inclus au livre des procès-verbaux, stipulait que le contrôleur devait organiser, gérer et administrer tout le travail comptable y compris le service de crédit de la corporation. Il aurait la responsabilité de et l'autorité sur tout le personnel de la comptabilité avec pouvoir d'engagement, de renvoi et de fixation des tâches. Le contrôleur devait aussi préparer, fournir et étudier tous rapports, budgets, etc. requis par l'administration. Il devait organiser, gérer et administrer le travail d'entretien, de la main-d'oeuvre et celui des services techniques. Il devait aussi effectuer les opérations financières régulières sur demande des administrateurs. Le contrôleur devait apporter son entière coopération au bureau médical, dans l'organisation normale des services médicaux. Enfin, il devait faire tous les achats pour le compte de l'hôpital, à la demande de l'administration. Dans ce but, il devait organiser un système d'achat, basé sur demandes de prix et des formules régulières de commandes. Il devait organiser et surveiller un plan d'inventaire rapide afin de pouvoir déterminer en tout temps le coût exact d'hospitalisation.

Telles étaient, en substance, les devoirs et les obligations que devait assumer M.P.E. Olivier, en devenant contrôleur. Dans la partie de ce contrat mentionnant les droits qui étaient les siens, on voit que si des responsabilités additionnelles sont ajoutées, elles seraient

d'abord étudiées et un nouveau contrat serait passé entre les parties.

Le 24 janvier 1958, lors d'une assemblée des gouverneurs, on lit au procès-verbal des délibérations, ce qui suit: "The Chairman reported that the Controller, Mr. Paul-Emile Olivier, has done a marvelous job of re-organizing hospital personnel and hospital records and that during and after the construction of the new wing he has been shouldering further responsibilities arising from increased beds and increased personnel. After discussion, it was moved by Mr. Laurent Molini, seconded by Mr. Henri Courtemanche and unanimously resolved that Mr. Olivier be elevated to the position of Administrator with an annual salary of \$12,000.00".

Appréciation des services du contrôleur.

Il n'apparaît nulle part aux archives de la corporation qu'un contrat de louage de services - autre que celui contenu à la résolution ci-dessus et accepté tacitement par M. Olivier - ait été passé entre les parties intéressées. Néanmoins, depuis plus de trois ans, l'administrateur actuel exerce ses difficiles fonctions avec dévouement et loyauté. Il est resté soumis à l'autorité du président, le Dr Hori. Il semble que cette autorité du président de la corporation ait parfois été tracassière, onéreuse et abusive, puisque M. Olivier déclare

que le bureau d'administration ne semblait pas comprendre le rôle exact de l'administrateur qu'on plaçait sur le même pied que le directeur médical et la directrice du nursing. (vol.18a,p.7). Il est entendu que lorsque mention est faite du corps administratif de l'hôpital, c'est presque toujours du Dr Hori seul qu'il s'agit. C'est ainsi que M. Olivier a eu la pleine liberté d'engager le personnel de son choix, mais à la condition d'en rendre compte non au conseil d'administration, mais au président lui-même, le Dr Hori (page 9). C'est encore dans le même esprit de soumission au Dr Hori que l'administrateur a signé tant de chèques à la demande formelle du président, sans trop savoir le but et la destination des dits chèques. On verra plus en détail ces opérations lorsque nous examinerons l'administration financière de la corporation.

#### Le Directeur médical actuel de l'hôpital

Le Directeur médical (Dr J.L. Rochefort) Jean-Talon est le Dr Jean-Louis Rochefort. Il en est aussi le chef du département d'anesthésie. Le Dr Rochefort a été nommé Directeur médical par une résolution du bureau des gouverneurs adoptée unanimement le 11 avril 1956. Le 6 juillet suivant, le Dr Rochefort était élu membre du bureau des gouverneurs de la corporation. C'est le 30 mars 1957 que le bureau d'administration autorisait le président et le contrôleur à passer des con-

trats d'engagement avec un médecin en chef et un anesthésiste en chef. Lors de sa nomination en qualité de Directeur médical, le Dr Rochefort a reçu du président de la corporation des instructions écrites devant le guider dans l'exécution de ses fonctions. (Voir P.44, vol2 p.35). Ce document met en lumière les devoirs et responsabilités du Directeur médical dans un hôpital comme Jean-Talon où l'administrateur n'est pas un médecin. Ses fonctions ne doivent cependant pas être confondues avec celles de l'Administrateur. Ses devoirs sont ceux ordinairement assumés par tous les Directeurs médicaux dans les hôpitaux de notre province. Ils peuvent se résumer au fait que c'est le Directeur médical qui est responsable de la surveillance des choses médicales dans l'hôpital, soit qu'elles se rapportent au soin des malades, soit qu'elles concernent les relations professionnelles entre les membres du bureau médical ou entre les membres des divers comités médicaux. A titre de Directeur médical, il est le lien scientifique entre l'administration et le personnel médical. (Vol.2, p.43). Il doit promouvoir en tout temps les intérêts médicaux et travailler avec les chefs de services à l'amélioration des standards de la médecine dans l'hôpital. Il doit, dans ce but, aviser l'administration et lui faire les recommandations qui s'imposent. Enfin, c'est lui qui représente l'autorité administrative dans

toute matière médicale, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'hôpital. C'est dans l'exécution de ses devoirs qu'en premier lieu il doit s'occuper de la formation du bureau médical.

Le Bureau médical a été constitué au cours de l'été de 1957. Ses statuts et règlements ont été approuvés par le Bureau médical, le 9 octobre 1957, approuvés par le conseil d'administration de l'hôpital Jean-Talon, le 31 octobre 1957. Ils sont reproduits au complet au premier livre des procès-verbaux des assemblées de la corporation P.1. Pour être membre du Bureau médical, il faut détenir un diplôme d'une Ecole de Médecine reconnue, avoir obtenu la licence légale de pratique dans la province de Québec, exercer sa profession à une distance raisonnable de l'hôpital. Il faut, de plus, être en règle avec le collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, jouir d'une bonne réputation à tous les points de vue et, enfin, il faut soumettre et voir accepter une demande d'admission comme membre du dit Bureau médical.

Les membres du Bureau médical s'engagent d'assurer les meilleurs soins aux malades, de collaborer aux programmes d'enseignement et d'hygiène publique de l'hôpital, de travailler en parfaite collaboration avec



les membres du conseil d'administration de l'hôpital

Statuts et  
règle-  
ments du  
bureau  
médical.     Jean-Talon pour le plus grand bien des malades à eux  
confiés et pour le progrès scientifique et la bonne condui-  
te morale de l'institution, à promouvoir et à développer  
l'esprit de recherche, l'esprit d'initiative et le sens  
des responsabilités de ses membres en les stimulant  
par l'étude et la présentation de travaux scientifiques,  
et par l'assistance et la participation active aux con-  
grès, à procurer à ses membres un moyen de discuter  
les questions médico-administratives avec le Conseil  
d'administration, par l'intermédiaire du Comité con-  
joint, enfin, les membres du Bureau médical s'engagent  
à développer parmi eux l'union qui doit toujours exister  
entre les membres d'un même corps social.

Dans la poursuite de ces buts, les mem-  
bres du Bureau médical doivent se conformer aux règles  
de la morale catholique et aux préceptes de la déontologie  
et de l'éthique professionnelle; ils doivent éviter toute  
pratique indigne de l'honorabilité d'un médecin chrétien.

Les membres du Bureau médical sont: 1o- des  
membres consultants s'ils sont des spécialistes reconnus  
en service actif à l'hôpital, et s'ils sont nommés par le  
Conseil d'administration, après consultation avec le  
Comité conjoint; 2o- des membres actifs s'ils sont  
admis à l'hôpital pour traiter tous les malades internes ou

externes, publics ou privés. Ils ne sont pas nécessairement des spécialistes, mais il est nécessaire que leur compétence soit plus marquée dans la discipline pour laquelle ils ont opté. Leur admission est accordée par le Conseil d'Administration. Les membres actifs ont droit de vote et discutent toutes les affaires du Bureau. Ils sont seuls éligibles aux fonctions du Bureau ou à la présidence des comités. Un membre actif du Bureau a le droit de soigner tous ses malades privés, que le cas relève ou non de sa spécialité. Ce privilège devrait être révisé à la lumière de l'expérience vécue à l'hôpital Jean-Talon. 3o- des membres visiteurs s'ils traitent occasionnellement leurs malades payants à l'hôpital, ou s'ils ne désirent pas devenir membres actifs ou ne sont pas éligibles comme membres actifs à cause de leur éloignement de l'hôpital. Ils ont droit d'assister aux assemblées du Bureau médical, mais n'ont pas le droit de vote, ni celui d'être élus aux fonctions du Bureau, ni à la présidence des comités.

Comités  
médicaux.

Le Comité exécutif du Bureau médical se compose du Président, du vice-président et du secrétaire. Ces officiers sont élus annuellement et ne peuvent rester en fonction plus que deux termes.

Le Comité conjoint est composé de quatre membres du Bureau médical (ordinairement du président

et des chefs de départements, du Directeur médical) et des représentants nommés par l'administration. Il doit étudier les questions médico-administratives et faire les recommandations nécessaires à l'administrateur.

Le Comité des dossiers est formé d'au moins trois médecins nommés par l'exécutif du Bureau médical. Les membres de ce comité se réunissent au moins une fois par mois dans le but de reviser les dossiers des malades sortis de l'hôpital durant le mois. Les dossiers sont examinés au point de vue diagnostic, du traitement, etc. Les dossiers incomplets ou mal remplis sont retournés au membre concerné pour mise au point ou correction. Le Comité fera le triage des dossiers à présenter au Bureau médical, éliminant ceux qui ne présentent aucun intérêt scientifique ou autre.

Le Comité des créances doit recueillir les informations et faire les recommandations nécessaires lorsqu'une demande d'admission est faite par un médecin et lorsque de nouveaux privilèges doivent être accordés. Il doit aussi faire enquête sur tout manquement à l'éthique professionnelle et reviser tout dossier qui peut lui être référé.

Le Comité des tissus est composé du pathologiste, du radiologiste, deux chirurgiens et un médecin,

tous nommés par l'exécutif du Bureau médical. Ce comité doit étudier la concordance ou la discordance entre le diagnostic pré-opératoire et le rapport histopathologique fait sur toute pièce enlevée à l'opération et faire rapport au comité exécutif afin de déterminer la légitimité de l'acte chirurgical. Ce comité doit se réunir au moins une fois par mois et faire par écrit un rapport au Comité exécutif qui conservera ce rapport dans son livre de procès-verbaux.

Les assemblées régulières du Bureau médical ont lieu une fois le mois, à l'heure, au lieu et à la date fixés par les règlements. L'assemblée annuelle a lieu entre le 15 et le 31 décembre, après avis de trois jours. Il y a obligation pour tous les membres actifs d'assister aux assemblées.

En examinant les règlements généraux du Bureau médical, mention a été faite non-seulement de tous les comités médicaux permanents de l'hôpital Jean-Talon, mais aussi de leurs fonctions principales. Il reste à voir quelles furent leurs activités, dans la pratique, en vue d'assurer un plein contrôle de l'acte médicale et chirurgical dans l'hôpital. Ces comités ont commencé à fonctionner en 1957. (Dr Rochefort, vol.2, page 44). Durant les premiers temps, les comités ont fonctionné assez régulièrement. Les assemblées

avaient lieu tous les mois et étaient suivies par un nombre satisfaisant de membres. Il se faisait un travail sérieux. Devant l'enthousiasme des débuts, les autorités de l'hôpital entrevoyaient déjà les possibilités d'une accréditation. Déjà, le 29 avril 1958, le directeur médical, M. le Dr Rochefort, au nom de l'hôpital, sollicitait officiellement auprès du directeur de la Commission mixte pour l'Accréditation des Hôpitaux l'inspection de l'hôpital Jean-Talon par un accréditeur officiel. Cette demande fait partie du dossier produit comme pièce P.30. Après quelques échanges de vues, l'administrateur de Jean-Talon était avisé le 12 novembre 1958 que la visite de l'hôpital serait faite par le Dr J. Paul Laplante, de la part de la "Joint Commission on accreditation of Hospitals" mercredi, le 10 décembre 1958. Ce jour-là, à la réunion du Bureau médical, le Dr Laplante exposa aux nombreux médecins présents le programme de l'accréditation qui est, à proprement parler, un programme d'éducation. L'accréditation n'est pas obligatoire et tout hôpital qui désire être accrédité doit en faire la demande. L'accréditation donne à un hôpital le sceau de la qualité. Pour recevoir cette accréditation, un hôpital doit se conformer aux standards établis par la Commission mixte pour l'accréditation des hôpitaux. En 1958, il existait deux sortes d'accréditation, une pour une période de trois ans à l'hôpital qui réussissait à conserver 75% au maximum

des points, et l'autre provisoire, pour un an, en faveur de l'hôpital qui conservait 60% du maximum des points. Cette façon d'accorder les accréditations a été changée. Il n'y a plus maintenant qu'une seule accréditation accordée à l'hôpital qui réussit à obtenir le minimum des points requis. Le visiteur de l'accréditation fait un rapport détaillé de ses observations dans l'hôpital (P.31) et il envoie ce rapport à vingt représentants médicaux des Etats-Unis et du Canada. Il appartient à ces représentants de décider si l'hôpital requérant a les qualifications requises pour obtenir l'accréditation. L'hôpital reçoit avis de la décision rendue.

Le minimum de points , 75% de 1000 points, requis pour être accrédité est exigé afin de protéger le public et dans le but d'assurer le meilleur traitement possible à tous les patients. L'hôpital est jugé suivant ses qualifications. Chaque hôpital doit s'en tenir à ses possibilités.

#### La Commission mixte sur l'accréditation

des hôpitaux est devenue maintenant le Conseil Canadien d'accréditation des hôpitaux, mais les mêmes bases d'évaluation des hôpitaux furent conservées.

Accréditation provisoire,  
19-1-59

A la suite de la visite du Dr Laplante, l'hôpital Jean-Talon a reçu, le 19 janvier 1959, une accréditation provisoire, soit pour la période d'un an. Toute une

série de recommandations accompagnat le certificat d'accréditation. Dans ces recommandations on note les déficiences dans la tenue des rapports ou procès-verbaux de plusieurs comités médicaux. C'est ainsi qu'il est noté: 9) "Minutes of discussions at medical staff meetings should be concisely recorded and reveal a thorough review and analysis of the clinical work done in the hospital. The minutes should include a brief clinical abstract of cases presented and pertinent discussions on selected deaths, unimproved cases, infections complications, errors in diagnosis and results of treatment, both on patients in the hospital at the time of the meeting and on cases recently discharged". 12) "The medical Records Committe of the staff should meet at least monthly, record minuted and report in writing to the Executive Committee, or to the Staff". 13) "The Tissue Committee of the staff should meet at least monthly record minutes and report to the Executive Committee in writing or to the Medical Staff". 15) "The medical records should contain more clinical information, especially in present illness, past history, family history, physical examination and progress notes". 26) "The Tissue Committee of the staff should function more actively, meet at least monthly... It should be the function of Tissue Committee to evaluate and justify all operations performed in the hospital". 31) "The anesthesia record should contain

more clinical information". Enfin, la dernière recommandation se lit comme suit: 35) "The deficiencies noted are almost sufficient to lower the rating to "No accreditation". Concerted attention should be given to implementation of the above recommendations".

Comme on le voit, l'accréditation provisoire du 19 janvier 1959 n'était pas un certificat d'excellence. C'était un encouragement qu'on a semblé donner à un jeune hôpital qui n'était qu'au début de sa laborieuse ascension vers son idéal. Les recommandations signalaient officiellement les lacunes dans les activités des comités médicaux de Jean-Talon. Il devait y avoir une nouvelle inspection de l'hôpital en octobre 1959. A cause de circonstances particulières, la visite du représentant du Conseil Canadien d'accréditation des hôpitaux ne put avoir lieu avant le 3 juin 1960. C'est le Docteur Jean-Jacques Laurier qui fut le visiteur délégué du Conseil Canadien d'accréditation des hôpitaux. Après nous avoir dit, dans son témoignage du 13 juin 1961, vol. no.13, aux pages 26 et suivantes, ce qu'est cet organisme, M le Docteur Laurier explique sur quoi porte l'examen d'un hôpital en vue de l'accréditation. Un hôpital qui a été accrédité provisoirement pour un an peut l'être de nouveau l'année suivante s'il s'est amélioré, - même si tout n'est pas parfait- (page 56). C'est ainsi que le Dr

Visite au  
Dr J.J.  
Laurier,  
le 3 juin,  
1960



Laurier, lors de son examen, a constaté qu'il n'y avait pas de rapport clinique des départements excepté ceux fait par l'archiviste sur toutes les activités médicales "on demande, dit le Dr Laurier, à ce qu'il y ait des rapports faits par chaque département, un rapport écrit de ces départements cliniques qui sont faits au bureau, au comité exécutif du bureau médical ou au bureau médical à tous les mois. Cela, j'ai constaté qu'il n'y en avait pas". (page 57, vol.13). Les rapports mensuels des comités des dossiers et des tissus ne détaillaient pas suffisamment les constatations faites dans les procès-verbaux des réunions. On aurait dû y voir la justification du diagnostic et du traitement; si l'examen ne justifiait ni le diagnostic, ni le traitement, on aurait dû le noter. (p.59 et 63). Les rapports n'étaient pas toujours acceptables parce que souvent pas assez détaillés. Le diagnostic provisoire était fait par un interne et les notes d'évolution n'étaient pas assez nombreuses. Les rapports d'autopsies n'étaient que partiels et ne contenaient qu'un résumé de l'hospitalisation et, encore, il n'y avait que très peu de résumés d'hospitalisation. L'histoire des cas et l'examen physique faits par les internes n'étaient pas contresignés par les médecins comme l'exige l'accréditation (pp60 et 61).

Malgré toutes ces lacunes dans les activités des comités médicaux, le Dr Laurier a recommandé que

Jean-Talon bénéficiat encore une fois d'une accréditation provisoire "même si cela venait en contravention avec le règlement du Conseil Canadien d'Accréditation". C'était aussi l'avis du Dr Taylor, dit-il, (page 85). Le Dr Laurier explique que sa recommandation était en vue de permettre à l'hôpital Jean-Talon de "régler ses problèmes". Prié de dire ce qu'il entendait par cela, le Dr Laurier explique qu'à son point de vue, à ce moment là, le gros problème de Jean-Talon "était que le président du conseil d'administration étant un médecin et le chirurgien le plus actif de l'hôpital, et tout en même temps, membre actif du bureau médical, il se trouvait dans une position assez difficile parce qu'il se trouvait juge et jugé. Et, en plus,

Le problème- d'après la revision des dossiers, peut-être que j'ai pu me de Jean-Talon, d'a-constater que le Dr Hori, président du conseil d'administration, était plus vulnérable au point de vue chirurgical que d'autres chirurgiens. Moi, j'ai cru que si le Dr Hori avait démissionné du conseil d'administration et n'aurait pratiqué que la médecine, que l'hôpital aurait été en meilleure position pour exercer le contrôle voulu sur l'acte médical et chirurgical." (Témoignage du Dr Laurier page 88, vol.13). Il y avait aussi un autre médecin plus vulnérable que les autres, c'était le Dr Browman. Il n'était cependant pas membre du conseil d'administration. Voilà une constatation rapportée par le Dr Laurier qui revêt une exceptionnelle gravité. Enfin, à la page 102 de son témoignage, le Dr

Laurier déclare: "C'est la première fois, à ma connaissance, que je rencontre un médecin qui est président du bureau d'administration et qui pratique en même temps dans l'hôpital". Le problème d'une chose aussi singulière c'est que seul le conseil d'administration a l'autorité d'imposer des sanctions à un médecin de l'hôpital. Ces sanctions sont la suspension temporaire ou le renvoi de l'hôpital. (page 106).

Ce que le Dr Laurier nous a rapporté tend à établir que les activités des comités médicaux n'étaient pas conformes aux standards de l'accréditation parce que les procès-verbaux de leurs délibérations étaient insuffisamment libellés et détaillés.

M. le Dr Létourneau nous dit substantiellement la même chose aux pages 70, 73, 74, 75, 81, 84 et 108 du vol. 17. Les déclarations du Dr Létourneau auxquelles il est référé ci-dessus, comme celles du Dr Laurier, établissent clairement que les rapports des principaux comités médicaux, notamment ceux des dossiers et des tissus n'étaient pas assez explicites, ni suffisamment détaillés pour satisfaire aux exigences du Conseil Canadien d'Accréditation. Ils ne contiennent pas non plus assez d'information pour que la Commission soit convaincue que grâce au travail des comités, il y a eu un contrôle raisonnable et efficace des actes médicaux et chirurgicaux

Difficultés  
du contrô-  
le de l'acte  
médical.

à l'hôpital Jean-Talon. Si l'on s'en rapporte maintenant au témoignage du Dr Laurent Huot, radiologiste, secrétaire du bureau médical et membre du comité des Tissus avant juin 1960 et après, la façon de procéder de ce comité a changé. Avant le mois de juin 1960, à la réunion mensuelle, le pathologiste convoquait à l'hôpital les membres du comité et on passait en revue les cas du mois. C'était presque uniquement des cas d'appendice. Les autres cas étaient marqués "other organs," no comments". (Vol.3, pages 9 et 10). Après le mois de juin 1960 il y a eu changement. D'abord, il y a eu changement de pathologiste. Ensuite, il y eut examen de tous les tissus. (page 11). On consignait les résultats de l'examen des dossiers sous trois rubriques, "acceptable, non acceptable, justifiable". A la suite de la réunion du comité des Tissus, une copie allait aussi au chirurgien, pas toujours cependant, et une copie au directeur médical. Le Dr Huot nous déclare, page 15 du vol. 3, qu'en sa qualité de secrétaire du bureau médical, il n'a jamais porté à la connaissance de certains médecins les rapports trouvés insuffisants.

Le Dr Herman Cohen, chirurgien, était vice-président du bureau médical et fut secrétaire du comité des Tissus. Il rapporte lui aussi qu'il y eut changement de pathologiste en juin 1960. Avant cette époque le pathologiste ne travaillait à Jean-Talon qu'à temps partiel et tout ce qu'il apportait au comité c'était

des cas d'appendice. Il n'avait rien à dire au sujet des autres organes. Après juin 1960, tous les cas du pathologiste étaient soumis au comité et étaient discutés. Le résultat a été consigné aux procès-verbaux. Lorsque des tissus qui semblaient normaux avaient été enlevés sans justification apparente le rapport du comité était lu à la réunion mensuelle du bureau médical, sans mention de noms. Une copie du rapport était envoyé au chirurgien-en-chef et une autre au directeur médical. Ce fut là la procédure adoptée dans tous les cas par le comité des tissus, mais toujours depuis juin 1960. Dans l'interrogatoire du Dr Cohen, on en est venu à lui demander pourquoi les cas étaient refusés au comité des tissus. La réponse est au bas de la page 51 du vol. 3. C'était généralement parce que l'opération était injustifiées. Le Dr Cohen affirme aux pages 53, 54, et 55 du vol. 3, que lui et les autres membres du comité des tissus, croyant que le Dr Hori pouvait avoir des cas refusés, vu qu'il était président du bureau d'administration et le chirurgien le plus occupé de l'hôpital, ils ont pensé qu'il était futile de porter plainte et d'insister à ce propos.

Les chefs de service

Les chefs de services à l'hôpital Jean-Talon sont: le Dr Rochefort, à l'anesthésie, le Dr Guy Duckett, à la radiologie, Dr Jean Darche, à la chirurgie, Dr Paul Guilbert, à la pédiatrie, le Dr Jean-Louis Borduas, à la médecine et le Dr Simon Gold, chef du département de

l'obstétrique. Les fonctions premières de ces chefs sont de voir à la pleine efficacité des services qui leur sont confiés en essayant d'obtenir le meilleur standard possible dans la qualité des soins aux malades. Ils doivent prévoir les besoins de leur service en personnel médical et hospitalier et aussi en outillage scientifique. Stimuler les recherches, tenir le bureau médical au courant des progrès réalisés, des réformes à apporter à l'organisation de leur service ou à la politique générale de l'hôpital, au point de vue médical, sont des tâches qui relèvent de leurs fonctions.

Leurs  
droits.

Le chef de service théoriquement a le droit de recommander ou refuser la nomination ou la pratique d'un médecin dans son service. Le chef de service devrait avoir le droit de refuser ou recommander une nomination. La recommandation devrait donc précéder la considération du comité des créances. Quant à la nomination du chef de service lui-même, elle est mal définie et le processus mal suivi.

Leurs  
devoirs.

Les chefs de service ont vu leurs prérogatives très fréquemment annulées par des interventions directes. Le rôle du chef de service paraît, aux Commissaires, encore plus important dans un hôpital semi-ouvert comme Jean-Talon, que dans un hôpital

universitaire fermé. Il doit, en effet, surveiller la pratique médicale, chirurgicale, obstétricale d'un nombre considérable de médecins visiteurs dont l'intérêt vis-à-vis de l'hôpital est souvent très faible du fait qu'ils n'y soignent les malades que temporairement. Les chefs de service doivent, en conséquence, se sentir soutenus par le bureau médical, les divers comités et l'administration. Ceci était souvent impossible à cause, toujours, du fait que le président de l'hôpital est le chirurgien le plus actif de la maison.

Les résidents, les internes, les bénévoles.

Comme tout hôpital, Jean-Talon a besoin d'un service d'internes pour assister à l'admission et au traitement des malades tant dans le service externe que dans le service interne. Comme dans tout hôpital non universitaire, il existe un problème très aigu des internes à Jean-Talon. Comme d'autre part l'hôpital n'est pas accrédité par le Conseil Canadien ni reconnu par le Collège des médecins de la province de Québec, ni par le Collège Royal du Canada, ni par la Canadian Medical Association le stage de ses internes ne peut compter pour la spécialisation.

Il s'en suit que l'hôpital est obligé d'augmenter en conséquence le salaire des internes pour pouvoir en obtenir ce qui grève le budget de l'hôpital. A l'heure actuelle Jean-Talon est obligé de payer à 19 internes un

salaire annuel de \$50,000.00. Parmi ceux-ci il y en a qui ont un salaire très élevé. L'hôpital Jean-Talon est de plus obligé d'accepter des internes étrangers ce qui constitue un problème linguistique extrêmement compliqué. La Commission croit que l'Assurance Hospitalisation pourrait prendre en considération dans la limitation des salaires qu'elle impose à juste titre au sujet des internes le fait des hôpitaux non universitaires, et surtout non accrédités pour modifier cette échelle. L'échelle de salaire pourrait tenir compte du droit ou de l'absence de droit de pratique dans la province de Québec. Ceci aiderait à éliminer une anomalie qui à l'heure actuelle permet à un médecin étranger n'ayant pas droit de pratiquer, ayant une préparation dans la grande majorité des cas moindre que celle des nôtres avec en plus des difficultés linguistiques parfois dangereuses pour les malades, reçoivent une rémunération plus élevée.

L'hôpital Jean-Talon reçoit en plus des stagiaires qui rendent de très grands services à l'institution pour l'admission des malades, les histoires de cas et les laboratoires. Cependant leur rôle doit rester fortement limité. La Commission d'accréditation à juste titre leur interdit de devenir des assistants à la salle d'opération, ce qui s'est produit à plusieurs reprises à Jean-Talon. (Cf. dossiers des malades).



Le bureau d'admission de l'hôpital Jean-

Bureau  
d'admission

Talon est sous la charge de Madame Thérèse Hardy. C'est elle qui en est responsable. Elle remplit ses fonctions depuis le printemps de 1958. Le processus employé dans ce bureau commence par une réservation faite par un médecin et cette réservation est aussitôt inscrite à la date où la demande est faite. Le lendemain, quand elle reçoit la liste des congés, c'est-à-dire les noms des personnes qui quittent l'hôpital, elle voit sa liste d'attente. Les cas urgents ont la priorité, autant que possible. Il y a une quinzaine de lits réservés pour les cas d'urgence. Une fois ces cas pourvus, elle essaie de répondre aux réservations faites par les médecins. Cette assertion a été contredite par le Dr Rochefort (vol 2, P. 61). "Nous n'avions jamais un lit de vide, nous étions obligés de refuser tous les cas qui arrivaient en ambulance. Nous aurions dû garder un certain nombre de lits pour les urgences". Lorsqu'on lui demande s'il y a une priorité chez les médecins, Madame Hardy déclare que le Dr Hori, étant le fondateur de l'hôpital, il avait droit et c'était normal "que ses patients entrent les premiers". (page 89, vol.21a) Après le Dr Hori, il y avait le Dr Browman. C'est ce dernier qui commandait le plus de réservations, mais c'est le Dr Hori qui avait le plus de lits. Le Dr Hori avait donc une priorité au point de vue des réservations.

Il était considéré comme le patron et il paraît que ça marchait comme cela à l'arrivée de Madame Hardy. Environ un an après son arrivée au bureau d'admission, le Dr Hori lui a remis pour affichage une liste des médecins de l'hôpital qui avaient souscrit au fonds de construction de l'hôpital, avec, à côté de chaque nom, le montant de la souscription de chacun. Cette liste a été affichée. Elle avait pour but de créer une discrimination entre les médecins souscripteurs, (pp. 98,99 et 101 du vol. 21a) au sujet des admissions de leurs patients.

Madame Hardy déclare qu'elle ne s'occupait pas des cas d'assistance publique, c'est le gérant de crédit, M. Thivierge, qui y voyait. (pp.103 et 104, vol.21a) Elle se contentait de mettre les noms des indigents sur sa liste d'attente quand le médecin faisait la réservation pour un cas d'assistance publique.

M. Thivierge, appelé comme témoin, déclare aux pages 148 et 149 du vol. 21b qu'il n'avait aucune discrétion, ni initiative à prendre en rapport avec l'admission des patients qui venaient à l'hôpital sous la Loi d'assistance publique; c'était l'admission qui s'occupait de la demande, de la réception ou du refus du patient. Quand à lui, il ne faisait qu'envoyer la carte à la Ville et lorsque la carte revenait, il envoyait le compte à Québec pour se faire payer. Il n'avait absolument rien à faire au sujet de l'admission ou

du refus d'un malade à l'hôpital sous l'Assistance publique. Voilà une jolie contradiction entre Madame Hardy et M. Thivierge. En ce qui concerne l'Assistance publique, l'étude des pièces justificatives a permis à la Commission de constater que sur 29,144 malades admis à Jean-Talon en 7 ans, 1954-1960, il n'y a eu que 411 cas d'Assistance publique, c'est-à-dire 1.40% de l'admission totale - dont 224 ont été opérés, c'est-à-dire 0.7% . Il est à noter que ce chiffre de 411 cas ne représente pas seulement les malades qui ont été admis comme indigents mais aussi les malades qui ont été placés sous l'Assistance publique pendant ou après leur hospitalisation. Il a été impossible d'obtenir plus de précision. Ce qui veut dire, de tout façon, que le nombre des malades admis à l'hôpital, alors que l'on savait qu'il s'agissait d'Assistance publique est de beaucoup inférieur à 1.40% . Lorsque l'on sait que le chiffre moyen de cas d'Assistance publique dans un hôpital varie suivant les milieux de 30 à 60% (Dr. Grégoire, vol.20,p.66) et que des indigents devaient être envoyés dans les autres hôpitaux, même des cas d'urgence, voir Dr. Darche (vol.13, pp.145-146) on se rend compte que la préposée au bureau d'admission semblait avoir reçu l'ordre d'accepter le moins possible de ces cas.

La preuve ne fait aucune mention du "nursing".

Ce n'est qu'incidemment et lors de la visite de l'hôpital par les trois commissaires que l'organisation hospitalière communément appelée "Nursing" a été portée à l'attention de la Commission.

Bien que l'hôpital ne compte que quelques années d'expérience et qu'il ait été en progression constante au cours des cinq dernières années, le service du nursing est à point tant dans l'élaboration des lignes de conduite administratives dans la répartition des tâches que dans les procédures de l'art de soigner les malades.

Le personnel du nursing, suivant les informations de la Directrice, se compose de 140 infirmières licenciées, 44 auxiliares certifiées, 100 auxiliaires étudiantes et 17 infirmiers.

Le service du soin des malades est organisé comme suit: la directrice du nursing, deux directrices adjointes (une en administration et l'autre en éducation), une surveillante de jour, deux de soirée et deux de nuit, une hospitalière par section, (il y a 17 sections différentes), dix assistantes-hospitalières assurent le remplacement des congés des hospitalières, douze secrétaire-réceptionnistes assument le travail clérical des services réservés aux patients. Les soins des malades sont confiés à une équipe composée d'une infirmière licenciée, une auxiliaire graduée et deux auxiliaires

étudiantes. L'équipe prend soin de 14 à 15 malades. Il est à remarquer que l'hôpital n'emploie pas d'aides pour le soin des patients, mais des auxiliaires formées dans une école dûment approuvée et ce pour la plus grande protection du public. Il est évident que toutes les infirmières au service de l'hôpital sont graduées et licenciées de l'A.I.P.Q.

L'organisation professionnelle, physique et matérielle fait en sorte que le malade reçoive les meilleurs soins et au moment précis où il les requiert. Le malade est continuellement sous surveillance contrôlée et ce selon les phases de son séjour à l'hôpital. Cette surveillance est possible à cause de: 1) la répartition bien définie et écrite des tâches du personnel, ainsi que des techniques précises rédigées pour chaque département. 2) L'organisation physique et matérielle adéquate; chambre d'observation, lit électrique, convoyeur, inter-communication, service de salle d'opération, salle de réveil, centrale de stérilisation. 3) La qualité du personnel professionnel et non-professionnel. Plusieurs infirmières sont spécialisées et une vingtaine possèdent un certificat en surveillance ou en éducation infirmière de l'Institut Marguerite d'Youville.

Afin d'assurer la plus grande protection du malade, aucune mesure de sécurité n'est négligée: identification du malade, qualité du matériel, asepsie, prévention des accidents, technique de contrôle des infections, etc.

L'organisation mentionnée plus haut se complète par des études en comités ou conférences ayant pour but d'assurer constamment des méthodes administratives adéquates répondant en fait à l'évolution des normes des services hospitaliers. Des comptes rendus de ces assemblées sont rédigés et conservés au bureau du service du nursing. Une étroite collaboration règne entre le département des soins aux malades et les autres départements de l'hôpital.

L'école des auxiliaires dirigée par la directrice-adjointe en éducation assure à l'hôpital des auxiliaires certifiées par l'A.I.P.Q. Un travail méritoire est accompli dans ce domaine par un groupe de personnes responsables, à savoir : trois infirmières institutrices, trois infirmières monitrices, une infirmière préposée au service de santé, une secrétaire cléricale. L'école accueille par année de 75 à 100 étudiantes. Le cours est d'un an suivi de six mois d'internat pratique. L'équipe de l'école a rédigé cette année un manuel pour la formation professionnelle des auxiliaires en nursing, intitulé: "Techniques élémentaires pour le soin des malades" et publié par l'hôpital.

Au début de ce chapitre, nous avons brièvement décrit l'intérieur de l'hôpital, nous réservant de parler plus loin de l'équipement technique y utilisé et de l'outillage des laboratoires. Déjà nous avons dit le confort et l'aménagement moderne des chambres des malades. Il n'y a pas que

Equipement

des malades dans un hôpital. Il y a aussi un personnel médical, hospitalier et technique qui se donne au service des patients. Pour travailler, ce personnel a besoin d'instruments de commodités et de locaux appropriés. C'est ainsi que dans l'aile nouvelle de dix étages, le sous-sol sert aux magasins généraux, au vestiaire des employés, à la salle d'autopsie et à la morgue. Il y a là quatre cents casiers métalliques à l'usage des employés. Au rez-de-chaussée se trouve la cuisine, le café-téria des employés, la chambre de lavage de vaisselle et la centrale de stérélisation. Toutes ces pièces sont spacieuses, modernes et bien aérées. Le premier étage est occupé par l'administration. Il comprend le bureau général, le bureau d'admission, le département des archives, la salle d'attente générale, les bureaux de l'Administrateur et du Directeur médical, la salle des médecins et leurs vestiaires. Au deuxième étage, se trouve l'organisation de la pouponnière où il y a quarante-huit bassinettes, un stérélisateur de lait, une petite salle d'opération, une chambre de lavage de bouteilles et une autre chambre pour la préparation du lait. Dans cette dernière chambre il y a une embouteilleuse et un réfrigérateur pour cinq cents boires. Il y a aussi à la pouponnière six incubateurs pour prématurés. La balance de cet étage est destinée à la maternité avec un équipement complet comprenant table d'obstétrique, lampes, service de ressuscitateur, d'oxygène et de succion, bassinettes chauffantes et un autoclave pour la stéréli-

sation des instruments, etc. Il y a au troisième étage le secrétariat de la chirurgie, des salles de repos, une cuisinette et des vestiaires, puis quatre salles de chirurgie majeure groupées deux par deux avec salle de brossage au centre et une chambre de lavage d'instruments et de stérélisation rapide. Il y a aussi une armoire chauffante pour solutions et couvertures. Chacune des salles est munie de conduites dans les murs pour l'oxygène, la succion, la nitroxyde servant à l'anesthésie. Il y a encore des armoires en acier inoxydable où sont rangés les instruments divers. Un voltage spécial permet l'utilisation des appareils mobiles de Rayons X dans toutes les salles d'opération. Tous les planchers sont à l'épreuve des chocs électriques-statiques. Les tables d'opérations sont du type Champagne; les lampes chirurgicales du type American Sterilizer sur rail, au plafond, et comprennent deux unités de lumière. Outre ces quatre salles d'opérations majeures, il y en a deux autres pour opérations mineures. Chaque salle d'opération a son équipement particulier pour l'anesthésie. Les appareils utilisés sont du type Heilbrink. Non loin des salles d'opérations, il y a une vaste salle de recouvrance équipée de douze lits spéciaux. A la tête de chacune de ces civières-lits, on trouve tout le nécessaire post-opératoire: instruments de prise de pression, appareil à succion, à oxygène avec ressuscitateur.



Ce département opère de 8 heures a.m. à 4 heures p.m. sous la surveillance de deux infirmières graduées et de deux aides. Tel est en résumé l'équipement important en usage à Jean-Talon.

La section des laboratoires comprend d'abord le service d'électro-cardiographie et de métabolisme, comprenant chacun deux appareils. Les laboratoires généraux comprennent les divisions suivantes: 1o- la pathologie, service dirigé par le Dr Neaga, et un résident. Il est muni d'un centrifugeur, d'un microtome, d'un technicon, d'un réfrigérateur et de microscopes. Dans le bureau du pathologiste se trouve également un microscope, un appareil à microphotographie et les bibliothèques pour les rapports. 2o - le bio-chimie est sous la surveillance du Dr J. Pellerin. Ce laboratoire a à son service une instrumentation adéquate pour les fins de l'hôpital; 3e- la bactériologie est sous la direction du pathologiste, Dr Neaga, assisté du Dr Butas et de trois employés. Eux aussi profitent d'instruments modernes. 4o- l'hématologie. Ce service, comme celui de la banque de sang, sont sous la surveillance du Dr Reeves qui emploie quatre techniciennes. 5o- la cytologie est sous la surveillance du Dr Ostiguy.

Les laboratoires.

L'hôpital Jean-Talon, n'étant pas un hôpital universitaire, la recherche n'est pas là une discipline particulière. Aussi il n'y a pas lieu d'insister sur ce point dans le cadre du présent rapport.

C'est dans cette institution hospitalière que se joue depuis au-delà de sept années le sort des malades. L'hôpital est muni de tout l'équipement nécessaire. Il a à son service un personnel médical, hospitalier et technique suffisamment nombreux pour les besoins de l'institution. Comme on l'a dit déjà, un hôpital a généralement la réputation de ses médecins. On verra dans une autre partie de ce rapport ce qu'il faut penser de la pratique médicale à Jean-Talon.

## C H A P I T R E     II

ADMINISTRATION FINANCIERE, formation du conseil d'administration, - les relations entre les administrateurs et le président, Dr Hori, - la vente de l'hôpital privé, - le prix, - les achats de terrains, - Hori Investment Ltd, - W.P. Investment Ltd, - Injecta Corporation Ltd, - les conflits d'intérêts, - les libéralités du Dr Hori, - le cas Courtemanche et les autres, - le 'surgical fund', - le "mémo du Dr Hori", - confusion générale dans les finances de l'hôpital.

La Commission d'enquête a étudié longuement l'administration financière de Jean-Talon, son travail en ce domaine a donné lieu à des constatations diverses qu'il importe maintenant de résumer.

Composi-  
tion du con-  
seil d'ad-  
ministra-  
tion.

L'hôpital privé du Dr Hori n'était pas encore terminé quand son initiateur et propriétaire décida d'en faire un hôpital public. C'est le 1er avril 1954 que, par lettres patentes provinciales, l'hôpital Jean-Talon était constitué en corporation suivant la troisième partie de la loi des compagnies de Québec. Le Dr Hori savait dès lors l'envergure qu'il entendait donner à son entreprise et les

nombreux problèmes que ses projets ne pouvaient manquer de susciter. Il importait alors que les premiers administrateurs de la corporation fussent des hommes sages, au jugement sain, éclairé et expérimenté. Au lieu de cela, le Dr Hori, qui conservait la haute main sur "son" hôpital et qui entendait bien la garder, s'entoura de personnes faciles qui lui étaient totalement dévouées et dont la servilité ne lui était pas douteuse. Lors de la première assemblée des membres de la corporation, le 12 août 1954, les six requérants en incorporation étaient nommés Gouverneurs et formèrent en vertu de l'art.6 des règlements généraux du bureau ou le conseil d'administration de la nouvelle corporation. A une assemblée des Gouverneurs, tenue le même jour, le Dr Hori fut élu président du conseil et administrateur, Madame Hori, son épouse, vice-présidente, M. Romuald Belhumeur, secrétaire-trésorier. En outre, MM. Kiniaki Nakashima, comptable, Henri Courtemanche, avocat, et J. Roland Gendron, médecin, complétaient l'organisation du conseil d'administration.

On ne pouvait pas s'attendre à ce que l'épouse du président lui fut un conseiller désintéressé qui aurait pu, le cas échéant, faire obstacle à ses desseins. M. Belhumeur était depuis longtemps "l'homme à tout faire" du Dr Hori. Appelé à témoigner le 16 juin 1961, il a déclaré comme son

occupation: "je m'occupe des affaires personnelles du Dr Hori depuis plusieurs années". (page 70, vol.16). Quant à M. Nakashima, en devenant administrateur de l'hôpital on en a fait le comptable-auditeur de la corporation, contrairement à la loi et à l'art. 20 des règlements généraux qui défendent à l'auditeur d'être un Gouverneur ou un officier de la corporation (pages 7 et 8 du vol.21a). M. Henri Courtemanche, avocat, était aussi un membre administrateur de l'hôpital. En l'appelant à ces responsabilités, il semble bien que le Dr Hori a voulu mettre plus à profit sa qualité de gendre du Ministre provincial de la Santé, que sa compétence d'avocat. (pages 73 et suivantes du vol.16, M. Belhumeur, et pages 11 et suivantes du vol.19a, M. Courtemanche). Nous reviendrons sur le rôle de M.Courtemanche dans les affaires de l'hôpital. Quant au Dr J.Roland Gendron, il était le directeur médical de l'hôpital. C'est à ce titre, pour voir aux intérêts médicaux de l'hôpital qu'il était membre du conseil d'administration. Il a, du reste, résigné ses fonctions dès le 19 novembre 1955.

Au sujet de la composition du conseil d'administration, on peut affirmer que la majorité de ses membres avait des liens d'intérêt personnel avec le président de la corporation. C'était assez pour en faire des membres faibles et incapables de discuter en toute objectivité les projets du Dr Hori et encore moins de s'y opposer. Ce fut là la première

erreur de jugement du Dr Hori qui devait avoir des conséquences funestes sur les finances de l'hôpital.

Il semble bien que cette attitude n'ait pas été le fruit de l'imprévoyance chez le Dr Hori. Au contraire c'était le moyen délibéré autant qu'infaillible d'imposer sa volonté en tous points et en toutes circonstances. La preuve de cette affirmation ne s'est pas fait attendre.

La première question que le nouveau conseil d'administration eut à envisager, dès sa première séance, le 12 août, 1954, fut la suivante. Le président, Dr Hori, offrit de vendre à la corporation le terrain, l'hôpital privé et son équipement, pour le prix de un million de dollars. Par la pièce P.205, l'enquête a appris que la somme des investissements du Dr Hori, à la date du 12 août 1954, dans son entreprise, s'élevait à \$371,127.42. C'est cet actif que le Dr Hori offrait de vendre un million de dollars à lui payable à raison de versements égaux et annuels durant cinquante ans, avec intérêt à 5% l'an. Le procès-verbal de cette assemblée dit que cette offre a été acceptée à l'unanimité. Aucun inventaire requis, aucun état détaillé fourni, aucune discussion avant d'engager le crédit de la corporation naissante pour cette forte somme.

Vente de  
l'hôpital  
privé.

Le Dr Hori s'est-il rendu compte de l'exagération de son offre avant même qu'elle ne fut acceptée? Le lendemain, 13 août 1954, le Dr Hori offre aux administrateurs réunis en assemblée de réduire son prix de vente

à six cent mille dollars. Naturellement, cette réduction a été favorablement accueillie par les administrateurs qui ne se sont pas montrés plus curieux que la veille en essayant de découvrir la valeur exacte des biens offerts en vente. Ils venaient d'épargner quatre cent mille dollars, c'était amplement suffisant! même si en réalité la corporation, à but non lucratif, ni pour elle, ni pour ses membres, chargeait déjà son passif d'une dette d'au-delà de deux cent mille dollars inutilement. Une administration prudente et éclairée n'aurait pas agi de la sorte!

Le Dr Hori a expliqué pourquoi il avait réduit son prix de vente. Après l'assemblée du 12 août 1954, le soir même, il s'est rendu compte que son prix d'un million "it did not make sense to me at that time". Il a dit à M. Nakashima et au Dr Gendron "that the figure of one million dollars is not right". Il s'est mis à réfléchir et à examiner le coût du terrain, de la bâtisse, de l'équipement, etc. Il a pensé qu'il ne pourrait balancer son budget des deux premières années et qu'il aurait encore de nombreux déboursés à encourir. C'est en vue de tout cela qu'il a estimé équitable de fixer son prix de vente à \$600,000.00. (pages 126 et 127 vol.22b). Ces considérations du Dr Hori ne sont pas sérieuses quand on lit les conditions de la vente et le mode de paiement. Ce n'est pas en obligeant la corporation à payer l'intérêt

à 5% sur un prix hautement exagéré et fantaisiste que le Dr Hori facilitait l'équilibre de son budget. Quant "aux nombreux déboursés qu'il aurait à encourir" il ne faut pas oublier que la corporation, en achetant, s'engageait non-seulement à assumer l'hypothèque et les comptes payables sur l'ameublement, mais elle s'obligeait aussi à payer "future purchases required for the good administration of the hospital and the board of governors promise to reimburse Dr George Hori for any advance or payment to be made by him from this date for or in the name and place of the corporation of Hôpital Jean-Talon". Les raisons invoquées par le Dr pour avoir réduit son prix de vente de \$400,000.00 sont donc futiles. Elles ne l'auraient pas été moins s'il avait songé à s'en inspirer pour fixer son prix à un million.

Profits substantiels sur  
vente de  
l'hôpital

Il est bien évident que le Dr Hori a réalisé un bénéfice fort appréciable en vendant à la corporation son hôpital privé. Comme le signalait avec raison Me André Villeneuve, l'un des deux conseillers juridiques de la Commission, en vendant son hôpital privé à une corporation publique, le Dr Hori ne s'est pas rendu compte de la transformation sociale qui s'est opérée. L'hôpital, devenu institution publique, allait profiter d'avantages sociaux et matériels importants, tels que remise de taxes sur achat de matériaux et d'équipements, participation aux subsides publics

sous forme d'assistance publique, de subventions de l'état ou de souscription dans le public. Ces privilèges sont en quelque sorte une contribution de la population à l'entreprise hospitalière en considération des services médicaux que l'hôpital public est en mesure de rendre dans le milieu où il opère. C'est dans le même ordre d'idée qu'en principe celui qui transforme un hôpital privé en une institution publique qui va opérer sans but lucratif doit le faire sans profit. Ce n'est évidemment pas là la philosophie du Dr Hori.

Après l'acquisition par la corporation de l'hôpital privé du Dr Hori, on songe à agrandir. On pourra se demander pourquoi le Dr Hori joue le rôle d'intermédiaire entre les vendeurs de terrains et la corporation de l'hôpital Jean-Talon. Le 29 septembre 1955, le Dr Hori achète de Wilfrid Verdon trois lots de terre sur lesquels sont bâties deux maisons de rapport portant les numéros civiques 1365 et 1375 Jean-Talon est. Ces immeubles achetés une couple d'années auparavant à \$55,000.00 sont vendus au Dr Hori \$78,500.00 Cinq mois plus tard, soit le 17 février 1956, le Dr Hori vend les mêmes immeubles à l'hôpital Jean-Talon \$120,000.00. Il y aurait eu, paraît-il, des modifications apportées dans l'intervalle pour adapter ces maisons aux fins de l'hôpital. Cette vente, autorisée par résolution du 17 février 1956



pour \$120,000.00 a été passée le 21 août 1956 devant Me Louis-Henri Mercille, sous le no 1144 de son répertoire, pour le prix de \$125,000.00.

Profits sur la vente des terrains. Même en supposant que le Dr Hori n'a réalisé aucun bénéfice personnel dans cette opération, pourquoi n'a-t-il pas fait intervenir l'hôpital à sa place lors de l'achat du 29 septembre 1955 de Wilfrid Verdon, au lieu d'acquérir lui-même pour revendre plus tard à la corporation.

Il y a eu d'autres mutations de propriétés qui ont donné lieu à des profits substantiels au détriment de l'hôpital, mais au profit d'amis ou d'intermédiaires du Dr Hori.

Pour une meilleure compréhension de ce qui va suivre, il faut savoir que le 21 novembre 1958, une nouvelle compagnie était organisée sous le nom de Hori Investment Ltd. (P.15). C'était une compagnie de gestion. Son capital social était de \$20,000.00 divisé en deux cents actions communes d'une valeur de \$100.00 chacune. Le siège social de cette compagnie était établi au no 323 Carré St-Louis, Montréal.

Le 14 février 1959, par des lettres patentes supplémentaires, le nom de Hori Investment Ltd est remplacé par celui de "W.P. Investment Ltd) (P.16, vol.2, page 16).

Le 27 novembre 1958, Le Dr Hori avait été élu président, son épouse vice-présidente et Romuald Belhumeur,

Il semble inutile d'ajouter que ces deux compagnies étaient une seule et même chose, la chose du Dr Hori, contrôlée exclusivement par lui, avec son épouse et M. Belhumeur, comme seuls autres actionnaires, détenteurs d'une action gratuite chacun.

Or, le 5 mars 1955, le Dr Hori était devenu acquéreur de la subdivision 243 du lot originaire 484. Ce terrain est situé sur le coin nord-est des rues Jean-Talon et DeLanaudière. C'était un terrain vacant. Le Dr Hori l'a acquis pour le prix de \$4800.00. Le 11 décembre 1958 le Dr Hori vendait ce terrain, encore vacant, à Hori Investment Ltd \$5059.70. Enfin, le 1er septembre 1959, Hori Investment vendait le même lot à l'hôpital \$17,000.00 soit avec un profit d'environ \$12,000.00 (acte No 5 de P. 168).

Le 21 mars 1955, le Dr Hori achetait les subdivision 193 et la moitié de 192 du lot originaire 484 situées au sud de la rue Jean-Talon au prix de \$6500.00. Le 11 décembre 1958, le Dr Hori vendait ces mêmes terrains vacants à Hori Investment Ltd pour le prix de \$6801.20 d'après l'acte No 36 de la pièce P.168. Le 26 mars 1960 ces mêmes terrains changent de main. Hori Investment Ltd les vend à Koichiro Miyasaki pour le même prix de \$6801.20, mais quelques semaines plus tard, soit le 10 mai 1960, Miyasaki vend les mêmes terrains vacants à l'hôpital Jean-Talon au prix de \$22,000.00, soit avec un profit de

\$15,000.00. (Acte No. 15 de P.168).

Le 26 mars 1960, le Dr Hori vendait au même prix qu'il avait payé quelques mois auparavant, soit \$30,000.00, au même Miyasaki les subdivisions 172 et 173 du lot originaire 484, avec la bâtisse portant les numéros 7121 et 7123 de la rue DeLanaudière. Environ six semaines plus tard, soit le 10 mai 1960, Miyasaki vendait les mêmes biens à l'hôpital Jean-Talon \$47,250.00, soit avec un profit de \$17,250.00. (Actes nos 20, 21 et 22 de P.168) .

Dans ces trois seules ventes qui viennent d'être analysées, il semble certain que le Dr Hori a par lui-même ou par personne interposée, directement ou indirectement, réalisé un profit substantiel dont la corporation de l'hôpital Jean-Talon fait les frais. Un administrateur consciencieux et loyal aurait évité cela à l'hôpital. Son passif se serait trouvé diminué de plus de \$40,000.00. Pourquoi le président de la corporation s'est-il servi d'intermédiaires pour arriver à procurer à l'hôpital des terrains dont il avait un besoin pressant pour son expansion. Il a souvent été question au cours de l'enquête de la compagnie Injecta. Cette compagnie est précisément celle qui fabriquait des produits pharmaceutiques et qui avait entr'autres clients l'hôpital Jean-Talon. Ce nom de "Injecta" a

remplacé le nom de Trans-Canada Hospital Supply Limited

La Compagnie Injecta qui avait été incorporé le 26 novembre 1957, suivant la première partie du chap.53 des Statuts Revisés du Canada, 1952, avec un capital autorisé de cent mille dollars divisés en 950 actions privilégiées d'une valeur au pair de cent dollars, et de cinq cents actions communes d'une valeur au pair de dix dollars chacune. Dès l'origine, le Dr Hori était devenu le principal actionnaire et aussi le président de la compagnie. Le 2 janvier 1958, Trans-Canada achetait Canadian Hospital Supply appartenant en majeure partie au Dr Hori. Ces deux compagnies fabriquaient des produits pharmaceutiques et en faisaient la vente.

Le 28 octobre 1959, le président Hori suggère que le nom de la compagnie soit changé en celui de Injecta Corporation Limited. Le 28 décembre 1959, à une assemblée des directeurs de Injecta, une action commune de son capital social est transférée par le Dr Hori à Gérard Demers. A l'assemblée des actionnaires, le 31 décembre 1959, les trois mêmes actionnaires, le Dr Hori, sa femme et Miyasaki sont réélus directeurs et Gérard Demers remplace le Dr Hori comme président de la compagnie. A la pièce P.52 il ne paraît pas y avoir de lettres patentes supplémentaires pour changer le nom. Il n'y a pas de règlement et la compagnie Injecta ne paraît rien posséder.

Il est cependant certain que c'est le Dr Hori qui contrôlait cette affaire. (Voir témoignage de Demers P.43, vol.4). Ce témoin, président et gérant-général d'Injecta Corporation, a affirmé que sur un total d'achat par Jean-Talon \$314,000.00, la compagnie Injecta n'avait vendu que pour \$28,000.00 (pp.47 et 48, vol.4) et ce, pour une période de deux années. (page 89).

M. Larose, comptable de l'hôpital, nous dira, aux pages 95 et 96 du vol. 5, que de 1957 à 1960, Jean-Talon a acheté de Injecta et de Canadian Hospital Supply, des produits pour un total de \$55,744.00.

Mademoiselle Raymonde Ferland est pharmacienne à l'hôpital depuis le 20 janvier 1958. C'est elle qui fait les achats depuis le départ de M. Robitaille qui a été en charge avant elle jusqu'à vers le mois de septembre 1958. Mlle Ferland déclare qu'à un certain moment elle a été forcée d'acheter à prix supérieur des produits de Canadian Hospital Supply (page 128, vol.5). Ce témoin a paru témoigner sous l'effet de la crainte. Elle semblait réticente. (page 133). En 1959, le Dr Hori lui a demandé d'acheter des produits de Canadian Hospital Supply. (page 145). Certains de ces produits étaient plus cher qu'ailleurs. Le Dr Hori lui a dit que si elle ne coopérait pas, qu'il la mettrait à la porte. (pp.26 et 27, vol. 6).

Cette façon de procéder enlève beaucoup de valeur au désintéressement du Dr Hori, de même qu'elle est l'indice certain d'une administration financière mauvaise.

Il faut voir maintenant comment le président de la corporation a utilisé les fonds de l'hôpital en sa qualité d'administrateur. Il a disposé, sans autorisation, de fortes sommes qu'il a distribué à droite et à gauche, en faveur d'amis politiques ou autres, en vue de procurer des avantages à l'hôpital et d'accroître indirectement son prestige auprès du public en général et de son entourage en particulier. Dans certains cas, les dons ont fait office de pots-de-vin et ont semblé inspirés par un esprit corrupteur; dans d'autres, ils ont voulu être la récompense du dévouement ou de bienfaits reçus. Dans tous les cas, la Commission ne peut que trouver cette façon d'agir détestable et répréhensible parce qu'elle procède d'une mentalité immorale, hélas trop répandue dans notre société. Cette façon d'offrir de l'argent à des serviteurs publics est une menace certaine à leur indépendance et une atteinte grave à leurs intégrité personnelle. C'est une plaie sociale qui ronge à la base les institutions démocratiques et déprécie bien souvent injustement le caractère des personnes en autorité.

Ce qu'il y a de certain, c'est que ces cadeaux en argent ou en nature provoquent des conflits entre le devoir et l'intérêt et ce n'est pas toujours le devoir qui l'emporte.

Conflits  
d'intérêts.

De tels conflits d'intérêt entre son devoir public et son intérêt personnel, le Dr Hori nous en a donné de nombreux exemples. Quand il vend son hôpital privé à la corporation publique dont il est le président, il se trouve en face d'un intérêt violemment opposé. Quand il achète des terrains en vue de les revendre à l'hôpital qui en a besoin, le Dr Hori se place dans la situation difficile où il doit combattre entre deux intérêts contraires. Quand, en sa qualité de président de l'hôpital, il pousse la vente de produits pharmaceutiques fabriqués par la compagnie Injecta Corporation Ltd dont il est le principal intéressé, il a opté entre deux intérêts divergents. Quand, en sa qualité de président de l'hôpital il doit voir à ce que l'organisation médicale soit placée sur le plan d'efficacité le plus élevé possible et qu'en sa qualité de chirurgien pratiquant dans l'hôpital son attitude professionnelle ne répond pas aux standards qu'il a eu le devoir d'établir, il y a là un conflit d'intérêts aux conséquences funestes. Enfin, quand en sa qualité de chef de l'administration, il a le devoir d'appliquer les sanctions contre des médecins, et, qu'éventuellement, le médecin en défaut peut être le Dr Hori, il y a là un terrible conflit d'intérêts qui peut être fatal à l'institution hospitalière.

Des conflits d'intérêts ont aussi tirailé plusieurs administrateurs de Jean-Talon. M. Belhumeur était

l'employé du Dr Hori. Il dit avoir surveillé la construction de l'hôpital et en avoir reçu une rémunération de \$1500.00. (P.205 cédule B, cost of building, chèque no 1326, 22 sept. 1955) pouvons-nous croire que M. Belhumeur ne s'est pas trouvé embarrassé continuellement entre son intérêt personnel d'agent d'affaires du Dr Hori et son intérêt d'administrateur. M. Nakashima a été confronté par un conflit d'intérêts entre ses fonctions personnelles d'auditeurs et ses devoirs de membre de l'administration. Quand à M. Henri Courtemanche, voyons ce qui en est.

#### LE CAS COURTEMANCHE

L'histoire officielle de l'hôpital Jean-Talon révèle pour la première fois le nom de Henri Courtemanche quand il fut approché par M. Romuald Belhumeur, homme de confiance du Dr Hori, afin d'aider Jean-Talon à obtenir des subventions de la part du gouvernement provincial. L'entrevue eut lieu à la fin de 1953 ou au début de 1954. Le Dr Hori avait commencé à faire construire son hôpital privé. Il s'était rendu compte des difficultés nombreuses et des charges énormes qu'il lui fallait supporter dans son entreprise. Aussi, il avait résolu d'en faire un hôpital public en vue particulièrement de le faire bénéficier des privilèges de la Loi d'Assistance publique et des subsides de l'état. Il avait besoin d'être aidé. Belhumeur fut chargé de ce problème. Il causa de l'affaire avec le notaire Albert Noel et ce dernier lui conseilla de rencontrer M. Henri Courtemanche,



jeune avocat et aussi gendre de l'Hon. Albini Paquette, ministre de la Santé dans le cabinet provincial. C'était là un atout à ne pas dédaigner. Aussi, le rendez-vous ne tarda pas. L'entrevue eut lieu au domicile de Me Courtemanche, sur la rue St-André, à Montréal. M. Belhumeur déclare dans son témoignage que l'avocat lui a alors représenté qu'il pourrait obtenir certains octrois moyennant une rémunération de 10%. (page 73, vol.16). Après avoir rapporté au Dr Hori les conditions posées par Me Courtemanche, le docteur les a agréées, bien qu'avec un peu d'hésitation. Le Dr trouvait le prix élevé mais il voulait réussir! Il fut dès lors convenu d'obtenir une charte et de convertir l'hôpital privé en institution publique. M. Belhumeur affirme catégoriquement qu'après son entente avec Me Courtemanche, l'hôpital reçut des octrois et que lui, Belhumeur, a versé le 10% convenu à Me Courtemanche. (pp.74 et 75, vol. 16). C'est ainsi qu'il lui a versé un premier montant de \$10,000.00 au moyen d'un chèque préparé par lui et tiré sur la banque provinciale. Ce premier paiement a suivi la réception d'une subvention de \$104,000.00 payée moitié par le provincial et moitié par le fédéral. En référant à la pièce P. 187, liste des octrois versés à l'hôpital par le gouvernement provincial, on voit que le 1er février 1955 un montant de \$52,913.33 a été payé à Jean-Talon par la province et un égal montant a été fourni par le gouvernement fédéral le 8 juillet 1955. C'était là un octroi

statutaire. M. Courtemanche a admis avoir reçu son premier quèque de \$10,000.00 au début de l'année 1955. M. Belhumeur dit que sur réception d'un autre octroi de \$90,000.00 il aurait payé à M. Courtemanche \$9000.00, dont \$4,500.00 en chèque et \$4,500.00 en argent. (p.77, vol.16). On voit, par la pièce P.187 que le 1er octobre 1956, Jean-Talon a bien reçu une subvention de \$90,000.00, et, dans son témoignage M. Courtemanche admet avoir reçu, en date du 12 octobre 1956, un chèque de \$4,500.00, mais il ne se souvient pas avoir reçu \$4,500.00 en argent. Il ne semble pas douteux, par les entrées aux livres de la corporation, et les témoignages du Dr Hori (pp 23,39, 40, vol.22a) et de M. Olivier (p.67, vol.16) qu'en fait ces \$4,500.00 ont été bel et bien versés à Me Courtemanche, à sa demande expresse, comme le dit le Dr Hori, à la page 15, vol.22a, et M. Belhumeur, aux pages 206 et 207, vol.19b.

M. Belhumeur dit encore que sur un octroi de \$100,000.00 consenti à Jean-Talon en 1956, il a remis en espèces à M. Courtemanche un autre montant de \$10,000.00. (P.79, vol.16). Par la pièce P.187 on peut constater que, de fait, le 29 mars 1956, l'hôpital a été gratifié d'une autre subvention spéciale de \$100,000.00. La même pièce démontre aussi que le 21 juillet 1955, un octroi à long terme de \$200,000.00 payable en quatre versements annuels de \$50,000.00 avait été voté en faveur de Jean-Talon. Le premier versement

de cet octroi, soit \$50,000.00 lui a été payé le même jour, 21 juillet 1955, et le deuxième, le 1er avril 1956. M. Courtemanche a reconnu qu'il avait touché \$10,000.00 en argent le 12 janvier 1956. Il est à présumer que ce troisième paiement de M. Belhumeur était pour acquitter, par anticipation, la rémunération sur la subvention de \$100,000.00 du 29 mars 1956, ou sur les deux versements déjà effectués de l'octroi à long terme de \$200,000.00, en date du 21 juillet 1955.

M. Belhumeur déclare qu'après ce don de \$10,000.00, le deuxième, le Dr Hori aurait trouvé que ça coûtait trop cher. Après une visite à Québec, la rémunération serait tombée à 5% . (p.202, vol.19b).

M. Belhumeur a quitté son poste d'administrateur à l'automne de 1956. Il dit que ce sont là les seules sommes qu'il a versées personnellement à M. Courtemanche, soit \$29,000.00.

Me Courtemanche a reconnu expressément avoir touché les deux montants de \$10,000.00, plus un chèque de \$4,500.00 le 12 octobre 1956. On a dit , précédemment, ce qu'il faut penser de l'autre \$4,500.00 en argent qu'il ne se souvient pas avoir reçu le même jour.

Désireux de se faire entendre et de s'expliquer après le témoignage de M. Belhumeur, M. Courte-

manche a comparu, assisté de son avocat, Me Dollard Dansereau, c.r. le 22 juin 1961. Il a confirmé le fait de sa première entrevue avec M. Belhumeur à la fin de 1953 ou au début de 1954, à sa maison de la rue St-André, à Montréal. Il a reconnu aussi que le nom du notaire Noel avait été mentionné au cours de cette première rencontre et aussi qu'il a été question de ses liens de famille avec l'Hon. Albin Paquette, ministre de la Santé. Enfin, il a admis que M. Belhumeur désirait obtenir des octrois par son entremise et qu'il aurait été question d'une rémunération de 10%. Sur tous ces préliminaires, le témoignage de M. Belhumeur est assez bien corroboré. En réponse à l'offre de 10% sur les octrois pour ses services d'avocat, M. le Sénateur déclare avoir dit qu'il ne connaissait pas cela, qu'il ferait des démarches et qu'il verrait. Il ne connaissait pas le tarif mais verrait au paiement de ses honoraires. Il a fait des démarches répétées auprès du gouvernement de Québec, une vingtaine de voyages, dit-il, en 1954.

La charte de l'hôpital ayant été émise le 1er avril 1954, on peut se demander pourquoi autant de voyages à Québec si ce n'était en vue de subventions éventuelles. C'est M. Courtemanche et son associé, Me Perdriau, qui ont préparé les documents relatifs à la charte de Jean-Talon et aussi les règlements généraux de la corporation. Gouverneur de l'hôpital dès le début, Me Courtemanche dit qu'il a

assisté à toutes les assemblées du conseil de 1954, à sa démission, le 28 novembre 1960. Il convient de retenir qu'en vertu des règlements de la corporation, art.6, les affaires de l'hôpital devaient être administrées par six gouverneurs "whose services will not be remunerated". Pour obvier à cette restriction, Me Courtemanche dira et répètera tout au long de sa déposition que c'est en qualité d'avocat de l'hôpital qu'il a rendu tous ses services à la corporation. Or, il n'y a aucune preuve et il n'y a aucune résolution aux livres des procès-verbaux à l'effet que Me Henri Courtemanche ait été nommé avocat de l'hôpital ou chargé par la corporation de la représenter généralement à titre de conseiller juridique.

A deux reprises, le 12 août 1954 et le 11 avril 1956, le conseil d'administration avait confié un mandat spécial à Me Courtemanche, mandat qui lui fut retiré très tôt, soit les 13 août 1954 et le 6 juillet 1956. Il s'agissait, dans chaque occasion, d'obtenir des lettres patentes supplémentaires afin de réduire de six à cinq le nombre des gouverneurs de la corporation qui demeura fixé à six. Me Courtemanche et son associé ont aussi été chargés par l'hôpital, à titre d'avocats, de conduire les causes en expropriation. Ces affaires ont été réglées à l'amiable pour la plupart. Aux frais taxables qui leur furent payés, la corporation a dû verser, en outre, à ses avocats, 5% du montant des indemnités payables aux expropriés. Du chef

des expropriations, MM. Courtemanche et Perdriau ont touché \$19,164.65. (page 46, vol.19a)

M. le Sénateur a énuméré comme suit les sommes qui lui furent versées, soit par M. Belhumeur, soit par l'hôpital, soit par le Dr Hori, en chèques ou en espèces :

\$10,000.00 au début de l'année 1955  
3,000.00 le 26 août 1955, chèque du Dr Hori  
10,000.00 le 12 janvier 1956  
2,000.00 le 6 avril 1956  
3,000.00 le 7 mai 1956  
2,500.00 le 7 septembre 1956  
4,500.00 le 12 octobre 1956  
6,000.00 le 31 janvier 1957  
5,000.00 le 21 septembre 1957 (gratification  
du Dr Hori pour ses frais  
d'élection)

Ce fut là, dit-il, le dernier chèque qu'il a reçu. Cependant il admet en avoir reçu un autre de \$1000.00 le 28 décembre 1960, avec une carte de bons souhaits. A la page 55 de son témoignage, M. Courtemanche déclare qu'il a reçu en tout \$47,000.00. Plus loin, à la page 67, on lui fera admettre un autre montant de \$3,500.00 et il reconnaîtra une autre somme de \$3,000.00 à la page 75.

La preuve résultant des aveux de Me Courtemanche établit à \$53,500.00 les montants qu'il a touchés. Si on ajoute à cela les deux montants en argent de \$2,500.00 le 7 septembre 1956, et \$4,500.00 en date du 12 octobre 1956 que Me Courtemanche n'a put nier avoir reçus parce qu'il ne s'en souvient pas (pp.75,76 et 77, vol.19a) il est juste de

dire que Me Courtemanche aurait touché en 1955, 1956 et jusqu'au 14 octobre 1957, alors qu'il est devenu vice-président de la Chambre des Communes, une somme d'au-delà de \$60,000.00.

M. Courtemanche a précisé qu'il s'est toujours occupé de l'hôpital, même pendant qu'il était député et ministre, mais il insiste pour dire "sans un sou". Il avait averti le Dr Hori que sa position lui défendait d'accepter de l'argent et qu'il n'en accepterait pas. Il a été élu député une deuxième fois le 10 juin 1957 et fut assermenté à titre de ministre le 12 mai 1958. Il fut nommé au Sénat le 20 janvier 1960. Durant la période écoulée du 14 octobre 1957 au 20 janvier 1960 M. le Sénateur a juré qu'il n'avait reçu aucun argent pour les services qu'il a continué de rendre à l'hôpital.

Puis arrive - est-ce une simple coïncidence - cette histoire de la résidence de M. Courtemanche sise sur la Grande Allée, à Montréal. Cette maison a été acquise le 29 avril 1959 pour le prix de \$52,000.00. C'est M. Belhumeur qui a manœuvré cette affaire derrière la compagnie W.P. Investment Ltd. L'achat de cette maison devait être financé de la façon suivante: \$10,000.00 payés comptant par l'acquéreur, une hypothèque de \$22,000.00 en faveur d'une Dame Brin, remboursable après trois ans, avec intérêt à 7% l'an, et la balance, \$20,000.00, remboursable au Dr Hori, sans intérêt. (p.132, vol.19a). M. Belhumeur aurait

dit à M. Courtemanche que le Dr Hori lui avait consenti un prêt de \$20,000.00, remboursable après deux ans. Lorsque l'échéance est arrivée, fin d'avril 1961, M. Belhumeur rapporte qu'il a communiqué à ce propos avec M. Courtemanche, et ce dernier lui a dit qu'il ne devait pas et qu'il ne renouvellerait pas le prêt de \$20,000.00. Le samedi soir suivant, M. Courtemanche a de nouveau dit à M. Belhumeur qu'il ne devait pas ces \$20,000.00 parce que le Dr Hori lui avait promis \$50,000.00 pour un octroi à l'hôpital. (pp 172 et 173, vol.19b). M. Belhumeur a déclaré, en plus, que M. le Sénateur avait refusé de payer le premier terme d'intérêts et les frais du notaire. C'est le Dr Hori qui aurait payé ces dettes de ses propres deniers. (page 173, vol.19b)

M. Courtemanche, quant à lui, dit qu'il a appelé le Dr Hori, à l'échéance, et ce dernier lui aurait dit d'attendre, qu'il n'était pas pressé. Il était bien entendu que M. Courtemanche paierait le premier \$10,000.00 comptant. Or, lorsqu'il est arrivé d'Ottawa pour signer son acte d'acquisition, il n'eut rien à déboursier puisque le \$10,000.00 avait déjà été versé par le Dr Hori. M. Belhumeur lui a dit: "C'est le Dr Hori qui a arrangé ça, vous vous arrangez avec". A la page 136 du vol.19b, appelé à expliquer ces curieuses opérations, M. Courtemanche déclare qu'il "connaissait la générosité du Dr. Hori; je savais qu'il



était capable de faire ça". (page 161, vol.19b). Il avait en poche, dit-il, le \$10,000.00 qu'il devait verser comptant. Ce n'était pas en argent qu'il avait ce dix mille dollars, mais par un chèque tiré sur la Banque Royale, succursale Sparks et Metcalfe, une rue en face du Parlement, à Ottawa.

Dans sa longue déposition, M. Courtemanche a déclaré avoir envoyé un inspecteur d'impôt fédéral, un M. Gervais, en 1958, à l'hôpital Jean-Talon afin d'examiner les livres en vue de savoir ce qu'il avait reçu de l'hôpital. M. Gervais lui aurait rapporté qu'il n'avait pu voir les livres. M. Courtemanche aurait téléphoné à l'administrateur, M. Olivier, en 1959, pour le prévenir qu'il envoyait de nouveau M. Gervais à l'hôpital, avec un moyen d'identification (feuille de papier avec entête du Sénat) et lui demandant de lui laisser voir les livres et les chèques (pp.83, et 84, vol.19a). Plusieurs des chèques faits à l'ordre de M. Courtemanche furent rapportés disparus par le comptable, M. Larose et l'administrateur, M. Olivier. C'est là un petit mystère qui n'a jamais été éclairci. (pp 30 et suiv. vol.16).

M. Gervais, cotiseur d'impôt, a été entendu comme témoin. Il a affirmé qu'il n'est venu à Jean-Talon qu'une fois et non pas à deux reprises, comme l'a affirmé M. le Sénateur (pp.102 et 126, vol.23a).

Le gérant de la Banque Royale, succursale coin Sparks et Metcalfe, à Ottawa, a aussi été entendu. Il a produit comme pièce P.202 un photostat du compte de banque de M. Courtemanche démontrant qu'au moment où il lui fallait donner \$10,000.00 en acompte du prix d'achat de la maison de la Grande Allée, à Montréal, le 29 avril 1959, M. Courtemanche était loin d'avoir en disponibilité à son crédit la somme de \$10,000.00.

Ce sont là des contradictions flagrantes du témoignage de M. Courtemanche sur des points bien précis. M.le Sénateur ne se doutait probablement pas que ces témoins de la capitale viendraient opposer un démenti aussi formel à ses affirmations.

Pour terminer sa version, le témoin a répété que malgré qu'il était bien l'avocat de l'hôpital depuis les origines et qu'il avait été réengagé formellement en novembre 1960 (p.152, vol.19b) ce qui est faux si l'on se fie au rapport de l'assemblée du 28 novembre 1960. M. Courtemanche n'a jamais envoyé de compte à l'hôpital, sauf dans les affaires d'expropriation. Bien plus, il ne tenait aucun livre de charges à son étude. Il entraînait dans un calepin de poche la date de ses voyages et les montants qu'on lui donnait. Chose tout-à-fait singulière, une tenue de livres aussi simpliste ne s'appliquait qu'à Jean-Talon et non aux autres clients.

Tel est le résumé le plus succinct possible, assez complet, de la version de M. Courtemanche. Il en découle: 1o- qu'entre 1954 et 1960, il s'est employé à obtenir des subventions en faveur de Jean-Talon et que ce fut là son principal service; 2o- que l'offre d'un pourcentage, à titre de rémunération, semble bien avoir servi de base aux paiements faits à Me Courtemanche; 3o- qu'à titre d'avocat, il n'a pu rapporter la preuve claire et précise d'aucun travail légal déterminé, ni d'aucune étude juridique quelconque sur un sujet litigieux de quelque importance; 4o- qu'entre le début de 1955 et le 14 octobre 1957, il aurait admis avoir reçu au-delà de \$60,000.00 de Jean-Talon ou du Dr Hori, en outre de plus de \$19,000.00 en frais dans des causes en expropriation; 5e- qu'en dépit de l'importance d'un tel client, il n'a jamais adressé de compte, ni tenu aucun livre de charges à son étude, ni pour Jean-Talon, ni pour le Dr Hori; 6o- que lors de la signature de son contrat d'acquisition de la maison de la Grande-Allée, il n'a paru aucunement surpris d'apprendre que le Dr Hori avait versé pour lui la somme initiale de \$10,000.00 sans exiger la moindre reconnaissance de dette, ni que le même Docteur lui avait avancé \$20,000.00 comme solde de prix de vente, remboursable après deux ans, sans intérêt; 7o- qu'il n'a pas même tenté de connaître la cause ou la raison d'aussi extraordinaires libéralités; 8o- que cette

attitude étrange s'explique s'il est vrai que conformément aux dires de M. Beihumeur, ces sommes lui étaient dues par le Dr Hori.

Tenant compte des absences de mémoire de Me Courtemanche, comme des nombreuses contradictions dont son témoignage a été l'objet, tenant compte aussi des circonstances spéciales qui ont entouré ses relations avec l'hôpital et son président, la Commission doit examiner de près le rôle de Me Courtemanche. Ce rôle était ou bien celui d'administrateur ou de gouverneur de l'hôpital, ou bien celui de conseiller juridique de l'institution, ou, encore celui de simple entremetteur entre l'hôpital et le gouvernement.

Rien n'imposait le nom de M. Courtemanche au choix de sa personne comme membre du conseil d'administration de l'institution. Il était au début d'une carrière qui ne lui avait pas encore apporté l'expérience des affaires, ni la connaissance des choses et des hommes. Il ne soupçonnait même pas le domaine particulier des hôpitaux. Rien donc ne le désignait au titre d'administrateur de Jean-Talon. Malgré son manque évident de qualifications, en acceptant le poste de gouverneur, il s'engageait à servir l'hôpital à titre gracieux, puisque telle était la volonté exprimée à l'art. 6 des règlements généraux. Or, il paraît de sens commun, que l'une des premières fonctions d'un administrateur est de

favoriser dans la mesure de ses moyens le progrès de l'institution qu'il a accepté librement de diriger. Faire des démarches en vue de subventions fait partie des devoirs d'un bon administrateur. Recevoir au-delà de \$60,000.00 pour avoir fait de telles démarches pendant quelques trois ans c'est là un manquement grave à ses devoirs personnels, une attitude indigne d'un citoyen honnête à qui l'on offre une occasion de choix d'accomplir un service d'intérêt général en dirigeant un hôpital public.

Me Courtemanche a soutenu tout au long de son témoignage que c'est à titre d'avocat qu'il a été appelé à rendre ses services à l'hôpital entre 1954 et 1960. Pourquoi alors n'a-t-il pas vu à ce qu'une résolution en bonne et due forme soit votée par l'assemblée des gouverneurs retenant ses services à titre de conseiller légal? L'absence d'une telle résolution équivaut en droit à l'absence de tout engagement et Me Courtemanche aurait dû le savoir. Pourrait-il prétendre que, sans engagement légal, il a quand même rendu de très nombreux services légaux à l'hôpital pour lesquels il a le droit d'être payé? Peut-être, mais, quel service d'ordre juridique a-t-il rendu à l'hôpital, à part l'incorporation et l'organisation de la corporation et outre les affaires d'expropriation pour

pour lesquelles il a été payé? Aucun, absolument aucun, d'après la preuve. Il n'a pas été capable d'en mentionner un seul de façon précise. Il n'a pas eu à s'occuper des émissions d'obligations, ni des contrats de constructions. Il n'a jamais été appelé à donner une opinion écrite, ni à faire aucun étude spéciale sur un sujet litigieux quelconque. Il n'y a rien dans la preuve sauf les exceptions ci-dessus mentionnées, pouvant justifier une charge d'honoraires parce que M. Courtemanche aurait fait un acte réservé à l'avocat. Le fait qu'il ne tenait aucun livre de charge à son bureau, qu'il n'ait jamais envoyé de compte, indique bien qu'il n'y avait pas entre lui et l'hôpital, ou le Dr Hori, président de la corporation, les relations ordinaires qui existent normalement entre client et avocat.

Il reste que Me Courtemanche, tout avocat qu'il ait pu être, et sauf les restrictions ci-dessus, n'a jamais rendu d'autre service à l'hôpital que ceux d'entremetteur entre Jean-Talon et le gouvernement. Sa qualité de gendre du Ministre provincial de la Santé lui donnait un prestige sans égal aux yeux du Dr Hori. C'est pour cela, et pour cela seulement, que le nom de M. Courtemanche fut retenu par le président de l'hôpital. C'est le gendre de l'Hon.Dr.Paquette, beaucoup plus que l'avocat Courtemanche, à qui l'on a voulu confier le soin d'obtenir le plus de subventions possibles du gouvernement.

Si, comme il le déclare, c'est à titre d'avocat qu'il a agi et que des démarches comme les siennes en vue d'obtenir des subventions sont des vacations qui relèvent des attributions de l'avocat, la conduite de Me Courtemanche, l'exagération scandaleuse des sommes qu'il a réclamées ou qu'on lui a versées en argent ou en nature, échappent-elles alors à toute action disciplinaire de la part du Barreau? Ce n'est pas à la Commission à le dire. Quoi qu'il en soit, son comportement relève de la décence personnelle et de la moralité publique qu'un meilleur contrôle des subside gouvernementaux pourrait rejoindre. Même si le travail de Me Courtemanche en fut un d'ordre légal, la Commission croit qu'il n'a pas augmenté son prestige d'avocat ni sa dignité personnelle en accomplissant ce rôle d'agent de liaison puissant entre un hôpital aussi pauvre que son président était prodigue et un gouvernement où il avait de faciles entrées.

Après le cas peu brillant de M. Courtemanche,

Le cas Mario Beaulieu	le Dr Hori a continué ses prodigalités. L'affaire de Me Mario Beaulieu est typique. Voici un jeune notaire à qui on exhibe un chèque, P.135, de \$2000.00 tiré sur le compte de l'hôpital Jean-Talon, fait à l'ordre de Mario Beaulieu in Trust. C'est la première fois qu'il voit ce chèque. Son nom à l'endos n'est pas de sa main, mais de celle de Laurent Molini, un client, qui est autorisé à endosser les chèques faits au nom de Mario
-----------------------------	---

Beaulieu pour ce compte "Mario Beaulieu in Trust". (page 3 vol.16). Le notaire a ouvert ce compte personnel pour l'utilité de M. Molini. Après bien des hésitations on sent que le témoin répugne à parler. On sait enfin qu'il s'agit d'un compte qui doit servir à des fins politiques pour le parti de l'Union Nationale. On lui exhibe un autre chèque, P.138, pour un montant de \$10,000.00 fait à l'ordre de "cash" et endossé "Mario Beaulieu in Trust". C'est la première fois que Me Beaulieu voit ce chèque (page 7). Ce chèque a été déposé au compte de Mario Beaulieu in Trust.

Les dons à Laurent Molini.	M. Laurent Molini admet que c'est lui qui a endossé le chèque P.135 de \$2000.00. On lui a porté ce chèque à la maison, probablement que c'est la secrétaire du Dr Hori qui a fait ce message. Et voilà que ce monsieur, qui admet avoir reçu non-seulement P.135 mais aussi P.138, chèque de \$10,000, entreprend de faire croire à la Commission qu'il aurait dit au Dr Hori "Si vous voulez me donner de l'argent, je tiendrais à ce que ce soit de l'argent personnel et non de l'hôpital". C'est vraiment trop de scrupules! Ces chèques venaient du "surgical Fund" que le Dr Hori a toujours prétendu être sa propre chose, on a jamais su pourquoi, surtout en 1960. Quoiqu'il en soit, le chèque P. 138 était un chèque de l'hôpital, signé par Hori et Olivier et fait à l'ordre de "cash".
----------------------------------	---



D'après le témoin Molini, le Dr Horì lui avait dit qu'il voulait faire quelque chose pour l'Union Nationale. C'est la raison des deux chèques P.135 et P.138 que le Docteur lui a offerts. (page 20, vol.16).

On montre au témoin un autre chèque de \$500.00 P. 142, fait à l'ordre de l'Action civique. C'est encore un chèque politique destiné aux élections municipales d'octobre 1960 que le Dr Hori a remis au témoin qui le lui a demandé.

La preuve a révélé que le comptable Larose est allé un jour encaisser à la banque un chèque de \$1000.00. Le cas Alfred Gagliardi. Un peu plus tard, dans la même journée, le même M. Larose est allé porter deux enveloppes à M. Gagliardi, conseiller municipal et membre du comité exécutif de la cité de Montréal. On apprendra, par M. Olivier, l'administrateur, que ce don de \$1000.00, chèque P.139, avait trait à une demande faite à la Ville par l'hôpital désirant obtenir une lisière de terrain pour fins de stationnement, terrain devant être pris à même le parc public situé à l'ouest de la rue DeLanaudière, près de l'hôpital. (page 38, vol.16 Larose, pp. 54, 55 et 56, M. Olivier). L'usage de ce terrain n'a jamais été obtenu par l'hôpital.

Le cas du notaire Léger Le 12 septembre 1955, M. Belhumeur a endossé un chèque de \$1000.00 fait à l'ordre de "cash". Après hésitation, il a fini par dire que cette somme avait été remise au

notaire Léger de la Commission de Transport en témoignage d'appréciation de ses services parce qu'il avait fait installer un poste d'arrêt des autobus à la rue DeLanaudière sur le rue Jean-Talon, presque en face de l'hôpital. On aurait présenté le chèque de \$1000.00 au notaire mais il aurait dit qu'il ne voulait pas de chèque. C'est pourquoi M. Belhumeur affirme qu'il est allé chercher de l'argent et a remis lui-même \$1000.00 en espèce au notaire Léger. (pp.185, 186 et 187, vol.19b).

Il y a encore un autre chèque P.136, de \$2000.00 qui a servi à des fins politiques. C'est un chèque du 31 mai 1960 dont le produit a été envoyé de l'autre côté de la rue où il y avait un comité du parti de l'Union Nationale. (p.59, vol.16)

Enfin l'administrateur a reçu à maintes reprises du président de l'hôpital, le Dr Hori, l'ordre de préparer des chèques à l'ordre de "cash" ou à l'ordre de personnes déterminées. Les chèques payables à cash étaient encaissés, l'argent remis au Dr Hori et on n'a jamais su ce que le Dr en avait fait. Des exemples de ça sont rapportés par M. Olivier. (pp.53, 58, 61, 63, vol.16, pp.27, 35, 51, vol.18a).

Il est un problème qui a surgi au cours de l'enquête, celui de savoir ce qu'était le fond chirurgical

Le fond  
chirurgi-  
cal.

et à qui appartenait-il. M. Olivier nous a expliqué qu'au début ce fond était constitué des argents chargés à la clinique d'urgence pour les honoraires médicaux et qui étaient payés soit par la Commission des Accidents du travail, soit par les compagnies d'assurance, soit encore par des particuliers. Tous ces paiements étaient faits directement au directeur de la clinique, qui, dans le temps, était le Dr Hori. Ces fonds n'allaient pas à l'Hôpital. S'il en venait, ils étaient remis au Dr Hori qui en disposait à sa volonté. Comme, cependant, il pouvait arriver des erreurs au sujet de ces fonds particuliers dont quelques-uns arrivaient à l'hôpital, et comme au point de vue comptable, les charges aux patients étaient faites et portées sur les comptes d'hôpital, il pouvait y avoir certains risques d'erreur que tous les argents n'aillent pas au Dr Hori. Cela obligeait l'hôpital de faire des entrées comptables et acquitter les comptes dûs avant de remettre le solde au Dr Hori. Devant cette situation, M. Olivier a proposé que les argents soient déposés dans un compte spécial, et comptabilisés en entier dans tous les cas où les chèques étaient faits au nom du Dr Hori. Si les chèques étaient payables à l'hôpital, ils étaient déposés dans le compte de l'hôpital (pp.8,9 et 10, vol.15) même s'ils couvraient les honoraires du médecin. M. Olivier précise encore sa pensée lorsqu'il dit: "toutes les charges, même

en incluant les honoraires médicaux en clinique d'urgence, étaient facturées par l'hôpital et incluses dans le compte de l'hôpital", et ce, jusqu'à l'année dernière alors que l'administrateur a dit: "Si vous considérez ce compte de frais chirurgicaux comme une chose appartenant à un particulier, on ne peut pas continuer à charger des honoraires médicaux sur un compte" (pages 10 et 11, vol.15). Alors si le compte comprenant des frais médicaux était payé, le chèque était déposé dans le compte courant de l'hôpital, et une remise d'une partie des honoraires professionnels, soit un tiers, était faite aux spécialistes qui avaient fourni leurs services. Les deux tiers restaient dans le fond de l'hôpital. Ceci était en vertu d'une entente qui existait dès avant l'arrivée de M. Olivier et qui a duré jusqu'au moment où la clinique a changé de local. Ceci, il faut ne pas le perdre de vue, c'était lorsque le compte d'hôpital comportait aussi les honoraires professionnels.

Mais, le fond chirurgical proprement dit, n'était composé que des frais chirurgicaux dont les chèques étaient faits au nom du directeur de la clinique, qui était, dans le temps, le Dr Hori. Ce fond, toutefois, était dans les livres généraux de comptabilité. Ils faisaient partie des états financiers de l'hôpital jusqu'en 1960 exclusivement. Ces états financiers étaient approuvés par l'administration et signés par le président. Après l'arrivée du Dr Darche

à la clinique, les chèques qu'il reçoit sont endossés et remis à la comptabilité. A la fin du mois 30% de ces rentrées sont remises au Dr Darche et le reste, à venir au 1er janvier 1961, était déposé dans le compte des frais chirurgicaux. A partir du 1er janvier 1961, il y a eu un nouveau compte d'ouvert au nom de "Professional fees fund" dans lequel est versé, en outre, la cotisation personnelle des médecins de l'hôpital. C'est Jean-Talon qui a le contrôle du compte. On a généralement utilisé le surgical fund et le professional fund, suivant les directives du Dr Hori aux fins de l'hôpital. Il a servi à payer des intérêts, des comptes de construction et d'équipement. Il a servi à payer l'architecte, des boni aux employés, etc. Jamais l'hôpital ne s'est reconnu débiteur de tous ces montants dans les livres, et avant la présente enquête, le Dr Hori n'a jamais réclamé quoique ce soit de prétendues avances à même le fond chirurgical. (page 34, vol.15).

Le Dr Hori, entendu sur cette question du surgical fund (pp.81 et suiv.vol.15) déclare qu'aux origines de l'hôpital c'est lui qui faisait tout le travail professionnel à la clinique externe et qui en retirait les revenus. Cela a duré jusqu'à la fin de 1955 et en 1956, alors que d'autres médecins travaillaient à la clinique, mais cela ne s'est pas fait sans difficulté. A l'arrivée de M. Olivier, à cause du fait qu'il y avait un peu de jalousie parmi les médecins parce

que le Dr Hori retenait tous les revenus de la clinique et aussi parce que l'hôpital avait grandement besoin de fonds, il fut décidé de créer un fond chirurgical qui a été tenu dans un compte séparé. Il n'y a jamais eu de doute dans l'esprit du Dr Hori que ce compte du "surgical fund" était à lui vu qu'il était constitué de ses honoraires professionnels. Il s'en est servi pour les fins de l'hôpital la plupart du temps. A l'arrivée du Dr. Darche, il restait quelques milliers de dollars dans ce compte, il a continué à recevoir des honoraires pour du travail fait avant la venue du Dr Darche et il a continué aussi à déposer ces chèques dans le surgical fund. Pendant que le Dr. Hori s'occupait de la clinique, il a pu disposer d'environ \$100,000.00, peut-être de ce fond, pour les fins de l'hôpital.

Quand le Dr Darche décida de venir s'installer à Montréal, il était entendu avec lui qu'il recevrait approximativement 30% des honoraires provenant de son travail professionnel, à la clinique externe. Ce revenu pouvait représenter, dans l'esprit du Dr Hori, environ \$1000.00 par mois; et, en outre, le Dr Darche aurait le revenu de tous les patients qui, venant à la clinique, auraient besoin d'être hospitalisés pour traitements chirurgicaux, ce revenu additionnel était susceptible de rapporter plus au Dr Darche que le 30% de la clinique. De plus, le Dr Darche eut un bureau privé à l'hôpital, une salle d'examen près de son bureau, et tout le

personnel que l'hôpital a pu lui fournir. Comme il s'agissait, dans le temps, d'agrandir les locaux de la clinique, ce qui augmenterait nécessairement les dépenses de l'hôpital en proportion, comme il fallait aussi un personnel additionnel d'infirmières, de résidents et, vu que l'hôpital payait pour tous ces services, il a été convenu qu'au départ le Dr Darche aurait environ 30% des honoraires, la balance, soit le 70% devant rester au surgical fund pour payer des dépenses hospitalières.

Il est bien évident qu'il y a eu un changement radical après l'arrivée du Dr Darche à la clinique externe. Ce dernier ne recevait que 30% de ses honoraires, cependant que le 70% qui restait servait aux fins de l'hôpital. Avant l'arrivée du Dr Darche, c'est le Dr Hori qui recevait et utilisait à sa guise 100% de ses honoraires. (page 122, vol.15). L'ouvrage de la clinique externe était généralement fait par des résidents de l'hôpital sous la surveillance du Dr Hori. Les résidents sont payés par l'hôpital (pp.134 et 135 vol.15). Il y a aussi des dépenses d'opération de cette clinique (p.152) que les patients ne payent pas en entier. (pp.155,156).

Le fond chirurgical.

Après cette enquête assez longue et très difficile afin de savoir à qui appartenait la propriété du fond chirurgical, la Commission en est venue à la conclusion,

séance tenante, que la décision de cette question ne relevait pas de sa juridiction particulière, mais était plutôt du ressort d'un tribunal civil. La décision est consignée aux pages 158, 159 et 160 du vol. 15. Dans le contexte de son enquête, la Commission a raison de croire que l'administration générale des fonds de l'hôpital a aussi compris les fonds provenant de la clinique externe. La preuve faite a établi que les frais d'opération de la clinique étaient des dépenses assumées par l'hôpital. Ces dépenses n'étaient pas remboursées en entier par les patients; elles étaient soldées en partie à même les honoraires professionnels. La chose est des plus normales, puisque l'opération de cette clinique doit se comparer à celle d'un bureau privé de médecin. C'est avec ses honoraires professionnels que ce praticien doit acquitter son loyer, ses taxes, le traitement de son personnel, l'entretien de ses locaux, etc. Il lui restera comme revenu net tant pour cent de ses honoraires professionnels. Envisagé de la sorte, on s'explique le pourquoi du 30% des honoraires attribués au Dr Darche, et on comprend pourquoi le 70% reste à la disposition de l'hôpital pour ses fins propres, et ce pourcentage, d'après le Dr Hori lui-même "does not cover the whole expenses" (page 156, vol. 15). S'il en est ainsi, le chirurgien en charge de la clinique externe d'un hôpital, qu'il s'appelle le Dr Hori ou le Dr X, ne peut réclamer pour lui seul 100% des honoraires professionnels gagnés à la clinique. Il doit en soustraire une



partie pour acquitter les dépenses d'opération de la clinique.

Dans le cas du Dr Darche, soit depuis octobre 1959, l'hôpital retient, en vertu d'un contrat, 70% des honoraires professionnels. Durant les années précédentes, le Dr Hori s'est attribué 100% des honoraires. Il soutient qu'il avait un droit absolu à la totalité de ses gains professionnels, sans égard aux dépenses inhérentes. En droit, ou théoriquement, il a peut-être raison, mais en fait il devait acquitter les frais d'opération de la clinique puisque l'hôpital n'est pas à lui. On ne sait pas ce que furent ces dépenses. La somme approximative de \$100,000.00 que le Docteur dit avoir extrait du fond chirurgical a servi à diverses fins, tant pour l'hôpital lui-même que pour d'autres moins utiles et moins convenables, comme les fins politiques. Ce sont là des dépenses qu'un président de corporation n'a pas le droit de faire.

Pour les fins de la présente enquête et sans préjudice aux droits de quiconque, la Commission est d'avis qu'une partie au moins du fond chirurgical, celle correspondant au chiffre des frais d'opération de la clinique assumés par l'hôpital, appartenait à Jean-Talon. Elle en vient à cette conclusion parce que c'est ainsi qu'on a interprété le contrat du Dr Darche.

M. Kimiaki Nakashima, comptable agréé,

membre du conseil d'administration de Jean-Talon et auditeur de la corporation, nous parle d'un memo qu'il a reçu du Dr Hori et qui porte la date du 28 décembre 1960. Ce memo a été produit comme pièce P.197. Il consiste en un feuillet comportant une énumération de fonctions auxquelles sont attachés des salaires. Il y a, entr'autres fonctions, celle de Directeur exécutif au salaire de \$12,000.00. Il y a aussi une secrétaire du directeur exécutif, \$6,000.00. Ces deux

Le "memo" postes n'existaient pas dans l'hôpital en 1960. Il y a encore du Dr.

Hori. une fonction de secrétaire en charge de la collection dont le salaire est fixé à \$5000.00. On y voit aussi Administrative expenses, \$6,000.00, qui constitue une charge nouvelle. Il y a, enfin, plusieurs autres postes qui existaient en réalité et auxquels des augmentations de traitements étaient consenties. Toutes ces dépenses, les réelles comme les autres, étaient rétroactives au 1er avril 1960. Ce memo était préparé pour être reproduit au budget de l'hôpital pour l'année 1961, lequel devait être soumis pour approbation à l'Assurance hospitalisation. On créait ainsi un budget dans lequel il y avait au chapitre de l'administration des charges fictives correspondant à des postes inexistants en 1960. Le fait de porter aux livres de la corporation des sommes comme si elles avaient été effectivement payées alors qu'elles ne l'avaient pas été en fait constituait une fausse représentation.

Dans ce memo, plusieurs fonctions réelles

recevaient des augmentations de traitements. C'est M.Olivier qui les avait recommandées au Dr Hori dès le mois de juin 1960. (pages 132 et 133, vol.21). Quant aux nouveaux postes, c'était l'initiative du Dr Hori. Ce dernier, interrogé à ce propos, fera grise mine à son enfant en disant que le memo est surtout l'oeuvre de M. Olivier. Il ne distinguera pas, avant qu'on le force à le faire, entre les postes réels et les augmentations recommandées par l'administrateur et les postes nouveaux, fruits de sa propre initiative. Il dira que ce memo a été donné par lui après une longue discussion "and mostly on the advice of Mr. Olivier, because Mr. Olivier know about... first he was the one that suggested the increases in salary. So that is why I followed his advice". (pp13 et 14, vol.23a). Il affirme ensuite que ce memo n'était pas fait pour tromper le gouvernement mais uniquement en vue de lui soumettre pour approbation. Pourquoi alors cette rétroactivité au 1er avril 1960, alors que le président de la corporation savait mieux que quiconque que l'hôpital n'avait pas les fonds nécessaires au paiement des charges proposées au dit memo. C'est qu'en vertu de la loi d'Assurance hospitalisation aucune augmentation de salaire ne pouvait être accordée après le 1er septembre 1960. Au sujet du salaire de \$12,000.00 attaché au poste de Directeur exécutif, le Dr Hori dit, à la page 51, vol.23a, que même s'il avait reçu le salaire, il n'aurait pas rempli la fonction parce que M. Olivier et le Dr Rochefort

l'exerçaient déjà en fait. Pourquoi alors tenter de créer la dépense? A la fin de son témoignage au sujet du memo, M. Olivier a émis l'opinion que sans l'assurance hospitalisation, le memo du Dr Hori n'aurait jamais été préparé. C'est aussi l'avis de la Commission.

Confusion dans les finances de l'hôpital.

L'incident de l'enquête autour de la propriété du surgical fund, nous a ouvert la porte sur la confusion qui a entouré les finances de l'hôpital Jean-Talon. Cette confusion semble avoir régné dès le début des opérations financières de Jean-Talon. Le Dr Hori, qui avait investi beaucoup de son argent dans la construction de son hôpital privé, a continué à avancer de ses argents personnels après la vente de l'hôpital à la corporation. Ceci a nécessité l'ouverture d'un compte spécial en marge de la tenue générale des opérations de l'hôpital. Ce compte a été très actif à raison des dépenses nombreuses, des achats de terrain par le Docteur et des acquisitions des mêmes terrains par l'hôpital. A cette dualité de comptes est venue s'ajouter, après l'arrivée de M. Olivier, la comptabilité additionnelle des fonds chirurgicaux. Comme l'hôpital était en voie d'agrandissements d'une façon quasi permanente, on a une idée des complications qui en résultaient. Graduellement se sont ouverts, à côté du compte courant, le compte du fond de construction "building fund", le compte du fond chirurgical, "le compte des relations extérieures". A tous propos, le Dr Hori se présentait chez

l'administrateur et lui demandait de faire un chèque de ??? et de charger à tel ou tel compte. L'administrateur n'avait qu'à s'exécuter sans poser de question. Souvent les chèques étaient faits payables au porteur. Après encaissement, l'argent était remis au Dr Hori et lui seul a su la destination de ces fonds. On a vu précédemment quelques cas indiquant l'usage que le président de la corporation a fait de milliers de dollars qui étaient normalement destinés aux fins immédiates de Jean-Talon. Il suffit de lire le témoignage du comptable, M. Larose, aux pages 187, 194, et 216 du vol. 15, celui du Dr Hori, à la page 120 du même volume, celui de M. Olivier, à la page 61 du vol. 18a, celui de M. Fernand Leblanc, c.a. aux pages 64 et suiv. vol.23b, et, enfin, celui de M. Nakashima, aux premières pages du vol. 21a. Comme on le sait, ce dernier, comptable agréé de son état, était l'auditeur de la corporation. Il reconnaît que c'est lui qui a contrôlé les premières entrées au journal de comptabilité de la corporation, le 12 août 1954, le jour même de la vente de l'hôpital. Il explique que les records de l'hôpital lui ont indiqué que le terrain initial coûtait \$32,000.00, que l'équipement coûtait \$70,688.00 et la bâtisse, \$552,640.00. Pour trouver le coût de l'hôpital, il a additionné le coût du terrain et celui de l'équipement. Il a ensuite soustrait le total du prix de vente de Jean-Talon et ça lui a donné le coût de l'hôpital. Vous voyez comme c'est simple et savant à la fois. Comme administrateur, M. Nakashima venait d'assister à l'assemblée au cours de laquelle la vente avait eu lieu pour \$600,000.00.

C'est même lui qui a rédigé le procès-verbal de la réunion. Comment a-t-il pu entrer dans les livres le montant de \$552,640.00 comme étant le coût de la construction. Si c'est de cette façon que M. Nakashima a contrôlé son travail d'auditeur, il n'est pas surprenant que M. Olivier ait déclaré que l'audition, à son avis, n'a pas porté sur tous les points où elle aurait dû porter, et cela, depuis quelques années. Depuis la venue du contrôleur en 1956, il a exécuté des vérifications. Il ne croit pas que ce soit au propriétaire d'indiquer à l'auditeur ce que doit être son travail. (page 207, vol.15). Il ne faut pas s'étonner alors de lire autant de choses incertaines et non contrôlées dans la version de l'auditeur. Il acceptait et écrivait, comme M. Larose d'ailleurs, ce que lui prescrivait le président, le Dr Hori. Il faut dire que c'est M. Nakashima qui s'occupait de la comptabilité personnelle du Dr Hori. Comme administrateur de l'hôpital, ce n'était pas l'homme pour freiner les activités souvent capricieuses du président.

### C H A P I T R E    I I I

Avant de commencer la revue de l'administration médicale, la Commission croit qu'il y aurait profit à faire l'ETUDE-CRITIQUE DES STATUTS ET REGLEMENTS DE L'HOSPITAL JEAN-TALON.

Comme l'étude des dossiers et des témoignages l'a démontré, la qualité de l'acte médical exercé à Jean-Talon, a souvent été mauvaise et même dangereuse, ceci en dépit de certains efforts - efforts reconnus par l'accréditation le 19 janvier 1959 - qui ont été faits avec beaucoup de bonne volonté, par certains membres du bureau médical, ayant un rôle à jouer au sein du comité des dossiers et du comité des tissus, même s'ils ont été accusés d'avoir manqué à leur devoir en ne dénonçant pas avec plus de vigueur les fautifs et même si on a dit (cf. docteur C.U. Létourneau, vol.17,p.68) qu'ils auraient dû quitter l'hôpital plutôt que d'accepter un tel état de chose.

Non seulement leurs efforts étaient "futils" (témoignage du Dr Cohen) parce que le président du conseil d'administration exerçait un pouvoir dictatorial (cf. témoignage Dr Cholette, p 90,vol.14) mais aussi parce qu'ils ne pouvaient pas le mettre, lui et d'autres, en face de "statuts et règlements" bien faits, ayant pour

but unique et exclusif d'assurer le bon fonctionnement de l'hôpital et le perfectionnement des méthodes employées au soin des malades.

Au contraire, l'étude des statuts et règlements du bureau médical de l'hôpital Jean-Talon, faite en comparaison avec les statuts et règlements de l'Association des bureaux médicaux des hôpitaux de la province de Québec Inc., des statuts et règlements proposés par les Commissions d'Accréditation canadienne et américaine et des statuts et règlements de plusieurs hôpitaux, reconnus et accrédités, a permis aux commissaires de constater que:

La disposition des paragraphes dans les statuts et règlements du bureau médical de l'hôpital Jean-Talon était la même que dans les autres statuts et règlements étudiés.

De nombreux paragraphes présentent le texte intégral que l'on peut lire dans les autres statuts et règlements.

Les paragraphes qui ont été changés ou qui n'apparaissent pas du tout dans les statuts et règlements du bureau médical de Jean-Talon ont été rédigés ou omis de façon à ce que cela favorise certains médecins en leur donnant plus de privilèges et en diminuant la possibilité d'un contrôle efficace de leurs actes médicaux.



Il est évident, puisqu'on a consulté des textes bien faits et qu'on a intégralement copié certains paragraphes, que les articles changés ou omis l'ont été volontairement, sans qu'on puisse "plaider ignorance".

Voici quelques exemples de ce que nous considérons comme abusif, incomplet ou absent dans les statuts et règlements de l'hôpital Jean-Talon.

1) Page 1. Dispositions déclaratoires et interprétatives  
paragraphe 2: "Le Comité conjoint peut agir comme Comité des créances et aussi comme Comité de discipline".

Ce comité conjoint est composé de membres du bureau médical et de membres du conseil d'administration. Ces derniers ne sont pas aptes à juger des qualifications médicales d'un médecin - celui-ci doit être jugé par ses pairs - ni à juger de l'importance et de la gravité d'un acte médical. Il n'est donc pas admissible que des membres du conseil d'administration, non médecins, fassent partie du comité des créances et du comité de discipline. Le rôle du conseil d'administration en ce qui regarde ces points, quoiqu'étant l'autorité suprême, se borne à approuver les recommandations de ces comités ou s'il ne les accepte pas à les lui retourner pour reconsidération en ayant soin de donner par écrit ses raisons. Si l'on n'agit pas ainsi, c'est une atteinte grave à l'autonomie du bureau médical, autonomie absolument nécessaire au bon fonctionnement de l'hôpital et à l'harmonie entre le conseil d'administration et le Bureau médical. On a pu constater ce que cette lacune a donné à l'hôpital

2) Page I. Dispositions déclaratoires et interprétatives, par.3: "Les termes 'Directeur Médical' désignent le médecin nommé à ce poste par le conseil d'administration.

Il faudrait ajouter: "après approbation par le bureau médical". Dans l'exercice de ses fonctions, le directeur médical est appelé à discuter de questions purement médicales dans les différents comités, à surveiller si tout est fait dans l'ordre tenant lieu et place de l'administration à qui il doit faire rapport, à avoir un contact intime avec les médecins, etc. Il est donc nécessaire puisqu'il se mêle d'actes médicaux qu'il soit un médecin et normal qu'il soit agréé par le bureau médical de la même façon que tous les autres médecins.

3) Page 3. Morale et Déontologie, par.2-a: "Les membres s'engagent à se soumettre aux exigences de la constitutions et des règlements de l'hôpital....."

Théoriquement ceci devrait exister. En pratique, un membre ne peut accepter de se soumettre à des constitutions et règlements qu'il ne connaît pas. A Jean-Talon, comme à beaucoup d'endroits, peu de médecins sont ou peuvent être au courant de ces constitutions et règlements de l'hôpital. On ne pourra donc soumettre un médecin à cette exigence que lorsqu'il aura

pris connaissance de ces règlements et constitutions.

4) Page 3: Morale et Déontologie, par.g): Les membres s'engagent à promouvoir les oeuvres de l'hôpital Jean-Talon par tous les moyens possibles et à accorder leur préférence professionnelle à cette institution.

A - De quelles oeuvres s'agit-il?

Contribuer au surgical fund? - L'article II, par.2: "Objets et Buts" est très explicite sur les engagements que doivent prendre les médecins.

B - Il n'y a aucune objection à ce qu'un médecin aille, s'il y est accepté, comme visiteur dans un autre hôpital à la demande de son patient. C'est en effet le droit prioritaire du patient de choisir son hôpital et son médecin.

C - De toute façon, ce paragraphe n'a rien à voir avec la Morale et la Déontologie et devrait être retrancher.

5) Page 3: Demande d'admission, par.b: (page 4): "La demande d'admission est présentée au comité conjoint qui l'a remet au comité de créances ou la rejette."

Il n'est pas normal que le comité conjoint recoive ou rejette une candidature, pour les raisons données au paragraphe 1 de ces remarques avant que le

comité des créances ait fait rapport.

6) Page 6: Destitution, suspension, sanctions,  
premier paragraphe: "Sur la recommandation du comité  
de discipline, les membres du bureau médical peuvent  
être destitués, suspendus ou passibles de sanctions,..."

A - Ce premier paragraphe est acceptable à condition que soit bien défini ce qu'est le "Comité de Discipline" où ne peuvent siéger des membres du conseil d'administration. (Voir plus haut)

B - Le reste de ce chapitre est incomplet parce qu'il ne prévoit pas que le membre en question doit être entendu ou dûment convoqué au comité des créances avant d'être destitué, suspendu ou sanctionné, ce qui est la base de la justice: Audi alteram partem.

7) Page 6: Détermination des privilèges et qualifications. C'est sur cet article que les statuts du bureau médical de Jean-Talon sont les plus repréhensibles. On a complètement omis de classifier les privilèges en majeurs, intermédiaires, ou mineurs.

Il est vrai qu'à la page onze il est écrit: "Les privilèges à accorder aux médecins devront être soumis au comité des créances avant d'être consentis par l'administration".

Mais qu'est-ce que cela donne comme sécurité quand on sait que ce comité est formé de membres de l'administration et présidé par le Dr Hori? On ne peut qu'être ébloui par l'astuce qui a présidé à la formation de ce comité des créances comme il n'en existe aucun autre ailleurs. C'est en somme, à toutes fins pratiques, le docteur Hori seul qui détermine sans les qualifier - c'est moins compromettant - ses propres privilèges ou ceux de ses amis (voir témoin Olivier, vol.18a, page 22) et qui à la fois, puisque ce comité joue le rôle du comité de discipline, se charge de se destituer, de se suspendre ou de se sanctionner!

Il est bon d'insister encore ici sur le fait que l'administration ne peut qu'approuver les décisions de ces comités de créances et de discipline exclusivement formés de médecins élus par le bureau médical ou de les rejeter en expliquant par écrit ses raisons.

8) Page 7: Membres consultants, par.d: "En autant qu'il s'agit de sa spécialité, les privilèges d'un membre consultant peuvent être déterminés par le Comité des créances".

Pourquoi le comité des créances ne peut-il déterminer les privilèges d'un membre consultant

qu'en autant qu'il s'agit de sa spécialité? Un ophtalmo-  
logue pourrait-il opérer un ventre ou peut-on le limiter  
seulement dans ses opérations sur les yeux?

9) Page 8: Membres actifs, par.d: "Un membre  
actif du bureau médical a le droit de soigner tous ses  
malades privés, que le cas relève ou non de sa spécia-  
lité; pour ce qui est de ses malades indigents, il ne  
pourra traiter d'autres cas que ceux qui relèvent du  
service qui lui est assigné, à moins que des privilèges  
nécessités par les circonstances et précisés par le  
bureau médical, sur la recommandation du Comité de  
créances, ne lui soient accordés par écrit sur sa for-  
mule d'admission après acceptation par le conseil  
d'administration".

Pourquoi un membre actif peut-il soi-  
igner tous ses malades privés alors qu'il ne peut pas  
soigner ses malades indigents sans qu'on lui en ait  
donné par écrit l'autorisation après recommandation du  
bureau des créances? Pourquoi le malade indigent dans  
un hôpital non enseignant et non spécialisé n'a-t-il pas  
le droit lui aussi de choisir son médecin? D'ailleurs,  
nous n'avons retrouvé nulle part dans les pièces justifi-  
catives déposées un seul cas où une telle autorisation par  
écrit aurait été donnée.

10) Page 9: Services Cliniques, par.â: Divisions  
des Services....

Les services cliniques ont besoin d'être remaniés. Ils comprennent trop de disciplines différentes. Par exemple, il n'est pas normal que le chef de chirurgie dans un hôpital de 400 lits soit responsable de ce qui se passe en oto-rhino-laryngologie. Il est important qu'il y ait un service de pédiatrie.

Il y aurait bien d'autres corrections à faire dans la division des services. Nous encourageons les médecins de Jean-Talon à les faire eux-mêmes suivant les besoins, tenant compte de la compétence du personnel médical spécialisé et du nombre des malades qui se rendent à l'hôpital dans chaque spécialité. Il ne sera possible de juger des besoins de Jean-Talon, en ce qui concerne la division de ces services suivant le nombre des malades qui s'y rendent, que lorsque les admissions seront faites sur une base d'équité envers les malades et non en fonction des docteurs Hori, Browman ou du montant des souscriptions versées, etc.

11) Page 9: Services Cliniques, par.b: Spécialisations. "Il n'est pas exigé que les membres actifs du bureau médical soient des spécialistes; cependant, il est nécessaire que leur compétence soit plus marquée dans

la branche médicale du service qui leur est assigné et la majorité de leurs clients privés doivent relever de la branche à laquelle ils sont affectés".

Ce texte ouvre la porte à un tas d'interprétations et de discussions. Il ne limite en rien les privilèges d'un médecin, spécialisé ou non, dans la discipline médicale pour laquelle il a le plus de clients ou dans les autres disciplines pour lesquelles il a moins de clients. Ceci est mauvais.

12) Page 10 et 11: Chefs de Services. Il est à remarquer dans ce texte que seuls les chefs des services de laboratoire et de radiologie doivent être des médecins spécialisés. Il n'est pas admissible que dans un hôpital de 400 lits à Montréal les chefs de services ne soient pas tous des spécialistes reconnus et certifiés par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

13) Page 12 b: Comités. "Tous les comités sauf le comité exécutif lui-même et le comité conjoint, sont nommés par le comité exécutif". C'est le bureau médical qui doit élire les membres des comités.

14) Page 12: Comité Exécutif.

Il serait plus avantageux que les officiers du bureau médical, puisqu'ils forment le comité exécutif



soient au nombre de cinq au lieu de trois surtout dans un hôpital où les membres du bureau médical sont si nombreux.

15) Page 14: Comité des Créances, par.4.

A - Il est à noter que c'est le seul comité dont on ne dit rien de la formation. Ca va de soi!

B - Il serait logique, puisque c'est ce comité qui étudie les plaintes portées contre un membre et qui devra le faire comparaître, qu'il agisse en même temps comme comité de discipline.

16) Page 14: Assemblées, article VIII.

La possibilité d'un scrutin secret n'est pas prévue dans les règlements. Ceci devra être corrigé.

17) Page 20: Règlements, par.4. "Chaque malade privé sera traité par un médecin de son choix, moyennant acceptation de l'hôpital. Dans le cas où un malade se présenterait pour l'admission sans avoir de médecin, il sera assigné au chef du service concerné, ou à tout autre médecin désigné par le chef de service."

Pourquoi le malade privé ou payant est-il le seul à pouvoir choisir son médecin? Dans un hôpital public, non spécialisé et non enseignant tout malade doit avoir ce

choix qui n'est pas un privilège mais un droit.

S'il ne se prévaut pas de ce droit, il devra être dirigé dans le service qui convient à sa maladie et un médecin lui sera assigné suivant un mode convenu au préalable entre le chef et les assistants de ce service.

18) Page 23: Règlements, par.19. "Dans tous les cas de curetage et d'hystérectomie, il doit y avoir au préalable une consultation par écrit. L'hôpital se réserve le droit de désigner les consultants."

Ce n'est pas à l'Hôpital à désigner un consultant. C'est le droit du malade de le choisir. Il devra nécessairement être un spécialiste reconnu et certifié dans la discipline en cause. Son médecin devra lui en faciliter le choix.

#### C H A P I T R E    IV

##### ADMINISTRATION MEDICALE

Au début du présent rapport, il a été prévu qu'au point de vue médical la Commission s'arrêterait à trois aspects particuliers: (a) à la médecine proprement dite, technique médicale, standards médicaux observés à Jean-Talon; (b) à la pratique médicale et chirurgicale personnelle des médecins à Jean-Talon; et (c) à l'administration

de la médecine: relations entre le bureau médical et le conseil d'administration, relations entre les divers comités médicaux et l'autorité administrative, le contrôle efficace sur l'acte médical.

Après avoir dit dans la troisième partie du chapitre de l'organisation comment l'hôpital est pourvu au point de vue interne, scientifique et technique, la Commission croit inutile de revenir sur ces questions qui auraient pu aussi bien faire partie du présent chapitre de l'administration médicale que du chapitre traitant de l'organisation scientifique et technique. Quoiqu'il en soit, pour les fins du rapport, la Commission est d'avis qu'en examinant de près les deux derniers item de ce chapitre elle marquera, par le fait même, les caractéristiques du premier.

Pratique médicale et chirurgicale  
personnelle des médecins à Jean-Talon.

Afin de pouvoir connaître convenablement la technique médicale et chirurgicale dans l'hôpital, il a paru nécessaire d'examiner des dossiers et d'interroger médecins et chirurgiens. Le choix des dossiers à étudier présentait un épineux problème. Quels dossiers fallait-il considérer? La Commission a eu l'avantage fort apprécié de profiter de la coopération pleine et entière des médecins et avocats. Trois médecins de l'extérieur de l'hôpital se sont

formés en comité de sélection et se sont chargés de choisir les dossiers à être soumis à la Commission. L'un de ces médecins agissait pour les Commissaires, un deuxième représentait le bureau médical de Jean-Talon et le troisième, choisi par le Dr Hori, avait à sauvegarder ses intérêts. Ce comité médical spécial a fait un travail fort utile en choisissant des dossiers susceptibles d'intérêt médical pour les commissaires-médecins, leur évitant ainsi une perte de temps considérable. Pour arriver à ce tri, le comité spécial a choisi des dossiers relatifs à quatre genres d'opération dans un temps déterminé pour les soumettre à l'attention de la Commission, soit 167 dossiers. Les Commissaires ont tenu cependant à voir de très nombreux dossiers qui ne leur avaient pas été signalés, de façon à éviter tout reproche possible. En tout, ils ont fouillé près de mille dossiers des malades traités à l'institution. Parmi les dossiers qui leur furent soumis les Commissaires ont relevé des dossiers où l'acte chirurgical paraissait plus ou moins indiqué, ou des dossiers dans lesquels l'acte chirurgical paraissait dépasser l'indication, ou dans lesquels l'acte chirurgical pouvait paraître inadéquat ou sujet à caution au point de vue technique. Les Commissaires ont aussi étudié soixante-deux dossiers de mortalité médicale, huit de mortalité présumée anesthésique, de même qu'environ

quatre cents dossiers médicaux pris au hasard. Ils ont, de plus fait l'étude de trente-cinq volumes d'anatomie pathologique dont le contenu varie entre cinq cents et mille rapports chacun. L'étude de toutes ces pièces a occupé neuf jours complets de séances à huis clos, soit du 9 mai au 1er juin 1961 inclusivement. Puis, durant quatre jours au début de juin, les chirurgiens, dont certains dossiers requéraient plus amples explications, furent interrogés par les Commissaires.

L'étude des dossiers médicaux a fait voir une faute malheureusement fréquente: celle d'une histoire de cas très souvent incomplète, des notes d'évolution nettement insuffisantes, et parfois, un diagnostic non motivé par l'histoire. Ceci ne veut toutefois pas dire que ces diagnostics furent erronés mais seulement que l'histoire telle que trouvée au dossier était insuffisante à motiver le diagnostic.

Dans les dossiers de médecine, les commissaires n'ont pas relevé de pratique médicale tendant à outrepasser les doses normales d'opiacés ou d'hypnotiques. Certains traitements peuvent être discutables, mais ceci paraît rencontrer la norme habituelle. En somme, au point de vue des dossiers de médecine, sauf la tenue de certains d'entr'eux, l'étude a démontré qu'ils sont d'une venue normale. Plusieurs de ces

dossiers médicaux - les Commissaires se plaisent à le souligner - sont excellemment tenus.

Le travail d'étude de la Commission a d'abord porté sur les dossiers dont il avait été question au cours des témoignages des médecins, membres du comité des tissus. Les Commissaires se sont ensuite arrêtés aux dossiers des morts chirurgicales, aux dossiers de toutes les cholécystectomies en 1958, puis vinrent les dossiers correspondant à trois genres d'opérations, à savoir: gastrectomies, cholécystectomies, et hystérectomie dont les rapport anatomo-pathologiques étaient négatifs pour 1954, 1955 et 1956-60. Enfin, furent étudiés les dossiers de quatre opérations : gastrectomies, cholécystectomies, hystérectomies et césariennes faites à Jean-Talon au cours des derniers six mois de 1959, dossiers qui avaient été examinés au préalable par les Drs C.U. Létourneau, Laurier, Gélinas et Fauteux. Ces dossiers ont été classés en trois catégories: bons, douteux, mauvais. Ainsi les dossiers examinés ont été répartis sur toute la période couvrant la vie de l'hôpital, soit de 1954 à 1961. Le résultat obtenu au cours de l'examen des dossiers apparaît aux divers tableaux qui suivent:

T A B L E A U    I

Dossiers refusés par le comité des tissus en 1961 (12)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	1		7	8
Favreau	1			1
Forest	1			1
Brownman			2	2
	<hr/>		<hr/>	<hr/>
	3		9	12

T A B L E A U    II

Dossiers mis de côté par le comité des tissus en 1961,  
mais n'ayant pas été examinés par ce comité (6):

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Ostiguy	1			1
Hori	1			1
Bélanger	1			1
Gaillard			1	1
Letendre	1			1
Brownman			1	1
	<hr/>		<hr/>	<hr/>
	4		2	6

T A B L E A U    III

Dossiers refusés par le comité des tissus en 1960 (16)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Kormann	1			1
Brownman	1	2		3
Hori	1	3	5	9
Pelletier	1			1
Bélanger	2			2
	<hr/> 6	<hr/> 5	<hr/> 5	<hr/> 16

T A B L E A U    IV

Dossiers refusés par le comité des tissus en 1958 (6)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Cohen	1			1
Brownman			1	1
Barrière			1	1
Hori	1	1		2
Duval	1			1
	<hr/> 3	<hr/> 1	<hr/> 2	<hr/> 6



T A B L E A U     V

Dossiers des morts chirurgicales (65) depuis qu'il  
y a des dossiers.

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	10	5	13	28
Browman	6	1	3	10

---

Tous les dossiers suivants ont été acceptés et jugés bons:

Cohen	2	Bélanger	6	Trasybule	1
Tétrault	1	Cantero	1	Cordeau	1
Forest	2	Darche	1	Rothstein	1
Simard	2	Depocas	2	Paquet	1
Pérrigard	1	Desrosiers	1	Handfield	1
Choquette	1	Kormann	2		

T A B L E A U     VI

Dossiers de toutes les cholécystectomies en 1960 (63).  
Tous ces dossiers ont été acceptés comme bons:

Hori	17	Simard	4	Bélanger	1
Cholette	12	Dassylva	2	Hamelin	1
Browman	7	Depocas	2	Paquet	1
Kormann	5	Bourque	2	Rothstein	1
Cohen	5	Darche	2	Gagnon	1

T A B L E A U VII

Dossiers dont le rapport anatomo-pathologiques est tout à fait différent du diagnostic pre-opératoire seulement pour les hystérectomies, les gastrectomies et les cholécystectomies.

En 1954 (16)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	6		10	16

T A B L E A U VIII

Idem en 1955 (63)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	35	12	9	56
Browman	2			2
Dionne			2	2
Handfield			3	3
	<hr/> 37	<hr/> 12	<hr/> 14	<hr/> 63

T A B L E A U IX

Idem 1956-1960 (48)

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	20	5	17	42
Perrigard	1			1
Favreau			1	1
Gaillard		1		1
Browman	2			2
Letendre	1			1
	<hr/> 24	<hr/> 6	<hr/> 18	<hr/> 48

T A B L E A U    X

Dossiers étudiés par les autres médecins se rapportant  
seulement aux gastrectomies, aux cholécystectomies, hystérectomies  
et césariennes pendant les six derniers mois de 1959    (167):

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
Hori	36	5	33	74
Browman	13	1	2	16
Forest	15	1		16
Nelligan			1	1
Handfield		1		1
Perrigard			1	1
Bélanger	1			1
Cohen	10	3		13
Cholette	3			3
Favreau	1	2		3
Letendre	4			4
Kormann	2			2
Cordeau	26			26
Gold	1			1
Darche	2			2
Marcoux	1			1
Ouellet	1			1
Gaillard	1			1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	117	13	37	167

T A B L E A U    XI

Voici ce qui ressort de l'ensemble de ces tableaux:

Le total des dossiers examinés est 462.

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	306	43	113	462
ou	64.23%	1.30%	24.46%	100%

T A B L E A U    XII

Les dossiers du docteur Hori sont au nombre de 253

sur 462

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	128	31	94	253
ou	51%	12%	37%	100%

T A B L E A U    XIII

Les dossiers du docteur Browman sont au nombre de 44

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	31	4	9	44
ou	70.48%	9.06%	20.46%	100%

T A B L E A U      XIV

Les dossiers du docteur Dionne sont au nombre de deux.  
Il est ennuyeux de donner une statistique sur deux cas mais nous croyons que ces dossiers, mis à part par le même procédé que tous les autres médecins, dont plusieurs d'ailleurs n'en n'ont qu'un, doivent être mentionnés.

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	0	0	2	2
ou	0%	0%	100%	100%

T A B L E A U      XV

Les dossiers des docteurs Hori, Browman et Dionne sont au nombre de 299.

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	159	35	105	299
ou	53.20%	11.70%	35.10%	100%

T A B L E A U      XVI

Si nous soustrayons du total des dossiers chirurgicaux étudiés - 462 - ces 299 dossiers, nous obtenons 163 dossiers qui représentent ceux de trente-deux (32) autres chirurgiens dont plusieurs n'en n'ont qu'un (1) et qui se divisent comme suit:

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	145	8	10	163
ou	89%	5%	6%	100%

En plus des dix groupes de dossiers dont il a été question ci-dessus, la Commission en a aussi examiné trois autres groupes:

1. 62 dossiers de morts en médecine, depuis qu'il y a des dossiers. Nous n'avons pas trouvé, du point de vue strictement médical des choses répréhensibles. Beaucoup d'entre eux cependant, ne sauraient satisfaire aux exigences de l'accréditation.

2. 46 dossiers refusés par le comité des dossiers. Nous ne les avons pas examinés avec l'oeil d'un accréditeur qui recherche si l'histoire est bien faite, si les notes d'évolution sont complètes, si tous les examens sont inclus, si les différentes parties sont signées par le médecin traitant, etc.etc. La Commission s'en est tenue à rechercher si le malade était en sécurité. Sur 20 médecins intéressés, les deux dossiers que nous n'avons pas acceptés appartenaient aux docteurs Hori et Browman.

3. Enfin 8 dossiers de mort par anesthésie ont été soumis, de toute évidence pour incriminer le département d'anesthésie.

#### ANALYSE

a) Patient, 9 ans (docteur Darche). Paralysie ascendante deux jours après une appendicectomie. Transporté à l'hôpital Ste-Justine. N'est pas mort !!!

b) Patient, 67 ans (Dr Cholette). Obstruction du cholédoque ayant déjà fait un infarctus. Mort après la pré-médication.

c) Patient, 66 ans (Dr Cohen). Colite ulcéreuse massive. Mort le lendemain d'une iléostomie à l'anesthésie locale.

d) Patient, 62 ans (Dr Hori). Cystoscopie. Mort subite à la salle de réveil alors que les reflexes étaient redevenus normaux. Autopsie: oedème cérébral et maladie coronarienne.

e) Patient, 62 ans (Dr Cholette). Mort quinze heures après une opération pour pancréatite par hémorragie cardio-oesophagienne (Mallory-Weiss Syndrome).

f) Patient, 49 ans (Drs Leclerc et Cohen). Mort quatre ou cinq heures après appendicectomie. Avait déjà fait de l'hypertension et l'E.C.G. démontrait un ancien infarctus. Diagnostic à l'autopsie: (Docteur Watanabe) idiosyncrasie à la médication ???

g) Patient, 43 ans (Dr Hori). Cancer du rein droit avec métastases pulmonaires. Mort pendant l'opération après ou malgré une série de transfusions pour lutter contre la perte sanguine massive.

h) Patient, 77 ans (Dr Browman). Cancer de l'estomac, si gros qu'une radiographie n'avait pas été jugée nécessaire à qui on faisait une laparotomie "To know whether it was operable or not" (volume 9, page 97)

### COMMENTAIRES

1. Le premier cas n'est pas mort!
2. Dans les cas B. et C. il ne peut être question de mort par anesthésie.
3. Dans les cas D. et E. l'anesthésie a peut-être été un facteur mais non le principal.
4. Dans les cas G. et H. il s'agit de mort pre-opératoire. Dans le cas G l'hémorragie a été un facteur plus important que l'anesthésie. Dans le cas H: il aurait peut-être été préférable que le chirurgien commence son opération sous anesthésie locale avec l'idée de faire une gastrectomie ou une iléostomie quitte à le faire endormir s'il était opérable.
5. Dans le cas F: l'anesthésie a probablement été un facteur important.

Nous ne savons pas à quel cas pensait le docteur C.U. Létourneau lorsqu'il a dit: (Vol.7,p.125) "J'en ai remarqué un, un mort que moi j'aurais considéré comme mort anesthésique"; et il ajoute: "Pour les fins d'accréditation, un homme qui meurt sur la table, c'est une mort anesthésique, que ce soit prouvé ou que cela ne soit pas prouvé". Les Commissaires n'acceptent pas cette théorie.

Au total, nous croyons, considérant qu'il s'est fait 17,000 anesthésie à l'hôpital Jean-Talon, incluant



1900 rachis, (ceci inclut toutes les anesthésies pour accouchements, réductions de fractures, pansements et examens sous anesthésie, opérations mineures et majeures) que la qualité de l'acte médical dans ce département est très bonne.

Comme on l'a vu, les dossiers qui ont occupé le plus les Commissaires furent les dossiers chirurgicaux. Pendant l'étude des dossiers, les Commissaires ont mis de côté les dossiers douteux et mauvais et ce n'est que sur un nombre restreint, soit 115, qu'ils ont interrogé les médecins. Quatre-vingt-onze de ces dossiers appartenaient au Dr Hori. Tous ces dossiers leur furent fournis pour étude et, pour sa part, le Dr Hori fut questionné sur 35 d'entre eux. Le Dr Watanabe ancien pathologiste de l'hôpital fut interrogé sur des dossiers d'anatomie pathologique. Les autres médecins examinés furent les Drs Gordon Perrigard, Claude Gaillard, J.P. Forest, L.P. Nelligan, Robert Favreau, Roland Handfield, Marc Browman, Maurice Barrière, J.L. Rochefort. Ceci sans compter les médecins représentant le bureau médical ou les comités qui témoignèrent antérieurement. Voici dans l'ordre l'interrogatoire des chirurgiens et ce qui en est résulté:

1.- Dr Gordon Perrigard (p.20, vol.9) interrogé sur un dossier qui avait paru mal tenu et inacceptable aux

Commissaires par son insuffisance, l'histoire de l'interne ne pouvant justifier l'intervention, donne des explications qui complètent le dossier et justifie le chirurgien.

2.- Le Dr Claude Gaillard (p.25, vol.9) interrogé sur deux dossiers complète le premier à la satisfaction des Commissaires malgré certains points restés obscurs. Les Commissaires acceptent également le second après explication sur une indication opératoire discutable, mais que les résultats paraissent en fin de compte justifier.

3.- Le Dr J.P. Forest (p.36, vol.9) interrogé sur deux dossiers donne des explications acceptées par les Commissaires même si pour un de ces cas une intervention autre aurait pu être indiquée.

4.- Le Dr J.A. Dionne (p.46, vol.9) est interrogé sur 2 cas d'hystérectomie dont une suivie d'ovarectomie unilatérale et l'autre bilatérale, le tout suivi d'examens anatomo-pathologiques négatifs. Les Commissaires sont d'avis qu'il s'est agi ici de chirurgie inutile. Le Dr Dionne tente de se justifier en minimisant les rapports anatomo-pathologiques auxquels il ne paraît guère croire. Il tente de justifier son geste en prétendant qu'il n'y a aucun inconvénient à enlever les ovaires inutilement. Soutenir une pareille

théorie est l'indice d'une ignorance dangereuse.

5.- Interrogé sur un dossier insuffisant, le Dr Nelligan (p.58, vol.9) donne aux commissaires des explications qui sont acceptées.

6.- Il en est de même dans un cas pour le Dr Robert Favreau (p.61, vol.9).

7.- Le Dr R. Handfield (p.65, vol.9) est interrogé sur quatre cas de castration portant sur de très jeunes patientes et ne paraissant pas justifiée aux Commissaires. Les Commissaires lui reproche et de castrer trop facilement et sans indication suffisante. Quant à lui, il croit qu'il vaut mieux castrer et traiter par la suite. A l'appui de sa théorie il avoue 800 castrations à son propre compte se prononçant pour la castration systématique après hystérectomie. (p.71, vol.9) Les Commissaires sont d'opinion qu'il s'agit ici d'une théorie dangereuse qui n'est pas conforme à la pratique et à l'enseignement actuel de la chirurgie, de l'endocrinologie et de la gynécologie.

8.- Le Dr Marc Browman (p.79, vol.9) est interrogé sur 9 cas. Il donne de très mauvaises explications sur la plupart de ces dossiers. Il démontre nettement la mentalité d'interventionniste prompt et peu scrupuleux. Il est intervenu sur des tissus sains, sans indication chirurgicale, dont une gastrectomie pour un ulcère duodenal

guéri sur une patiente qui décéda par la suite. Dans ce cas particulier ses explications sont insuffisantes sinon mauvaises. Ce chirurgien ne croit pas en la valeur de l'hémogramme au cours de présumées crises appendiculaires. Certains dossiers ont révélé de plus qu'il y eut des plaintes logées contre lui au sujet de surcharges manifestes, plaintes portées à la connaissance de l'administration et non suivies de sanctions.

9.- Le Dr Maurice Barrière fournit des explications satisfaisantes au sujet du cas sur lequel il est interrogé.

10.- Le Dr Watanabé questionné au sujet d'un cas du Dr Forest admet une erreur d'interprétation.

11.- Le Dr J.L. Rochefort (p.32, vol.12) est interrogé sur les mortalités présumément causées par l'anesthésie. En étudiant la statistique de ce département il ressort que le taux de mortalité est inférieur à 1 pour trois mille. Les quelques cas étudiés par les Commissaires s'avèrent en définitive non imputables à l'anesthésie.

12.- Dr C.G. Hori: (p.50, vol.10, p.2, vol.11 et pp.2 et 37 vol. 12).

Sur les 462 dossiers chirurgicaux étudiés par les Commissaires, 253 appartiennent au Dr Hori. 128 de ces 253 dossiers ont paru acceptables, 31 furent retenus comme douteux et 94 nettement refusés. Les Commissaires lui ont fourni pour étude 91 dossiers et l'ont interrogé sur

35 d'entr'eux durant près de trois jours.

Avant de tirer les conclusions qui s'imposent au sujet de la pratique chirurgicale du Dr Hori, il serait peut-être utile de résumer ici les tableaux déjà présentés et de faire une étude comparative entre les dossiers du Dr Hori, ceux des Drs Browman et Dionne et ceux des autres chirurgiens de Jean-Talon.

#### EXAMEN DES DOSSIERS

Les résultats de l'examen des dossiers chirurgicaux ont été compilés en tableaux (1 à 10). A leur tour ces tableaux ont été compilés de façon à donner une idée d'ensemble (tableau XI). Puis un tableau a été fait pour les docteurs Hori (Tableau XII), Browman (T. XIII) et Dionne (T. XIV). Nous avons compilé les dossiers des docteurs Hori, Browman et Dionne (T. XV) et enfin nous avons compilés les dossiers de tous les autres chirurgiens (T. XVI) de façon à pouvoir comparer les résultats.

La comparaison entre les tableaux XV et XVI démontre clairement la différence qui existe entre deux groupes de chirurgiens relativement à la valeur des actes chirurgicaux dans les dossiers étudiés. En effet, nous avons trouvé 35.10% de mauvais dossiers dans le premier groupe et 6% dans le second.

Nous n'avons pas l'impression d'avoir jugé ces dossiers d'une façon très sévère. De toute façon, nous l'avons été moins que le docteur C.U. Létourneau, de Chicago, entendu de la part du docteur Hori. Sur le groupe des dossiers de gastrectomies, cholécystectomies, hystérectomies et césariennes - opérations pratiquées dans les derniers six mois de 1959 - qu'il a examinés, voici ses conclusions:

T A B L E A U      XVII

	Acceptables	"Questionable"	Total
	98	69	167
ou	58.70%	41.30%	100%

Par comparaison voici ce que les Commissaires ont trouvé pour la même série

T A B L E A U      X

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	117	13	37	167
ou	70%	7.80%	22.20%	100%
ou	70%	30%		100%

La Commission aurait préféré que le docteur C.U. Létourneau subdivisât les dossiers qu'il appelle "Questionable" en douteux et mauvais, lui qui dit dans son témoignage (vol.17,p.118) "J'ai rencontré des cas que j'ai trouvés franchement épouvantables" et il aurait été plus

juste qu'il en citât au lieu de répondre, à la même page "Je n'ai pas de cas particulier".

Si nous résumons en détail l'étude de ces 167 dossiers appartenant à dix-huit chirurgiens différents nous y trouvons ceci:

T A B L E A U      VIII

Docteur Hori:

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	36	5	33	74
ou	49%	7%	44%	100%

T A B L E A U      XIX

Docteur Browman:

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	13	1	2	16
ou	81.25%	6.25%	12.50%	100%

T A B L E A U      XX

Docteurs Hori et Browman:

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	49	6	35	90
ou	54.44%	6.66%	38.90%	100%

T A B L E A U      XXI

Les 16 autres chirurgiens:

	Bons	Douteux	Mauvais	Total
	68	7	2	77
ou	88.30%	9%	2.70%	100%

La comparaison entre les tableaux XX et XXI démontre encore clairement qu'il existe deux groupes différents de chirurgiens à l'hôpital Jean-Talon.

De son examen, principalement sur des cas de cholecystectomie, d'hystérectomie, d'ovariectomie double, de gastrectomie, il ressort que le Dr Hori:

- 1.- Ne contrôle jamais l'histoire de cas de l'interne au dossier.
- 2.- Le dossier ne contient presque jamais d'examen physique surtout en gynécologie .
- 3.- Beaucoup n'ont même pas de rapport de radiographie.
- 4.- La période d'examen pré-opératoire est souvent trop courte.
- 5.- Des cas de chirurgie majeure sont opérés le lendemain de leur entrée, sans examen de laboratoire suffisant.
- 6.- L'indication opératoire est trop souvent discutable et même inexistante, spécialement dans la série des dossiers étudiés re: ulcères duodénaux, les hystérectomies et quelques ovariectomies doubles.

En d'autres termes a) des malades souffrant d'ulcères duodénaux sont opérés avant d'avoir suivi l'épreuve d'un traitement médical adéquat, ou d'avoir des examens radiologiques probants; b) beaucoup d'utérus sont enlevés d'emblée dans des cas où un procédé conservateur



aurait pu donner un excellent résultat ou du moins être tenté "Je ne crois pas que l'âge entre en ligne de compte".

7.- Les consultations même pour des hystérectomies en bas de 40 ans sont exceptionnelles, et des opérations ont été faites malgré une consultation au contraire faite par des spécialistes qualifiés. (Voir Vol.12,p.8 et 9). Le Dr Hori, en ses propres termes, ne croit pas en la valeur des consultations.

8.- Opération extensive surtout en gynécologie "pour ne pas opérer un seconde fois au cas où cela n'irait pas bien" ou "parce que le malade financièrement pourrait difficilement le supporter" ou "domestic circumstances".

Trop d'hystérectomies consécutives à une césarienne. Hystérectomie chez une malade de 23 ans "pour éviter un autre placenta previa". Les Commissaires considèrent ceci comme immoral et dérogatoire à l'honneur professionnel.

9.- Chirurgie non indiquée dans plusieurs cas et inutile. (Cf. items précédents).

10.- Manque de jugement dans certaines indications opératoires (cf. cas d'accident cérébral opéré pour cholecystectomie sans aucune preuve radiologique ni examen physique). b) Biopsie dans un néo de l'intestin. c) Résection en tissu inflammatoire sur le Colon. D) Cholecystojujunostomie en pleine purulence, e) Résection colique dans un abcès appendiculaire. f) Hystérectomie trois jours après un avortement

chez une malade de 35 ans.

Au sujet d'un dossier refusé au comité des dossiers une lettre écrite par lui-même résume bien sa philosophie médicale et chirurgicale: "No X Rays were taken in hospital. However when all the clinical signs and history justify this diagnosis I believe the attending doctor should be the one to determine and state on chart the diagnosis. The duty of the charts Committee should be primarily that of the chart complete, that the final diagnosis agrees with the patient's complaints, and physical signs with or without confirmatory evidence of laboratory works and X Rays. The latter does not make the diagnosis but rather helps to make the diagnosis." See McEachran text on Hospital Administration, section on Committee records. "L'examen physique n'a pas l'importance de l'histoire subjective". (Assertion répétée à 2 reprises).

11.- Accidents techniques, plus fréquents que la normale dûs à la surcharge et à la vitesse opératoire.

#### Le cas du docteur Hori et du docteur Watanabe

Le docteur C.U. Létourneau a témoigné de la part du docteur Hori. Il avait examiné les 167 dossiers dont il vient d'être question, dossiers intéressant 18 chirurgiens. Voici ses conclusions: (vol.17,p.115 et suivantes).

a) "Le docteur Hori a une bien plus grosse pratique que les autres".

b) "Le travail du docteur Hori est à peu près aussi bon ou aussi mauvais que les autres chirurgiens".

c) "On a sorti de lui 88 dossiers (il y en avait 91), même s'il avait 88 cas où il était complètement en erreur, cela vous donne encore seulement un pourcentage de 2% sur 4,400 interventions chirurgicales, ce qui est très acceptable".

d) Le docteur Hori n'avait rien à cacher puisqu'il demandait l'accréditation.

---

a) La preuve a démontré que le docteur Hori avait une clientèle beaucoup plus nombreuse que les autres chirurgiens. A ce propos le Dr Létourneau a raison.

b) L'étude des dossiers a démontré nettement (tableau XII) que 37% de ses cas étaient mauvais (laissant les douteux de côté) alors que ceux du deuxième groupe n'étaient mauvais que dans 6%. Le docteur C.U. Létourneau aurait dû dans l'étude de ces 167 dossiers faire lui aussi un partage et un pourcentage, plutôt que d'arriver directement à la conclusion que le travail du docteur Hori n'était ni meilleur ni plus mauvais que celui des autres, alors que ces 167 dossiers représentent toutes les opérations de tous les chirurgiens dans quatre genres d'interventions pour six mois.

c) En ce qui concerne le pourcentage mentionné par le docteur C.U. Létourneau, le pourcentage aurait dû être pris sur 88 dossiers au lieu de 4,400 opérations.

1. La Commission n'a relevé que les dossiers mauvais, préjudiciables aux patients sans compter les cas douteux. Si elle avait relevé tous les dossiers où il y avait des erreurs, il est facile de conclure qu'il y en aurait eu un nombre beaucoup plus considérable.

2. A part des quelques dossiers se rapportant à la chirurgie rénale ou intestinale relevés à travers le comité des tissus, l'examen n'a porté que sur les dossiers de gastrectomie, de cholécystectomie, d'hystérectomie et de césariennes (très peu). Mais ces opérations représentent tout de même un faible pourcentage des opérations du docteur Hori qui fait des cystoscopies en nombre considérable, de la chirurgie des voies urinaires, de la chirurgie intestinale, de la chirurgie traumatique et orthopédique qui enlève des amygdales, des tumeurs cutanées, des seins, etc.etc.

3. La Commission n'a pas examiné les dossiers d'appendicites et de curetages, mais elle sait fort bien que c'est dans ces deux interventions qu'il se fait le plus d'abus.

Dr. J. C. Létourneau, M.D.

Le 2% du docteur C.U. Létourneau n'a donc aucune valeur.

Dans la catégorie des dossiers étudiés, sélectionnés de la même façon pour le docteur Hori que pour les autres chirurgiens, il est clair et net qu'il a de beaucoup dépassé le 5% où le docteur C.U. Létourneau "commence à penser si l'on devrait pas commencer à penser à faire changer les privilèges" (p.120, vol.17).

Quant à l'assertion du Dr Létourneau que le docteur Hori n'avait rien à cacher, la chose n'est pas si sûre que ça.

a) Le pathologiste, le docteur Watanabe quand on lui reprochait de n'envoyer que des rapports d'appendices au comité des tissus, expliquait qu'il ne faisait que ce que le docteur Waugh lui demandait de faire. C'était là une défense facile puisque le docteur Waugh est mort. Il a cependant fait beaucoup de rapports dont la Commission doute de la valeur. Dans son témoignage, le docteur Laurier (vol.13,p.59) pense la même chose lorsqu'il dit: "Les rapports n'étaient pas toujours acceptables parce que pas toujours assez détaillés et assez complets." Plus loin, il ajoute: "Ca prenait jusqu'à deux ans pour avoir un rapport complet d'autopsie." La Commission est d'avis que dans un cas spécial de néphrectomie et section des deux urétéres son rapport ne peut être qu'incompétence ou

malhonnêteté. N'a-t-il pas d'ailleurs déclaré au docteur Cohen qui le rapporte dans son témoignage (vol.3, pages 41 et 42) qu'il ne voulait pas que le comité des tissus fasse des rapports écrits parce que ça pouvait être incriminant pour le chirurgien et que ces rapports pouvaient être exigés en cour par subpoena. Pourquoi le docteur Watanabe n'aurait-il pas mis en application dans ses rapports anatomo-pathologiques le même principe qu'il exige des autres.

Le docteur Watanabe admet lui-même dans son témoignage (vol.8,p.91) qu'il n'a jamais pris l'initiative, au comité des tissus dont il était membre, de soulever un cas où quelque chose clochait en rapport avec l'examen anatomo-pathologique.

La Commission a de fortes raisons de croire que ce pathologiste servait d'écran protecteur au docteur Horí et d'autant plus qu'il affirme dans son témoignage que le fait qu'il connaissait le docteur Horí depuis plusieurs années n'y a été pour rien à sa nomination de pathologiste à Jean-Talon, lui qui, à la plus grande partie des questions , répondait je ne sais pas, je ne me rappelle pas, je n'y suis pour rien. Il ne sait même pas (vol.8, p.122) si au Queen Elizabeth Hospital où il était pathologiste les rapports du département de pathologie au comité des tissus se résumaient aux appendices, avec "other organs,"

no comment" comme à l'hôpital Jean-Talon.

b) Enfin, pourquoi ce changement dans la numération leucocytaire sur un dossier remis au Dr Hori pour étude? Avait-il oublié que les Commissaires avaient pris des notes pendant l'étude des dossiers?

La Commission croit que ces deux messieurs sont peu dignes de confiance.

Les Commissaires ont trouvé bien étrange ces trois assertions du docteur C.U. Létourneau:

1.- "Dans la chirurgie du ventre vous avez toujours des mauvaises surprises, je dirais au moins dans 90% des cas". (vol.17, page 39)

2.- "Le docteur Hori n'est pas un professeur, c'est un praticien général qui fait de la chirurgie, alors il faut s'attendre qu'il va probablement faire plus d'erreurs que les autres." (vol.17, page 129)

3.- "Même si le traitement n'est pas bien bon et que le diagnostic est mal et que le patient est guéri, peut-être que c'est un accident, mais c'est le résultat final qui compte".

Ceci explique peut-être pourquoi cet expert a trouvé que le docteur Hori était aussi bon et aussi mauvais que les autres.

L'étude des dossiers et l'examen des chirurgiens sur leurs dossiers ont laissé dans l'esprit des commissaires la conviction qu'il y a à l'hôpital Jean-Talon deux catégories de chirurgiens. La premier groupe, heureusement le plus nombreux, est constitué de médecins sérieux, reconnus et certifiés pour la plupart par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. Ils ont manifesté beaucoup de bonne volonté dans l'organisation du bureau médical et des comités médicaux, ce qui a valu à l'hôpital une accréditation provisoire en 1959. Comme membres des divers comités médicaux, plusieurs de ces médecins ont été l'objet d'un jugement sévère de la part du Dr Létourneau. Ce dernier a déclaré que si les médecins n'avaient pas le courage de faire leur devoir en dénonçant les actes médicaux mauvais, ils n'avaient qu'à sortir de l'hôpital et aller ailleurs. (pp67 et 68, vol.17)

Les choses ne se règlent pas aussi facilement dans la pratique, quand le médecin qu'il s'agit de dénoncer est le président de l'hôpital, le seul dispensateur des sanctions, comme aussi le patron qui peut mettre à la porte le dénonciateur, même le moins zélé. Ces médecins n'ont certes pas exercé le contrôle de l'acte médical comme un tel contrôle aurait dû être exercé, mais, dans les circonstances, la Commission croit qu'il ne pouvait en être autrement, et ce fut malheureux pour les médecins, et surtout, pour l'hôpital.



Le deuxième groupe de chirurgiens qui travaillent régulièrement à Jean-Talon est au nombre de deux: le Dr Hori et le Dr Browman. Comme le Dr Hori est de loin le chirurgien le plus actif de l'hôpital, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un plus grand nombre de ses dossiers aient été retenus et examinés. Sa formation professionnelle, la philosophie qu'il entretient vis-à-vis la chirurgie, sa technique chirurgicale, en font un chirurgien dont les privilèges devraient être limités sans délai. La Commission a déjà dit ce qu'elle pensait du Dr Browman en commentant sa déposition. Elle estime qu'il devrait recevoir la même attention qu'elle recommande pour le Dr Hori.

RELATIONS entre le bureau médical,  
les comités médicaux et le conseil  
d'administration, le contrôle efficace  
de l'acte médical.

Au cours de l'enquête, les membres de la Commission ont pu se rendre compte assez précisément qu'un profond sentiment de malaise et d'inquiétude régnait dans l'hôpital. Plusieurs membres du bureau médical, après certaines hésitations, ont exprimé clairement la déception qu'ils ont éprouvée dans leurs relations professionnelles avec le Dr Hori qui personnifiait, aux yeux de tous, l'autorité de la corporation de Jean-Talon. Il est devenu évident que la cause principale de ce malaise consistait dans le fait que les médecins du bureau médical se sentaient frustrés de ce qu'en

dépit de leur bonne volonté, ils avaient vu en 1960 retirer à Jean-Talon l'accréditation provisoire dont il avait été gratifié en 1959. Au lieu que cette accréditation devienne permanente et consacre par là la réputation de qualité médicale de leur hôpital, ils se sentaient réduits à l'impuissance devant ce qu'ils croyaient être la double responsabilité médicale et administrative du président de la corporation. Ils savaient depuis longtemps, par leur participation au travail des comités médicaux, que la pratique chirurgicale du Dr Hori était loin d'être irréprochable. Par ailleurs, lorsqu'ils ont voulu le rappeler à l'ordre, -ce qui était singulièrement délicat,- ils se sont butés à un fond de résistance décourageante derrière un apparent désir de s'amender. En présence de la répétition incessante des mêmes fautes, la surveillance et le contrôle de l'acte médical sont devenus illusoires et l'efficacité des comités médicaux fortement amoindrie, ce qui, aux yeux du Conseil Canadien d'accréditation des Hôpitaux, affectait sérieusement la qualité du standard médical à Jean-Talon.

De plus, comment espérer un contrôle convenable de l'acte médical quand l'autorité du Directeur médical devait forcément s'incliner devant la suprématie du conseil d'administration, dominé par le Dr Hori, seul dispensateur des sanctions disciplinaires.

D'un autre côté, le sentiment d'insécurité qui planait dans l'hôpital provenait du caractère personnel du Dr Hori, caractère hautain, raide et autoritaire qui s'accommodait mal de la discussion de ses actes ou de la résistance à ses décisions. Le cas du Dr Cantero fut un exemple typique de ce caractère qui manque totalement de souplesse.

Au cours de l'année 1960, le Dr Hori, ou l'administration a décidé - on ne trouve aucune résolution à cet effet au livre des procès-verbaux des assemblées de la corporation- d'imposer, à compter de 1961, une contribution personnelle et annuelle de \$150.00 aux membres actifs du bureau médical, et \$100.00 aux membres visiteurs et consultants. Une lettre circulaire avait, semble-t-il, été envoyée au bureau médical, mais, pour une raison ou une autre, n'avait pas été soumise en assemblée, ou, du moins, plusieurs médecins n'étaient pas au courant de cette imposition. Le 11 janvier 1961, à une assemblée du bureau médical, le Dr. Hori informa les médecins présents qu'il avait donné instruction à l'admission que le 15 janvier 1961 était la date limite pour s'acquitter de ces frais, et qu'après, le renvoi des retardataires serait automatique, sans autre condition. Le Dr Cantero ne semble pas avoir prisé un ultimatum aussi dictatorial. Aussi, il engagea courageusement la dis-

cussion avec le Dr Hori pour finir par proposer un vote secret, non sur le principe même de l'imposition, mais pour ajourner cette échéance à un mois afin de permettre une enquête et l'étude du problème. Le vote fut pris. Trente-cinq médecins se prononcèrent en faveur de la proposition Cantero, cinq contre et deux bulletins furent annulés. Ce qui suit illustre bien la façon dont le Dr Hori conduisait son conseil d'administration. Le 13 janvier 1961, il fait adresser au Dr Cantero une lettre contenant le texte d'une résolution qui, d'après le livre des procès-verbaux, ne devait être adoptée que le 14 janvier 1961. Cette résolution met le Dr Cantero à la porte du bureau médical pour insubordination. Voilà une manière brutale de régler une divergence de vues entre médecins.

Le cas Ferland.

Le Dr Hori a tenté d'intimider la pharmacienne de l'hôpital, Raymonde Ferland, au cours de l'enquête. Après avoir témoigné qu'on lui avait demandé d'acheter à prix supérieur certaines fournitures médicales, elle s'était procuré des thermomètres, des sondes, des tubes en caoutchouc de Canadian Hospital Supply, une firme contrôlée par le Dr Hori. (pp.128,129,141 et 145, vol. 5). Mlle Ferland a aussi rapporté que le Dr Hori lui avait laissé entrevoir sa mise à la porte de l'hôpital si elle ne coopérait pas. (p.138, vol.5 et P.27, vol.6). La

pharmacienne a expliqué qu'en cas d'urgence il lui arrivait d'acheter des produits d'une autre pharmacie, comme elle vendait aussi à la même pharmacie. Ces opérations de bon voisinage se faisaient quand un produit déterminé manquait et toujours sur une base d'échange. A la fin de chaque mois les comptes étaient balancés et le règlement s'effectuait par la remise de produits d'égale valeur dont la pharmacie créancière pouvait avoir besoin. (p.8, vol.6) Ces échanges pourtant bien simples ont servi de prétexte au Dr Hori pour ordonner le soir même un inventaire des produits pharmaceutiques de l'hôpital. Cette mesure draconienne survenant à la fin d'un harassant témoignage et alors que Mlle Ferland était déjà chargée de la préparation de travaux comparatifs considérables requis par la Commission, fut une intervention inopportune dans la marche des travaux de la Commission en même temps qu'une mesure tracassière envers Mlle Ferland, dans les circonstances.

Le Dr Cantero et Mlle Ferland ne furent pas les seuls à souffrir de tels procédés. Tous les médecins redoutaient l'autorité du Dr Hori. Le Directeur médical explique, dans son témoignage, comment il a agi de son mieux pour faire appliquer les sanctions quand la chose était nécessaire, même s'il se sentait fort mal à l'aise pour le faire. (pp.54, 55, 57, 59, 82, vol.2). Il

Dr J.L.  
Roche fort

avoue qu'il n'a pas transmis au conseil d'administration, comme il aurait dû le faire, certains rapports du comité des tissus au sujet d'interventions chirurgicales douteuses (p.91). Il est clair, par les explications qui suivent aux pages 92,93,94,116,117 et 124,vol.2, que le directeur médical et le chirurgien en chef éprouvaient beaucoup de répugnance à faire des rapports au sujet du Dr Hori, chirurgien, au conseil d'administration, présidé par lui et où son épouse siégeait à titre de vice-présidente. C'est là le fait capital qui a créé le malaise dont a souffert et souffre encore l'hôpital Jean-Talon. Le 26 mars 1961, lorsqu'il est devenu certain que la présente enquête allait commencer, le Dr Rochefort a démissionné de son poste de membre du conseil d'administration "pour garder la confiance" dit-il, des cent médecins du bureau médical. (pp.41,42 et 116,vol.2).

Le président du bureau médical, le Dr  
Dr Gilles Cholette, en est un autre dont les relations professionnelles  
Cholette avec le Dr Hori n'ont pas toujours été des plus cordiales. Chirurgien à Jean-Talon depuis 1958, président du bureau médical depuis janvier 1960, il est membre du comité des dossiers depuis le début de 1959. A ce dernier titre, le Dr Cholette rapporte que le comité revenait souvent sur l'obligation des médecins de mettre plus de notes explicatives au dossier pour soutenir mieux les diagnostics et sur

le soin qu'ils devaient apporter à résumer les causes de l'hospitalisation et du traitement des malades. Malgré ces avis maintes fois donnés il n'y avait pas d'amélioration dans les dossiers. En face de cette situation, le comité a cessé de se réunir deux fois le mois pour s'en tenir à la réunion mensuelle exigée par les règlements. En sa qualité de président du bureau médical, le Dr Cholette était de droit président du comité exécutif du même bureau. Comme tel, il a eu connaissance de tous les rapports du comité des tissus. Personnellement, il n'est pas intervenu auprès d'aucun chirurgien trouvé fautif. Il a même empêché, en une occasion précise, le chirurgien en chef d'intervenir auprès du Dr Hori parce que ce dernier venait d'avoir beaucoup d'ennuis avec d'autres médecins et parce qu'il craignait une mise à pied pour le Dr Darche (p.139, vol.13). En octobre 1960, à titre de président du bureau médical, il a reçu avis que l'hôpital Jean-Talon n'était plus accrédité. Normalement, il aurait dû porter ce fait très important à la connaissance de ses confrères. Il a reçu ordre du président de la corporation, par l'entremise du Dr Rochefort (page 133, vol.4) de garder le silence autour de cette nouvelle. Le Dr Cholette dit aussi comment le travail du comité des créances et du comité conjoint a été entravé par l'administration, les médecins entraient à l'hôpital ou changeaient de statuts avec la seule permission

de l'administration, souvent même sans aucune référence à l'exécutif du bureau médical. La révision annuelle des privilèges des médecins n'a pas été faite. Des chefs de service ont été nommés sans consultation auprès du bureau médical. (pp.145,146 et 147, vol.4). Lorsqu'on a demandé au Dr Cholette pourquoi le travail des comités n'a pas été plus efficace d'après lui, il a répondu que le travail des comités était un "travail de façade" parce que les deux médecins les plus occupés de l'hôpital ne paraissaient pas se soucier du travail des comités. Ces deux médecins étaient le Dr Hori et le Dr Browman. Aux pages 136 et 137, vol.13, on voit l'attitude du Dr Hori en présence de représentations qu'on lui faisait sur certains cas. Il répondait que le comité des dossiers dépassait sa juridiction et il faisait des références à MacEachern. Enfin aux pages 96 et 97 du vol.14, le Dr Cholette fait le récit d'une séance typique du comité conjoint où le Dr Hori s'arrogeait le droit de présider. Il prenait la parole pour exposer ses projets. Il n'était pas prudent de les discuter et encore moins de s'y opposer. Il fallait se taire et écouter le président!

Quant au Dr Darche, il est venu à l'hôpital en octobre 1959. En mars 1960, il est devenu chirurgien en chef. Comme tel, il recevait copie des rapports du comité des tissus et du comité des dossiers. Il s'est occupé des



dossiers en en discutant d'abord avec le Directeur médical et ensuite avec les chirurgiens concernés, dont particulièrement le Dr Hori. Il a non-seulement écrit deux lettres au Dr Hori, mais il lui a parlé d'autres cas, de vive voix. A chaque occasion, le Dr Hori a promis de tenir compte de ses remarques. Plusieurs fois, par la suite, l'attention du chirurgien en chef fut de nouveau attirée au sujet d'interventions du Dr Hori (pp.65 à 76, vol.3). Il a revu le Dr Hori à plusieurs reprises. En juin 1960, se rendant compte qu'il n'avait aucune autorité, que ses conseils n'étaient pas appréciés, ni suivis, en présence de l'administrateur, il a résigné ses fonctions. Pressé par certains de ses confrères du bureau médical de rester à son poste, le Dr Darche a continué à occuper ses fonctions, essayant de "trouver une autre façon de faire comprendre". (page 77, vol.3).

Le Dr Jean-Louis Borduas, médecin en chef depuis le 3 juin 1959, rapporte quant à lui, que ce n'est pas en sa qualité de chef de son service qu'il a eu des relations professionnelles avec le Dr Hori. C'est à titre de membre du comité des dossiers. Au début, dit-il, les dossiers où le comité avait le plus de difficultés, étaient ceux du Dr Hori et ceux du Dr Browman. Leurs dossiers étaient en quantité plus considérable parce qu'ils étaient les plus occupés de l'hôpital. Les membres du

du comité éprouvaient plus de difficultés à faire remplir de façon acceptable leurs dossiers par ces deux médecins. On rencontrait les Drs Hori et Browman. Les remarques étaient acceptées de bonne part, mais il fallait toujours revenir à la charge parce que rien ne changeait. (pp.69, et 71, vol. 14).

Dr Laurent  
Huot

Qu'on se rappelle le témoignage du Dr

Huot, radiologiste, secrétaire du bureau médical et membre du comité des tissus, sur les difficultés de ce comité de contrôler l'acte médical à cause des rapports anatomo-

Dr Herman  
Cohen

pathologiques trop incomplets du Dr Watanabe, (pp.9 et 10, vol.3). Qu'on se rappelle aussi la déposition du Dr Cohen, chirurgien, vice-président du bureau médical et secrétaire du comité des tissus. Il a mentionné que lorsque des tissus qui semblaient normaux avaient été enlevés sans justification apparente, le rapport du comité était lu à la réunion mensuelle du bureau médical, sans indication de nom. Une copie du rapport était envoyée au chirurgien en chef et une autre au directeur médical. Ce chirurgien termine son témoignage en disant que lui et les autres membres du comité des tissus, croyant que le Dr Hori pouvait avoir des cas refusés, parce qu'il était président de l'hôpital et le chirurgien le plus occupé de la maison, ils ont pensé qu'il était futile de porter plainte et d'insister à ce propos.

La preuve a été abondamment faite que la présence du Dr Hori à la tête du conseil d'administration jointe au fait qu'il traitait la plus importante clientèle de l'hôpital, a été un obstacle insurmontable au contrôle normal de son acte médical. Ce contrôle était d'autant plus nécessaire que la pratique chirurgicale du Dr Hori laissait beaucoup à désirer. Tel fut et tel est encore le problème majeur de Jean-Talon.

Il est bien évident que si le Dr Hori n'avait pas dominé le conseil d'administration comme il l'a fait, des sanctions disciplinaires auraient été exercées depuis longtemps contre lui. Un contrôle raisonnable de l'acte médical l'aurait réduit à une pratique plus limitée, sinon, à l'exclusion totale de l'hôpital. C'est cette situation aussi équivoque et aussi anormale qui faisait dire au Dr J.J. Laurier : "Moi, j'ai cru que si le Dr Hori avait démissionné du conseil d'administration et n'aurait pratiqué que la médecine, que l'hôpital aurait été en meilleure position pour exercer le contrôle voulu sur l'acte médical et chirurgical". (page 88, vol.13)

Le Dr Laurier, qui jouit pourtant d'une expérience professionnelle assez longue et qui fut attaché à divers organismes d'accréditation des hôpitaux pendant plusieurs années, a déclaré que "c'est la première fois, à ma connaissance, que je rencontre un médecin qui est président du bureau d'administration et qui pratique en

même temps dans l'hôpital". (page 102, vol.13)

De son côté, le Dr Létourneau qui a, lui aussi, une vaste expérience, surtout en matière d'organisation et d'administration hospitalière et qui fut amené à témoigner sur l'initiative du Dr Hori, n'a pas hésité à déclarer qu'il n'approuve pas ni ne recommande qu'un médecin actif dans un hôpital contrôle le conseil d'administration. (pp.69,71, vol.17). C'est aussi l'avis de MacEachern, à la page 80 de son traité: "Hospital Organisation and Management".

Des nombreuses comparutions qu'a faites le Dr Hori devant la Commission, on aura peut-être remarqué que le rapport n'a tiré que peu de profit. C'est que le président de la corporation n'a pas paru particulièrement fiable. Ses déclarations, surtout celles dont on attendait le plus de clarté, comme par exemple celles relatives aux nombreux chèques payables à "cash", ont été désespérément vagues et incertaines: "I cannot recall... I cannot remember... I presume so... It might be... I might have... etc. etc, ont marqué le début de très très nombreuses réponses. La Commission n'est pas convaincue que ce témoin a toujours déposé avec sincérité et bonne foi. C'est pourquoi le présent rapport se fonde rarement sur les dires du Dr Hori.

C O N C L U S I O N S  
et  
R E C O M M A N D A T I O N S

Au terme de ses commentaires sur l'organisation et l'administration de l'hôpital Jean-Taïon, tant sur le plan administratif que sur le plan médical, la Commission se doit de formuler ses conclusions et ses recommandations. L'enquête dont le présent rapport couvre les diverses étapes n'a pas été une chose facile. Aucune accusation précise de malversation administrative, aucun fait particulier de déficience médicale n'avaient été articulés qui auraient pu servir de base et de cadre au travail de la Commission. A défaut d'un point de départ bien déterminé, il a fallu rechercher la lumière à travers une histoire hospitalière vieille de sept ou huit années extrêmement actives d'organisation et de constructions. C'est cette institution qu'il a fallu examiner au point de vue administratif et médical.

Le malade et l'hôpital restèrent au premier plan des pré-occupations de la Commission. C'est pour eux que l'enquête fut conduite. C'est en vue d'améliorer le sort des deux au point de vue médical que les commissaires ont recueilli cette masse de renseignements qu'il s'agit maintenant de mettre à profit. Les lacunes constatées et qui exigent correction ont affecté la qualité des soins four-

nis aux patients, de même que le niveau de perfectionnement vers lequel tout hôpital bien organisé et bien dirigé doit tendre.

Dans l'opinion des commissaires, il est inutile de songer à améliorer le traitement donné aux patients de Jean-Talon sans une réorganisation complète, tant au niveau administratif que sur le plan médical. Il faut, en premier lieu, rebâtir le conseil d'administration. Il a été assez démontré, il nous semble, que le Dr Hori ne peut servir deux maîtres aux intérêts trop souvent opposés. Il ne devrait plus faire partie du groupe administratif, parce qu'il est le chirurgien le plus actif de Jean-Talon et parce que, comme tel, il ne saurait être médicalement contrôlé par une administration qu'il dirige à titre de président. Il ne peut, en même temps, être juge et jugé.

Même si le Dr Hori abandonnait l'exercice de sa profession, il ne devrait plus faire partie du conseil d'administration de l'hôpital, ni remplir aucun emploi sous l'autorité du conseil, parce qu'il a toujours considéré l'institution comme sa chose, en la dirigeant comme bon lui a semblé, sans se soucier le moins du monde d'un conseil entièrement dévoué à ses vues, docile et servile à toutes ses volontés. De plus, sa qualité d'ex-praticien

dans le même hôpital serait un obstacle certain et une menace constante à la paix et à la sérénité du groupe médical en exercice.

Il faudrait encore un conseil composé d'hommes nouveaux soigneusement recrutés dans les différents secteurs de la société locale. Le conseil d'administration étant l'autorité suprême dans l'hôpital, il importe que ses membres soient soigneusement choisis. Le monde des affaires aussi bien que les classes professionnelles, les syndicats ouvriers, les associations féminines et les clubs sociaux devraient être en état de fournir les éléments voulus à la constitution d'un conseil d'administration actif, dévoué et efficace. Dans un tel conseil de sept à neuf membres, le bureau médical devrait être représenté par deux médecins choisis par lui avec pouvoir d'aviser l'administration sur les choses médicales en général et le contrôle efficace de l'acte médical en particulier. (p.150, vol.23b, Dr Boutin).

L'administrateur.

Dans le secteur médico-administratif, il serait bon de définir la fonction de l'administrateur et celle du directeur-médical. L'administrateur est le premier serviteur du conseil d'administration duquel il tient son autorité et auquel il doit faire rapport. Il est responsable de la mise en application des décisions du conseil.

Il doit assister à toutes les réunions de ce conseil; il peut prendre part aux délibérations, mais il ne peut être membre du conseil, ni voter, parce qu'il ne saurait être à la fois employeur et employé.

Il est responsable de tout ce qui se passe dans l'hôpital, excepté en tout ce qui concerne l'acte médical - cette responsabilité devant relever du bureau médical dont l'autonomie doit être complète.

"While the medical staff is a part of the general organization of the hospital, it cannot and should not be dominated or ruled by any outside body". (Ponton, page 13). Il doit travailler en coopération avec le bureau médical en ce qui a trait au nursing, aux internes, à la pharmacie, aux laboratoires, aux salles d'opérations, à la bibliothèques, etc.

Le directeur médical.

Le directeur médical est un employé médico-administratif. Il relève donc de l'administration et du corps médical. C'est pourquoi il devra être nommé par le conseil d'administration, après approbation du bureau médical.

A l'administrateur, il est responsable de l'application des décisions administratives en ce qui regarde le côté médical. Au corps médical, il est responsable du contrôle professionnel - c'est pour cela qu'il doit



être médecin-, c'est-à-dire qu'il voit à l'application des statuts et règlements acceptés de part et d'autre par le corps médical et l'administration et qui lient les parties en cause. Il doit assister et peut prendre part aux délibérations de toutes les assemblées du conseil d'administration, du bureau médical ou de ses différents comités, mais il n'a pas droit de vote.

Au cas où l'hôpital ne pourrait se payer les services d'un directeur médical à plein temps, ce dernier pourra être choisi parmi les membres du bureau médical, mais jamais autant que possible parmi les chefs de services, ce qui serait incompatible car alors il exercerait une surveillance sur son propre service sans être lui-même contrôlé.

Toujours dans ce même secteur médico-administratif, L'hôpital Jean-Talon devrait réorganiser son bureau d'inscription et son bureau d'admission.

Le Bureau  
d'ins-  
cription

Dès que le malade se présente au bureau d'inscription, on doit rigoureusement lui demander le nom du médecin de son choix. Si le patient se prévaut de son droit de choisir un médecin, le médecin choisi doit lui être attribué. Si ce médecin estime que le malade ne relève pas de sa compétence, en égard à ses privilèges, il devra lui-même l'en avertir et lui faciliter l'exercice

de son droit de choisir un médecin ayant les qualifications requises.

Si le patient ne se prévaut pas de son droit au choix du médecin, il sera inscrit et dirigé au résident de garde qui recommandera, s'il le juge nécessaire, son admission dans le service qui convient à son état ou à sa maladie. Un médecin traitant lui sera alors assigné suivant une entente établie au préalable entre le chef de service et ses assistants.

Le bureau  
d'ad-  
mission

Sur le plan psychologique, le bureau d'admission est le département le plus important en regard de l'harmonie qui doit exister entre les quatre entités formant l'hôpital public actuel: a) le malade, b) le médecin, c) l'administration, et d) l'état. Il doit respecter les droits de chacune d'elles. Aussi a-t-on surnommé à bon droit ce département "le coeur de l'hôpital".

On trouvera à la fin du présent rapport, en cédule "A" le type du bureau d'admission qui devrait être adopté et suivi à l'hôpital Jean-Talon.

Avec cette réforme administrative et médico-administrative, la Commission suggère aussi à Jean-Talon une structure nouvelle des cadres du personnel médical. De nouveaux statuts et règlements du bureau médical devraient

être mis en vigueur et rigoureusement suivis aussitôt que possible. L'étude critique des règlements actuels faite précédemment indique suffisamment leurs lacunes. La Commission a préparé des statuts et règlements d'un bureau médical à l'intention du personnel médical de Jean-Talon. Le texte en est attaché au présent rapport comme "cédule B". Elle les soumet respectueusement et croit qu'ils devraient être adoptés et suivis avec profit. Elle croit aussi que tout hôpital non enseignant et non spécialisé pourrait s'en inspirer en codifiant ses propres règlements.

Guidé par de telles directives, chaque organisme médical pourra s'acquitter de tous ses devoirs et fonctions et assumer pleinement ses responsabilités . De cette façon, il y aura un contrôle efficace de l'acte médical et chirurgical, et l'hôpital Jean-Talon réussira avant longtemps à s'assurer la reconnaissance scientifique du Conseil Canadien de l'accréditation des hôpitaux.

Il ne faudrait pas croire pour autant que la Commission n'a rien trouvé de bon à Jean-Talon. Au contraire. Les Commissaires, en visitant l'institution, se sont rendus compte que l'équipement matériel de l'hôpital est moderne et à point. Les chambres privées et semi-privées sont suffisamment spacieuses, propres,

bien éclairées et aérées, de même que les salles pour le nombre de lits qu'elles contiennent. Les lits sont pratiques pour les malades et le nursing. Les postes d'observation des infirmières sont bien situés et permettent une surveillance convenable. Les cuisines sont bien équipées et les unités mobiles de transport bien aménagées. Le service de stérélisation ainsi que le service central sont bien outillés et ont paru bien surveillés. Le service de pneumatique est adéquat pour éviter perte de temps du personnel. Le bloc opératoire a paru suffisant pour les besoins de Jean-Talon de même que le bloc obstétrical.

De plus, la Commission a constaté que plusieurs services de l'hôpital, tels la radiologie, l'obstétrique, le nursing et les laboratoires sont sur un excellent pied d'efficacité technique et scientifique.

Enfin, il convient de reconnaître que la plupart des membres du bureau médical sont de bons médecins et des chirurgiens de talents dont le travail médical personnel est soigné et consciencieux.

La Commission est convaincue que dans un hôpital ainsi renové sur les plans administratif, médico-administratif et médical, le patient a plus de chance d'obtenir les soins exacts requis par son état. La qualité de son traitement sera la première conséquence d'une meilleure

organisation administrative et médicale. Avec ses services, son équipement, la valeur de son personnel médical et hospitalier, il n'y a pas de raison que l'hôpital Jean-Talon n'atteigne pas rapidement les fins humanitaires qui ont justifié sa fondation.

### R E C O M M A N D A T I O N S

Nécessité d'une loi des hôpitaux

La Commission d'enquête en est rendue à la dernière phase de son travail, celle des recommandations. Ce n'est pas la partie la moins importante. A la fin des auditions, tous les avocats qui avaient assisté régulièrement la Commission ont été unanimes à déplorer l'inexistence d'une loi générale des hôpitaux dans la province de Québec. Ils furent tous d'accord pour prier la Commission de recommander aux autorités compétentes l'adoption d'une telle législation. Cette demande semblait motivée par un double facteur que l'enquête avait mis en lumière. Le premier résultait de la complexité de l'organisation d'un hôpital moderne avec tous ses patients, ses services, ses comités médicaux, son personnel hospitalier, ses médecins et son conseil d'administration. Il a paru nécessaire qu'une loi générale vint codifier, en les précisant, les droits, les obligations et les responsabilités de chacun de ces groupes constitutifs de l'hôpital. Le deuxième facteur découlait précisément des choses qui se sont produites à l'hôpital Jean-Talon.

Sans doute, sur le plan administratif, la plupart des faits soumis à la Commission, et relevés au présent rapport comme ayant affecté plus ou moins sérieusement la vie même de Jean-Talon, ne sont pas des actes illégaux puisqu'ils n'ont enfreint aucune disposition positive d'une loi publique. Il n'y a pas de loi des hôpitaux qui aurait pu être violée. Conséquemment, rien n'empêchait en 1953 le Dr Hori, ou qui que ce soit de construire un hôpital privé. Même le chapitre 192 des S.R.Q. 1941 intitulé "Loi concernant les hôpitaux privés" ne contrôlait aucunement la construction, ni l'aménagement d'un tel hôpital. Il suffisait d'obtenir une licence pour en faire l'opération. Rien n'empêche encore aujourd'hui le propriétaire d'un hôpital privé de le convertir en hôpital public; rien ne s'oppose à la vente de l'institution privée, ni n'en contrôle les conditions. Aucune loi ne défend la spéculation, ni ne limite les profits sur l'achat et la vente de terrains ou de bâtiments devant servir aux fins de l'hôpital public.

Parce que les hôpitaux publics sont ordinairement à but non lucratif, ils ont besoin des subventions de l'état pour prendre corps et se développer. Si une partie des fonds publics doit servir à payer des profits individuels qu'aucune loi ne vient contrôler ou limiter, on voit le danger sérieux qui en résulte à l'encontre de l'intérêt général de la population.

Voilà pourquoi la Commission recommande fortement l'adoption d'une loi générale en vue de régir l'organisation, l'administration et le financement des hôpitaux publics dans la province de Québec.

Régie des  
hôpitaux.

Il est facile de prévoir les difficultés nombreuses dans l'application d'une telle loi. C'est pourquoi il paraît désirable qu'une "régie des hôpitaux" soit créée dans le cadre de la loi qui aurait pour fonction de surveiller la mise en vigueur de cette législation et d'aviser le Ministre de la Santé sur toutes matières se rapportant à l'organisation matérielle et au financement des hôpitaux.

Il n'appartient évidemment pas à la présente Commission d'indiquer ici quelles devraient être les particularités ou les modalités d'une loi des hôpitaux. Convaincus de la nécessité d'une telle loi chez nous, les Commissaires désirent soumettre respectueusement quelques observations générales dans le meilleur esprit de coopération et sans autre but que de doter notre province de la meilleure loi des hôpitaux.

Classifica-  
tion des  
hôpitaux

La Commission croit non-seulement à la nécessité du contrôle de l'organisation et de la construction des hôpitaux, mais elle croit aussi qu'il serait de l'intérêt de la santé publique et du bien commun en général que

que les hôpitaux soient classés en différentes catégories selon le degré et l'étendue de développement matériel et médico-scientifique qu'ils ont atteint et suivant le genre de patients et de maladies qu'ils reçoivent et traitent. Plus encore, elle croit, pour les mêmes raisons, que tous les hôpitaux devraient être soumis à un organisme d'accréditation ayant pour but de juger de leur bon fonctionnement tant du point de vue administratif et médical que scientifique et, ainsi, de voir s'ils répondent aux besoins de la population qu'ils sont appelés à servir, tout en laissant exclusivement au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec la classification et l'accréditation qui concernent l'enseignement post-universitaire, rôle qui fait partie de ses prérogatives et qu'il assume déjà.

Il serait peut-être avantageux tant au point de vue administratif que financier que la régie des hôpitaux dont il est question précédemment ait aussi les pouvoirs de classification et d'accréditation pourvu, naturellement, qu'elle soit constituée de membres permanents et de membres consultatifs représentant les quatre groupes ou entités intéressés dans l'hôpital: le malade, le personnel médical, le corps administratif et l'état.

Parmi ces quatre groupes, il en est deux dont les relations sont indispensables mais pas toujours har-



monieuses, ni cordiales. Ce sont: le corps administra-  
tif et le corps médical. Ce sentiment de gêne et de  
malaise qui marque trop souvent les rapports entre ces  
deux entités résulte de l'incompréhension et du préjugé.  
Il est malheureux qu'il en soit ainsi. C'est le malade,  
à la fin, qui fait les frais de cette mésentente. Puisque  
le corps médical ne peut se dispenser de l'administra-  
tion pas plus que celle-ci ne saurait se passer des  
médecins, pourquoi ne pas tenter loyalement d'établir  
une "coexistence pacifique", constructive et harmonieuse.

Il serait bon, tout d'abord, d'écarter de  
son esprit l'idée saugrenue que le médecin est un étran-  
ger, un "invité" dans l'hôpital. Il y viendrait sur per-  
mission seulement et y serait accueilli de la même façon  
que le sont les invités dans un hôtel. Il n'aurait aucun  
droit; on irait jusqu'à lui reconnaître certains privilèges!!  
Cette comparaison, outre ce qu'elle a d'humiliant pour le  
médecin, est tout-à-fait fausse.

Consacrer la liberté absolue du patient  
dans le choix de son médecin, c'est reconnaître par le  
fait même le droit du médecin d'aller à l'hôpital pour y  
soigner son malade. C'est aussi, en toute logique,  
admettre la liberté du médecin dans le traitement de son  
patient et son droit indiscutable de requérir un consultant  
de son choix.

Si l'on voulait bien cesser de considérer le médecin comme un intrus dans l'hôpital et reconnaître que sa présence est indispensable, on ferait preuve d'un esprit plus réaliste et mieux orienté vers une entente cordiale. Le médecin est l'un des pivots essentiels sur lequel repose toute l'organisation hospitalière chez nous. Vouloir amoindrir sa force et son importance, c'est compromettre la solidité et l'existence même de l'institution.

Le statut  
légal du  
médecin  
dans l'hô-  
pital.

Il est donc nécessaire que dans la pro-  
chaine loi des hôpitaux, le statut légal du médecin dans l'hô-  
pital soit bien reconnu et il est à souhaiter qu'on lui assi-  
gnera un rôle à jouer au conseil d'administration de  
l'institution. Il est de la plus haute importance que des  
médecins, non pas à titre personnel, mais élus par le bu-  
reau médical, fassent partie du conseil en vue d'aviser les  
membres sur les problèmes médico-administratif et, à plus  
forte raison, sur les questions de médecine pure. La  
récente loi médicale de l'Ontario exige que des médecins  
de l'hôpital soient membres de son conseil d'administra-  
tion. Il n'y a aucune ambition collective, ni aucun esprit  
de domination dans cette réclamation de la part du corps  
médical à faire partie du corps administratif. Au contraire,  
seul le souci des choses médicales l'intéresse. En ce qui  
concerne le contrôle de l'acte médical, personne ne contes-  
tera qu'il relève exclusivement de la compétence profession-  
nelle du médecin. Il est donc impensable de vouloir confier

cette responsabilité à un conseil d'administration d'où les médecins seraient systématiquement exclus. On dira que cette responsabilité est propre à l'administration qui est l'autorité suprême et qu'elle ne peut être déléguée. La responsabilité de l'administration consiste à prendre toutes les mesures raisonnablement possibles pour s'assurer que le contrôle de l'acte médical existe et qu'il existe efficacement. L'un de ces moyens est de voir à ce que les statuts et règlements au bureau médical soient bien faits, conformément aux standards médicaux et rigoureusement suivis. Du moment que l'administration a adopté ces mesures et voit à ce qu'elles soient appliquées, son devoir est accompli. Elle s'est acquittée de sa responsabilité. Comme le dit le Dr Boutin, directeur médical de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, dans son témoignage, à la page 149, vol. 23b "l'administration n'a pas le contrôle médical à l'hôpital, mais elle a la responsabilité de s'assurer que le contrôle existe". Ce contrôle relève de la compétence du médecin. Il est juste et logique qu'il en assume la responsabilité.

Sauf cette exception découlant de la nature même des choses, le conseil d'administration a l'ultime responsabilité à l'hôpital. Il a le devoir de faire tout ce qu'il peut pour que les meilleurs services soient donnés aux malades à un prix économique, sans que l'économie

toutefois nuise à l'efficacité. Il est responsable du "physical plant" et de tout acte de quelque nature qu'il soit qui s'y passe.

Il doit cependant déléguer son autorité administrative (v. MacEachern, 2e édition, 5e publication 1951, page 85) d'une part à l'administrateur et, d'autre part, au bureau médical (v. Ponton, 2e édition, 2e publication 1953, page 13) "Also, the governing body should delegate authority. This is done by requiring the medical staff to formulate and submit for approval a form of organization which will secure the greatest degree of harmony and efficiency". "The governing body of the hospital must obviously delegate the responsibility of medical functions to the medical staff, including recommendations as to the professional qualifications of all who practice in the hospital". (Standards for hospital accreditation, janvier 28 1958).

A raison même des responsabilités qui incombent au bureau médical, l'autonomie de ce dernier doit être complète et reconnue. Le conseil d'administration ne devrait jamais intervenir dans les affaires du bureau médical, sauf si le bureau médical lui en fait la demande et si le bureau médical néglige d'appliquer ses propres règlements et si, par cette négligence, la réputation de l'hôpital est compromise. (V. Ponton, idem, page 13).

En vue de consacrer l'autonomie des bureaux médicaux et afin de permettre au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec de se rendre compte des moyens adoptés pour contrôler efficacement l'acte médical, la Commission recommande que les statuts et règlements de tout bureau médical soient approuvés par le dit Collège avant d'être soumis pour approbation au conseil d'administration.

La Commission recommande aussi que dans la prochaine loi des hôpitaux des mesures précises soient prises afin de permettre au gouvernement provincial d'exercer une surveillance rigoureuse sur l'emploi des subventions versées aux hôpitaux, soit par un système d'inspection et de contrôle, soit par des rapports périodiques indiquant les dépenses effectuées à même les subventions versées.

La Commission ne recommande cependant pas que le gouvernement soit représenté au conseil d'administration des hôpitaux, et ce, pour deux raisons précises: 1o-Chaque hôpital doit conserver la plus grande autonomie et la plus grande indépendance possible; et, 2o-Il convient de soustraire les hôpitaux à toute influence et à toute dépendance politique.

La Commission est d'avis qu'une loi des

hôpitaux qui contiendrait, dans ses dispositions, les principes ci-dessus exposés, ou, du moins, qui s'en inspirerait, serait de nature, sinon à résoudre du moins à atténuer considérablement le problème hospitalier chez nous.

Dans le but de permettre au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec d'exercer une meilleure surveillance sur la pratique médicale et chirurgicale de ses membres, la Commission croit qu'il est nécessaire de modifier la loi médicale de Québec, (chap. 264, S.R.Q. 1941) de manière à accorder au dit Collège un droit de regard sur tous les statuts et règlements des bureaux médicaux des hôpitaux dans la province, et aussi l'autorité de limiter les privilèges de tout spécialiste et de tout médecin de pratique générale aux actes médicaux pour lesquels il aurait été jugé compétent. Dans le même ordre d'idée, la loi médicale devrait aussi être modifiée de manière à permettre au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec de contrôler l'acte médical partout où il est posé en cette province. De cette façon le malade sera mieux protégé parce que la qualité des soins requis par son état sera mieux surveillée.

Le tout respectueusement soumis.

VICTOR CHABOT, juge de District  
J. HENRI CHARBONNEAU, médecin  
GUSTAVE AUGER, médecin.

MONTREAL, le 12 décembre 1961

CEDULE "A"

BUREAU D'ADMISSION

Sur le plan psychologique, le bureau d'admission est le département le plus important en regard de l'harmonie qui doit exister entre les quatre entités formant "l'hôpital public actuel". Le malade, le médecin, l'administration, l'état. Il doit respecter les droits de chacune d'elles. Aussi a-t-on surnommé à bon droit ce département "le cœur de l'hôpital".

Sa composition: il doit être composé d'un personnel administratif et médical a) le personnel administratif doit agir avec bonté et jugement, c'est lui qui a le premier contact avec le malade qui par définition est anxieux et inquiet. Pour cette raison il doit être formé de garde-malades graduées, patientes et aimables qui depuis longtemps ont l'expérience d'entrer en contact avec les malades. b) Comme les admissions doivent être faites non seulement en suivant un ordre chronologique mais aussi en tenant compte de la gravité de la maladie il devra y avoir une participation médicale pour déterminer les cas urgents, semi-urgents, ou non urgents.

Modalités d'application: Toute demande

d'admission pour un patient doit être faite par écrit, doit mentionner le diagnostic et doit contenir les prescriptions qui doivent être remplies pour le premier ou les premiers jours. Elle doit aussi indiquer s'il s'agit d'une urgence, d'une semi-urgence, ou si le patient peut attendre sans danger pour sa vie.

Sur réception de ces demandes d'admission le personnel administratif devra dresser une liste d'attente en suivant rigoureusement l'ordre chronologique mais tenant compte aussi a) de l'état d'urgence, de semi-urgence ou de non urgence; b) de l'accommodation requise par le malade soit une chambre privée, semi-privée ou publique.

Partant du principe que les choses les plus simples sont les plus efficaces, nous suggérons une méthode utilisée dans plusieurs hôpitaux qui donnent d'excellents résultats, sans complication.

La préposée à dresser la liste d'attente a trois grands cahiers à feuilles non mobiles, l'un pour les malades privés, l'autre pour les semi-privés et enfin le troisième pour les malades publics (on pourrait en avoir un quatrième pour les lits d'enfants). Chaque page de ce cahier est divisée en quatre colonnes représentant: a) la date et l'heure de la demande; b) le nom du patient; c) la catégorie de l'urgence indiquée par les lettres U. ou S.-U.



ou N.-U. et enfin d) la date d'admission. A noter qu'aucun diagnostic et qu'aucun nom de médecin n'apparaissent dans ces cahiers.

Un ou des médecins, nommés à cet effet par le conseil d'administration, après avoir été choisis par le bureau médical, contrôlent si la catégorisation au sujet de l'urgence est en harmonie avec le diagnostic inscrit sur la feuille de demande d'admission. Cette feuille de demande d'admission va au dossier du malade lorsqu'il est admis.

Le malade est appelé à son tour, suivant l'entrée dans l'un des trois cahiers à mesure qu'un lit est libéré. Cette modalité d'admission est basée uniquement sur 1- la date de demande; 2- l'urgence; 3- le genre de chambre désirée.

Il est entendu que dans les cas d'urgence, c'est-à-dire dans les cas où un délai de quelques heures ou un ou deux jours pourrait être dangereux pour la vie du malade qu'il n'est plus question du genre de chambre. (Ceci est d'ailleurs prévu dans la loi d'assurance hospitalisation). En d'autres termes, l'admission est faite en fonction du malade, en fonction de la gravité de son état et en fonction de l'accommodation désirée sans considérer son sexe, ni la maladie dont il souffre ni le médecin qui le

traite, ce qui veut dire qu'il n'y a pas un nombre de lits attribués à tel ou tel service ou à tel ou tel médecin.

Dans ces hôpitaux auxquels nous référons, qui sont des hôpitaux enseignants et universitaires et non les moindres en réputation - une exception est faite à la règle générale, c'est que les lits de malades publics, c'est-à-dire quarante pour cent des lits de l'hôpital (Loi d'assurance hospitalisation) sont divisés en service pour faciliter l'enseignement mais non ceux des deux autres catégories privées et semi-privées.

Cette modalité d'admission nous semble équitable car elle tient compte du fait que c'est l'hôpital qui est au service du patient et non le patient à la merci de l'hôpital. L'hôpital public actuel ne doit pas choisir ses patients pas plus que le patient choisi sa maladie ou son sexe. Que les hôpitaux enseignants fassent une exception dans ces règles pour les 40% des lits qu'ils doivent mettre à la disposition des malades en salles publiques semble logique et pertinent mais ce système ne devrait pas être appliqué dans les hôpitaux publics généraux, non enseignants ou non spécialisés.

Seule l'application de tels principes, dans un bureau d'admission, peut satisfaire aux droits du malade, du médecin et du gouvernement. En effet, la Loi de l'assu-

rance hospitalisation prévoit que ne doivent être hospitalisés que les malades qui ne peuvent être soumis à des épreuves diagnostics ou à des traitements autrement. Ceci est dans l'intérêt du bien commun car en définitive c'est le public qui paie le coût d'opération des hôpitaux publics.

C'est donc un devoir pour l'administration de voir à l'application de ces principes dans la régie du bureau d'admission en même temps que cela favorise d'excellentes relations entre les diverses entités et évite l'une des principales sinon la principale source de conflit.

Deux objections pourraient se présenter à l'application d'une telle modalité d'admission:

a) de la part de l'administration, celle du sexe, pour ne pas mettre sur le même étage des gens de sexe différent. Sur ce point, nous croyons que l'administration devrait agir à sa guise. Il est à noter toutefois que cela se fait dans une quantité d'hôpitaux, sans inconvénient. Au contraire, ça simplifie les choses et c'est pour cela que ça se fait.

b) de la part des chefs de services, celle d'éparpiller les malades d'une même discipline. La responsabilité d'un chef de service de surveiller les actes médicaux posés dans sa discipline n'entraîne pas un droit dans la

disposition géographique ou dans le nombre des lits à sa disposition. Au contraire, c'est son devoir de sacrifier ce qui lui serait le plus commode aux droits prioritaires du malade. De cette façon, en plus de jouir de son droit, le malade jouira aussi de certains avantages, par exemple, la préposée au bureau d'admission pourra, sachant le nombre approximatif de lits dont elle dispose chaque jour dans chacun de ses cahiers lui donner une idée de la date où il sera admis. Il sera ainsi en état de prendre certaines dispositions imposées par les conditions familiales. Il n'aura surtout pas le désagrément de se faire répondre qu'on a aucune idée quand on pourra avoir sa place ou pis encore d'aller ailleurs. Des choses comme celles-ci comptent énormément dans l'appréciation du public envers les hôpitaux.

Un tel système ne doit pas n'être que théorique. Son application doit être soumise à un contrôle:

a) Contrôle que les admissions ont été rigoureusement faites dans un ordre chronologique par rapport aux demandes d'admission;

b) Contrôle que sur les feuilles des demandes d'admission la catégorisation des cas urgents ou semi-urgents n'a pas été exagérée ou abusive.

Il n'y a aucun doute, qu'avec un peu d'expérience, l'administration et le corps médical trouveront une modalité satisfaisante de contrôle.

Tout ce système d'admission, bien qu'incomplet, est basé d'abord et avant tout sur les droits du malade.

Nous recommandons fortement qu'il soit ainsi appliqué à l'hôpital Jean-Talon.

CEDULE "B"

STATUTS ET REGLEMENTS DU BUREAU  
MEDICAL DE L'HOPITAL JEAN - TALON

Tout hôpital non enseignant et non spécialisé  
pourrait recourir "mutatis mutandis".

P R E A M B U L E

Les médecins de l'hôpital Jean-Talon reconnaissent  
que les meilleurs intérêts des malades sont intimement liés  
à la coopération et à la bonne entente qui existent entre les  
membres de la profession médicale et le conseil d'adminis-  
tration. Aussi, afin d'assurer le bon fonctionnement et  
l'avancement de l'hôpital Jean-Talon, les médecins exer-  
çant leur art à cet hôpital adoptent les présents statuts et  
règlements du bureau médical, et le conseil d'administra-  
tion reconnaît que les médecins ont le droit de l'aviser sur  
les problèmes d'ordres médicaux administratifs et que seuls  
ils peuvent traiter les malades et fixer les standards de la  
pratique médicale à l'hôpital.

DISPOSITIONS DECLARATOIRES ET INTERPRETATIVES

Les termes suivants, chaque fois qu'ils  
apparaissent dans les présents statuts et règlements, ont le  
signification qui leur est ci-après attribués:

1. Les termes "Conseil d'Administration" désignent le groupe des personnes légalement et moralement responsables de la conduite de l'hôpital et constituant l'autorité suprême en ce qui regarde l'hôpital Jean-Talon.

2. Les termes "Comité Conjoint" désignent un organisme intermédiaire entre le bureau médical et les représentants du conseil d'administration.

3. Les termes "Directeur Médical" désignent le médecin assigné à cette fonction par l'administration après approbation par le bureau médical.

4. Les termes "Bureau Médical" désignent l'ensemble des médecins autorisés à exercer la médecine à l'hôpital Jean-Talon.

5. Le terme "Administrateur" désigne la personne nommée à ce poste par l'administration.

## STATUTS

### Art. 1 - NOM

L'organisme ainsi établi est appelé le bureau médical de l'hôpital Jean-Talon. Cet organisme est aussi un moyen de régie interne qui permet aux médecins de se gouverner par eux-mêmes au point de vue responsabilité professionnelle.

Art. II - OBJETS ET BUTS

Les membres du "Bureau Médical" s'engagent:

- a) A assurer les meilleurs soins à tous les malades internes et externes.
- b) A collaborer aux programmes d'enseignement et aux mesures d'hygiène jugées à leur mérite et acceptées par les membres actifs du bureau médical.
- c) A travailler en parfaite collaboration avec les membres du conseil d'administration de l'hôpital Jean-Talon pour le plus grand bien des malades qui leur sont confiés et pour le progrès scientifique et la bonne conduite morale de l'institution.
- d) A promouvoir et à développer l'esprit de recherche, l'esprit d'initiative et le sens des responsabilités de ses membres en les stimulant par l'étude et la présentation de travaux scientifiques, et par l'assistance et la participation active aux congrès.
- e) A procurer à ses membres un moyen de discuter les questions médico-administratives avec le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité conjoint.
- f) A développer parmi ses membres l'union qui doit toujours exister entre les membres d'un même corps social.
- g) A promouvoir la sauvegarde du secret professionnel.



Art. III - MEMBRES

Paragraphe I

Qualifications

Tout candidat qui soumet une demande d'admission comme membre du dit bureau médical, doit détenir un diplôme d'une école de médecine reconnue, avoir obtenu la licence légale de pratique dans la province de Québec et exercer sa profession à une distance raisonnable de l'hôpital. De plus, il doit être en règle avec le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec et jouir d'une bonne réputation à tous les points de vue.

Paragraphe II

Morale et Déontologie

En acceptant l'honneur et la responsabilité de faire partie du bureau médical de l'hôpital Jean-Talon, les membres s'engagent:

a) A se soumettre aux exigences de la constitution et des règlements de l'hôpital Jean-Talon et des statuts et règlements du bureau médical.

b) A se conformer, en tout temps et en tout lieu, aux règles de la morale chrétienne dans l'exercice de leur profession.

c) A ne jamais pratiquer l'avortement ni à l'occasionner, et à réprouver tout ce qui favorise les méthodes

anticonceptionnelles.

d) A accepter par écrit de ne jamais pratiquer, ni directement, ni indirectement, la dichotomie sous quelque forme que ce soit.

e) A observer les préceptes de la déontologie et de l'éthique professionnelle quant aux relations entre médecins, et à éviter toute pratique indigne de l'honorabilité d'un médecin chrétien.

f) A accepter, lorsque nécessaire, une consultation avec un ou plusieurs confrères, n'ayant en cela d'autre but que le plus grand bien du malade et l'avancement de la science médicale, bannissant ainsi tout esprit de rivalité.

### Paragraphe III

#### Demande d'admission

a) Toute demande d'admission au bureau médical doit être faite par écrit au secrétaire du bureau médical.

b) A la première assemblée régulière du bureau médical, le secrétaire transmet cette demande aux membres du bureau médical et la soumet pour étude au comité des créances.

c) Le comité des créances s'enquiert des qualifications, de la compétence scientifique, du caractère et de la personnalité du candidat et détermine, s'il le trouve acceptable, les privilèges auxquels il aura droit. Tout membre du bureau médical qui croit devoir formuler des objections à

à l'admission de ce candidat, devra se faire entendre au comité des créances.

d) Le rapport du Comité des créances au bureau médical ne devra pas être retardé de plus de deux mois après la présentation de la demande.

e) La demande du candidat est soumise au vote secret de l'assemblée du bureau médical et pour être éligible le candidat devra recueillir 70% des votes.

f) Si le candidat est accepté par le bureau médical, sa demande d'admission est recommandée au conseil d'administration par le comité conjoint.

g) Le conseil d'administration peut accepter la recommandation du bureau médical ou la lui retourner, pour reconsidération, en ayant soin de donner par écrit les raisons pour lesquelles il lui demande de reconsidérer sa première décision.

h) Après nouvelle étude, le bureau médical transmet sa réponse définitive à l'administration.

i) L'administration, en décision finale, accepte ou refuse le candidat.

j) Le secrétaire du bureau médical communique cette décision finale au candidat.

k) Lorsqu'il est agréé, le candidat doit signer la formule par laquelle il s'engage à se conformer aux statuts et règlements du bureau médical.

#### Paragraphe IV

##### Durée de l'admission

a) L'admission de tous les membres du bureau médical est accordée par le conseil d'administration pour une période se terminant le 31 décembre de chaque année.

b) A la réunion annuelle, la liste entière des membres du bureau médical est soumise au vote secret de l'assemblée. Les membres pour être rééligibles, devront recueillir 70% des votes.

c) L'exécutif soumettra au comité des créances le résultat de ce vote. Ce comité des créances tenant compte de toutes les sources d'information qui lui sont accessibles, fait ses recommandations à l'exécutif qui les transmet à l'administration.

d) Le conseil d'administration a la liberté d'accepter ou de refuser les recommandations du bureau médical.

e) Dans le cas où la réadmission d'un membre du bureau médical serait refusée, soit par le vote du bureau médical, soit par le comité des créances, soit par le conseil d'administration, ce membre pourra se faire entendre, s'il le désire, au comité conjoint qui pour la circonstance, s'adjoindra au moins deux membres du comité des créances.

f) La même procédure devra s'appliquer dans le cas où le Comité des créances aurait jugé bon de diminuer les privilèges d'un membre du bureau médical.

Paragraph - V

Destitution, suspension, sanctions

a) Tout membre du bureau médical peut être destitué, suspendu ou passible de sanctions pour conduite incompatible avec l'honneur professionnelle ou pour violation grave des statuts et règlements. La destitution, la suspension, ou la sanction ne pourra être appliquée qu'après enquête par le comité des créances, qui devra convoquer le membre en cause. Il fera rapport au comité de discipline dont la décision devra être intérimée par le bureau médical, acceptée et appliquée.

Le secrétaire du bureau médical informera l'intéressé par écrit de la décision prise.

b) En cas d'urgence, le directeur médical, l'administrateur ou le président du bureau médical peuvent suspendre un membre, ou appliquer les sanctions immédiatement sans qu'il soit nécessaire d'avertir l'intéressé par écrit. Toutefois, le cas sera soumis à la procédure ci-haut décrite avant décision finale.

Art. IV - FORMATION DU BUREAU MEDICAL

Par. 1 Le bureau médical comprend:

Les membres honoraires  
Les membres consultants  
Les membres actifs  
Les membres visiteurs

Par. 2

Membres honoraires: les membres honoraires sont des médecins qui ne sont plus en service actif à l'hôpital mais dont la valeur et le mérite restent un titre d'honneur pour l'institution qu'ils ont servie. Ils ont voix délibérante mais sans droit de vote. Ils peuvent faire partie d'un comité à titre consultatif. Ils conservent le droit de traiter leurs patients à l'hôpital suivant les privilèges qui leur sont accordés par le comité des créances.

Par. 3: Membres consultants

- a) Les membres consultants doivent être des spécialistes reconnus et ils seront attachés à un service déterminé;
- b) Leur nomination sera faite sur recommandation du bureau médical, suivie de l'acceptation par le conseil d'administration.
- c) Ils sont invités à participer à l'enseignements, à assister aux réunions du bureau médical, mais ils n'ont pas droit de vote.
- d) Ils peuvent avoir des malades privés de leur spécialité. Ils peuvent, à l'occasion, faire partie d'un comité à titre consultatif.

Par. 4: Membres actifs

- a) Les membres actifs sont les médecins qui sont

admis à l'hôpital pour traiter les malades internes ou externes, privés ou non.

b) Seuls les membres actifs du bureau médical ont droit de vote et sont éligibles aux fonctions du bureau médical et des Comités.

c) Un membre actif du bureau médical pourra traiter les malades internes ou externes, mais dans la limite des privilèges qui lui sont accordés par le comité des créances.

Par. 5: Membres visiteurs

a) Les membres visiteurs sont des médecins qui, à cause de leur compétence reconnue, sont admis par le bureau médical et le conseil d'administration à traiter les patients privés de leur discipline, après s'être engagés à se conformer aux statuts et règlements du bureau médical, suivant des privilèges à être définis dans chaque cas par le comité des créances.

b) Ils "devraient" assister aux assemblées du bureau médical, mais ils n'auront pas droit de vote, ne feront pas partie des comités et ne seront pas éligibles aux fonctions d'officiers.

Tout membre du bureau médical devra se rendre à l'assemblée du bureau médical au cours de laquelle le cas de l'un de ses malades sera discuté.

Art. V : DIRECTEUR MEDICAL

Le directeur médical assigné à cette fonction par l'administration, après approbation par le bureau médical, doit assister aux réunions de ce bureau à titre de représentant de l'administration. Il a le privilège de siéger à l'exécutif du bureau médical, au comité conjoint et à tous les autres comités. Dans tous les cas il a droit à prendre part aux délibérations mais il n'a pas le droit de vote.

Art. VI : SERVICES CLINIQUES

Par. a) - Les services cliniques se divisent comme suit:

1 - Le service de médecine comprend: la cardiologie, les maladies contagieuses, la dermatologie et la syphiligraphie. les maladies pulmonaires, l'endocrinologie, les maladies du tube digestif et des organes annexes, la phthisiologie, le rhumatisme, les maladies de la nutrition et la neuro-psychiâtrie.

2 - Le service de chirurgie comprend: la chirurgie générale, la chirurgie abdominale, la chirurgie du tube digestif, la chirurgie thoracique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie plastique, la chirurgie traumatique, la chirurgie orthopédique et la chirurgie gynécologique.

3 - Le service d'obstétrique comprend le service de maternité et celui des nouveau-nés.

4 - Le service de pédiatrie.



5 - Le service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

6 - Le service de radiologie.

7 - Le service de laboratoire.

8 - Le service d'anesthésie.

Par. b) - Spécialisation

Il n'est pas exigé que les membres du bureau médical soient des spécialistes. Cependant, tous les membres du bureau médical, spécialistes ou non, ne pourront traiter leurs patients que dans la limite des privilèges qui leur sont accordés par le comité des créances.

Par. c) - Nomination des chefs de services

a) Tous les chefs de services devront être, dans leur service respectif, des spécialistes reconnus et certifiés par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

b) La nomination des chefs de services sera faite par le conseil d'administration après recommandation du comité des créances et du bureau médical.

c) Leur limite d'âge comme chef de service est de 65 ans.

d) Tous les chefs des services cliniques auront la direction et la responsabilité du travail médical de tout le personnel médical de leur service respectif.

Art. VII - DETERMINATION DES PRIVILEGES  
ET QUALIFICATIONS

Par. 1 : Classification des privilèges:

Les privilèges accordés aux médecins qui deviennent membres du bureau médical peuvent être soit majeurs, soit intermédiaires, soit mineurs et sont déterminés par le comité des créances.

Les privilèges pour chacun des médecins de l'hôpital Jean-Talon devront être déterminés chaque année.

a) Les privilèges majeurs, dans tout service, permettent au médecin de traiter les malades lorsque la nature de la maladie et le traitement impliquent un danger sérieux pour la vie du malade. Ces privilèges majeurs ne seront accordés qu'à des spécialistes reconnus et certifiés.

b) Les privilèges intermédiaires, dans tout service, permettent au médecin de traiter les malades lorsque la nature de la maladie et le traitement n'impliquent pas un danger sérieux pour la vie du malade, mais présentent un risque d'incapacité.

c) Les privilèges mineurs, dans tout service, permettent au médecin de traiter les malades lorsque la nature de la maladie et le traitement ne présentent aucun danger sérieux pour la vie du malade, ni aucun risque d'incapacité.

d) Les privilèges d'urgence. Dans les cas d'urgence,

un médecin peut être dans l'obligation de traiter un malade exposé à une mort imminente; dans ce cas, qu'il soit le médecin traitant ou non, que la maladie relève ou non de sa spécialité, le médecin doit faire tout son possible pour sauver la vie du malade, quitte à demander l'aide d'un confrère le plus rapidement possible. - Ici le mot "urgence" signifie une situation où la vie du malade est en danger immédiat et où le moindre délai aggraverait le danger - .

e) Les privilèges temporaires. L'administrateur a le droit d'accorder à un médecin, qui n'est pas membre du bureau médical, le privilège de traiter un malade; il demandera au préalable l'avis du directeur médical, ou en l'absence de celui-ci, du président du bureau médical, en donnant les raisons de cette demande exceptionnelle et en s'informant de la compétence et de la réputation du médecin qui désire ce privilège.

#### Par. 2 : Index des médecins

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

### Art. VIII - OFFICIERS ET COMITES

#### a) Officiers:

Les officiers du bureau médical sont au nom-

bre de cinq: le président, le vice-président, le secrétaire, le trésorier et le président sortant de charge.

Ils sont élus à l'assemblée annuelle pour une période d'un an. Ces officiers sont rééligibles mais jamais pour plus de deux termes consécutifs.

Seuls les membres actifs du bureau médical sont éligibles aux postes d'officiers du bureau médical.

Le président convoque les membres et préside à toutes les réunions; il dirige les délibérations et maintient l'ordre et le décorum. Il fait partie ex officio de tous les comités.

Le vice-président, en l'absence du Président, assume tous les droits et devoirs du président.

Le secrétaire dresse le procès-verbal de chaque réunion, convoque les membres aux assemblées sur l'ordre du président, reçoit et expédie la correspondance, etc.

Le trésorier s'occupe de la perception des fonds de leur administration et de leur emploi suivant autorisation du bureau médical.

b) Comités:

Les membres de tous les comités sont élus par les membres actifs du bureau médical et ils doivent être des membres actifs du bureau médical.

1. Comités permanents:

a) Comité exécutif:

Le comité exécutif est formé des officiers du bureau médical. Il doit se réunir au moins une fois par mois, de préférence quelques jours avant la réunion mensuelle régulière du bureau médical. Le quorum est de trois.

Le comité exécutif a le droit d'étudier tout projet ou toute situation qui regarde le bien du bureau médical, mais son travail doit surtout porter sur l'intérêt scientifique.

Le comité exécutif prépare les programmes scientifiques de chaque assemblée et il s'efforce de régler toute question d'intérêt para-médical, afin que les séances régulières du bureau médical soient consacrées principalement au soin professionnel des malades.

Le comité exécutif doit faire rapport aux réunions régulières du bureau médical.

Il est entendu que les décisions du bureau médical seront exécutées par l'exécutif.

b) Comité Conjoint

Ce comité est consultatif et se compose du président du bureau médical et de trois membres actifs élus par le bureau médical et de quatre membres du conseil d'administration.

Son rôle est d'étudier les questions médico-administratives de l'hôpital qui lui sont soumises par l'administration ou par le bureau médical.

c) Comité des dossiers

Ce comité est formé d'au moins cinq médecins nommés par le bureau médical. L'archiviste est ordinairement invité à en faire partie à titre consultatif.

Les membres se réunissent au moins une fois par mois, dans le but de reviser les dossiers des malades sortis de l'hôpital durant le mois. Les dossiers examinés au point de vue du diagnostic, du traitement, etc., sont tous contresignés par un membre du comité des dossiers, s'ils sont jugés conformes et acceptables. Les dossiers incomplets ou mal remplis sont retournés au membre concerné pour mise au point ou correction. Si un membre ne remplit pas habituellement son devoir, le président du comité en fait rapport au bureau médical.

Le comité fera le triage des dossiers à présenter au bureau médical, éliminant ainsi les dossiers qui ne présentent aucun intérêt scientifique ou autre.

d) Comité des créances et  
comité de discipline \_ \_ \_

Ce comité est composé de cinq membres élus par le bureau médical, dont le président fait partie ex-officio et le préside. Le quorum est de trois.

Son devoir est de recueillir les informations et de faire les recommandations nécessaires lorsqu'une demande d'admission est faite et lorsqu'une promotion ou de nouveaux privilèges sont accordés.

Il est aussi chargé de faire enquête sur tout manquement à l'éthique professionnelle, de reviser tout dossier qui lui sera référé et de remplir toute autre fonction qui pourra lui être confiée.

e) Comité de l'évaluation médicale (Comité des tissus)

Ce comité se compose d'au moins un pathologiste, deux médecins et deux chirurgiens.

Ces membres sont nommés par le bureau médical.

Ce comité a pour fonction de rechercher s'il y a "justification suffisante" dans les méthodes utilisées pour fin de diagnostic c'est-à-dire si les examens cliniques, de laboratoires, de radiologie et autres ont été judicieux, suffisants et non abusifs. et dans les formes de traitements appliqués vg: si la médication a été appropriée, suffisante et non abusive (spécialement en ce qui concerne les narcotiques etc.).

Dans les cas de chirurgie, il devra en plus rechercher s'il y a concordance ou discordance entre les diagnostics pré-opératoires, per-opératoires et anatomo-pathologiques.

Ce comité doit faire rapport à tous les mois à l'exécutif du bureau médical et tiendra des procès-verbaux de toutes ses assemblées.

f) Comité des infections

Ce comité se compose d'un bactériologiste, d'un chirurgien, d'un médecin, d'un obstétricien, de l'infirmière en chef de la salle d'opération.

Ses devoirs sont de relever les cas d'infection et proposer les moyens d'y remédier.

g) Comité de soins en cas de désastres

Comme l'exige le Conseil Canadien de l'accréditation des Hôpitaux, le bureau médical devra organiser un tel comité suivant ses directives.

2. Comités spéciaux:

Le bureau médical peut former des comités spéciaux au besoin.

Ces comités spéciaux devront être formés de membres actifs du bureau médical, qui pourront s'adjoindre des consultants. Ils devront faire rapport au bureau médical et tenir des procès-verbaux de toutes leurs assemblées.

Les rapports des différents comités devront être assez détaillés pour qu'on puisse se rendre compte de leurs activités et du degré de contrôle raisonnable et efficace des actes médicaux et chirurgicaux, et pour qu'ils soient ainsi conformes aux standards de l'accréditation.



Art. IX - ASSEMBLEES

Par. 1 : Assemblée annuelle

L'assemblée annuelle est celle où les secrétaires de chaque comité font rapport des activités de leurs organismes respectifs pour l'année qui se termine.

A cette assemblée, on procède à l'élection des officiers et au renouvellement des admissions.

Cette assemblée a lieu entre le 15 et le 31 décembre, au moins cinq jours après l'assemblée régulière, et doit être annoncée au moins trois jours à l'avance.

Après les rapports des officiers et des secrétaires des différents comités, les membres actifs procèdent à l'élection des nouveaux officiers du bureau médical.

Le président et le secrétaire sortant de charge agissent comme officiers d'élection; ils ont droit de vote comme les autres membres, et le dépouillement du scrutin est fait par eux.

L'élection se fait individuellement pour chacune de ces quatre personnes, sans proposition et par scrutin secret.

Le secrétaire fait connaître à l'assemblée les noms des membres éligibles et la votation a lieu. Un membre est élu lorsqu'il obtient la majorité absolue des

votes des membres présents.

Si un membre n'obtient pas la majorité absolue des votes au premier tour, on élimine le membre qui a obtenu le nombre de votes le plus bas, et l'on procède à un deuxième tour de scrutin, en votant pour l'un des membres qui restent sur les rangs, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un membre ait obtenu la majorité absolue.

Les officiers élus entrent en fonction immédiatement. Les officiers sortant de charge font à leurs successeurs les recommandations qu'ils jugent utiles et les informent des projets en cours d'exécution.

#### Par. 2 : Assemblées régulières

Les assemblées régulières ont lieu une fois le mois; le lieu, la date et l'heure sont fixés par les règlements.

#### Par. 3 : Assemblées spéciales

Le président du bureau médical peut convoquer les membres à des assemblées spéciales en tout temps, à la demande du directeur médical, du comité exécutif ou de cinq membres actifs du bureau médical. L'ordre du jour ne doit comporter que la ou les questions qui ont motivé l'assemblée. Le secrétaire dresse le procès-verbal de la séance spéciale, mais ne lit pas celui de l'assemblée

précédente. L'avis de convocation doit être affiché au moins vingt-quatre heures à l'avance.

Par. 4 : Assistance aux assemblées

a) Il y a obligation pour tous les membres actifs d'assister aux assemblées. L'absence, sans raison valable, soit à trois assemblées consécutives, soit au tiers des assemblées régulières de l'année courante, est considérée par le bureau médical comme une démission de la part du membre qui n'a pas assisté aux assemblées.

Pour réintégrer sa position, un membre dans ces conditions doit remplir une nouvelle formule d'admission, la procédure à suivre étant la même que pour une nouvelle admission.

b) Les membres honoraires, consultants ou visiteurs ne sont pas obligés d'assister aux assemblées, mais il est à souhaiter qu'ils y assistent le plus souvent possible.

c) Tout membre du bureau médical qui aura traité un cas dont le dossier sera discuté à une assemblée, sera averti par le secrétaire du comité des dossiers, et devra être présent à cette assemblée, sous peine de perdre sa qualité de membre du bureau médical, à moins que son absence ne soit motivée par une raison majeure. La question à régler demeure à l'ordre du jour de cette assemblée, à moins que le membre concerné n'ait demandé que la discussion soit remise à l'assemblée régulière subséquente,

mais le sursis ne peut être prolongé au-delà de cette assemblée.

Par. 5 : Quorum

La moitié des membres actifs du bureau médical forment le quorum des assemblées.

Par. 6 : Ordre du jour

L'ordre du jour pour une assemblée régulière sera le suivant:

1. Questions administratives:

a) Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance et de toute assemblée spéciale.

b) Questions déjà amorcées.

c) Communications et correspondance.

d) Rapports des comités permanents ou spéciaux.

e) Questions nouvelles.

2. Questions médicales:

a) Revue des cas de malades hospitalisés dont le diagnostic, le traitement ou l'évolution exigent une mention spéciale. Revue des dossiers des malades sortis depuis la dernière assemblée, en accordant une attention particulière aux cas de décès, aux cas dont l'évolution n'est pas favorable, par suite d'une infection ou de complication; aux cas où il y a eu erreur de diagnostic, aux cas où le traitement a donné des résultats nettement favorables

ou défavorables, et à certains cas d'obstétrique.

b) Cas référés par les comités des dossiers  
et de l'évaluation médicale.

c) Analyse du rapport de chaque service.

d) Rapports des comités permanents ou  
spéciaux.

e) Discussion et recommandations en vue  
de l'amélioration du travail professionnel à l'hôpital.

### 3. Ajournement

L'ordre du jour pour une assemblée spéciale sera  
le suivant:

a) Lecture de l'avis de convocation.

b) Discussion des affaires motivant cette  
assemblée.

c) Recommandations.

d) Ajournement.

### Par. 7

Toute proposition faite au bureau médical  
doit être considérée comme un avis de motion si deux  
membres actifs en font la demande. Cet avis de motion  
deviendra motion à l'assemblée régulière suivante du  
bureau.

### Par. 8 : Scrutin

Au cours de toute assemblée, le scrutin  
secret est accordé si deux membres actifs en font la demande.

Art. X - REGLEMENTS

Le bureau médical adoptera les règlements exigés pour son bon fonctionnement; ces règlements seront considérés comme faisant partie intégrante des présents statuts, après avis de motion formulé à une assemblée régulière par une majorité des deux tiers de tous les membres actifs du bureau médical.

Après avis de motion formulé à une assemblée régulière précédente, un amendement au règlement peut être adopté à une assemblée du bureau médical par une majorité des deux tiers de tous les membres actifs du bureau médical.

Les règlements ou leurs amendements n'entreront en vigueur qu'après avoir été approuvés par le conseil d'administration et après approbation par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Art. XI - AMENDEMENTS AUX STATUTS

Les statuts peuvent être amendés après un avis d'amendement donné par écrit à une séance régulière. Cet avis est transmis au comité exécutif pour l'étude de la question et le rapport de l'étude sera donné à l'assemblée régulière suivante.

Une majorité des deux tiers des membres actifs est nécessaire pour l'adoption de l'amendement qui, une fois approuvé par le conseil d'administration, entrera en vigueur.

Art. XII - ADOPTION

Ces statuts, ainsi que les règlements qui y sont ajoutés, seront adoptés à une assemblée régulière des membres actifs au bureau médical.

Ils entreront en vigueur après avoir reçu l'approbation du conseil d'administration de l'hôpital Jean-Talon. Ces statuts et règlements, une fois approuvés et adoptés, lieront le bureau médical et le conseil d'administration.

Art. XIII - REVISION

Il est recommandé que ces statuts ainsi que les règlements qui y font suite, soient révisés tous les trois ans environ.

Adoptés par le bureau médical de l'hôpital Jean-Talon

le - - - - -

- - - - -  
Président du Bureau Médical

- - - - -  
Secrétaire du Bureau Médical

Approuvés par le conseil d'administration de l'hôpital  
Jean-Talon.

le - - - - -

- - - - -  
Président du conseil d'administration

R E G L E M E N T S

1 - L'assemblée régulière du bureau médical aura lieu au bureau des médecins de l'hôpital Jean-Talon, le deuxième mercredi de chaque mois, à 11 heures a.m.

2 - A moins d'urgence, aucun malade ne sera admis à l'hôpital avant qu'un diagnostic provisoire ne soit porté. Dans le cas d'urgence, le diagnostic devra être porté le plus tôt possible après l'admission du malade.

3 - Le médecin traitant sera rigoureusement tenu de donner toutes les informations nécessaires au sujet de son malade, et cela pour la protection des autres malades et le bon ordre de l'hôpital.

4. - Chaque malade sera traité par un médecin de son choix, conformément aux privilèges accordés à ce médecin par le comité des créances. Dans le cas où le malade se présenterait sans avoir de médecin, il sera assigné au médecin de garde du service intéressé.

5 - Le laboratoire aura tout l'outillage nécessaire au travail requis à l'hôpital.

6 - Les ordonnances de routine, appelées "Le Coutumier" seront formulées par les chefs de services, après approbation par le bureau médical. Ces ordonnances seront suivies tant que le permettra l'intérêt des malades et toutes les fois qu'il n'y aura pas d'ordonnances spéciales écrites par le médecin traitant, car le coutumier ne



doit pas remplacer une ordonnance écrite par le médecin.

En aucun autre cas les infirmières ou les infirmières ne doivent donner aux malades d'autres médicaments que ceux prescrits par les médecins.

7 - Toutes les prescriptions doivent être écrites et signées à l'encre. Les prescriptions verbales ne seront pas acceptées, à moins que ce ne soit pour un cas d'urgence ou par appel téléphonique, et dans ces deux derniers cas, la personne à qui la prescription aura été dictée devra la signer et la faire contresigner par le médecin à sa prochaine visite.

8 - Le médecin traitant sera responsable de la rédaction et de la signature du dossier de son malade. Le dossier complet doit comporter: l'identification du malade; la raison de son admission; les antécédents familiaux et personnels; l'histoire de la maladie actuelle; l'examen physique; les rapports de consultations, de laboratoire, de radiologie et autres; le diagnostic provisoire à l'admission; l'évolution de la maladie; le diagnostic final; l'état du malade à sa sortie; le rapport de l'autopsie; la copie de la lettre adressée au médecin de famille.

Le dossier ne peut être mis dans les classeurs s'il n'est pas complet, à moins que l'ordre en soit donné par le comité des dossiers.

9 - La visite régulière des malades se fera chaque jour entre neuf heures et onze heures du matin, et jamais à

l'heure des repas.

10 - Tous les dossiers sont confidentiels et sont la propriété du patient. L'hôpital en est le dépositaire.

Les dossiers ne peuvent sortir des archives ni être consultés, sauf a) par le médecin traitant,  
b) dans un but scientifique,  
c) par le bureau médical  
d) par un ordre d'une cour de justice.

11 - Dans le cas de réadmission, tous les dossiers antérieurs sont à la disposition du médecin traitant, que celui-ci soit le même qu'auparavant ou non, et que le malade soit privé ou indigent. Avant d'être déposé dans les archives de l'hôpital, tout dossier doit être révisé par le comité des dossiers.

12 - L'histoire complète et l'examen physique doivent être rédigés dans les quarante-huit heures qui suivent l'admission du malade.

13 - Aucun médecin ne devra partager les honoraires qu'il reçoit pour les soins qu'il donne à un patient. S'il y a plusieurs médecins pour le même cas, il est préférable que chacun envoie son compte séparément.

14 - Une intervention chirurgicale ne peut être pratiquée si l'histoire du cas et l'examen physique ne sont pas rédigés, à moins que le chirurgien ne mentionne au dossier qu'un délai à l'intervention serait préjudiciable à la santé ou à la vie du malade.

15 - A part les cas d'urgence, tous les malades qui

ont à subir une intervention majeure doivent être admis au moins vingt-quatre heures avant l'intervention.

16 - Les opérations du lendemain doivent être cédulées la veille avant quatre heures, sauf pour les cas d'urgence.

17 - Dans tous les cas, le diagnostic pré-opératoire doit être inscrit au dossier avant l'opération.

18 - Le chirurgien doit décrire en détail son protocole opératoire immédiatement après l'opération, pour qu'il puisse être porté au dossier du malade dans les 24 heures qui suivent l'opération.

19 - Les tissus enlevés au cours d'une opération sont envoyés au laboratoire pour fins de diagnostic. Il appartient au pathologiste de juger de ce qu'il doit en faire.

20 - Il doit y avoir au préalable une consultation par écrit:

a) Dans tous les cas de curettage, d'hystérectomie, de césarienne, ou pour toute opération ou manoeuvre qui peut éventuellement interrompre la grossesse.

b) Pour toute stérilisation génitale.

c) Dans tous les cas où le diagnostic reste obscur, ou les indications thérapeutiques imprécises.

Le consultant devra être un spécialiste reconnu et certifié par le Collège des Médecins et Chirurgiens

de la province de Québec. C'est au malade qu'il appartient de choisir le médecin consultant.

21 - Dans tous cas, lorsqu'il le jugera à propos, le chef de service, responsable des actes médicaux dans sa discipline, après entente avec le médecin traitant, pourra exiger une consultation par un médecin choisi par le malade.

22 - Lorsqu'une consultation est demandée par un patient lui-même, elle doit être payée par le patient. Dans le cas où une consultation est demandée pour satisfaire aux statuts et règlements, les membres actifs du bureau médical s'engagent à échanger gratuitement leurs services.

23 - Chaque membre du personnel médical ne résidant pas en ville, ou à proximité de la ville, ou qui s'absente, nommera un membre actif qui pourra traiter ses malades en cas d'urgence. Dans le cas où un tel membre n'aura désigné personne pour le remplacer, le directeur médical ou en son absence le président du bureau médical, aura le droit de choisir un membre actif du bureau médical s'il y a nécessité.

24 - Aucun malade ne prendra congé de l'hôpital en cours d'hospitalisation sans l'autorisation écrite du médecin traitant et l'autorisation de l'administrateur, sinon le patient devra par écrit dégager l'hôpital et le médecin traitant de leur responsabilité.

25 - A chaque assemblée régulière mensuelle, l'archiviste présentera un rapport statistique du travail médical accompli durant le mois précédent, établissant le nombre de malades qui ont obtenu leur congé et les résultats obtenus, les décès (avec la cause du décès telle que spécifiée par le médecin traitant), les autopsies, les consultations et les infections de toute nature. La discussion à l'assemblée régulière portera sur les faits mentionnés dans le rapport et non sur un sujet scientifique médical en dehors du sujet de ce rapport. Après chaque assemblée, le secrétaire transmet au directeur médical les observations, remarques, suggestions ou recommandations que le bureau médical croit devoir soumettre au conseil d'administration.

26 - Les membres du bureau médical considéreront comme l'un de leurs devoirs importants de contribuer à l'enseignement des étudiantes infirmières. A la demande du directeur médical, ils donneront les cours ou conférences qui leur seront assignés dans le programme scolaire.

27 - Les membres du bureau médical devront faire tout en leur pouvoir pour obtenir des autopsies. Les autopsies seront faites par le pathologiste, ou par un médecin désigné par ce dernier. Le médecin traitant sera toujours invité à y assister. On ne peut procéder à une autopsie sans la permission écrite de la personne légalement responsable.

28 - Toute prescription de narcotique, sédatif, hypnotique, anti-coagulant, anti-biotique, sera automatiquement discontinuée au bout de quarante-huit heures. Si besoin il y a, une nouvelle prescription devra être écrite au dossier par le médecin traitant.

29 - Les chirurgiens devront se rendre à la Salle d'opération et être prêts à opérer à l'heure fixée; un délai de quinze minutes seulement sera alloué après l'heure fixée pour l'opération.

30 - L'hôpital admettra les malades atteints de n'importe quelle maladie, excepté les cas d'aliénation mentale, de tuberculose, de maladies contagieuses et d'éthylisme aigu.

31 - Tout médecin membre du bureau médical doit verser entre les mains du trésorier du Comité exécutif une contribution annuelle de cinq dollars pour abonnement aux revues et usage de la bibliothèque.

Cette contribution est payable en janvier chaque année. Tous les autres appels de fonds devront être autorisés par le bureau médical.

32 - Toute infraction aux règlements devra être rapportée au directeur médical ou au président du bureau médical, pour être référée au comité de discipline qui devra étudier la plainte, faire comparaître le médecin en cause, prendre les mesures pour que les règlements soient

observés et appliquer les sanctions qui s'imposent s'il y a lieu.

33 - Tout règlement antérieur écrit ou verbal est annulé.

Adoptés par le bureau médical de l'hôpital Jean-Talon

-----  
Président du Bureau Médical

-----  
Secrétaire du Bureau Médical

Approuvés par le conseil d'administration de l'hôpital  
Jean-Talon.

-----  
Président du Conseil d'Administration