



The *Great* Canadian
Catholic Hospital History Project

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



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

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

Tradition, innovation et inspiration depuis 1871
Un bref historique de l'Hôpital général Saint-Boniface

Tradition, Innovation & Inspiration Since 1871
A Brief History of St. Boniface General Hospital

Source: Courtesy of St. Boniface General Hospital

Copyright: Public Domain
Used with permission

Digital copy provided by St. Boniface General Hospital.

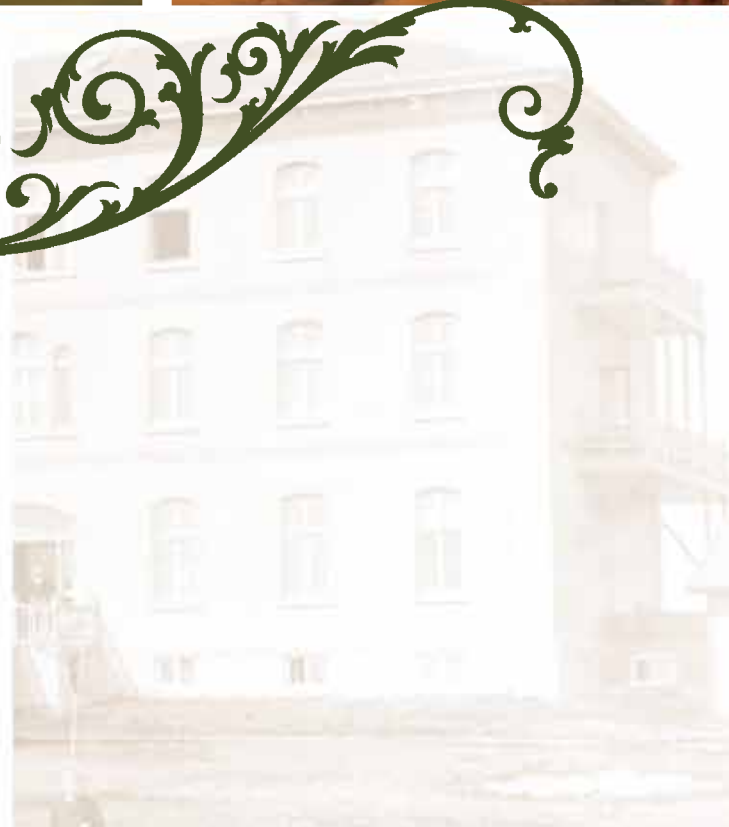


TRADITION, INNOVATION ET INSPIRATION DEPUIS 1871:

UN BREF HISTORIQUE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL SAINT-BONIFACE

TRADITION, INNOVATION & INSPIRATION SINCE 1871:

A BRIEF HISTORY OF ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL



TRADITION, INNOVATION ET INSPIRATION DEPUIS 1871:

UN BREF HISTORIQUE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL SAINT-BONIFACE

TRADITION, INNOVATION & INSPIRATION SINCE 1871:

A BRIEF HISTORY OF ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL



St-Boniface

Hôpital général Saint-Boniface, avril 2008
St. Boniface General Hospital, April 2008

TABLE DES MATIÈRES/CONTENTS

PRÉFACE	4
CHAPITRE 1 Les débuts de l'hôpital · 1871-1904	6
CHAPITRE 2 Les années mouvementées · 1905-1919	28
CHAPITRE 3 De la crise à la guerre · 1920-1949	44
CHAPITRE 4 La modernisation · 1950-1980	58
CHAPITRE 5 Une croissance en crise · 1980-1995	82
CHAPITRE 6 Survol · 1996-2006	102
CONCLUSION	142

PREFACE	5
CHAPTER 1 The Early Days of the Hospital · 1871-1904	7
CHAPTER 2 The Turbulent Years · 1905-1919	29
CHAPTER 3 From Depression to War · 1920-1949	45
CHAPTER 4 The Period of Modernization · 1950-1980	59
CHAPTER 5 Development in Times of Crisis · 1980-1995	83
CHAPTER 6 Overview · 1996-2006	103
CONCLUSION	143

PRÉFACE/PREFACE

Il nous fait plaisir de présenter ce court historique de l'Hôpital général Saint-Boniface. Il ne s'agit pas d'un texte définitif, mais plutôt d'un survol des événements et des périodes marquantes de l'histoire de cet établissement depuis 1871.

En 1996, alors que l'Hôpital général Saint-Boniface célèbre son 125^e anniversaire de fondation, le comité responsable des activités croit bon de retracer l'histoire de l'établissement. En collaboration avec le Collège universitaire de Saint-Boniface et ses professeurs d'histoire, Michel Verrette et Luc Côté, et grâce à une subvention du Développement des ressources humaines Canada, l'hôpital retient les services de Carole Barnabé pour effectuer les recherches nécessaires.

Le projet initial comprenait un survol des 125 premières années de l'histoire de l'hôpital. Un aperçu des dix dernières années jusqu'à 2006 a été ajouté. Nous espérons que ce bref historique permettra d'apprécier le rôle joué par les Sœurs Grises, le personnel, les médecins, les chercheurs, les étudiants et les bénévoles de l'Hôpital général Saint-Boniface dans le domaine de la santé au Manitoba.

• Départ des
Sœurs Grises
de Lachine,
Québec, 1844

Departure of
Grey Nuns
from Lachine,
Quebec, 1844





We are pleased to present this history of St. Boniface General Hospital. The text is an overview of the events that mark St. Boniface General Hospital's evolution from a small four-bed hospital to the health care facility it is today.

The work began in 1996 to mark St. Boniface General Hospital's 125th anniversary. At that time, the organizing committee commissioned a brief history of the Hospital. With a grant from Human Resources Canada and in partnership with the Collège universitaire de Saint-Boniface and its history professors Michel Verrette and Luc Côté, the hospital retained the services of Carole Barnabé to undertake the necessary research.

The initial scope of the project covered the hospital's first 125 years. An overview of the last 10 years to 2006 has been included. We hope this brief history will provide a glimpse into the vital role played by the Grey Nuns, the staff, physicians, researchers, students, and volunteers of St. Boniface General Hospital over the years.

1844

CHAPITRE/CHAPTER

LES DÉBUTS DE L'HÔPITAL (1871-1904)

ARRIVÉE DES SŒURS GRISES DANS L'OUEST

La congrégation des Sœurs de la Charité de Montréal, mieux connue sous le nom de « Sœurs Grises », date de 1737. La fondatrice, Marguerite d'Youville, est la nièce de l'explorateur La Vérendrye qui a mis pied sur le site de Saint-Boniface environ 100 ans avant l'arrivée des Sœurs Grises dans l'Ouest. Après huit années malheureuses de mariage, Marguerite se retrouve veuve avec deux enfants à sa charge. Sa pauvreté et ses dettes ne la découragent pas. Elle sait subvenir aux besoins de sa famille ainsi que d'autres personnes dans la pauvreté. C'est ainsi que Marguerite d'Youville a transmis à toutes les femmes qui s'engagent à sa suite dans la communauté des Sœurs Grises le but de leur mission : aider les personnes dans le besoin. Ce ministère de religieuses hospitalières débute à Montréal avec la prise en charge de l'Hôpital général.

Un siècle plus tard, leur communauté religieuse répond à l'appel de Saint-Boniface, un jeune diocèse établi en 1818 dans l'Ouest inconnu. Confiant de l'avenir de Saint-Boniface malgré des débuts difficiles, monseigneur Provencher s'engage à trouver des religieuses courageuses pour venir fortifier son œuvre. Après des démarches infructueuses auprès de plusieurs communautés, celui-ci se présente à Montréal à la maison-mère des Sœurs Grises en 1843. Il leur demande si elles accepteraient de venir dans l'Ouest. Émues par les paroles du prélat, 27 des 38 religieuses se portent bénévoles pour venir dans la colonie de la Rivière-Rouge. Finalement, quatre Sœurs partent au printemps 1844 pour l'Ouest canadien.

- Arrivée des premières Sœurs Grises à la colonie de la Rivière-Rouge, juin 1844

Arrival of the first Grey Nuns in the Red River Colony in June 1844



1

THE EARLY DAYS OF THE HOSPITAL (1871-1904)



THE GREY NUNS' ARRIVAL IN WESTERN CANADA

The congregation of the Sisters of Charity of Montreal, better known as the “Grey Nuns”, dates back to 1737. Its foundress, Marguerite d’Youville, was the niece of the explorer Pierre Gaultier de La Vérendrye, who had set foot, some one hundred years before the arrival of the first Grey Nuns in Western Canada, on the site where St. Boniface now stands. After eight years in an unhappy marriage, Marguerite became a widow with two children to support. However, neither her poverty nor the fact that she was deeply in debt disheartened her. In fact, she managed to support not only her family, but other needy people as well. To all the women who chose to follow her, Marguerite d’Youville passed on her life mission: to help those in need. Her ministry began when the Grey Nuns were asked to take over Montreal’s General Hospital.

• Sœur
Ste-Thérèse,
Sœur Docteur

Sr. Ste-Thérèse,
Sister Doctor

Over a century later, confident in the future of St. Boniface despite the hardships that had befallen the diocese since its inception in 1818, Archbishop Joseph Norbert Provencher set out to find some brave nuns willing to come and bolster the work he had begun. In 1843, after having approached several religious orders in vain, he went to the Grey Nuns’ mother house to make a personal plea for missionaries who would agree to come out West. Inspired by the prelate’s words 27 of the convent’s 38 nuns volunteered for service in the Red River Settlement.

Finally, in the spring of 1844, four nuns left for the West. Sister Marie-Louise Valade, who had been appointed superior of the new mission, was accompanied by Sisters Eulalie Lagrave, Gertrude Coutlée called St. Joseph, and Hedwidge Lafrance. The two-month long journey by canoe finally came to an end when the Sisters arrived in St. Boniface at one o’clock in the morning of June 21.

Upon their arrival in St. Boniface, the nuns went to work immediately, educating the children and providing care to the infirm, the sick and the needy, regardless of race, colour or creed. The tradition of charitable works initiated by Mother Youville was carried on in St. Boniface. Of these four pioneer nuns, Eulalie Lagrave was selected to be the nurse in the group. With the help of other Sisters, she managed to see over 6,000 patients between 1844 and 1855.

In 1855 Sister Lagrave’s health began to fail. She was replaced by Sister St. Thérèse who had some knowledge of medicine. This woman, who showed a great deal of compassion for human suffering, used natural products to make herbal teas and salves to treat various ailments. She soon won the trust of the locals, who fondly called her “Sister Doctor”.

Sœur Marie-Louise Valade, nommée Mère Supérieure de la nouvelle mission, est accompagnée des sœurs Eulalie Lagrave, Gertrude Coutlée, dite St-Josephe, et Hedwidge Lafrance. Après deux mois de trajet en canot, les Sœurs débarquent à Saint-Boniface le 21 juin, à une heure du matin.

Arrivées à Saint-Boniface, les Sœurs s'occupent non seulement de l'éducation de la jeunesse, mais aussi du soin des infirmes, des malades et des indigents sans égard à leur race, leur couleur ou leur religion. La tradition de charité instaurée par Mère d'Youville continue à Saint-Boniface. Des quatre Sœurs pionnières, Eulalie Lagrave est désignée infirmière du groupe. Entre 1844 et 1855, avec l'aide d'autres Sœurs, elle visite plus de 6 000 personnes.

En 1855, sœur Lagrave, devenue trop malade, est remplacée par sœur Sainte-Thérèse. Cette femme, qui possède certaines connaissances médicales, fait preuve de beaucoup de compassion envers la misère humaine. Elle utilise des produits de la nature dans la fabrication de tisanes et d'onguents pour soigner différents maux. Elle a su gagner la confiance des habitants qui l'appellent affectueusement « notre Sœur Docteur ».

LES HUMBLÉS DÉBUTS

C'est au mois de mai 1871 que l'on peut affirmer, sans trop de risque de se tromper, que le premier hôpital a vu le jour dans l'Ouest canadien. La « maison des hommes » est inaugurée et une subvention de 500 \$ est accordée à l'Hôpital général Saint-Boniface¹ par le gouvernement du Manitoba.

En 1870, les Sœurs Grises constatent que le couvent construit quelque temps après leur arrivée au Manitoba n'est plus assez grand pour accommoder tous les malades devant être hospitalisés. Elles veulent un bâtiment séparé du couvent pour le soin des malades. Alors, elles font construire une maison de 20 x 30 pieds pour les hommes. C'est dans le haut de cette maison de quatre lits qu'est établi, au printemps de 1871, le premier hôpital dans l'Ouest canadien.

Pendant cette construction les ressources financières manquent et les sœurs envoient une pétition au nouveau gouvernement manitobain pour demander de l'aide. La requête des Sœurs Grises est présentée par l'honorable Joseph Dubuc le 2 mai 1871. Cette requête donne lieu à de vives discussions au sein de la Chambre. Le procureur général, Henry Clarke, défend la position des Sœurs. Il explique que l'Hôpital général Saint-Boniface, malgré ses propriétaires catholiques, est un hôpital public puisque toute personne y est admise sans égard à sa religion ou à sa race. Le vote est finalement en faveur des Sœurs. Elles reçoivent 500 \$ qu'elles doivent partager entre l'orphelinat et l'hôpital. Par la suite, les Sœurs renouvellent leur demande d'année en année, recevant généralement une réponse favorable.

L'hôpital reçoit son premier patient le 5 août 1871. Louis Thibault, âgé de 50 ans et souffrant d'apoplexie, est soigné par le docteur Paré. Il demeure hospitalisé 309 jours avant de sortir guéri de sa maladie. Pendant que les hommes malades habitent le bâtiment construit en 1870-1871, les femmes malades pensionnent encore au couvent. Ce n'est qu'après 1877 que les femmes « entrent à l'hôpital ».

In 1870, the Grey Nuns found that the convent, built soon after they came out West, was no longer large enough to shelter all the patients who needed to be hospitalized.

HUMBLE BEGINNINGS

It was in May of 1871 that we can safely state that Western Canada's first hospital was born, with the opening of the "men's house" and a \$500 grant given to St. Boniface General Hospital¹ by the newly created government of Manitoba.

In 1870, the Grey Nuns found that the convent, built soon after they came out West, was no longer large enough to shelter all the patients who needed to be hospitalized. As they wanted a building separate from the convent in which to care for the sick, construction of a 20- by 30-foot building for male patients began. Thus it was on the upper level of this structure which had space for four beds that the first hospital in Western Canada came into being in the spring of 1871.

While this construction project was under way, the Grey Nuns, whose financial resources were dwindling, petitioned the new Manitoba government for assistance. Their request was tabled on May 2, 1871, by the Honourable Joseph Dubuc. This petition gave rise to lively debate in the Legislative Assembly. Attorney-General Henry Clarke supported the Sisters on this issue, explaining that, although it was owned by Catholics, St. Boniface General Hospital was indeed a public hospital, open to all, regardless of race or religion. The vote finally came down in the nuns' favour and they were granted \$500 to be shared between the orphanage and the hospital. Thereafter, the Sisters renewed their request every year, usually receiving a favourable response.

The first patient was admitted to the new hospital on August 5, 1871. Fifty-year-old Louis Thibault, who had suffered a stroke, was treated by Dr. Paré and remained in hospital for 309 days before being discharged. While the men were housed in the structure built in 1870-1871, female patients were still being treated in the convent. It was not until 1877 that women were sent "to the hospital".



• Premier hôpital
dans l'Ouest
canadien, 1871

First hospital
in Western
Canada, 1871

¹ Le nom actuel de l'Hôpital général Saint-Boniface est utilisé dans le texte.

The hospital's current name, St. Boniface General Hospital is used throughout the text.

LES BÂTIMENTS

Au cours de cette première période de l'histoire de l'hôpital, le nombre passe de quelques patients soignés dans les premières années à quelques dizaines, voire une centaine, au cours de la décennie 1880. Pendant la décennie suivante, le nombre d'admissions se multiplie pour atteindre les 2 000 au tournant du siècle et 3 000 en 1904. Cette croissance entraîne à quelques reprises l'agrandissement de l'hôpital.

En 1887, l'hôpital de quatre lits devient trop petit pour le nombre de patients qui le fréquentent. Alors, les Sœurs Grises font l'acquisition d'une maison pour la somme de 4 000 \$, construite sur le lot 84 tout près de leur hôpital. Celle-ci appartenait à Ann Hynes, la première épouse du procureur général Clarke qui avait défendu l'œuvre des Sœurs Grises devant la Chambre d'assemblée du Manitoba en 1871. C'est sur ce lot ainsi que sur les deux lots voisins que l'hôpital actuel est construit. Cette maison mesure 30 x 25 pieds et peut loger 10 lits. Les Sœurs versent un loyer d'environ 30 \$ par mois à l'ancienne propriétaire pour payer leur nouvel hôpital. Au fil des années, le premier hôpital sert tantôt d'abri pour les outils tantôt de glacière. Il est démoli en 1915.

Toutefois, les Sœurs n'ont toujours pas leur résidence dans l'hôpital et, la nuit, elles doivent laisser leurs patients sous la garde d'un homme de confiance. Aussi, en 1880, une maison est construite pour accommoder les Sœurs infirmières. Ceci marque le début de la résidence des Sœurs à l'hôpital.

Une dizaine d'années après l'achat de la maison Clarke, et sa transformation en un hôpital de 10 lits, celle-ci, à son tour, n'est plus assez grande car le nombre de patients augmente chaque année. En 1886, les Sœurs sont obligées de refuser des patients ou de les placer au couvent ou à l'orphelinat. Le temps est venu de bâtir un véritable édifice.

• Hôpital général
Saint-Boniface,
1886

St. Boniface
General
Hospital, 1886



THE HOSPITAL BUILDINGS

During this first period in the history of the hospital, the number of patients treated went from a few individuals in the early years to a few dozen, even as many as one hundred, during the 1880s. During the following decade, the number of admissions increased to over 2,000 at the turn of the century and rose to 3,000 by 1904. As a result of this rapid growth, the hospital expanded several times.

In 1877, as the four-bed hospital had become too small for patients, the Grey Nuns spent \$4,000 to buy a house built on lot 84 near their hospital. The house had belonged to Ann Hynes, first wife of Attorney-General Clarke, who had supported the work of the Grey Nuns before Manitoba's Legislative Assembly in 1871. The present-day hospital now stands on this lot and two adjoining ones. There was room for ten beds in the 30- by 25-foot Clarke House. The Sisters paid the former owner a monthly sum of about \$30 for their new hospital. Over the years, the building that housed the first hospital was sometimes used as a tool shed, sometimes as an icehouse. It was finally torn down in 1915.

The Sisters had not yet taken up residence at the hospital and had to leave their patients in the care of a trusted hand at night. In 1880 a house for the nursing Sisters was built next to the hospital. This was the beginning of a nuns' residence at the hospital.

Some ten years after the purchase, the Clarke House, which had been converted into a ten-bed hospital, became too small as the number of patients grew each year. In 1886, the Sisters had to turn some patients away or put others up in either the convent or the orphanage. The time had come for a real building to be erected.

The Sisters were still short of funds. It was Archbishop Taché who came to their rescue, sending out an appeal through the French-language newspaper:

"Construction on this building has already begun and the Sisters are prepared to make any sacrifice necessary to complete it. It would not be fair to leave them with the entire burden of this project. That is why I am calling upon the entire diocese and entreating you, dear brothers and sisters, to contribute to this worthy cause. I want all parishes and missions to do something for the hospital."

Besides taking up collections, the nuns organized concerts at St. Boniface College and the Cathedral. These concerts, with an admission fee of 50 cents, were a huge success.

The year 1887 saw the start of construction on the new hospital. The cornerstone was blessed on May 15 of that year. Henry Peters was the architect and the contractors were James Perrault as well as Joseph and Ernest Cyr. The new 80- by 40-foot brick building, with a capacity of sixty beds, was completed in 1888.

Cependant, les Sœurs manquent de fonds. Alors, monseigneur Taché prend les choses en main. Il lance un appel aux gens par le truchement du journal :

« La construction de cet édifice est commencée et les sœurs sont prêtes à s'imposer toute espèce de sacrifices pour en procurer l'achèvement. Il n'est pas juste qu'on leur laisse tout le fardeau; c'est pourquoi je fais appel à tout le diocèse et vous prie nos très chers frères, de contribuer à une si bonne œuvre. Je désire que toutes les paroisses et missions fassent quelque chose pour l'hôpital. »

En plus de la campagne de souscription, les Sœurs organisent des concerts qui ont lieu au Collège de Saint-Boniface et à la Cathédrale. Le prix d'entrée est de 0,50 \$. Ces concerts connaissent un énorme succès.

La construction du nouvel hôpital débute finalement en 1887. La bénédiction de la pierre angulaire a lieu le 15 mai de cette même année. C'est l'abbé Gabriel Cloutier, le chapelain de l'hôpital, qui est chargé de superviser la construction. L'architecte est Henry Peters et les entrepreneurs sont James Perrault ainsi que Joseph et Ernest Cyr. Le nouvel édifice construit en briques mesure 80 x 40 pieds et possède une capacité de 60 lits. La construction est terminée en 1888.

Les Sœurs n'ont pas les moyens de meubler le nouvel édifice. Ce sont les amis des Sœurs qui fournissent la majeure partie de l'ameublement des chambres privées. Cette générosité se manifestera encore après les constructions de 1894 et 1905.

En 1894, le docteur Hugh Ferguson, avec l'appui de quelques-uns de ses collègues et du Medical College, présente une demande au gouvernement pour faire bâtir un hôpital qui serait utilisé pour l'enseignement de la médecine. Ainsi, la nouvelle aile de l'hôpital est construite. Le docteur Ferguson est allé voir monseigneur Taché pour le convaincre de la nécessité d'avoir de vraies salles d'opération. Monseigneur se laisse convaincre et il en autorise la

construction. Les Sœurs achètent le terrain nécessaire pour 2 000 \$. La construction coûte 35 000 \$. L'aile mesure 140 x 50 pieds et compte trois étages. On y trouve deux salles d'opération, une salle de pansements, une chambre de stérilisation et une pharmacie. La capacité de l'hôpital augmente à 125 lits.

Une attention spéciale est accordée aux patients atteints de maladies contagieuses. C'est en 1883 qu'on installe dans une maison avoisinant l'hôpital, la maison Mager, les personnes atteintes de la variole. En 1895, l'hôpital ouvre un pavillon nommé Saint-Roch. On a transformé la vieille glacière en chambres pour ceux atteints de maladies contagieuses. Le 18 novembre 1895, le premier patient arrive à Saint-Roch - Philippe Coudu, atteint de diphtérie.

Les épidémies font de fréquents ravages dans la ville de Winnipeg. La fièvre typhoïde en particulier revient à presque chaque printemps. En 1899 la diphtérie se répand dans l'hôpital général de Winnipeg qui doit fermer ses portes. L'Hôpital général Saint-Boniface accueille le surplus de patients. On convertit les salles de réception en salles pour les malades afin



• Le docteur Alexander Hugh Ferguson, chirurgien, c1902

Dr. Alexander Hugh Ferguson, surgeon, c1902



• Pavillon
Saint-Roch pour
maladies
infectieuses, 1899

St-Roch's Hospital,
isolation annex,
1899

The Sisters, however, could not afford to furnish the new building. Most of the furniture in the private rooms was provided by the nuns' benefactors. The same generosity was shown following the 1894 and 1905 construction projects.

In 1894, Dr. Hugh Ferguson and some of his colleagues championed, with the Medical College's support, a request submitted to the government to build a hospital where Medicine would be taught. A new addition was then built onto the hospital. Dr. Ferguson had gone to see Archbishop Taché to advise him of the need for real operating rooms. He succeeded in convincing the Archbishop, who authorized the construction. The nuns bought the required land for \$2,000 and construction costs amounted to \$35,000. The new three-storey wing was 140 feet by 50, housing two operating rooms, a dressing room, a sterilization room and a pharmacy. It also increased the hospital's capacity to 125 beds.

Patients suffering from infectious diseases were given special attention. In 1883 smallpox patients were put up in the Mager House next to the hospital. Then, in 1895, the hospital opened a pavilion which they called St. Roch's. The old icehouse was converted into rooms for patients with infectious diseases. The first patient, Philippe Coutu, was admitted with diphtheria on November 18, 1895.

Epidemics had frequently wreaked havoc on the City of Winnipeg. This was especially true of typhoid fever, which made an appearance in the city almost every spring. In 1899, when diphtheria found its way into Winnipeg General Hospital, forcing it to close down, St. Boniface General Hospital took in the extra patients. Reception areas were converted into patient wards to make room for all of them. Because of the scope of the epidemic, tiny St. Roch's pavilion was not up to the task. For a few weeks in 1899, contagious patients were again taken to Mager House until an isolation ward was officially set up in Bishop Faraud's former residence, which had been completely renovated to accommodate 50 beds. The building, which had cost \$3,500, was given the name of St. Roch's Hospital. For the first few years, it had been part of St. Boniface General Hospital. Then, in 1911, it became an independent institution with its own staff headed by a Sister superior. St. Roch's was quite viable for the first few years and, in 1923, was increased to 100 beds. This construction project was very expensive. When the hard times of the 1930s struck, St. Roch's Hospital could no longer pay off its debts, and it finally closed in 1942 after a sanatorium was built in St. Vital.

Compte tenu de la situation économique au Manitoba à cette époque, souvent les patients ne pouvaient pas payer leur pension à l'hôpital. On trouve fréquemment dans le registre des patients le mot « gratis » sous la rubrique pension.

d'accommoder tous les patients. En raison de l'ampleur de l'épidémie, le petit pavillon Saint-Roch n'est pas suffisant. En 1899, pour quelques semaines, les contagieux sont retransportés dans la maison Mager avant d'être officiellement installés dans l'ancienne maison de monseigneur Faraud, qui a été entièrement rénovée pour accueillir 50 lits. L'édifice, qui a coûté 3 500 \$, porte le nom d'Hôpital Saint-Roch. Les premières années, celui-ci dépend de l'Hôpital général Saint-Boniface puis, en 1911, il devient un établissement autonome avec son propre personnel et une supérieure en charge. L'hôpital est très rentable les premières années et, en 1923, on décide de porter sa capacité à 100 lits. Cette construction coûte très cher et, avec l'arrivée des temps difficiles des années 1930, l'Hôpital Saint-Roch n'a jamais pu payer sa dette. Il ferme ses portes en 1942 à la suite de la construction d'un sanatorium à Saint-Vital.

FINANCES

Dès ses débuts et jusqu'à la mise sur pied d'un programme national de santé dans les années 1960, l'hôpital dépend des paiements de ses patients pour son revenu. Ceci n'exclut cependant pas l'aide gouvernementale. Les dons reçus de particuliers ou de compagnies sont une autre source de revenus.

Compte tenu de la situation économique au Manitoba à cette époque, souvent les patients ne pouvaient pas payer leur pension à l'hôpital. On trouve fréquemment dans le registre des patients le mot « gratis » sous la rubrique pension. Par contre, quelques-uns paient en argent et d'autres en nature. Par exemple, Peter Farrell est devenu un préposé aux soins afin de payer sa facture. Pour sa part, la succession de Gaspard Laronde, Métis catholique âgé de 21 ans, hospitalisé pendant sept mois et mort à l'hôpital, acquitte sa facture en léguant aux Sœurs un cheval dont la valeur estimée est de 65 \$. Plus tard, Ephrem Marcotte, un habile ouvrier, paie sa dette en travaillant pour les Sœurs à l'hôpital. Il va sans dire que les Sœurs offrent souvent leurs services gratuitement. Comme leur nom l'indique ce sont des Sœurs de la Charité.

Le financement de l'hôpital cause de graves maux de tête à la Sœur comptable. Lors de l'agrandissement de l'hôpital en 1894, les Sœurs empruntent 10 000 \$, à 5 % pour 5 ans. Elles ont de la difficulté à payer cette dette. En 1899, l'installation d'une nouvelle buanderie occasionne une nouvelle dépense de 10 000 \$. Les Sœurs doivent faire plus attention à leurs dépenses et donc aménagent un grand jardin près de l'hôpital. On y récolte plus de 200 minots de patates chaque année! On met des quantités énormes de légumes en conserve afin de diminuer les dépenses. De plus, on maintient une étable pour garder les vaches et un poulailler pour des œufs frais. Malgré tout, les dettes s'accumulent. En 1904, on doit emprunter de l'argent afin de payer le charbon nécessaire pour l'hiver. Mais le pire reste à venir puisque les Sœurs décident de bâtir à nouveau en 1905. La dette se chiffre alors à plus de 200 000 \$.

En plus de dons de meubles, certains gens offrent leur voix au profit de l'hôpital. Madame Barrett, une cantatrice de Winnipeg, organise assez fréquemment des concerts pour aider à amasser des fonds. En 1897, madame Albini, grande cantatrice canadienne, vient chanter pour apaiser la douleur des malades. Généralement, ce sont les fanfares de diverses organisations qui viennent divertir les patients.

FUNDING

From its very first days until the introduction of a national medicare program in the 1960s, the hospital relied mostly on direct payments from patients for its revenue. Nevertheless, the hospital still needed government assistance. Donations from individuals or private companies were another source of funds for the hospital.


Given the economic situation in Manitoba at the time, patients often could not pay for their hospital stay. In the patient registers, the word “gratis” often appears under the heading “Payment”. On the other hand, some patients paid cash or in kind. For instance, Peter Farrell became an orderly to pay off his bill. In the case of Gaspard Laronde, a 21-year-old Catholic Métis who died after being hospitalized for seven months, his estate settled the bill by leaving the Sisters a horse worth about \$65. Later, Ephrem Marcotte, a skilled labourer, worked off his debt by doing odd jobs at the hospital. It goes without saying that the Sisters often provided their services free of charge for, as their name indicates, they were the Sisters of Charity.

Finding the funds needed to run the hospital was a constant headache for the nun who kept the books. When the hospital was expanded in 1894, the Sisters borrowed \$10,000 at 5% interest for 5 years, which they found difficult to pay off. In 1899, building a new laundry resulted in another expense of \$10,000. The Sisters, having to be even more careful with their money, turned to cultivating a large vegetable garden close to the hospital, yielding over 200 bushels of potatoes a year. Huge quantities of vegetables were canned to cut down on expenses. They also kept a barn for dairy cows and a chicken coop for a supply of fresh eggs. In spite of their best efforts, the debt continued to mount. In 1904, money was borrowed to pay for the coal needed for the winter. Worse was yet to come when, in 1905, the nuns decided more construction was needed, increasing the debt to more than \$200,000.



• Premières diplômées de l'école des infirmières de l'Hôpital général Saint-Boniface, 1899

The first graduating class of the School of Nursing of St. Boniface General Hospital, 1899



Au lieu de donner de l'argent, certaines personnes offrent de la nourriture à l'hôpital. Les grandes compagnies, telle la minoterie Ogilvie, envoient souvent des échantillons de leurs produits. Certains commerçants, tel le boulanger Gosselin, envoient du pain, d'autres des saucisses, etc. Généralement, les dons en nourriture arrivent au temps des fêtes. On veut s'assurer que les patients passent un Noël assez spécial en dépit du fait qu'ils sont à l'hôpital. Plusieurs églises de la région font des quêtes spéciales au profit de l'hôpital catholique du Manitoba.

Les subventions des gouvernements aident à l'œuvre de l'hôpital. Sans elles, l'hôpital aurait survécu difficilement. Les années 1890 sont des années pénibles pour les Canadiens français du Manitoba. Le gouvernement provincial vient d'abolir les écoles françaises et l'utilisation du français à l'assemblée législative. Les Sœurs craignent que l'hôpital soit affecté par cette crise anti-française. Certains députés ne veulent pas appuyer un hôpital catholique et français. Il y a d'énormes tensions au sein du gouvernement. Un jour, en novembre 1890, le docteur Dame emmène un des membres de l'assemblée à l'hôpital : « Ce malade ne sollicitait guère de venir à notre hôpital parce que, disait-il, on n'entend parler que le français. Jugez de sa surprise lorsqu'il entend Sœur Marie-Xavier, qui était seule pour le recevoir, s'exprimer si bien en anglais et lui parler avec tant de bonté. » Les préjugés contre l'hôpital existent depuis son début en 1871 lorsque deux députés n'ont pas voulu le soutenir. Pourtant, la majorité des patients soignés à l'hôpital viennent non pas de la ville de Saint-Boniface mais plutôt de Winnipeg.

À compter de la décennie 1890, le gouvernement manitobain vient régulièrement en aide à l'hôpital. Avant cela, l'hôpital devait soumettre des demandes annuelles.

Pendant les années 1890, le gouvernement provincial alloue 0,375 \$ par jour pour chaque malade qui ne peut pas payer sa facture. Il y a cependant deux conditions attachées à cette aide provinciale. D'abord, un interne doit résider à l'hôpital. Ensuite, le gouvernement exige un compte rendu détaillé du nombre de malades reçus, leur âge, leur sexe, leur religion, leur maladie, etc. ainsi que les dates de leur entrée et de leur sortie de plus que le nombre de jours passés à l'hôpital. Il exige aussi un rapport financier. À cette époque le gouvernement accuse les hôpitaux d'entretenir les patients trop longtemps à ses frais.

Le Grand Jury visite l'établissement deux fois par année afin de vérifier son bon fonctionnement. Parfois le lieutenant-gouverneur du Manitoba ou un inspecteur nommé par l'Assemblée visite l'hôpital. Ces visites se font souvent à l'improviste! En général, le gouvernement provincial aide autant que possible l'Hôpital général Saint-Boniface. Il l'appuie comme institution manitobaine.

La Ville de Winnipeg ne s'empresse pas à appuyer l'Hôpital général Saint-Boniface. Elle accuse les religieuses de ne desservir que des papistes. Son grief le plus fréquemment invoqué est que Winnipeg a son propre hôpital et n'est pas obligé de soutenir un hôpital hors des limites de la ville. Cependant beaucoup de Winnipegois fréquentent l'hôpital. Aussi, la Ville de Winnipeg doit payer la pension de ses citoyens pauvres. D'ailleurs, en temps d'épidémie, Winnipeg n'hésite pas à demander le secours des religieuses! En 1900, le conseil de la ville demande à l'Hôpital général Saint-Boniface de recevoir les malades pauvres de Winnipeg pendant que leur hôpital est en quarantaine. La Ville paie 0,75 \$ par jour. En 1893, le docteur Inglis, officier de santé pour la ville de Winnipeg et médecin à

Gifts of food generally arrived at Christmas time as people wanted to ensure that the patients had a rather special Christmas even though they had to spend it in hospital.

In addition to donations of furniture, gifts of live music were made to the hospital by some individuals. Mrs. Barrett, a Winnipeg singer, frequently put on concerts to raise money for the hospital. Although it was generally the bands of various organizations that entertained the patients, in 1897, a world-famous Canadian singer, Madame Albani, sang to soothe the pain of the patients.

Rather than donate money, some people gave food. Large companies like Ogilvie Mills often sent samples of their products. Some businessmen, such as baker Gosselin, sent bread while others gave sausages, etc. Gifts of food generally arrived at Christmas time as people wanted to ensure that the patients had a rather special Christmas even though they had to spend it in hospital. In addition, several churches in the area took up special collections for Manitoba's Catholic hospital.

Government grants helped the hospital carry on its work. Without them, the hospital would have had trouble surviving.

The 1890s were difficult years for French-speaking Manitobans. The provincial government had just abolished French-language schools and the use of French in the legislature. The nuns feared that the hospital would be adversely affected by the anti-French sentiment so prevalent at the time. Some members of the Manitoba Legislature were reluctant to support a French Catholic hospital. Tensions ran high within government. One November day in 1890, Dr. Dame brought a member of the Legislative Assembly to the hospital. "This patient was reluctant to come to our hospital because, according to him, French was all you would hear there. Imagine how surprised he was when he heard Sister Marie-Xavier, who was alone to admit him, speaking such good English with such kindness." Prejudice against the hospital had existed from the very outset, in 1871, when two Members of the Legislative refused to support it. Yet, most of the patients treated at the hospital did not come from St. Boniface, but from Winnipeg.

From then on, the Manitoba government could be counted on to come to the aid of the hospital. The system of annual grant applications that had prevailed until then was dropped.

During the 1890s, the provincial government granted 37½ cents per day for each patient who could not pay their bills, but there were two conditions attached to this assistance. First, there had to be a resident intern at the hospital. Then, the government required a detailed account of the number of patients admitted, their age, religion, the nature of their illness, etc., along with the dates of admission and discharge, as well as the number of days each spent in hospital. It also demanded a financial report. At the time, the government was accusing hospitals of keeping patients too long at government expense. The Grand Jury visited the hospital twice a year to make sure it was being run properly. Sometimes, the Lieutenant-Governor of Manitoba or an inspector appointed by the legislature dropped by, unannounced. The provincial government generally assisted St. Boniface General Hospital as much as it could, supporting it as a Manitoba institution. The City of Winnipeg, on the other hand, was less than enthusiastic about supporting St. Boniface General Hospital. It accused the nuns of catering only to papists. Its most commonly expressed grievance was that Winnipeg had its own hospital and was therefore under no obligation to support a hospital outside its city limits. However, a great number of Winnipeggers did indeed use the



• Salle
d'opération,
c1902

Operating
Room, c1902



Saint-Boniface, demande aux autorités de l'hôpital si elles peuvent recevoir les malades pauvres de la ville. L'hôpital doit garantir de garder disponibles trois ou quatre lits pour ces gens. Les Sœurs Grises ont accepté, puisqu'elles ne refusent personne. Les gens de Winnipeg sont de bons clients pour l'hôpital. En vérité, sans eux, l'hôpital n'aurait pu survivre.

L'hôpital reçoit aussi des allocations du gouvernement fédéral pour les immigrants, les Autochtones et les employés du chemin de fer. Déjà en novembre 1880, Sir Charles Tupper, ministre des Chemins de fer, visite l'hôpital afin de se procurer une liste de tous les malades estropiés, amputés, etc., de la compagnie du chemin de fer afin de montrer aux députés à Ottawa que le gouvernement doit payer la pension de ses employés. En 1880, les Sœurs soignent 45 estropiés du chemin de fer. De même, en 1892, le docteur McArthur, médecin de la Northern Pacific Co., signe un contrat par lequel il s'engage à amener les malades de la compagnie et de payer 0,50 \$ par jour pour la pension, plus 0,40 \$ pour chaque prescription.

Les allocations des différents paliers gouvernementaux ont été nécessaires à la survie de l'hôpital. Il est évident que plusieurs personnes n'avaient pas les moyens de se payer un médecin, ni une hospitalisation. Il va sans dire qu'un hôpital ne pouvait survivre sans l'appui financier du gouvernement.

hospital. It was also up to the City of Winnipeg to pay for the hospital stays of its needy citizens. Moreover, during epidemics, Winnipeg did not hesitate to ask the nuns for help. In 1900, Winnipeg City Council asked St. Boniface General Hospital to take in Winnipeg's needy patients while their hospital was under quarantine, paying 75 cents a day for each one. In 1893, Dr. Inglis, a St. Boniface doctor and health officer for the City of Winnipeg, asked St. Boniface General Hospital officials to set aside three or four beds for Winnipeg's needy patients. Never inclined to turn someone away, the Grey Nuns agreed. The people of Winnipeg turned out to be good clients for the hospital and, truth be told, the hospital could not have survived without them.

The hospital also received federal government subsidies for immigrants, Aboriginal people and railway employees. Already in November of 1880, the federal Minister of Railways, Sir Charles Tupper, visited the hospital to get a list of all injured or amputated patients who were railway employees. He wanted to show Members of Parliament in Ottawa that the government should pay for its employees' hospital stays. In 1880, the Sisters treated 45 injured railway workers. Likewise in 1892, Dr. McArthur, a Northern Pacific Co. physician, signed a contract by which he undertook to bring in the company's patients and pay 50 cents a day for their hospital stay, plus 40 cents for each of their prescriptions.

Subsidies from the various levels of government were essential to the hospital's viability. A number of patients clearly could not afford to pay for doctors, nor for their hospital stay. Needless to say, hospitals could not survive without financial assistance from government.

HOSPITAL STAFF

The regular staff of the first hospital consisted of two nuns. Its first administrator, Sister St. Thérèse was replaced in 1879 by Sister Bridget Cleary. Just before the 1887-1888 construction project, the hospital staff was made up of two nuns, three young women, two hired hands and a chaplain. Patients were free to choose their own doctors. Several doctors made their rounds at the hospital and billed their patients directly. Among these were Drs. O'Donnell, Desjardins, Benson and Fafard. Dr. Théogène Fafard, who was associated with the hospital until his death in 1890, made daily rounds of the hospital and also offered his services free of charge. Like the nuns in the hospital, Dr. Fafard was well aware that some bills would never be paid.

In 1894, 24 nuns, 8 lay nurses, 6 orderlies and 33 other employees made up the staff at St. Boniface General Hospital. The number of people working at the hospital remained steady at about 75 until the end of this period, women always outnumbering the men. Nuns still made up the largest group of employees.

PERSONNEL DE L'HÔPITAL

Le personnel régulier du premier hôpital se compose de deux Sœurs. Sœur Ste-Thérèse, la première directrice, est remplacée en 1879 par Sœur Bridget Cleary. À la veille de l'inauguration de l'édifice construit en 1887-88, le personnel se compose de deux religieuses, trois filles, deux hommes engagés et un chapelain. Les patients ont la liberté de choisir leur médecin. Plusieurs médecins fréquentent l'hôpital. À cette époque, le médecin facture ses visites directement à ses patients. Parmi les médecins de service à cette époque on compte les docteurs O'Donnell, Desjardins, Benson et Fafard. Le docteur Théogène Fafard est associé à l'hôpital jusqu'à sa mort en 1890. Il visite l'hôpital tous les jours et offre souvent ses services gratuitement. Comme les religieuses à l'hôpital, il sait très bien qu'un certain nombre de comptes ne sera jamais acquitté.

En 1894, il y a 24 religieuses, 8 infirmières laïques, 6 préposés aux soins et 33 autres employés. Le nombre de personnes travaillant à l'hôpital se maintient aux environs de 75 jusqu'à la fin de cette première période. Les femmes comblent la majorité de ces postes et les religieuses forment toujours le plus gros contingent d'employés.

SOINS FOURNIS

La première chirurgie documentée a lieu en 1872. Le bénéficiaire est monsieur Hymen qui s'est blessé accidentellement en revenant de la chasse. C'est le docteur O'Donnell qui procède à l'amputation de l'avant-bras droit. L'opération est un succès et le patient quitte l'hôpital après 26 jours. Compte tenu de ses humbles moyens, le petit hôpital ne possède ni salle d'opération ni les instruments chirurgicaux nécessaires pour de telles pratiques. Le médecin doit fournir ses propres instruments. Une chaise d'anesthésie pour les chirurgies est donnée par le docteur McArthur. Pour sa part, le docteur Dame offre des instruments de chirurgie. Les pharmaciens de la ville distribuent des échantillons de médicaments. Toute cette générosité a beaucoup aidé l'œuvre des Sœurs Grises.

Au fil des ans, l'hôpital évolue. Cependant, les pratiques médicales sont encore archaïques selon les normes d'aujourd'hui. L'hôpital construit en 1887 n'a toujours pas de salle d'opération. On utilise la salle avec la fenêtre en saillie. Cette même salle sert à l'occasion de salle de réception pour les visiteurs de marque tels le gouverneur général du Canada, Lord Aberdeen, et son épouse en 1893. On stérilise encore les instruments dans une marmite sur le poêle de la cuisine. En 1891, un grand progrès survient : les Sœurs achètent, par l'entremise du docteur Dame, une chaise d'opération à neuf positions. Elle coûte 70 \$ et vient de New York.

Déjà, à la fin du XIX^e siècle, beaucoup de chirurgies sont pratiquées à l'Hôpital général Saint-Boniface. On traite le cancer en utilisant un fer rouge pour brûler les tumeurs. L'ovariectomie est pratiquée dès 1892. On assiste à la première autopsie cette même année. On pratique même des opérations neurologiques, soit pour enlever une tumeur à la tête, soit pour gratter les os cariés et ramener des lambeaux de chair saine sur le crâne dénudé.

Toujours en 1892, on procède à une opération pour des pierres au foie. À cette époque, ce genre d'intervention chirurgicale est extrêmement dangereux et souvent fatal.

If St. Boniface General Hospital was renowned for its surgery during the 1890s, part of the credit goes to Dr. Alexander Hugh Ferguson, who was held in high esteem by the nuns as well as by his peers for his great skills as a surgeon.

CARE PROVIDED

The first documented operation at St. Boniface General Hospital took place in 1872. The patient, Mr. Hymen, had been wounded accidentally on his way back from a hunting trip. Dr. O'Donnell carried out the amputation of his right forearm. The operation was a success and the patient left the hospital after 26 days. Given its humble means, the hospital had no operating room nor the surgical instruments required for such procedures, so physicians had to supply their own instruments. An anesthetic chair for operations was donated by Dr. McArthur, while Dr. Dame gave some surgical instruments. St. Boniface pharmacists handed out drug samples. All this generosity was a boon to the work of the Grey Nuns.

The Hospital had made significant advances over the years. Compared to modern standards, its medical practices were still archaic. There was no operating room in the hospital built in 1887. A room with a bay window was used for this purpose, but it was also used from time to time as a reception room for visiting dignitaries such as Canada's Governor-General, Lord Aberdeen, and his wife, who stopped by in 1893. Surgical instruments were still being sterilized in a pot of water boiling on the kitchen stove. In 1891, great strides were made when the nuns bought a nine-position operating chair from New York, through Dr. Dame, at a cost of \$70.

By the end of the 19th century, many operations were being done at St. Boniface General Hospital. Cancer was being treated by cauterizing the tumors with hot irons. Ovarietomies, removal of the ovary, were being performed as early as 1892. The first autopsy was carried out the same year. Even neurological surgery was performed, either to remove head tumors or to scrape off decayed bone and pull strips of healthy skin back over the exposed skull. Still in 1892, gallstone operations started. In those days, this type of surgery was extremely dangerous and often fatal.

Chloroform was the anesthetic of choice, although other forms of anesthetic were also used, as in the case of Mrs. Gadbois. This poor woman had a large tumor that could not be removed due to her weak heart. Instead of chloroform, the doctors used cocaine, which worked very well as an anesthetic.

If St. Boniface General Hospital was renowned for its surgery during the 1890s, part of the credit goes to Dr. Alexander Hugh Ferguson, who was held in high esteem by the nuns as well as by his peers for his great skills as a surgeon. He could perform all kinds of operations on tumors, intestines, spines, skulls, etc. He often brought his students from the Medical College to attend his operations.

The 1894 expansion brought some notable changes to the way the hospital was organized. Some departments began to take shape. It should be noted that grouping patients into various departments was almost unheard of at the time. The only segregation was between men and women. There was also a special place for children. The gynecology department, headed for some time by Dr. Dame, was one of the first departments set up. Later, of course, surgery became an important department. Dr. J.W. Good, a specialist,



En 1890, une association de bénévoles est formée : les Dames de Secours. Leur but est de venir en aide à l'orphelinat ainsi qu'à l'hôpital afin d'apporter le plus de réconfort possible aux malades.

L'anesthésie utilisée à cette époque est le chloroforme quoiqu'on utilise aussi d'autres formes d'anesthésie comme dans le cas de madame Gadbois. Cette dame est affligée d'une énorme tumeur mais elle ne peut pas se faire opérer parce que son cœur est trop faible. Au lieu du chloroforme, les médecins utilisent de la cocaïne comme anesthésique, ce qui a très bien fonctionné.

Si pendant les années 1890 l'Hôpital général Saint-Boniface est reconnu pour la chirurgie, on doit accorder une partie du mérite au docteur Alexander Hugh Ferguson. Grâce à sa grande habileté en chirurgie, ce médecin est très estimé par les Sœurs ainsi que par ses pairs. Il exécute n'importe quelle opération : tumeur, intestin, dos, crâne, etc. Souvent il emmène ses étudiants du Medical College pour assister à ses chirurgies.

La construction de la nouvelle aile en 1894 apporte des changements importants à l'hôpital. On voit le début de certains départements. On doit noter qu'à cette époque la division des malades en départements est très peu connue. On se contente de séparer les hommes des femmes et d'avoir une place spéciale pour les enfants. Le département de gynécologie longuement dirigé par le docteur Dame est un des premiers départements créés. Évidemment, la chirurgie est un département très important. Le docteur J. W. Good, spécialiste, accueille les malades qui ont des problèmes aux yeux, au nez et à la gorge. Il existe probablement d'autres départements mais ils ne sont pas aussi clairement identifiables que ceux qui précèdent. Par exemple, on présume que le département de pédiatrie doit exister puisqu'on sépare les enfants des adultes dans l'hôpital.

BÉNÉVOLAT

La générosité la plus reconnue est sans doute le bénévolat. En 1890, une association de bénévoles est formée : les Dames de Secours. Leur but est de venir en aide à l'orphelinat ainsi qu'à l'hôpital afin d'apporter le plus de réconfort possible aux malades. Ces dames font des collectes de fonds à l'aide de spectacles, de bazars ou de collectes de porte en porte. Malheureusement, cette association ne dure que deux ans. Ce n'est qu'en 1899 qu'une nouvelle association vient aider l'œuvre de l'hôpital : les Dames patronnesses. Leur but, comme celui des organisations précédentes, est d'apporter un peu de réconfort aux malades. Elles collectent aussi des fonds pour l'hôpital en servant des repas à la foire de Winnipeg, en organisant une journée Maple Leaf ou encore par des collectes générales. Elles offrent environ 1 500 \$ par année à l'hôpital. Les Dames patronnesses donnent aussi des séances pour divertir les patients et le personnel. Elles offrent leurs services de couture à la lingerie de l'hôpital. En tout temps ces dames facilitent la tâche des Sœurs en cherchant l'argent nécessaire au bon fonctionnement de l'hôpital. Malheureusement, les Dames patronnesses cessent de se réunir vers 1916. L'hôpital devra attendre quatre ans avant qu'une autre association lui vienne en aide. Il est à noter que de nombreux employés de l'hôpital étaient auparavant des bénévoles.



handled patients with eye, nose or throat problems. There were probably other departments, but they were not as clearly defined as the ones just mentioned. One can assume, for instance, that there was a pediatrics ward, as children were separate from adults in the hospital.

• Les dames patronnesses, c1902

Ladies' Auxiliary, c1902

VOLUNTEER WORK

The acts of generosity that certainly received the most recognition were those of the many volunteers. In 1890, an association of volunteers was formed. Called *Dames de Secours*, their goal was to help out in the orphanage as well as the hospital, comforting residents and patients as much as possible. These women raised funds through concerts, bazaars and door-to-door collections. Unfortunately, the group lasted only two years. It was not until 1899 that a new organization was created to come to the aid of the hospital: the *Dames patronnesses* (ladies' auxiliary). Its aim, like the group that preceded it, was to offer comfort to the patients. It also raised funds for the hospital by serving meals at the Winnipeg fair, organizing a Maple Leaf Day, or taking up collections. They donated about \$1,500 to the hospital each year. The *Dames patronnesses* also put on little shows to entertain patients

ENSEIGNEMENT

Le docteur Ferguson a beaucoup fait pour introduire l'enseignement médical à l'Hôpital général Saint-Boniface. Grâce à ses efforts, l'hôpital s'affilie au Manitoba Medical College. L'entente est signée le 24 janvier 1893. On peut y lire : « *Les professeurs (enseignants) et les étudiants du Manitoba Medical College ont l'accès gratuit aux unités publiques de l'hôpital.* »

En 1894, le gouvernement provincial autorise officiellement l'hôpital à s'assurer les services d'un interne. En fait, cela devient une condition essentielle si l'hôpital veut continuer à recevoir les subventions annuelles de la province. Les Sœurs acceptent et le premier interne est le docteur Scott Conklin. Chaque année suivante, un interne différent prend la relève. Plus tard le nombre d'internes augmente au même rythme que le nombre de patients admis.

Deux ans avant l'arrivée des internes, en 1891, la formation des infirmières avait débuté. La première étudiante admise est madame Lloyd qui étudie avec le docteur Dame. Peu après, deux autres jeunes filles suivent ses traces : Annie Roberts et Mary Brown. En 1895, Sœur Parent est chargée des infirmières. En plus de répondre à une demande, la formation des infirmières permettait aux Sœurs de leur payer un salaire réduit. Alors, les Sœurs fondent officiellement une école pour infirmières en 1897. Le premier cours débute le 14 février 1898. C'est un cours d'hygiène donné par le docteur McArthur. Les Sœurs profitent aussi des cours pour apprendre. Les candidates étudiantes doivent passer trois mois à l'essai avant d'être officiellement acceptées dans le cours. Elles portent un bonnet de type Florence Nightingale. Après un an d'études, elles reçoivent un ruban noir pour leur bonnet. Le costume d'infirmière se compose alors d'une robe bleue avec un tablier blanc et des souliers noirs. En 1899, l'école célèbre ses premières diplômées; elles sont cinq. Au début, puisqu'il n'y a pas d'année universitaire comme de nos jours, il n'y a pas non plus de collation des grades. Les infirmières reçoivent leur diplôme à différents temps de l'année, selon leur date de début. Plus tard, les infirmières reçoivent des médailles d'excellence avec leur diplôme, généralement offertes par les médecins qui leur enseignent.

Le travail du personnel infirmier est très imposant. Ils font des journées de 12 heures, parfois plus. Rares sont les journées de congé. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant qu'en 1900 les préposés aux soins font la grève. Les Sœurs demeurent inflexibles et elles trouvent d'autres hommes pour accomplir le travail. En 1901, c'est au tour des infirmières à faire la grève. Elles demandent une réduction du nombre d'heures de travail et plus de liberté. Encore une fois, les religieuses résistent. Une semaine plus tard certaines infirmières s'excusent auprès des Sœurs et redemandent leur emploi ce qui leur est accordé. Ces événements peuvent s'expliquer par le fait qu'en ce début du XXe siècle, la profession infirmière est un peu considérée comme une vocation. Aussi, l'attitude des religieuses se comprend puisqu'elles ne demandent pas plus à leurs employés que ce qu'elles ne font elles-mêmes.

Realizing the benefits of teaching their own nurses, who filled a need while not requiring to be highly paid, the nuns officially opened the School of Nursing in 1897.

and staff besides offering sewing services to the hospital's linen department. These women always made the nuns' job a little easier finding the money they needed to run the hospital adequately. Regretfully, the *Dames patronnesses* stopped meeting sometime around 1916. The hospital would have to wait another four years before another organization was formed to lend them a helping hand. It should be noted that a number of hospital employees had begun as volunteers in these organizations.

EDUCATION

Dr. Ferguson was instrumental in introducing the teaching of Medicine to St. Boniface General Hospital. Thanks to his efforts, the hospital became affiliated with the Manitoba Medical College. The agreement, signed on January 24, 1893, reads in part as follows: "*The teachers and students of Manitoba Medical College have free access to the public wards of the hospital.*"

In 1894, the provincial government gave the hospital official approval to secure the services of an intern. In fact, this became an essential condition for the hospital to continue receiving annual subsidies from the government. The nuns agreed to this and took in the hospital's first intern, Dr. Scott Conklin. Thereafter, each year, a new intern replaced the previous one. Later, the number of interns rose in step with the increase in the number of patients admitted to the hospital.

In 1891, two years before the first intern was assigned to the hospital, nurses' training was instituted. The first student nurse admitted was Mrs. Lloyd, who was studying under Dr. Dame. Soon after, two other young women, Annie Roberts and Mary Brown, followed in her footsteps. In 1895, Sister Parent was put in charge of the nurses. Realizing the benefits of teaching their own nurses, who filled a need while not requiring to be highly paid, the nuns officially opened the School of Nursing in 1897. The first course, begun on February 14, 1898, was a health course given by Dr. McArthur. The Sisters also took the opportunity to learn something themselves. Candidates for the School of Nursing were given a three-month probation period before being officially admitted to the course. They wore Florence Nightingale-type caps and, after a year of schooling, they received a black ribbon to add to their caps. In those days, the nurses' uniforms consisted of a blue dress, white apron and black shoes. In 1899, the school produced its first five graduates. Initially, since there was no set school year as there is now, there was no convocation ceremony either. The nurses received their diplomas at various times of the year, depending on when they had started their courses. Later, medals of excellence were awarded along with the diplomas. These medals were generally presented by physicians who had taught the nurses.

A nurse's job was quite an impressive one. They worked twelve-hour days, sometimes more. Days off were rare. Given the conditions, it is no wonder that in 1900 the orderlies went on strike. The Sisters stood their ground and found other men to do the work. In 1901, it was the nurses' turn to strike, calling for fewer working hours and greater freedom. Again, the nuns would not give in. A week later, some of the nurses apologized to the nuns and asked to go back to work, which they were allowed to do. These incidents can be explained by the fact that, at the beginning of the 20th century, nursing was considered to be something of a calling. The attitude of the Sisters is also understandable, as they expected no more of their employees than they demanded of themselves.

ADAPTATION AU XX^e SIÈCLE

Le début du vingtième siècle est marqué par beaucoup de changements. Le plus important est certainement l'arrivée de l'électricité à l'hôpital. En 1903, on installe 182 électrodes branchées à une génératrice. Le 10 décembre la lumière artificielle est utilisée pour la première fois dans l'hôpital. Le coût de l'installation est d'environ 2 000 \$. Au début, l'hôpital produit sa propre électricité à l'aide d'un moulin à vent qui aide aussi à pomper l'eau d'un puits. Cette pratique est abandonnée en 1915. Avec l'installation de l'électricité, l'hôpital a l'option d'acquérir de nouveaux appareils tels qu'un ascenseur en 1905 et des fers électriques pour faciliter la tâche des employés de la buanderie. Pour sa part, l'Hôpital Saint-Roch est électrifié en 1905. C'est aussi en 1903 que les tramways passent pour la première fois à Saint-Boniface. Les patients pauvres bénéficient grandement de ce nouveau service.

L'approvisionnement en eau de l'édifice n'est pas non plus un luxe mais une grande nécessité. Malheureusement, par moments, cela pose des problèmes majeurs. Au début, l'hôpital pompe son eau d'un puits à l'aide d'un moulin à vent. Les tuyaux souterrains gèlent souvent en hiver. Parfois, faute de vent, le moulin ne fonctionne pas. En 1896, on abandonne le système éolien pour acheter une génératrice qui fonctionne en tout temps. Le coût de l'opération est d'environ 700 \$ sans compter 150 \$ pour la douane et le transport. Malgré cela, entre 1887 et 1896, on doit creuser un nouveau puits qui fournira plus d'eau pour satisfaire aux besoins de l'hôpital. En 1900, l'hôpital est à court d'eau encore mais on blâme ce manque sur les immenses puits creusés pour alimenter la ville de Winnipeg. Lorsqu'il n'y a pas d'eau, les Sœurs ainsi que les employés doivent la transporter à la chaudière du puits ou du couvent. Les maux de tête engendrés par l'approvisionnement de l'eau ont finalement pris fin en 1918 lorsque l'hôpital a décidé d'acheter son eau de la ville, en provenance du lac Shoal. L'hôpital a même négocié un rabais sur le prix. Celui-ci est fixé à 10 cents par 1 000 gallons.

L'hôpital est un des seuls édifices de Saint-Boniface qui n'a pas subi de pertes énormes au feu. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu d'incendies. Au contraire! La plupart des feux sont causés par une allumette jetée au hasard. En 1891, le feu prend à la buanderie. Les hommes travaillent presque toute la nuit pour combattre l'incendie avec succès. À cette occasion, le feu n'a causé de dommages qu'au soubassement.

Un autre malheur menace l'hôpital : les inondations. En 1882, l'hôpital est évacué par mesure de prudence. Monseigneur Taché aide à déménager les patients comme le décrit une Sœur : « *Tous ces pauvres gens sont protestants et ne pouvaient en croire leurs yeux lorsqu'ils voyaient que c'était Monseigneur et le Révérend Dufresne qui les descendaient des charrettes.* » Dix ans plus tard, l'hôpital est menacé davantage. Cette fois, on décide de déménager tous les patients au deuxième étage. En 1897, on se rend au couvent en canot! Et, en 1904, l'inondation occasionne des pertes de grains et de poules en plus des dommages à la maison des hommes.

ENTERING THE 20TH CENTURY

The beginning of the 20th century was marked by a number of changes, the main one being the advent of electricity to the hospital. In 1903, 182 electrodes connected to a generator were set up. On December 10 of that year, artificial light shone for the first time in the hospital. The cost of installation was about \$2,000. Initially, the hospital produced its own electricity by means of a windmill that was also used to help pump water from a well. This practice was dropped in 1915 because it was too unreliable. The presence of electricity gave the hospital the option of buying new equipment such as elevators in 1905, and electric presses made the laundry workers' jobs easier. In 1905, St. Roch's Hospital had electricity put in as well. Also, in 1903 electric streetcars first appeared in St. Boniface. This was a boon to needy patients.

A water supply for the hospital was no longer a luxury but a great necessity. Unfortunately, this was a major problem at times. At first, the hospital had its water pumped by windmill, but the underground pipes often froze in winter. Or the windmill would not run because there was not enough wind. In 1896, wind energy was given up in favour of a generator that ran 24 hours a day. The cost of this operation was about \$700, not counting the \$150 for duty and transportation. In spite of all this, a new well had to be dug sometime between 1887 and 1896, increasing the water supply to meet the growing needs of the hospital. By 1900, the hospital was running low on water again, but this time the shortage could be blamed on the huge wells that were dug for the City of Winnipeg's water supply. When they ran out of water, the Sisters, along with other employees, hauled water in buckets from the well or the convent. The problems caused by unreliable water supplies finally came to an end in 1918 when the hospital decided to buy its water from the City, which brought its water from Shoal Lake. The hospital even bargained for a discount on the price, which was finally set at 10 cents per 1000 gallons.

The hospital is one of the few institutions in St. Boniface that did not suffer huge losses to fire. That is not to say that there were never any fires. Quite the contrary! Most of the fires were caused by the careless use of matches. In 1891, when fire broke out in the laundry room, men fought the flames through most of the night, finally bringing them under control. Fortunately, the damage caused by that fire was limited to the basement.

Floods were another threat to the hospital. In 1882, it was evacuated as a safety measure with Archbishop Taché helping to move the patients. As one nun described it: *"All these poor Protestants could not believe their eyes when they saw that it was Archbishop Taché and Father Dufresne who were carrying them down from the carts."* Ten years later, the threat of flooding was more serious. This time, it was decided that patients would be moved up to the second floor. In 1897, the Sisters even had to use canoes to return home to their convent. Later, the floods of 1904 caused losses in grain and hens besides damaging the men's house.



CHAPITRE/CHAPTER

LES ANNÉES MOUVEMENTÉES (1905-1919)

CONSTRUCTION

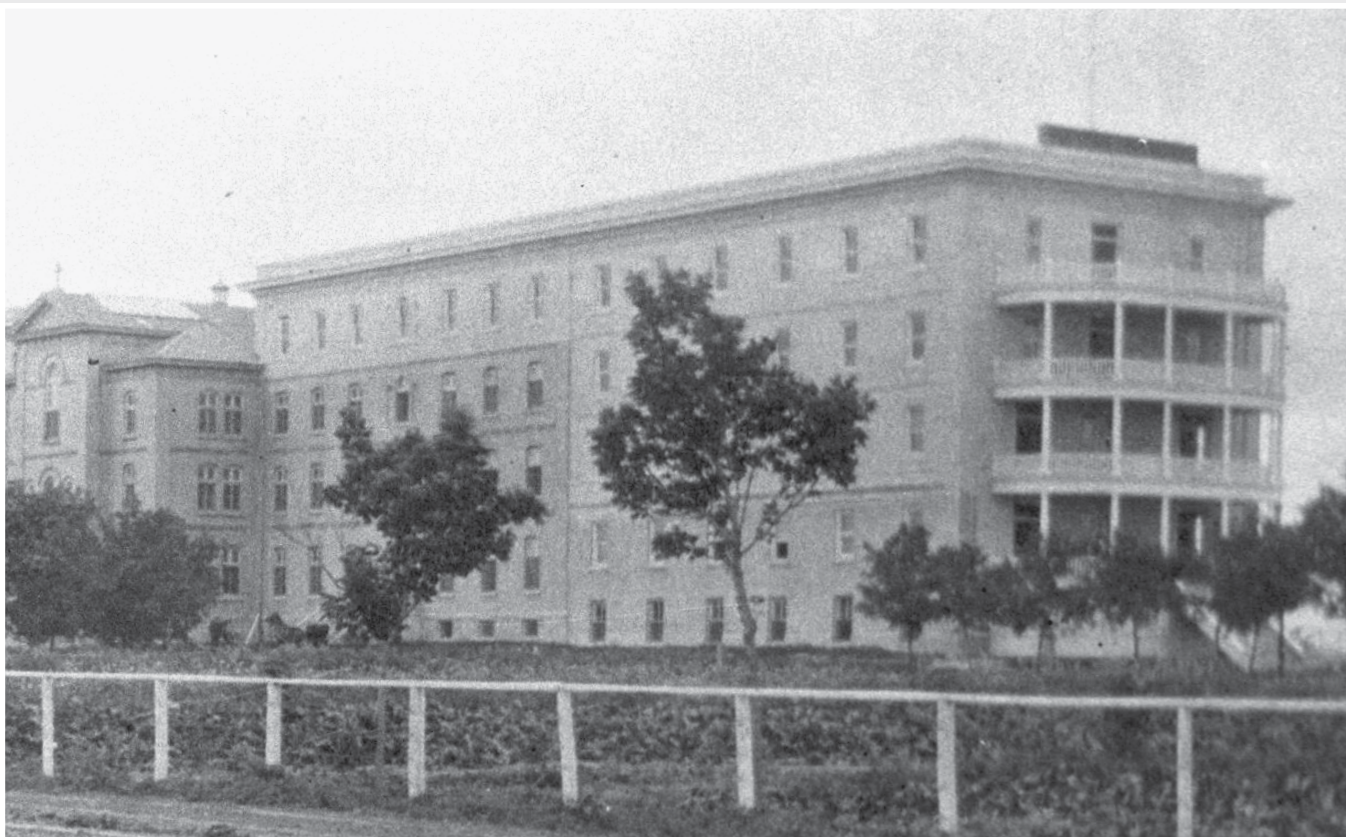
Au début du vingtième siècle le Manitoba connaît un boom économique. La ville de Winnipeg est en pleine croissance. De plus, un grand nombre d'immigrants s'installent dans la province et à Winnipeg tout particulièrement. Afin de mieux accueillir la population grandissante, l'Hôpital général Saint-Boniface doit aussi s'agrandir.

Dès 1903, une nouvelle construction est entreprise. L'aile sud, comme on l'appelle, va porter la capacité de l'hôpital à 400 lits. La construction n'a pas toujours été facile. Le maître des travaux, monsieur Marchand de Montréal, est surpris de trouver le travail si mal fait. Les portes sont tellement fendues qu'on peut y passer le doigt! L'édifice est finalement complété et la bénédiction a lieu le 15 octobre 1905. Les journaux mentionnent les nouveautés de l'édifice ultra moderne. Sur le toit on trouve un jardin où les patients peuvent prendre de l'air frais tout en se reposant. L'hôpital profite des travaux de construction pour installer un nouveau système de chauffage, du jamais vu à Winnipeg. La température est réglée par des thermostats situés dans chaque chambre. Il semble qu'un tel système ne se trouve qu'à trois autres endroits dans le monde. Le coût total de la construction est d'environ 320 000 \$, dont 12 500 \$ proviennent du gouvernement provincial.

Après la construction de 1905, la vieille partie de l'hôpital, bâtie en 1887, est rénovée et agrandie pour devenir la résidence des infirmières et des religieuses. Les travaux débutent

• L'Hôpital
général
Saint-Boniface,
1905

St. Boniface
General
Hospital, 1905



2



THE TURBULENT YEARS (1905-1919)

CONSTRUCTION

At the turn of the 20th century, Manitoba was experiencing an economic boom. The City of Winnipeg was growing at a fast pace with a great number of immigrants coming to settle in the province, especially in Winnipeg. In order to accommodate this exploding population, St. Boniface General Hospital also had to expand.

As early as 1903, new construction projects were launched. The new south wing, as it was called, would bring the hospital's capacity up to 400 beds. The project did not always proceed smoothly, however. The contractor, Mr. Marchand from Montreal, was surprised to find how shoddy the work was. The doors had cracks so wide you could put your finger through them. Nevertheless, the building was finally completed and was blessed on October 15, 1905. The newspapers made much of the new features of this ultra-modern building including a rooftop garden where patients could step out for a breath of fresh air and relaxation and a new central heating system with thermostats in each room. This was the first such system in Winnipeg and it seems it could only be found in three other places in the world. The total cost of the project was approximately \$320,000. The provincial government provided \$12,500 of this amount.

After construction was completed in 1905, the old part of the hospital, built in 1887, was expanded and converted into a residence for the nurses and the nuns. The work began in 1906 and the nurses moved into their new quarters in October of that year.

In 1910, the nuns had a new stable built in which horses were to be kept. At the same time, they decided to sell off all their cows because the hospital did not own enough pasture land to feed them. From then on, the Sisters bought the milk for the hospital. They purchased their supplies - 46 gallons a day at 20 cents a gallon - from their Provincial House.

The boiler house and laundry building were erected in 1913 at a cost of over \$23,000. For heating fuel, the hospital used coal from Western Coal and Adams Co., delivered to them by train on a track that was connected directly to the boiler house. It was only in 1916 that the hospital switched from coal to electricity for heating.

The central part of the hospital, built in 1894, had become obsolete. It was torn down to create space for a fully equipped laboratory, along with new operating rooms. Undertaken by architect Sénécal, this project was completed in 1916 at a cost of \$300,000. Of this sum, \$20,000 came from the provincial government. The new building was equipped with a laboratory, an X-ray room and new, modern operating rooms with a theatre. This building enabled the hospital to keep pace with the most advanced medical technologies of the time.

en 1906 et les infirmières emménagent dans leurs nouveaux appartements en octobre de la même année.

En 1910, les Sœurs font construire une nouvelle étable pour garder les chevaux. En même temps, on décide de vendre toutes les vaches parce que l'hôpital manque d'espace pour le pâturage. Dorénavant, les Sœurs achètent le lait. C'est la Maison provinciale des Sœurs qui leur vend du lait – 46 gallons par jour à 0,20 \$ le gallon.

La chaufferie et la buanderie sont construites en 1913. Elles coûtent plus de 23 000 \$. L'hôpital emploie le charbon comme combustible. Celui-ci est livré par la Western Coal and Adams Co. Il arrive par une ligne de train reliée directement à la chaufferie. Ce n'est qu'en 1916 que l'hôpital abandonne le système de charbon pour un système électrique.

La partie transversale située au centre de l'hôpital, construite en 1894, est devenue trop démodée. Les médecins ont besoin de nouveaux locaux pour un laboratoire bien équipé ainsi que de nouvelles salles d'opération. La construction entreprise par l'architecte Sénécal comprend la démolition de cette partie. La construction est terminée en 1916, au coût d'environ 300 000 \$, dont 20 000 \$ sont fournis par le gouvernement. Le nouvel édifice possède un laboratoire, une salle à rayons X et de nouvelles salles d'opération modernes avec théâtre. Cette construction permet à l'hôpital de se garder à la fine pointe de la technologie médicale de l'époque.

FINANCES

Le développement que connaît l'hôpital entre 1905 et 1919 augmente le budget annuel de 80 000 \$ à 250 000 \$. Ceci comprend toutes les dépenses de l'hôpital, y inclus les dépenses d'immobilisation. Les sources de revenus sont sensiblement les mêmes qu'à la période précédente : la pension payée par les patients, l'aide des gouvernements provincial et municipaux et les dons.

Les frais d'hospitalisation sont la première source de revenus. Entre 1910 et 1920, ils représentent environ 45 % des revenus de l'hôpital. Les subventions du gouvernement provincial, qui diminuent, représentent moins du tiers des revenus. Le reste provient des municipalités, des dons et du gouvernement fédéral qui paie le séjour à l'hôpital des soldats.

En 1905, le public aide les Sœurs à meubler l'édifice nouvellement inauguré. Ceux qui fournissent l'ameublement complet d'une chambre ont le privilège de lui donner un nom. Par exemple, John Leslie, marchand de meubles à Winnipeg, meuble la chambre de Monseigneur et, en souvenir de sa mère, nomme celle-ci Mary Leslie. Une plaque est posée sur la porte de chaque chambre.

Une autre forme de don est le legs testamentaire. Un ambulancier de l'hôpital laisse environ 5 000 \$ dans son testament. Parfois un particulier lègue un terrain à l'hôpital. Ainsi, en 1912, l'hôpital hérite d'un terrain en Saskatchewan évalué à 1 000 \$. En 1913, un monsieur Garneau donne un terrain à Kildonan pour un tirage au profit de l'hôpital. On vend 2 000 billets à un dollar chacun.

Le Canadien National donne généreusement à l'œuvre des Sœurs Grises. En 1910, la compagnie offre 10 000 \$ pour le soin des patients pauvres. L'hôpital a de très bons bienfaiteurs à cette époque comme il en existe encore aujourd'hui. Chaque don, petit ou grand, aide au développement de l'Hôpital général Saint-Boniface.

In 1905, the public helped the Sisters furnish the newly opened south wing. Those who furnished an entire room were granted the privilege of giving the room a name.

FUNDING

The development at the hospital between 1905 and 1919 brought its annual budget up from \$80,000 to \$250,000. This covered all hospital expenses, including capital costs. Revenue sources were basically the same as before: payments from patients, subsidies from provincial and municipal governments, and donations.

Hospital fees were the main source of income. Between 1910 and 1920, they accounted for about 45% of the hospital's revenue. Provincial government subsidies, which had been decreasing steadily, represented less than one third of this income. The remainder came from municipalities, donations and the federal government, which paid for the hospitalization of soldiers.

In 1905, the public helped the Sisters furnish the newly opened south wing. Those who furnished an entire room were granted the privilege of giving the room a name. For instance, John Leslie, a Winnipeg furniture store owner, furnished the Archbishop's room and named it Mary Leslie in memory of his mother. A plaque was placed on the door of each room.

Another way of making donations was through bequests. One of the hospital's ambulance attendants left it \$5,000 in his will. Some individuals even left property to the hospital. Thus, in 1912, the hospital inherited a piece of land in Saskatchewan worth \$1,000. In 1913, a certain Mr. Garneau gave the hospital some property in Kildonan to be drawn in a raffle for the hospital's benefit. Two thousand tickets were sold for one dollar apiece.

Canadian National made generous donations to the works of the Grey Nuns. In 1910, the company gave \$10,000 for the treatment of destitute patients. The hospital had very generous benefactors in those days, just as it does today. Each donation, big or small, contributed to the development of St. Boniface General Hospital.

The 1905 construction brought with it a considerable debt. The hospital owed \$250,000 to the Bank of Commerce. Fortunately, the City of Winnipeg and the provincial government each paid their share. The provincial government had been giving the hospital an average of \$25,000 a year for destitute patients in addition to the special assistance it granted for construction projects.

In 1908, the provincial government reduced its contribution for destitute patients, lowering it from 37½ to 25 cents a day, causing serious financial problems for the hospital. In 1909, the provincial government passed legislation making municipalities responsible for the cost of hospitalizing patients who could not afford to pay. Before then, municipalities other than Winnipeg had not been paying for patients from their areas. The hospital rarely received money from these municipalities. This first legislation was a failure and five years later, the government forced the municipalities to pay hospitals \$1.50 per day for each of their destitute patients. To recover the money it was owed, the hospital hired Mr. Wood to collect unpaid accounts from municipalities. He managed to bring in more than \$6,000 from accounts that were as much as five years in arrears. In the end, it was the Municipal Act that came to the aid of the hospital, which had piled up debts through the various construction projects undertaken between 1905 and 1916.



Une autre nouveauté médicale, particulièrement en chirurgie, est l'anesthésie au gaz. C'est en 1919 que, pour la première fois, on fait référence à cette technique.

La construction de 1905 entraîne une dette importante. L'hôpital doit 250 000 \$ à la Banque de Commerce. Heureusement, la ville de Winnipeg et le gouvernement provincial font leur part. Le gouvernement provincial donne en moyenne 25 000 \$ annuellement à l'hôpital pour les patients pauvres, en plus de l'aide spéciale qu'il accorde lors de constructions.

En 1908, le gouvernement provincial diminue sa contribution pour les patients démunis. Celle-ci passe de 0,375 \$ à 0,25 \$ par jour. Cette réduction occasionne des difficultés financières et l'hôpital en souffre. Avant 1909, les municipalités autres que Winnipeg ne paient pas pour les malades de leurs districts. Rares sont les occasions où l'hôpital reçoit de l'argent de ces municipalités. En 1909, le gouvernement provincial passe une première loi tenant les municipalités responsables du coût d'hospitalisation des patients incapables de payer. Ce premier essai échoue. Cinq ans plus tard, le gouvernement oblige les municipalités de payer aux hôpitaux 1,50 \$ par jour pour chacun de leurs patients pauvres. Afin de mieux récupérer son dû, l'hôpital engage monsieur Wood afin de recouvrer les comptes auprès des municipalités. Il amasse plus de 6 000 \$ de comptes ayant jusqu'à cinq ans d'arrérages. La loi des municipalités vient en aide à l'hôpital qui a accumulé des dettes lors des diverses constructions survenues entre 1905 et 1916.

TECHNOLOGIE

Le physicien allemand Röntgen découvre le rayon X en 1895. Quinze ans plus tard, l'Hôpital général Saint-Boniface organise une collecte de fonds pour acquérir cette nouvelle machine. En 1911 le rayon X est acheté de Ancel et Frères, à Paris, par l'entremise du père Rousseau. Il procède lui-même à l'installation de la machine en juin 1911. Le coût de cette nouvelle acquisition se chiffre à 470 \$, soit la moitié du prix demandé par une firme de New York. En 1916, le rayon X est déménagé dans son nouveau local, spécialement aménagé, dans la nouvelle construction. C'est le premier département de radiologie.

Vers 1912, l'hôpital engage le docteur Waugh, un pathologiste, au salaire de 100 \$ par mois. Le département de pathologie débute en 1916, le besoin d'un tel département ressenti depuis quelque temps. L'hôpital ne veut plus envoyer les échantillons de sang, d'urine, etc., à Winnipeg; on veut que tout se fasse à l'hôpital. On achète aussi un incubateur pour le laboratoire. En 1916, le docteur Waugh est remplacé par le docteur Prendergast qui œuvrera 25 ans au laboratoire de pathologie. C'est grâce à lui que le département grandit et s'améliore au cours des années.

Une autre nouveauté médicale, particulièrement en chirurgie, est l'anesthésie au gaz. C'est en 1919 que, pour la première fois, on fait référence à cette technique. Avant cela, on chloroformait les patients qui devaient subir une intervention chirurgicale.

Depuis ses débuts, l'hôpital utilise l'alcool comme médicament. Lorsqu'au début du 20^e siècle la prohibition devient loi au Manitoba, l'hôpital hérite du whisky confisqué par le gouvernement. Une anecdote nous montre que l'alcool n'est pas toujours réservé aux patients :

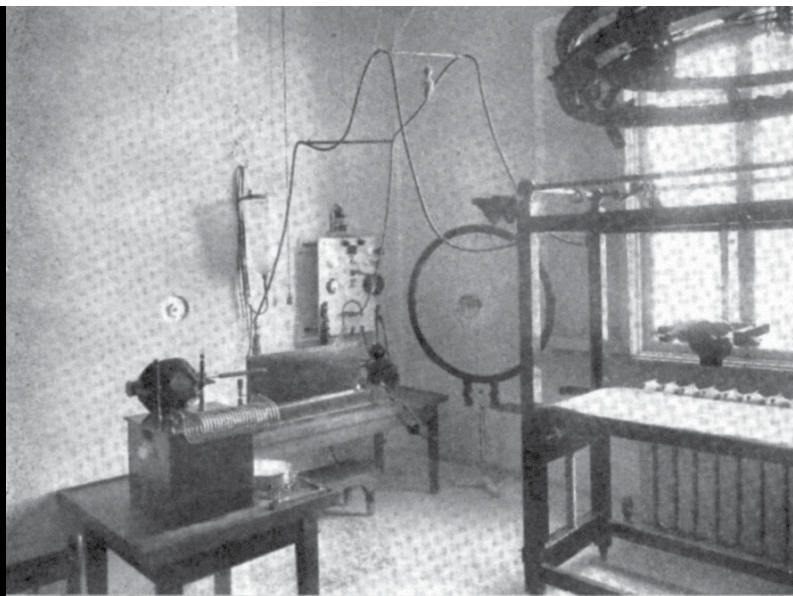
TECHNOLOGY

It was in 1895 that the German physicist, Roentgen, discovered X-rays. Fifteen years later, St. Boniface General Hospital organized a fundraising drive to purchase a machine that used this new technology. In 1911, an X-ray machine was bought through Father Rousseau from Ancel et Frères in Paris. Father Rousseau installed the machine himself in June of 1911. The cost of this new acquisition was \$470, half the price a New York firm had been asking. In 1916, the X-ray machine was moved to its new, specially equipped quarters in the new building. This was the first radiology department.

Sometime around 1912, the hospital hired a pathologist, Dr. Waugh, at a salary of \$100 a month. The pathology department was established around 1916; the need for this department had been felt for some time. The hospital no longer wished to send blood and urine samples out to Winnipeg; it wanted everything to be done right in the hospital itself. Therefore, an incubator was purchased for the laboratory. In 1916, Dr. Waugh was replaced by Dr. Prendergast, who was to spend the next 25 years working in the pathology laboratory. Under his guidance, the department grew through the years.

Another new medical development in surgery was the use of gas as an anesthetic. It was in 1919 that mention was first made of this innovation. Previously, patients undergoing surgery were chloroformed.

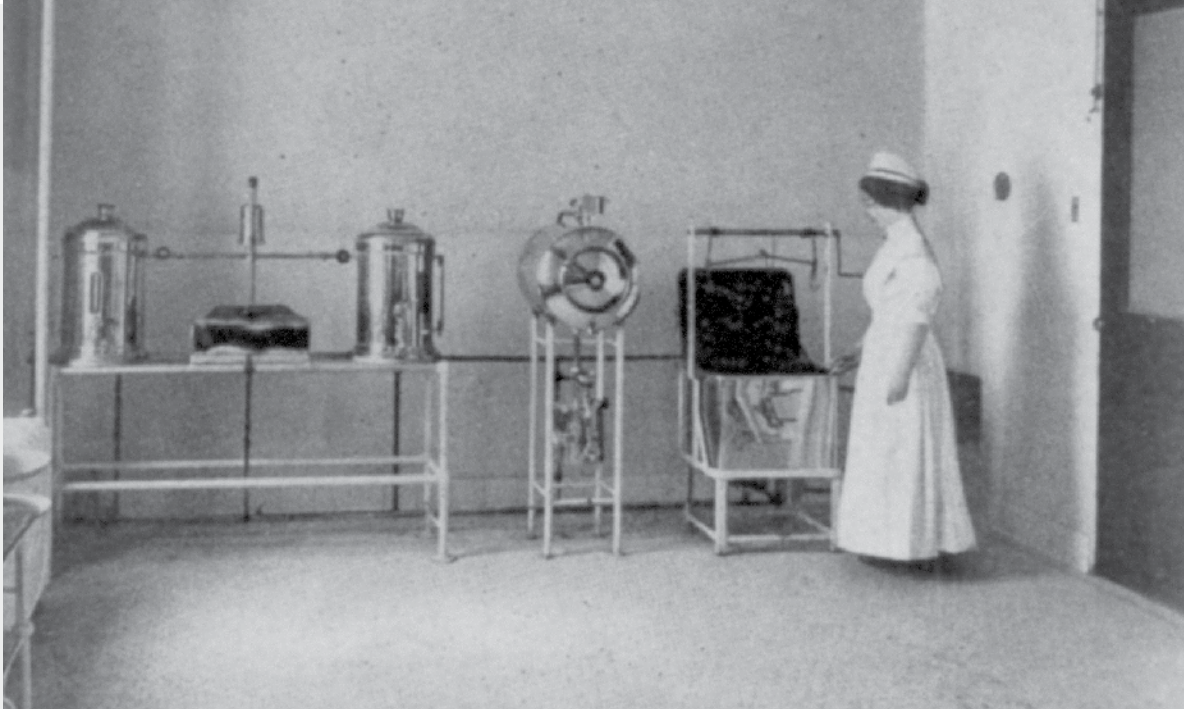
From the very outset, the hospital had been using alcohol as a form of medication. When Prohibition made its way into Manitoba at the beginning of the 20th century, the hospital inherited the whisky that had been confiscated by the government. However, as the following anecdote illustrates, this alcohol was not always reserved solely for the treatment of patients:



• Salle de radiologie, 1912

Radiology Suite, 1912

1914



• Salle de stérilisation, 1912

Sterilization Room, 1912

« Pendant les années de la Prohibition un médecin prescrivait une bouteille d'alcool aux hommes qui croyaient que cela pourrait être bénéfique à la santé. Un bon nombre de médecins ont adopté cette pratique ingénieuse d'anticiper les besoins de leurs patients en vendant des ordonnances de 50 ou 100 lots aux pharmaciens qui gardaient une variété d'alcool en stock. Cela les dédommageait pour des comptes non payés et permettait au bon docteur d'acheter des épicereries. Il est vite devenu évident que l'abus de ce privilège devait cesser. Un bon matin plusieurs médecins de Saint-Boniface ont eu leur pratique suspendue. »

Le département de maternité voit officiellement le jour au début du siècle, même si depuis 1898 un département de maternité est rattaché à l'hôpital. La première naissance officielle enregistrée par ce département d'obstétrique a lieu le 14 janvier 1914. Au cours de l'année, il y a quatre naissances : deux filles et deux garçons. Plus tard, l'hôpital consacra plus d'espace pour les accouchements. La salle Sainte-Anne, devenue salle de maternité, compte 12 lits. Ce département qui a commencé en petit deviendra un des renommés de l'Hôpital général Saint-Boniface.

Jusqu'à présent aucune mention n'a été faite du service d'ambulance de l'hôpital. Il semble que celui-ci débute en 1907. L'hôpital permet alors à la compagnie d'ambulanciers Kerr, Bawlf et McName d'imprimer le nom de l'hôpital sur leur ambulance, sans toutefois



• Laboratoire, 1912
Laboratory, 1912

“During the Prohibition years a doctor would prescribe a bottle of liquor if the patient thought it could be beneficial to his health. A good number of doctors conceived the ingenious practice of anticipating the needs of their patients by selling prescriptions in 50 or 100 lots to the druggists who carried an assortment of liquor in stock. This compensated for unpaid accounts and permitted the good doctors to buy groceries. It soon became evident that the abuse of this privilege had to stop and one fine morning several St. Boniface doctors found themselves suspended from practice.”

The maternity ward was officially created at the turn of the century, although a “maternity ward” had been associated with the hospital since 1898. The first official birth registered by the obstetrics department occurred on January 14, 1914. There were four births during that year: two girls and two boys. The hospital would later set aside more space for births. St. Anne’s ward, which had become the maternity ward, had twelve beds. This department, despite its humble beginnings, would become one of the great prides of St. Boniface General Hospital.

We have not yet mentioned the hospital ambulance service, which seems to have been started in 1907. At that time, the hospital allowed the ambulance company of Kerr Bawlf and McName to print the hospital’s name on the side of its ambulances without involving the hospital legally or financially. It would seem that ambulances were not often used, as the emergency department would only come into being sometime in the 1920s.

STAFF

During this short fifteen-year period, the hospital staff rose to over one hundred right at the outset and passed the two hundred mark in 1916, while the number of nuns remained steady at about fifty. The steady growth in personnel lowered the proportion of nuns on staff. The figures we have found show that the number of nurses doubled between 1905 and 1918, going from 43 to 83, only to drop back down to 61 in the aftermath of the war. There was a fourfold increase in the number of other employees in the course of these fifteen years.

When war broke out in Europe in 1914, many doctors signed up for military service. While the staff chart shows that the hospital had 90 doctors plus 4 interns in 1914, the

engager la responsabilité de l'hôpital. Il faut croire qu'à cette époque l'ambulance n'est pas utilisée très souvent car le département d'urgence ne commencera que vers les années 1920.

PERSONNEL

Au cours de la quinzaine d'années de cette courte période, le personnel de l'hôpital passe le cap de la centaine dès le début et celui des deux cents en 1916. Le nombre de Sœurs se maintient aux environs de la cinquantaine. L'accroissement continu du personnel réduit la proportion des Sœurs. Ceci n'enlève cependant rien au rôle primordial qu'elles jouent dans la vie de l'hôpital. Les chiffres que nous avons pu trouver nous montrent que le nombre d'infirmières double entre 1905 et 1918, passant de 43 à 83, pour chuter à 61 au lendemain de la guerre. Le nombre des autres employés quadruple en 15 ans.

En 1914 la guerre est déclarée en Europe. Beaucoup de médecins s'inscrivent au service militaire. Aussi, le tableau du personnel nous montre que le nombre de médecins tombe de 90 médecins plus 4 internes en 1914 à 44 plus 2 internes en 1918. Les Sœurs sont obligées d'accepter des étudiants en médecine pour remplacer les médecins et les internes qui ont quitté pour la guerre. En 1917, le gouvernement canadien passe la loi de la conscription, ce qui nuit à l'hôpital déjà à court de main-d'œuvre. L'hôpital doit faire une demande d'exemption pour certains médecins afin d'assurer son bon fonctionnement.

Les infirmières de l'Hôpital général Saint-Boniface participent à la Première Guerre mondiale. Environ 60 diplômées se portent bénévoles. De celles-ci, Agnes McPherson, diplômée en 1913, est morte en service en Europe.

À l'époque, une diplômée reçoit un salaire d'environ 30 \$ à 40 \$ par mois, alors que les étudiantes ne sont pas payées. En 1918, les étudiantes envoient une pétition au gouvernement provincial demandant d'être payées et de réduire leur journée de travail à huit heures. Leur démarche n'a pas de succès. Elles continuent à fournir aux hôpitaux une main-d'œuvre à bon marché.

ENSEIGNEMENT

Le programme de soins infirmiers subit des changements importants pendant cette période. En 1908 la durée du cours est portée de deux ans à deux ans et demi. Cinq ans plus tard, on augmente encore la durée du cours pour l'étendre sur trois années d'étude. On veut s'assurer que les infirmières sont prêtes lorsqu'elles terminent le programme. Il existe plus d'une école pour infirmières au Manitoba et chacune d'elles a son propre programme, ce qui peut à l'occasion entraîner la confusion. En 1914, les Sœurs Grises de l'Hôpital général Saint-Boniface et les administrateurs d'autres hôpitaux se réunissent pour discuter de la possibilité de créer un programme uniforme pour tout le Manitoba. À l'avenir, les infirmières devront passer un examen provincial et s'inscrire comme infirmière avant de recevoir leur diplôme.

Pour la première fois, les infirmières canadiennes-françaises du Manitoba peuvent suivre un de leurs cours en français. C'est un cours d'hygiène donné par le docteur Benoit en 1915; ses six étudiantes ont toutes très bien réussi!

In 1914, St. Boniface General Hospital's Grey Nuns and the administrators of other hospitals met to discuss the possibility of creating a uniform program for the whole of Manitoba.

number of doctors had dropped to 44 plus 2 interns by 1918. The nuns were obliged to accept that medical students take the place of the doctors and interns who had left for the front lines.

In 1917, the Canadian government passed the Military Service Act, which brought in conscription, causing even more hardship to the already short-staffed hospital. St. Boniface General Hospital had to apply for exemptions for some of its doctors to ensure that it could continue to run smoothly.

The nurses at St. Boniface General Hospital also took part in the war effort during World War I. About 60 graduates volunteered for service. One of them, Agnes McPherson, a 1913 graduate, died while serving in Europe.

In those days, graduates were paid salaries of about \$30 or \$40 a month, while student nurses were paid nothing. In 1918, the student nurses petitioned the provincial government to be paid and to have their workday reduced to eight hours. Their undertaking was unsuccessful and they continued to provide hospitals with cheap labour.

EDUCATION

The nursing program underwent major changes during this time. In 1908, the length of the course was increased from two to two and a half years. Five years later, it was increased again to three years. The aim was to ensure that the nurses were fully prepared to take on nursing duties by the time they finished the program. There was more than one nursing school in Manitoba and each one had its own program, giving rise to confusion from time to time. So it was that, in 1914, St. Boniface General Hospital's Grey Nuns and the administrators of other hospitals met to discuss the possibility of creating a uniform program for the whole of Manitoba. From then on, nurses were required to write a standardized exam set by the provincial government enabling them to register as nurses before receiving their diplomas.



• Pharmacie, 1915

Pharmacy, 1915



Les étudiantes sont obligées de suivre des règlements assez stricts. Elles doivent toujours se tenir debout en présence d'un visiteur, d'un médecin ou d'une Sœur responsable de l'unité. Elles doivent recevoir leurs ordres et directives du médecin par l'intermédiaire de la Sœur responsable de l'unité. Les directives verbales des médecins ne sont pas acceptées; tout doit être fait par écrit. De plus, les étudiantes ne peuvent pas jaser avec les visiteurs, les patients, ni avec les jeunes médecins! La collation des grades se fait plus fréquemment. Chaque diplômée reçoit une épingle avec la devise de l'école, établie en 1912 : *Estote Fideles*, c'est-à-dire Toujours fidèle. Fait à noter : en raison d'un règlement de leur ordre, les religieuses qui suivent le cours ne peuvent pas se faire photographier avec les autres femmes ni recevoir une médaille d'excellence.

LA GUERRE DE 1914-1918

Les calamités de la Première Guerre mondiale entraînent de nouveaux besoins pour l'hôpital. Lorsque les hôpitaux de Winnipeg ont admis le maximum de soldats possibles, les officiers de l'armée demandent aux autorités de l'Hôpital général Saint-Boniface si elles disposent de 100 lits pour les soldats malades. Ainsi, l'hôpital commence à recevoir des soldats en janvier 1915, lorsque la grippe attaque le 28e bataillon posté à Winnipeg. On transforme les salles d'études des infirmières et le dortoir des Sœurs pour y installer 42 lits. On sacrifie même la chapelle pour placer 49 lits supplémentaires. En décembre 1915, l'hôpital peut offrir 300 lits pour les soldats. L'effort de guerre réalisé par l'hôpital n'est pas tout à fait désintéressé puisqu'on sait que le gouvernement canadien paie bien pour faire soigner ses patients. À un certain moment, on enregistre 225 soldats à l'hôpital, sans compter les patients réguliers. Même si cela rapporte plus d'argent pour l'hôpital, ça occasionne aussi beaucoup de travail.

• Salle des
soldats, 1915

Soldiers
Room, 1915





In 1915, for the first time in history, Manitoba's French-Canadian nurses were able to take one of their courses in French: a health course given by Dr. Benoit. He had six students, who all passed the course very well.

Nursing students had to follow fairly strict rules. They were required to stand in the presence of visitors, doctors or the nuns in charge. It was through the nuns in charge that they received doctors' orders and instructions. Furthermore, students were not allowed to talk with visitors or patients, and especially not with young doctors. At the convocation exercises, which were held more frequently, each graduate received a pin with the motto of the school, chosen in 1912: *Estote fideles*, meaning "Be Faithful". Interestingly, the nuns who took the courses along with other students were not allowed to have their pictures taken or receive medals of excellence because of the rules of their order.

• Salle publique
des hommes,
"Salle St-Louis"
1915

Men's Room,
"Salle St. Louis"
1915



• Buanderie,
1916

Laundry
facility, 1916

La Sœur responsable des soldats, Sœur Ste-Lucie, sait vite gagner le respect de ceux-ci. Elle les appelle ses garçons. À ses funérailles, en 1946, les soldats remplissent l'église pour honorer leur Sœur infirmière. Ces soldats font placer une pierre en sa mémoire avec l'inscription suivante : *In memory of the care given by Sister St. Lucie to the war veterans of 1914-1918*. De plus, en 1935, à l'occasion du jubilé du roi George V, le lieutenant-gouverneur décore un grand nombre de Canadiens dont Sœur Sainte-Lucie pour son dévouement envers les soldats. C'était une femme remarquable et très sympathique.

Les soldats continuent à occuper une place assez importante à l'hôpital jusqu'en 1921. En 1920, l'hôpital est toujours payé pour 75 lits, vides ou remplis. En tout, plus de 11 000 soldats sont passés à l'hôpital, dont 7 743 avant la fin de la guerre. L'Hôpital général Saint-Boniface a fait son devoir comme institution canadienne par sa contribution à l'effort de guerre.

THE WAR OF 1914-1918

The misfortunes of World War I gave rise to new needs for the hospital. Once the Winnipeg hospitals had taken in as many soldiers as they possibly could, army officers asked St. Boniface General Hospital officials to set aside 100 beds for sick and wounded soldiers. Thus, St. Boniface General Hospital began admitting soldiers in January of 1915 when an influenza outbreak struck the 28th Battalion stationed in Winnipeg. Forty-two beds were set up in the student nurses' study halls and the nuns' dormitory. Even the chapel was given up to provide room for 49 extra beds. By December of 1915, the hospital could accommodate 300 soldiers. However, the hospital's war effort was not entirely selfless, for it was well known that the Canadian government paid generously for its wounded soldiers' care. At one point, 225 soldiers were registered at the hospital, not counting the regular patients. Even though this brought in more money for the hospital, it also meant a great deal more work.

Sister St. Lucie, the nun in charge of the soldiers, quickly earned their respect. She called them her "boys". At her funeral in 1946, soldiers filled the church to pay tribute to their nursing sister. They had a stone laid in her memory, bearing the following inscription: "In memory of the care given by Sister St. Lucie to the war veterans of 1914-1918." Moreover, in 1935, to celebrate King George V's Jubilee, the Lieutenant-Governor decorated a large number of Canadians, one of whom was Sister St. Lucie, rewarded for her dedication to the soldiers. She was a truly remarkable, caring woman.

Soldiers continued to be an important part of the hospital patient lists until 1921. In 1920, the hospital was still being paid for 75 beds, whether they were filled or not. In all, over 11,000 soldiers had passed through St. Boniface General Hospital, 7,743 of them before the end of the war. The hospital had indeed done its duty as a Canadian institution through its contribution to the war effort.

THE SPANISH FLU

Toward the end of World War I, St. Boniface and Winnipeg, like almost every part of the world, was hit with a form of influenza called the "Spanish flu". This was a highly contagious disease that could be caught simply through contact. It was devastating, causing over 21 million deaths worldwide. The hospital had just gotten over a typhoid outbreak when the deadly virus made its appearance in Manitoba. During the typhoid fever outbreak, the entire staff had to be inoculated. As well, a group of employees, working in a department where two people had come down with the fever, had to take blood tests. The Spanish flu arrived a mere seven months later, killing large numbers of people. All public places—churches, stores, schools, etc.—were shut down, except hospitals, of course. The 50 beds at tiny St. Roch's Hospital for infectious diseases were quickly filled. The main hospital had to

1919

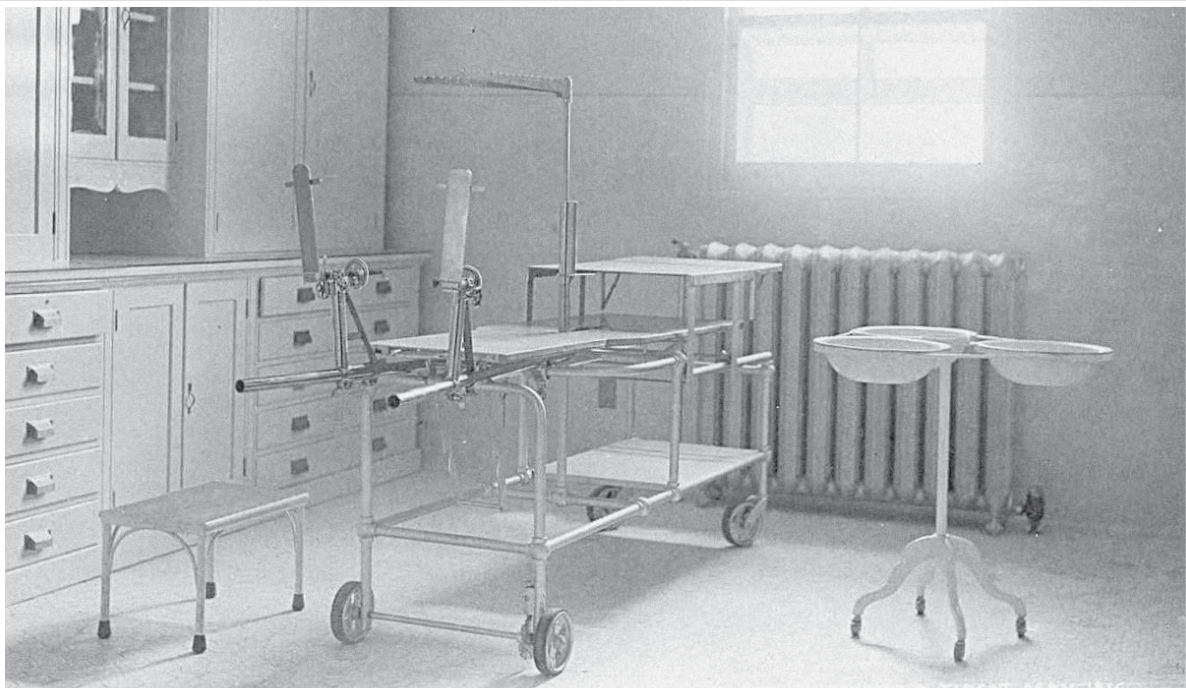
GRIPPE ESPAGNOLE

Vers la fin de la Première Guerre mondiale, Saint-Boniface, Winnipeg ainsi que presque tous les coins du monde sont affectés par la grippe espagnole. Celle-ci est très contagieuse. On peut l'attraper simplement par le toucher. Elle a été dévastatrice, causant au-delà de 21 millions de morts à travers le monde. Juste avant son apparition au Manitoba, l'hôpital se remet d'une épidémie de fièvre typhoïde. On avait inoculé tout le personnel en plus de faire des examens sanguins à un groupe d'employés dans un département où on a trouvé deux personnes atteintes des germes de la typhoïde. Sept mois plus tard, la grippe espagnole vient faire ses ravages. Tous les endroits publics sont interdits d'accès : églises, magasins, écoles, etc., à l'exception de l'hôpital, bien entendu. Les 50 lits du petit Hôpital Saint-Roch, le département pour les maladies contagieuses, sont remplis. On doit se servir de l'hôpital qui est déjà engorgé de soldats. Beaucoup d'employés sont atteints de la maladie. La situation devient urgente. On fait appel à d'autres congrégations : 9 jésuites, 6 sœurs de la Sainte-Famille, 2 sœurs Oblates, 2 sœurs de la Croix de Saint-André et 11 autres Sœurs Grises de la Maison provinciale viennent aider. Les statistiques montrent que l'hôpital a traité environ 1 375 cas de grippe espagnole. Ce virus dévastateur a tué 250 patients, c'est-à-dire environ 1 patient sur 5 en est mort. Avec le temps, l'épidémie s'est calmée. L'hôpital est revenu graduellement à la normale.

La période 1905-1919 a certainement connu des moments très mouvementés avec le boom de construction, la guerre et la grippe espagnole. Les années 1920 ne seront pas aussi mouvementées, mais plutôt plus sombres. Les années de la dépression sont encore à venir...

• Salle
d'opération,
1916

Operating
room, 1916





• Inondation
de la rivière
Rouge, 1916

Red River
Flood, 1916

be used, even though it was still crowded with soldiers. As many employees came down with the disease, the situation soon became critical. The hospital sent out an appeal to other religious orders for help. Nine Jesuits, six Sisters of the Holy Family, two Oblate Sisters, two Daughters of the Cross (Sisters of St. Andrew) and eleven more Grey Nuns from the Provincial House joined efforts to lend a hand. Statistics show that the hospital treated about 1,375 cases of Spanish influenza. Two hundred and fifty of the patients, or one in five, died from the devastating virus. The epidemic eventually subsided and the hospital gradually returned to normal.

The period from 1905-1919 was certainly a time of intense activity, what with the construction boom, the war and the Spanish flu. The following decade would not be quite so turbulent. In fact, it would be a rather dreary one, for the Great Depression was on its way...

CHAPITRE/CHAPTER DE LA CRISE À LA GUERRE (1920-1949)

La période que nous abordons maintenant est marquée par la crise économique des années 1930, la décennie de la dépression comme on l'appelle alors. Par contre, dans les prairies, la misère date du début des années 1920 lorsque les fermiers doivent vendre leurs produits à très bas prix en raison de la politique économique nationale d'Ottawa. La Deuxième Guerre mondiale met fin à la Crise, mais elle entraîne aussi toute une série de changements socio-économiques qui affectent la vie de l'Hôpital général Saint-Boniface.

CONSTRUCTION

L'affiliation à l'Université du Manitoba a fait augmenter le nombre d'internes à un tel point que l'hôpital ne sait plus où les loger. Pour cette raison, en 1926, on décide de bâtir un édifice à trois étages consacré aux internes. Celui-ci est situé à l'arrière de l'hôpital. Il est à noter que les femmes internes ont des locaux à part situés près de la résidence des Sœurs. En 1970, l'édifice devient la résidence des Sœurs Grises et ce, jusqu'en 1992. En 1996, elle redevient une résidence pour les internes.

En 1920, l'hôpital reçoit la visite des représentants du American College of Surgeons qui décerne à l'hôpital le plus haut classement possible, soit A1. Le dévouement des Sœurs

• Cuisine principale,
1922

Main kitchen,
1922



3

FROM DEPRESSION TO WAR (1920-1949)

This period was marked by the Great Depression of the Thirties, or the Dirty Thirties as the decade came to be called. On the Prairies, however, the hard times dated back to the early twenties when Ottawa's national economic policies forced farmers to sell their products at extremely low prices. While World War II put an end to the Depression, it also brought with it a series of socioeconomic changes that had an impact on life at St. Boniface General Hospital.

CONSTRUCTION

The hospital's affiliation with the University of Manitoba had increased the number of its interns to the point where the hospital had no room to house them. That is why it was decided, in 1926, to construct a three-storey interns' residence to be located behind the hospital. It should be noted that women interns lived in separate quarters near the nuns' residence. Between 1970 and 1992, the building was the Grey Nuns' residence, then, in 1996, it once again became the interns' residence.

In 1920, the hospital was inspected by the American College of Surgeons, which awarded the hospital an A-1 accreditation or First Class Standing, the highest available. The Grey Nuns had finally been rewarded for their long years of dedication and sacrifice. The hospital administration did everything possible to maintain this classification throughout the years. In 1939, the hospital also became a member of the Association of Catholic Hospitals in Canada and the United States, the purpose of which was to discuss the problems facing hospitals and advances made in various Catholic hospitals in North America.

In 1928, the hospital built a fifth storey to the 1905 south wing to add a morgue, an autopsy room, a camera room and a cardiology room to its laboratory facilities. Tests could now be carried out on any specimen one could imagine.

The School of Nursing was well established at St. Boniface General Hospital. Each year, it graduated some 20 young nurses. Most courses were taught at the hospital itself, except during the 1920s, when the courses were given at the University of Manitoba instead of at individual hospitals. At the request of the University, the transit company agreed to lower fares to five cents a ticket, making it easier for student nurses to make the extra trips these changes involved. This did not, however, solve all the problems associated with this new policy. The solution was to build a real nursing school with a residence for the students.

Construction on the School of Nursing began in May of 1927. The provincial government paid \$280,000 which amounted to 10% of the cost. It was a six-level building, counting the basement. Each level, except the ground floor, held 39 beds. Every nurse had her own private room. The infirmary was on the main floor, along with the nuns' quarters and the

Grises obtient finalement une distinction pour les années de sacrifices. L'hôpital s'assure de conserver ce classement au cours des années. En 1939, l'hôpital devient membre de l'Association catholique des hôpitaux du Canada et des États-Unis. On y discute des problèmes éprouvés ainsi que des progrès réalisés dans divers hôpitaux catholiques d'Amérique du Nord.

En 1928, l'hôpital fait construire un cinquième étage à l'aile sud, bâtie en 1905, afin d'accroître les installations de laboratoire où sont situées la morgue, les salles d'autopsie, de caméra et de cardiologie. On peut ainsi procéder à l'analyse de tous les spécimens imaginables.

L'école des infirmières est très bien établie à l'Hôpital général Saint-Boniface. Chaque année une vingtaine de jeunes infirmières reçoivent leur diplôme. La plupart des cours se donnent à l'hôpital même, sauf pendant les années 1920. Lors de cette période, les cours se donnent à l'Université du Manitoba, non à chaque hôpital. À la demande de l'Université, la compagnie des tramways accepte de réduire à 0,05 \$ le prix des billets pour les étudiantes afin de favoriser les déplacements supplémentaires occasionnés par le programme. Ceci ne règle pas tous les problèmes liés à cet enseignement. La solution est de bâtir une vraie école pour les infirmières avec une résidence.

La construction débute en mai 1927 et le gouvernement provincial débourse 10 % du coût de la construction qui se chiffre à 280 000 \$. L'édifice compte six étages, y compris le sous-sol. Chaque étage, sauf le premier, accommode 39 lits. Chaque infirmière a sa chambre privée. Au premier étage, on trouve l'infirmierie, la chambre des Sœurs et la salle de réception. Les salles de classe sont dispersées dans l'édifice. Quelques années plus tard, on ajoute un laboratoire de chimie. L'école, comme l'hôpital, est gérée par les Sœurs Grises. Une des directrices les plus estimées des étudiantes, sœur Délia Clermont, a œuvré environ 15 ans comme directrice de l'école. Elle a su gagner le respect des jeunes étudiantes ainsi que des médecins de l'hôpital.

LE PERSONNEL

En 1920, l'hôpital compte 211 employés. Dix ans plus tard, le personnel se chiffre à 394. Au début de la guerre, en 1939, ce nombre passe à 526. À la toute fin de cette période, en 1949, on atteint le nombre de 610. C'est-à-dire qu'en 30 ans, le personnel de l'hôpital a triplé. Pendant ce temps, le nombre de patients a plus que doublé, passant de 7 814 à 18 127.

Le nombre de Sœurs reste à peu près le même qu'à la période précédente, soit une cinquantaine. Celui des infirmières ainsi que des autres employés augmente beaucoup. On passe de 65 infirmières en 1920 et à 237 en 1949. Les autres employés passent de 84 à 290.

La grande nouveauté de la période est que l'hôpital commence à payer directement les médecins. Les données recueillies en font mention pour la première fois en 1936. Ils sont alors 16. En 1944, année exceptionnelle, ce nombre atteint 39. La moyenne au cours de la période se tient à environ 20 médecins payés.

Grâce à son affiliation à l'Université du Manitoba en tant qu'hôpital universitaire, l'Hôpital général Saint-Boniface accueille un plus grand nombre d'internes. Des 5 ou 6 par année en



• Salle
d'opération, 1922

Surgery Suite,
1922

reception. Classrooms were scattered throughout the building. A few years later, a chemistry laboratory was added. Like the hospital, the school was run by the Grey Nuns. One of its best-loved directors was Sister Délia Clermont, who held the position for 15 years, having earned the respect of the young students as well as of the hospital's doctors.

STAFF

In 1920, the hospital had 211 employees. Ten years later, there were 394. At the outbreak of the war, in 1939, that figure had risen to 526, and by the end of the forties, it had reached 610. In other words, the hospital staff almost tripled within thirty years. During that time, the number of patients more than doubled, going from 7,814 to 18,127.

The number of nuns on staff remained at about fifty, the same as for the previous period, while the number of nurses went from 65 in 1920 to 237 in 1949, and the number of other employees rose from 84 to 290.

The big innovation of this period was that the hospital began paying its physicians directly. The first mention of this appears in the data for 1936. There were 16 doctors at

début de période, leur nombre annuel gonfle à 17 ou 18 de la fin des années 1920 jusqu'en 1949, avec une légère diminution pendant la guerre. Avant 1920, l'hôpital ne paie pas ses internes. Cette année-là, on décide de payer un modeste salaire de 25 \$ par mois aux internes pour leurs dépenses personnelles. Le chef des internes est privilégié et reçoit 500 \$ par année.

Même si pour une deuxième période consécutive leur proportion du personnel diminue, les Sœurs Grises se dévouent toujours énormément à l'hôpital. N'oublions pas qu'elles en sont les propriétaires aussi bien que les administratrices. La Sœur Supérieure est la grande patronne de tous les employés. Chaque département est sous la direction d'une religieuse. C'est donc dire que tout le personnel de l'hôpital, y inclus les médecins, est sous la direction de ces femmes administratrices de grand talent.

Les religieuses ne s'occupent pas seulement de l'administration. Le poste le plus fréquemment associé aux Sœurs est celui d'infirmière. En plus de prodiguer des soins aux patients, elles leur apportent un réconfort spirituel. Dans plusieurs cas, sachant que la mort approche, l'hôpital devient l'endroit idéal pour s'ouvrir à la religion. Les Sœurs sont toujours là pour faire découvrir le bonheur du bon Dieu. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que de nombreux baptêmes, confirmations et même conversions surviennent à l'hôpital. Le chapelain est aussi là pour aider les gens.

COMITÉ CONSULTATIF MÉDICAL

Le besoin d'un comité consultatif médical se fait sentir depuis longtemps. En 1905, le grand vicaire, monseigneur Georges Dugas, met à l'essai un tel comité. On devra cependant attendre 15 ans avant qu'un comité soit mis sur pied de façon permanente. Pour être en mesure de recevoir le classement A1 par le American College of Surgeons du Canada et des

• Employés de
l'hôpital, 1922

St. Boniface
Employees 1922



Given the circumstances, it is no surprise that a number of baptisms, confirmations and even conversions took place within the walls of the hospital.

the time. In 1944, which was an unusual year, the number rose to 39 while the average for the period was about 20 paid doctors.

Due to its affiliation with the University of Manitoba as a teaching hospital, St. Boniface General Hospital was able to take in a greater number of interns. The figure of 5 or 6 interns per year at the hospital at the beginning of the period had swelled to 17 or 18 between the end of the 1920s and 1949, dipping slightly during the War. Before 1920, the hospital did not pay its interns. That year, it was decided they would be paid a modest monthly salary of \$25 for personal expenses. The chief intern was privileged to receive \$500 a year.

Although the proportion of nuns on staff was diminishing for a second consecutive period, the Grey Nuns still maintained the same intense dedication to the hospital. It should be noted that they were not only the hospital's administrators but the owners as well. The Superior headed all employees and each department was supervised by a nun. In other words, the entire hospital staff, including doctors, was under the management of these skilled women administrators.

However, the nuns were not limited to administration and it was the position of nurse that was most often associated with them. Besides providing care to patients, they also brought them spiritual comfort. Many a patient, knowing that death was near, found the hospital the perfect place to turn to religion. The nuns were always ready to help them discover the joy God could bring into their lives. Given the circumstances, it is no surprise that a number of baptisms, confirmations and even conversions took place within the walls of the hospital. There was also a chaplain on hand to come to the aid of patients.

MEDICAL ADVISORY COMMITTEE

The need for a medical advisory committee had been felt for some time. In 1905, the grand vicar, Monsignor Georges Dugas, attempted to set up such a committee. However, it would be 15 years before one would be put in place permanently. In order to acquire its A-1 classification from the American College of Surgeons of Canada and the United States, the hospital was required to organize a medical advisory committee following set guidelines. The purpose of this committee was to promote improvements and advances in working with patients. On January 7, 1920, 33 doctors met to form the first committee, electing Dr. Howden as its chairperson. The first decision made was to divide the doctors into categories: for instance, Drs. McKenty and Lambert would be surgery specialists, Dr. Prendergast the pathology specialist, etc. The new association also fostered medical lectures at the hospital. A clinic was also held for Manitoba's French-speaking doctors. Lack of organization however caused the committee to suspend operations after two years of existence.

The doctors needed a resource person to help them structure their advisory committee properly. At the instigation of Father Moulinier, president of the Association of Catholic Hospitals of Canada and the United States, a medical board was created in 1925, the main focus of which was education. Dr. Clifford R. Gilmour came to the hospital as a resource person to organize the staff. The hospital was very grateful for the work he did in the two years he spent at the hospital, acting as committee chair. Staff published the statutes and



1925

États-Unis, l'hôpital doit organiser un comité consultatif médical selon le guide établi. Le comité a pour but de promouvoir l'amélioration et le progrès du travail réalisé auprès des patients. Le 7 janvier 1920, 33 médecins se réunissent pour former le premier comité. Le docteur Howden est élu président. La première décision prise est celle de classer les médecins par catégories : par exemple, les docteurs McKenty et Lambert sont spécialistes en chirurgie, le docteur Prendergast en pathologie, etc. De même, cette nouvelle association encourage l'organisation de conférences médicales à l'hôpital. On a organisé une clinique pour les médecins francophones du Manitoba. Faute d'organisation cependant, le comité n'existe que deux ans.

Les médecins ont besoin d'une personne-ressource pour les aider à bien structurer leur comité consultatif médical. À l'instigation du révérend père Moulinier, président de l'Association des hôpitaux catholiques du Canada et des États-Unis, un bureau médical, dont le but principal est l'enseignement, est créé en 1925. Le docteur Clifford R. Gilmour devient la personne-ressource pour le comité. L'hôpital lui est très reconnaissant pour son travail. Il demeure deux ans à l'hôpital et agit à titre de président du comité. Le personnel fait publier les règlements et la constitution de son organisation décrivant toutes les procédures que doivent suivre les médecins, les infirmières et les internes.

Le personnel médical est divisé en quatre grands départements : la médecine, la chirurgie, la pathologie et la radiologie. Les règlements énoncent les grands principes de la morale catholique de l'hôpital. Par exemple, l'avortement est défendu, et ce, encore aujourd'hui. L'euthanasie n'est pas permise non plus. En 1935, le docteur Hague, radiologiste, est congédié parce qu'il a exprimé une opinion favorable à l'euthanasie par la voix des journaux. Il poursuit l'hôpital, réclamant une année de salaire. Comme il s'est engagé, au moment de son embauche, à respecter le code moral catholique de l'hôpital, la cour décide que l'hôpital ne lui paiera que quatre mois de salaire. Ce code moral est encore, dans ses grandes lignes, en vigueur aujourd'hui.

ENSEIGNEMENT

Les années 1920 entraînent aussi un changement dans l'enseignement de la médecine à l'Hôpital général Saint-Boniface. Avant, les étudiants du Manitoba Medical College suivaient leurs cours avec un professeur associé au collège. Il n'y a pas d'affiliation formelle. L'enseignement se fait à condition que le professeur soit attaché à l'hôpital. En 1922, des négociations avec l'Université du Manitoba débutent. Après trois ans, l'Hôpital général Saint-Boniface est enfin reconnu comme hôpital universitaire affilié à l'Université du Manitoba. L'hôpital a le droit d'enseigner aux internes ainsi qu'aux étudiants en 2^e, 3^e et 4^e année de médecine. On peut dire que c'est grâce à cette affiliation que le comité consultatif médical, créé à la même époque, a pu réussir.



• Hôpital Saint-Roch, maladies infectieuses, 1929

St. Roch's Infectious Disease Hospital, 1929

by-laws of the organization, describing all procedures doctors, nurses and interns were required to follow.

The medical staff was divided into four broad categories: medicine, surgery, pathology and radiology. The by-laws outlined the hospital's principles based on Catholic ethics. For instance, then as now, abortion was not allowed, nor was euthanasia permitted. In 1935, Dr. Hague, a radiologist, was fired for having expressed through the newspapers an opinion favouring euthanasia. He took the hospital to court, suing for one year's salary. However, as he had pledged to honour the hospital's Catholic Code of Ethics when he was hired, the Court decided the hospital should pay him only four months' salary. The basis of the Code of Ethics to which we are referring is still in force today.

EDUCATION

The 1920's also brought about change in medical training at St. Boniface General Hospital. Previously, Manitoba Medical College students came to take their courses with a professor associated with that college, but there was no formal affiliation. Teaching was carried out provided the professor was associated with the hospital. In 1922, negotiations with the University of Manitoba were opened and, three years later, St. Boniface General Hospital finally became affiliated with the University of Manitoba as a teaching hospital. The hospital was then allowed to teach interns as well as second-, third- and fourth-year medical students. One could say that it was due to this affiliation that the medical advisory committee, created at the same time, was able to survive.

It was also in 1924, that Sarah Pearl, the first woman intern was admitted to the hospital staff.



• Sœurs Grises,
1922

Grey Nuns, 1922



• Pouponnière
1930
Nursery, 1930

C'est également en 1924 que la première femme interne est admise à l'hôpital. Il s'agit de Sarah Pearl.

En 1942, une école technique des rayons X est approuvée par la American Registry of X-Ray Technicians. L'année suivante une école en techniques de laboratoire est aussi créée. La première remise des diplômes a lieu en avril 1945. Au début, il n'y a que des femmes qui s'inscrivent à ce programme. Il faut attendre les années 1950 pour que les hommes entrent dans ce domaine. En 1950, l'hôpital offre le programme d'archiviste médical, dont la première étudiante est sœur Marie-Paule Rheault. Ce programme est abandonné quelques années plus tard, faute d'intérêt.

En 1930, l'école des infirmières accepte les candidates célibataires âgées entre 19 et 38 ans ayant complété la dixième année. Les femmes mariées ne sont pas admises. Une fois, selon les dires, une femme s'est mariée en cachette. Quand les Sœurs l'ont découvert elle a été expulsée de l'école. Ce règlement est demeuré en vigueur jusqu'en 1961. Plus tard, les conditions d'admission exigent la onzième année et la présentation d'un certificat de santé. La formation consiste de stages dans différents départements de l'hôpital : les maladies infectieuses, l'entretien, la cuisine, la maternité, etc. Les étudiantes en période probatoire nettoient aussi les chambres et lavent la vaisselle! Les temps ont bien changé. Des associations d'infirmières se forment dans les années 1930 telles que l'Association des infirmières catholiques, ayant comme patronne Notre Dame de Lourdes. Le groupe est dirigé par le chapelain de l'hôpital. Sept ans plus tard, en 1943, un autre groupe se forme pour les jeunes catholiques sous l'appellation de la Solidarité de Marie. Il est à noter que les infirmières non catholiques ne sont pas obligées d'y participer, bien que ce soit fortement encouragé.

Les règlements de l'école demeurent très sévères. Une étudiante peut se faire renvoyer parce qu'elle emprunte le linge à une copine ou encore pour avoir fumé. En 1925, une fille se voit infliger une suspension de deux mois parce qu'elle s'est coupé les cheveux très courts, comme un garçon, sans l'autorisation de la directrice. La punition la plus fréquente et la plus humiliante est d'être privée du port de la coiffe d'infirmière.

1930

In 1942, an X-ray vocational school was approved by the American Registry of X-Ray Technicians. The following year, a school for laboratory technicians was also approved. The first graduation was held in April of 1945. Initially, only women registered for this program. Men would not venture into this field until the 1950s. The program of medical archivist was offered in 1950 with Sister Marie-Paule Rheault as its first student. The program was dropped a few years later due to lack of interest.

In 1930, the School of Nursing accepted single female candidates between the ages of 19 and 38 who had a Grade 10 education. Married women were not admitted. It is said that one student married secretly. When the nuns discovered this, she was expelled from the school. This rule remained in effect until 1961. Later, during this period, entrance requirements were increased, requiring a Grade 11 diploma and a doctor's certificate. The course included practical training in the hospital's various departments: contagious diseases, housekeeping, kitchen, maternity, etc. As for probationary students, their training consisted of cleaning rooms and washing dishes. How times have changed!

Nurses' associations were created in the 1930s, such as the Catholic Nurses' Association, which had chosen Our Lady of Lourdes as its patron saint. The group was led by the hospital chaplain. Seven years later, in 1943, another group of young Catholics, called *Solidarité de Marie*, was formed. It should be noted that non-Catholic nurses were not required to join, but it was strongly encouraged.

Rules at the school remained very strict. A student nurse could be expelled for merely borrowing a friend's clothing or for smoking. In 1925, a young woman was given a two-month suspension for having cut her hair too short, like a boy's, without the director's permission. For student nurses, the most common and humiliating form of punishment was not being allowed to wear their nurse's cap.



• Dispensaire,
c1940

Outpatient
Dispensary,
c1940

FINANCES

En 1930, la grille tarifaire de l'hôpital est de 1,75 \$ par jour pour les salles publiques, de 3,50 \$ pour une chambre à deux lits et de 5 \$ à 7 \$ pour une chambre individuelle. La pension des patients rapporte des revenus importants à l'hôpital. Ces revenus, parmi d'autres, lui permettent de faire face aux dettes sans trop de difficultés, du moins jusqu'à la Crise.

En 1932 et 1933, la crise économique frappe l'hôpital et le gouvernement provincial. Ce dernier oblige les hôpitaux à réduire le prix des salles publiques à 1,50 \$ en même temps qu'il diminue sa subvention à 0,40 \$ par jour. Cette subvention ne sera augmentée qu'en 1942. Le gouvernement paie alors 0,65 \$ par jour pour les adultes et 0,50 \$ pour les enfants.

L'Hôpital Saint-Roch, le centre pour les maladies contagieuses, est endetté en raison de la construction effectuée au cours de la période précédente qui avait accru sa capacité à 100 lits. La dette s'élève à 180 000 \$, chiffre énorme à l'époque. De plus, en 1931, les Sœurs Grises construisent un sanatorium à Saint-Vital pour les personnes atteintes de tuberculose. Elles offrent l'Hôpital général Saint-Boniface en garantie hypothécaire pour financer cette nouvelle œuvre. Les tuberculeux pensionnés à l'Hôpital Saint-Roch sont alors transportés dans le nouveau sanatorium, causant une perte de revenus assez importante. En 1933, cette situation entraîne la fermeture du deuxième étage pendant quatre mois afin de réduire les dépenses. Peu importe! Les difficultés financières occasionnées par la dépression, la construction et le départ d'une partie de la clientèle entraînent la fermeture complète de l'institution en 1942. Après 43 ans de service, l'Hôpital Saint-Roch ferme ses portes. L'édifice servira à loger des employés.

En mai 1924, l'Hôpital général Saint-Boniface avait ouvert un dispensaire, une sorte de clinique externe et de services sociaux. Établi pour venir en aide aux démunis, il devient très populaire, voire essentiel durant les années de la crise économique. Quelques chambres sont aménagées pour l'examen gratuit des patients. Quelque temps plus tard, un bureau d'examen dentaires est ajouté grâce à l'aide du club Kiwanis de Saint-Boniface qui récolte des fonds à cette fin. Un nouveau dispensaire est construit en 1938. Il ouvre ses portes en janvier de l'année suivante.

• Service social, 1941

Social Service, 1941

• Hôpital Saint-Roch, maladies infectieuses, c1940

St. Roch's Infectious Disease Hospital c1940



FINANCES

In 1930, the hospital's fee schedule was \$1.75 a day for public wards, \$3.50 for semi-private rooms and from \$5 to \$7 a day for private rooms. Payments from patients brought in considerable income. This revenue, along with other sources, enabled the hospital to pay off its debts without too much difficulty, at least until the Depression struck.

In 1932 and 1933, the Depression affected both the hospital and the provincial government. The government reduced its grant to 40 cents a day and forced hospitals to lower rates for public wards to \$1.50 a day. The grant would not be raised until 1942, when the government began paying 65 cents a day for adults and 50 cents for children.

Meanwhile, the infectious disease centre, St. Roch's Hospital, was deeply in debt due to the construction project carried out during the previous period, to raise its capacity to 100 beds. The debt stood at \$180,000, a huge sum for the times. Moreover, in 1931, the Grey Nuns built the St. Vital Sanatorium for tuberculosis patients. St. Boniface General Hospital was used as collateral to fund this new project. Tuberculosis patients staying at St. Roch's were then transferred to the new sanatorium, causing a huge drop in St. Roch's income. In 1933, the second floor was closed for four months as a cost-saving measure. Despite this, financial problems brought about by the Depression, construction debts and the departure of part of its clientele caused St. Roch's Hospital to shut down completely in 1942, after 43 years of service. The building would be used to house employees.

In May 1924, St. Boniface General Hospital had opened a dispensary, a sort of outpatient and social service clinic. Set up to come to the aid of people in need, it soon became very popular and became indispensable during the Depression years. A few rooms were outfitted to provide free medical examinations to patients. Some time later, a dental office was added with help from the St. Boniface Kiwanis Club, which had raised money for this project. A new outpatients' clinic was built in 1938, opening its doors the following January.

Another service that emerged from the hard times of the Depression was the service for the poor, called social services. This service helped the destitute obtain clothing, medication and food. The Depression highlighted the good work the hospital was doing for people in need.

MEDICAL ADVANCES

In the mid-1920s, the hospital bought a blood-analysis machine and a Benedicts Metabolimeter. It also equipped itself with microscopes, incubators, Shaker pipettes, etc. A sterilizer and a more efficient anesthetic machine were bought to raise the success rate in the operating rooms. An area was also set aside for research on animals such as rabbits and guinea pigs.

As mentioned, radiology was one of the hospital's four most important departments. Two physicians had made improvements on its X-ray equipment, the only such equipment in the whole of Canada in 1928, it appears. Doctors D. Wheeler and E.W. Spencer worked on the installation of a Planograph to enhance the effectiveness of radiotherapy. In an effort to



• Chapelle, 1942

Chapel, 1942

Tous les cinq à sept ans, l'hôpital se voit dans l'obligation de changer son équipement s'il veut se garder à la fine pointe de la technologie médicale.

Un autre service issu des épreuves de la dépression est celui du service aux pauvres, dit service social. Ce service aide les pauvres gens à se procurer des vêtements, des médicaments et de la nourriture. La dépression fait ressortir le bien que fait l'hôpital pour les gens dans le besoin.

PROGRÈS MÉDICAUX

Au milieu des années 1920, l'hôpital achète une machine pour analyser le sang et un métabolimètre Benedicts. On s'équipe aussi de microscopes, d'incubateurs, de pipettes Shaker, etc. Un stérilisateur et une machine plus efficace pour les anesthésies sont achetés pour augmenter le taux de succès dans les salles d'opération. On affecte un local à la recherche sur les animaux tels que les lapins et les cobayes.

Tel que mentionné, la radiologie est un des quatre départements les plus importants de l'hôpital. Deux médecins ont perfectionné l'équipement radiologique, le seul semble-t-il dans tout le Canada en 1928. Les docteurs D. Wheeler et E.W. Spencer ont travaillé à l'installation d'un appareil Planograph afin de pratiquer des radiothérapies plus efficaces. Plus tard, désirant suivre le progrès technologique, l'hôpital fait l'acquisition de trois nouveaux appareils en radiologie afin de donner de meilleurs traitements pour le cancer. Ces premiers pas mènent à la création d'un département d'oncologie. Ce n'est cependant qu'en 1941 qu'un service appelé thérapie profonde, c'est-à-dire un département pour le cancer, est finalement créé. Tous les cinq à sept ans, l'hôpital se voit dans l'obligation de changer son équipement s'il veut se garder à la fine pointe de la technologie médicale.

À la fin des années 1930 une épidémie de poliomyélite éclate. Ses victimes sont abritées à l'Hôpital Saint-Roch. Dans les débuts, il n'y a pas de remède efficace contre cette maladie. Ce n'est qu'en 1940 que l'hôpital dispose d'un respirateur artificiel appelé « Iron Lung ». Ce don du Vicomte Nuffield, manufacturier britannique de moteurs et d'avions, permet de traiter la poliomyélite.

Parfois l'hôpital connaît un moment de crise comme il s'est produit en 1948 lorsqu'une épidémie frappe le département de maternité. Pour la première fois depuis son ouverture, le département doit fermer ses portes. L'épidémie cause des problèmes chez les nouveau-nés ainsi que chez les nouvelles mères. Les accouchements sont transférés aux autres hôpitaux de la ville. L'année précédente le département de maternité a aussi retenu l'attention du public lorsqu'en novembre sont nés les premières triplées du Manitoba. Madame Hébert Godsmark donne naissance à un trio de filles : Carol Ann, Susan Marion et Rita Joan. La nouvelle fait la manchette de tous les journaux du Manitoba. Un mois plus tard un autre trio naît, des garçons. Le département prend goût à la publicité!

keep abreast of technological advances, the hospital later purchased three new pieces of radiology equipment to improve treatment of cancer patients. These were the first steps toward the creation of an oncology department. However, it was not until 1941 that a deep therapy—or cancer—department was finally opened. In order to remain at the forefront of medical technological developments, the hospital had been upgrading its equipment every five to seven years.

Toward the end of the 1930s, a polio epidemic struck. Its victims were housed in St. Roch's Hospital. During the first years of the outbreak, there was no effective treatment for the disease. It was not until 1940 that the hospital acquired an artificial respirator called the iron lung. This gift from the British engine and aircraft manufacturer, Viscount Nuffield, made it possible to treat polio.

At times, the hospital experienced moments of crisis such as in 1948 when an epidemic struck the maternity ward. For the first time since it opened, the department had to be shut down. The epidemic caused serious problems to newborns as well as to their mothers. Women in labour were transferred to other hospitals throughout the city. The previous year, the maternity ward had also attracted public attention when the first triplets in Manitoba were born there. Mrs. Hébert Godsmark had given birth to a trio of baby girls: Carol Ann, Susan Marion and Rita Joan. The news made headlines in all Manitoba newspapers. One month later, another set of triplets was born in St. Boniface General Hospital. This time they were boys. The maternity ward had begun to develop a taste for publicity.



• Cérémonie de remise des grades d'infirmières, 1949

Nurses Capping Ceremony, 1949

CHAPITRE/CHAPTER

LA MODERNISATION (1950-1980)

Les années d'après-guerre sont extraordinaires. L'hôpital connaît un autre essor économique et entreprend la construction du siècle! Avant de vivre ce grand événement, l'hôpital, ainsi que tout le sud du Manitoba, devra subir l'inondation de 1950.

L'INONDATION DU SIÈCLE

Au printemps il n'est pas rare de voir la rivière Rouge sortir de son lit; c'est un phénomène naturel. En 1948, la rivière déborde et l'hôpital juge prudent de vider les sous-sols des résidences. Heureusement, l'hôpital ne subit pas beaucoup de dommages, grâce aux travaux entrepris par la ville de Saint-Boniface pour construire une digue qui entoure l'hôpital. Ces travaux vont beaucoup aider l'hôpital durant l'inondation de 1950. Dès la fin avril 1950, l'eau menace l'hôpital et une partie de Saint-Boniface. Dans les premiers jours de mai, on doit déménager la literie du sous-sol. Le 5 mai, on installe des pompes dans le tunnel, à la maison des internes, dans la résidence des femmes ainsi qu'au dispensaire. Il y a deux pieds d'eau à pomper. Le lendemain, on commence l'évacuation de l'hôpital. Dans un premier temps, on donne congé aux patients dont on ne juge pas l'hospitalisation nécessaire. Le 7 mai on procède à l'évacuation des autres patients à des hôpitaux à Winnipeg, Brandon, Régina et même à Calgary. On installe le personnel qui réside à l'hôpital au quatrième étage.

- Inondation de la rivière Rouge, 1950

Red River Flood, 1950



4

THE PERIOD OF MODERNIZATION (1950-1980)

The post-war years were very exciting ones. The hospital experienced another period of economic growth during which time the “Building of the Century” was to be erected. However, before experiencing this great event, the hospital, along with all of southern Manitoba, would have to live through the 1950 flood.

THE FLOOD OF THE CENTURY

It was not unusual for the Red River banks to overflow in the spring. In 1948, when the river flooded, the hospital administration deemed it wise to evacuate the basement of the hospital’s residences. Fortunately, the hospital did not suffer much damage due to the dike built around it by the City of St. Boniface. This work turned out to be a lifesaver for the hospital during the flood of 1950 for, as early as the end of April, rising waters began to threaten the hospital and other parts of St. Boniface. During the first week of May, the bedding had to be removed from the basement. On May 5, sump pumps were set up in the tunnel, the interns’ residence, the women’s residence and the outpatients’ clinic to pump out the two feet of water. The following day, evacuation of the hospital began. First, patients who did not absolutely need to be hospitalized were discharged. Then, on May 7, the other patients were evacuated, being sent to hospitals in Winnipeg, Brandon, Regina, and even as far away as Calgary. Remaining staff was housed on the fourth floor. Soldiers came to lend a hand in reinforcing the dike. Efforts to fight the flood continued until the third week of May. On May 22, the threat was finally over and the military left the hospital.

Given the extent of the flooding, the hospital pulled through not too badly, having suffered only minor damage to the basements of some of its buildings. On May 25, the hospital’s administrator used the airwaves to call staff back to work. Four days later, the hospital was reopened and ready to take in its first patient—George MacLean, Mayor of St. Boniface.

CONSTRUCTION

Sister Marie-Berthe Dorais is credited with the expansion of St. Boniface General Hospital. The need for a new hospital had been felt for years. By 1951, most people in Manitoba were covered by Blue Cross medical insurance, thus ensuring that the hospital would be paid for by the patients it would take in. Most people who had coverage for semi-private rooms demanded one when admitted to hospital. Hospital officials, therefore, decided to convert the St. Marie and Normant wards into semi-private rooms to increase revenue.

Les soldats viennent prêter main-forte pour travailler à renforcer la digue. Tout cela dure jusqu'à la troisième semaine de mai. Le 22 mai, le danger est écarté et les militaires quittent l'hôpital.

Compte tenu de l'ampleur de l'inondation, l'hôpital s'en tire assez bien. Il subit des dommages peu importants au sous-sol de ses différents édifices. Le 25 mai la directrice de l'hôpital rappelle le personnel par le truchement de la radio. Quatre jours plus tard l'hôpital ouvre ses portes pour accueillir son premier patient, Georges MacLean, le maire de Saint-Boniface.

CONSTRUCTION

On doit créditer sœur Marie-Berthe Dorais, de l'expansion de l'Hôpital général Saint-Boniface. Le besoin d'un nouvel hôpital existe depuis quelques années. En 1951, la Croix Bleue assure la majeure partie des comptes de la population manitobaine ce qui assure le revenu de l'hôpital provenant des pensions. La plupart des gens possédant un contrat leur donnant droit à une chambre à deux lits réclament cette option. Aussi, les autorités de l'hôpital décident de convertir les salles Sainte-Marie et Normant en chambres à deux lits afin d'augmenter les revenus.

L'hôpital peut financer ce projet de construction puisqu'à la fin de la période précédente; sa dette est réduite à zéro. En 1951, l'hôpital dévoile des plans pour agrandir. La nouvelle aile comptera huit étages et coûtera près de 5 millions de dollars. L'aile nord sera démolie puisqu'elle représente un danger continu en cas d'incendie. Pour financer le projet, l'hôpital fait appel à une firme américaine, B.H. Lawson Associates Inc., de Rockville Centre, New York, pour développer une campagne de financement. Les gouvernements fédéral et provincial contribuent environ 850 000 \$ et la congrégation des Sœurs Grises investit deux millions de dollars. Les autres deux millions de dollars doivent être sollicités auprès de la population.

• Hôpital général
Saint-Boniface,
1954

St. Boniface
General Hospital,
1954





• Les débuts de construction, 1953

The beginning of the St. Boniface General Hospital construction, 1953

The hospital was now able to fund its construction project, having managed to erase its debt by the end of the previous period. In 1951, the hospital brought out its expansion plans. The new eight-storey wing would cost almost \$5 million. The north wing would be torn down, as it was considered a fire hazard. The hospital called upon the American firm of B.H. Lawson Associates Inc. of Rockville Center, New York, to develop a fundraising campaign for the project. The federal and provincial governments gave about \$850,000 and the Order of the Grey Nuns invested \$2 million in the project. The remaining \$2 million was to come from the general public.

The north wing was torn down in 1952, leaving the hospital with only 300 beds during the construction work. The architects for the project were from the firm of Green Blankstein Russell and Associates. On May 17, 1955, the new wing was officially opened, raising the hospital's capacity to 671 beds and 78 bassinets. It had become the best, most modern hospital in the whole of Canada. A new feature of the hospital was that no room contained more than six beds, compared with the twenty beds that were in the old rooms. Moreover, a pneumatic tube system was installed throughout the hospital to make it easier to dispatch requisitions from one department to the other. In addition, each room was equipped with

1954

L'aile nord de l'édifice est démolie en 1952 laissant l'hôpital avec une capacité de 300 lits durant la période des travaux de construction. Les architectes de l'édifice viennent de la firme Green, Blankstein, Russell and Associates. La grande ouverture de l'hôpital a lieu le 17 mai 1955. La nouvelle aile accroît la capacité de l'hôpital à 671 lits et 78 berceaux. L'hôpital devient le meilleur et le plus moderne dans tout le Canada. Une caractéristique particulière à l'hôpital est que chaque salle ne contient pas plus de six lits en comparaison à vingt dans les anciennes salles. De plus, un système de tubes pneumatiques facilite le transport des réquisitions entre départements. L'oxygène est installé dans chaque chambre. L'hôpital fait même installer un système de climatisation, une première pour un hôpital canadien. Chaque chambre possède une salle de bain. On trouve aussi 13 nouvelles salles d'opération avec un nouveau département postopératoire, duquel on crédite le docteur Richard Burrell, chef chirurgien. C'est encore une première canadienne! L'hôpital de 1955 est certainement la construction du siècle parce qu'elle hausse le statut de l'hôpital au plan national et même international.

En même temps qu'a lieu la campagne de financement pour la construction de l'hôpital, on procède à une autre campagne dans le but de recueillir l'argent nécessaire à l'acquisition d'un système de traitement au cobalt. Cette campagne commence en juillet 1954 et elle est menée par les clubs communautaires de Saint-Boniface, Norwood et Saint-Vital dans le but d'aménager un deuxième hôpital à Winnipeg pouvant offrir un tel traitement. Le premier est au Health Sciences Centre. L'Hôpital général Saint-Boniface est un choix logique puisqu'il est déjà reconnu pour le traitement du cancer depuis l'ouverture du Cancer Institute en 1942. La construction nécessite un investissement de 40 000 \$. Pour atteindre cette somme, les clubs sociaux vendent des billets à 1 \$ chacun pour gagner une maison évaluée à 15 000 \$. En un mois de campagne, ils amassent 43 000 \$. Le système de traitement au cobalt, installé dans la nouvelle aile de l'hôpital, est officiellement inauguré le 29 décembre 1955.

DAMES AUXILIAIRES

Sœur Marie-Berthe Dorais, la directrice de l'hôpital, voit l'utilité de réintroduire une organisation de femmes bienfaitrices à l'hôpital après quarante ans d'absence. Le 10 novembre 1954, elle fait appel à un groupe de femmes comprenant les épouses des membres du conseil d'administration et celles des médecins praticiens à l'Hôpital général Saint-Boniface. Cinquante-huit femmes se réunissent à l'auditorium de l'hôpital pour organiser un groupe de bénévoles dont le mandat est le suivant : augmenter le confort et le bien-être des patients, recueillir des fonds et favoriser la création de liens positifs entre l'hôpital et le grand public. Lors de cette réunion, la première présidente élue des Dames auxiliaires est madame Priscilla Davis, épouse du sénateur John Caswell Davis. La première réunion régulière du nouveau groupe de bénévoles a lieu une semaine plus tard. On décide d'organiser un thé pour amasser des fonds et recruter des membres. Le thé permet d'amasser 500 \$ et, pendant bien des années par la suite, il constitue une activité annuelle de collecte de fonds. Durant les premières années on voit l'établissement d'un certain nombre de comités, comme le comité de la publicité et des activités sociales et le comité des voies et moyens. On s'entend sur un droit d'adhésion d'un dollar et c'est sur cette base financière que les Dames

Fifty-eight women gathered in the hospital auditorium to organize a group of volunteers that would be given the following mandate: to heighten the comfort and well-being of the patients, raise funds, and foster good relations between the hospital and the general public.

oxygen and a washroom. Air conditioning was even installed, making it the first hospital in Canada to offer this service to its patients. It also acquired thirteen new operating rooms, along with a new post-operative unit credited to its chief surgeon, Dr. R.O. Burrell—yet another Canadian first for the hospital! There was no doubt the 1955 hospital was the building of the century, raising the hospital's national and international status.

At the same time as the fundraising campaign for the hospital's construction project was under way, another campaign was held to raise money for a cobalt treatment facility. This campaign, launched in July 1954, was conducted by the community clubs of St. Boniface, Norwood and St. Vital. The aim was to enable a second hospital in the Greater Winnipeg area to offer this treatment, the first being Winnipeg General Hospital, known today as Health Sciences Centre. St. Boniface General Hospital was the logical choice as it was already a recognized cancer-treatment centre since the opening of its Cancer Institute in 1942. An investment of \$40,000 was needed to build the facility. To raise the money, social clubs sold raffle tickets at \$1 apiece for a draw on a house valued at \$15,000. During the one-month drive, \$43,000 was raised. The cobalt treatment system installed in the new wing of the hospital was officially opened on December 29, 1955.

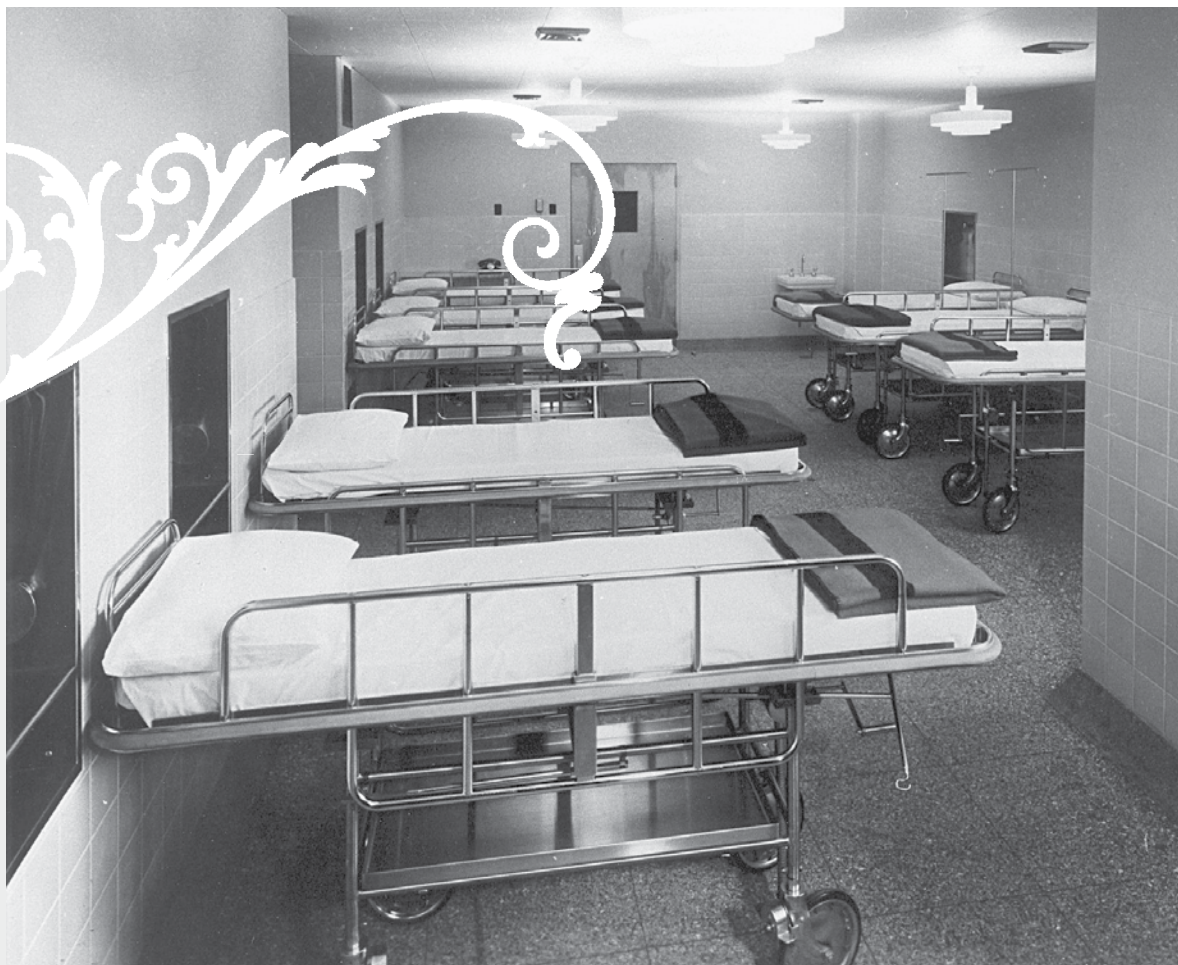
THE LADIES' AUXILIARY

Forty years after the last volunteer association had suspended its operations, the hospital's administrator, Sister Marie-Berthe Dorais, felt the need for the hospital to have an association of women benefactors once again. On November 10, 1954, she called upon a group of women made up of wives of Board members and of physicians practicing at St. Boniface General Hospital. Fifty-eight women gathered in the hospital auditorium to organize a group of volunteers that would be given the following mandate: to heighten the comfort



• Soeurs Grises, 1955

Grey Nuns, 1955



• Salle de réveil, 1955

Recovery Room, 1955

auxiliaires entreprennent leurs activités. Les membres du premier comité de direction sont élus en 1955 et une constitution est adoptée en 1957.

Pour leur premier projet, les Dames auxiliaires décident de faire un cadeau durable à l'hôpital. Elles meublent la salle du conseil située dans la nouvelle aile. Commandée du magasin Eaton au coût de 3 000 \$, la table d'acajou de 22 pieds est encore utilisée de nos jours. Au cours de la première année, les bénévoles travaillent également dans certains secteurs de l'hôpital. Un groupe de 35 femmes se réunit tous les mercredis après-midi au Centre de stérilisation afin de préparer des pansements et des solutions et de stériliser l'équipement pour les unités et les salles d'opération de l'hôpital. Cinq jours par semaine, 40 autres femmes préparent des bouquets de fleurs qu'elles distribuent aux patients. Pendant quelques années au jour de l'An, les bénévoles donnent une fleur gratuitement aux patients de l'hôpital. Au Coin des petits, 25 bénévoles lisent des histoires aux jeunes patients et jouent avec eux. Un service de photographie de bébés est créé afin d'amasser des fonds. Le quart des profits du photographe est versé à ces fonds. Une bibliothèque mobile est organisée.

Le 9 avril 1956, une boutique de cadeaux ouvre ses portes. De nombreux articles sont fabriqués par les membres de l'association des Dames auxiliaires, des membres de leurs

and well-being of the patients, raise funds, and foster good relations between the hospital and the general public. This meeting elected the first president of the Ladies' Auxiliary, Priscilla Davis, wife of Senator John Caswell Davis. The first regular meeting of the new group of volunteers was held a week later. They decided to put on a tea to raise funds and recruit new members. The tea brought in \$500 and, for years to come, it constituted one of the group's main annual fundraising activities. In the first few years, a number of committees were set up, such as the public relations, the social activities, and the ways and means committees. A membership fee of one dollar was agreed to. This was the seed money the Ladies' Auxiliary needed to begin its activities. The members of the first Executive were elected in 1955 and its by-laws were adopted in 1957.

For its first project, the Ladies' Auxiliary decided to give a long-lasting gift to the hospital by furnishing the board room located in the new wing. The 22-foot-long mahogany table, purchased from Eaton's for \$3,000, is still used today. During the first year, the volunteers also worked in certain areas of the hospital. A group of 35 women met Wednesday afternoons at the sterilization centre to prepare dressings and solutions and to sterilize the equipment used in the hospital's units and operating rooms. Five days a week, 40 other women made up bouquets of flowers to be distributed to patients. In the Children's Playroom, 25 volunteers read stories to young patients and played with them. A baby photography service was set up to help raise money. One quarter of the photographer's profits was paid into the fund. A book cart was also organized.



On April 9, 1956, the Gift Shop was opened. Many of the items sold were made by Ladies' Auxiliary members, members of their families and their friends. The Gift Cart that came into being one week later was so successful that income for the first year amounted to \$2,000. Today, the Gift Shop, still staffed by volunteers, is still one of the Auxiliary's primary fundraising activities.

• Chapelle, 1955

Chapel, 1955

Convinced that they had a role to play with needy students, the Ladies' Auxiliary, working closely with medical staff, made a donation each year to the Professional Development Fund, set up in 1957 for the purposes of providing financial assistance to interns and students of nursing, X-ray technology, laboratory technology and other students registered in vocational courses. The Auxiliary also gave scholarships to nurses through their Luba Neaman, Molly Guyon and Ielean Downer Awards, named in honour of women who had worked with the Ladies' Auxiliary.

Over the years, these volunteers raised money for equipment purchases and research in almost every department, including the Research Foundation. In 1972, the Board of the brand new Research Foundation was handed a cheque for \$13,000. By 1980, the cumulative value of the Auxiliary's contributions to the Research Foundation amounted to \$100,000,

familles et leurs amis. La boutique mobile de l'hôpital, qui fait son apparition une semaine plus tard, connaît un tel succès que les revenus pour la première année totalisent 2 000 \$. Aujourd'hui, la Boutique et la boutique mobile représentent les principales activités de collecte de fonds de l'Auxiliaire. Des bénévoles travaillent toujours à la Boutique.

Convaincues de leur rôle auprès des étudiants défavorisés, les Dames auxiliaires, en collaboration avec le personnel médical, font un don chaque année au Fonds de formation professionnelle établi en 1957. C'est en vue d'aider financièrement les étudiantes en sciences infirmières, les internes, les techniciens en radiologie, les techniciens de laboratoire et aux autres étudiantes et étudiants inscrits à des cours professionnels. Les Dames auxiliaires donnent aussi des bourses d'étude aux infirmières tels les prix Luba Neaman, Molly Guyon et Ielean Downey. Ces bourses sont nommées en l'honneur de femmes qui ont œuvré au sein des Dames auxiliaires.

Au cours des années, ces bénévoles amassent des fonds destinés à l'acquisition d'équipement et à la recherche dans presque tous les départements, y compris la Fondation pour la recherche. En 1972, la direction de la toute nouvelle Fondation pour la recherche a reçu un chèque de 13 000 \$. En 1980, la valeur cumulative des dons versés par l'Auxiliaire à la Fondation pour la recherche s'élève à plus de 100 000 \$, dont 50 000 \$ sont affectés à l'agrandissement du laboratoire de recherche R.O. Burrell. Une somme supplémentaire de 50 000 \$ sert à la rénovation du système électrique de l'école des infirmières. En 1959, les Dames font l'achat d'une balance de précision achetée au coût de 1 500 \$ qui est utilisée pour les chirurgies à cœur ouvert. On s'en sert pour peser le patient



• Comptabilité avant et après l'intervention chirurgicale.

1955

Accounting, 1955

En 1962, les Dames auxiliaires encouragent les jeunes filles à se joindre à elles. Celles-ci sont connues du nom de Marguerite, en honneur de la fondatrice des Sœurs Grises. On organise ce groupe de jeunes afin de promouvoir la carrière d'infirmière. En 1974, le nom de Marguerite est changé à celui de Jeunes Volontaires. Cette année-là le nom des Dames auxiliaires est changé à Auxiliaire de l'Hôpital général Saint-Boniface et services de bénévolat. Le changement de nom reflète l'augmentation du nombre d'hommes bénévoles à l'hôpital.

Aujourd'hui l'organisme compte sur l'appui de plus d'une centaine de bénévoles qui font partie des divers comités et qui travaillent à la Boutique et à la boutique mobile. L'apport inlassable des bénévoles au bien-être des patients et à la qualité de vie à l'hôpital ne peut pas se calculer uniquement en termes d'argent. Les innombrables heures de service de ces bénévoles au fil des années représentent une valeur inestimable. Les paroles sages de sœur Gertrude Jarbeau, ancienne supérieure provinciale (1960), décrivent à merveille l'œuvre des bénévoles au cours des 40 dernières années : « *Se réunir, c'est un début; rester ensemble, c'est déjà mieux; travailler ensemble, c'est la réussite.* »



• Maternité, 1955

Maternity, 1955

\$50,000 of which was allocated to the expansion of the R.O. Burrell Research Laboratory. Another \$50,000 was used to upgrade the electrical wiring at the School of Nursing. In 1959, the Auxiliary purchased a \$1,500 precision scale for open-heart surgery. It was used to weigh patients before and after surgery.

In 1962, the Auxiliary devised a way for young girls to join them. A group of young girls called Marguerites, in honour of the foundress of the Grey Nuns, was organized to promote the career of nursing. In 1974, the name Marguerites was changed to Young Volunteers. That year the Ladies' Auxiliary also changed its name to St. Boniface General Hospital Auxiliary and Volunteer Services. The name change had become necessary as men had become more involved in volunteer work at the hospital.

Today the organization counts on the support of some hundred volunteers, who make up the various committees, and staff the Gift Shop and the Gift Cart. The tireless efforts of the volunteers contributing to the well-being of patients and the quality of life in the hospital cannot be valued in terms of money. The countless hours of service these volunteers have put in over the years are priceless. The wise words of Sister Gertrude Jarbeau, a former provincial superior of the Grey Nuns (1960), perfectly describe the volunteer work performed over the past forty years: *"Coming together is a beginning, staying together is progress and working together is success."*

"Coming together is a beginning, staying together is progress and working together is success."

FINANCES ET ADMINISTRATION

La pension des patients est généralement payée par les municipalités. Déjà en 1937 une assemblée à l'Hôpital général de Winnipeg étudie la question d'assurance-maladie collective mais ces discussions n'aboutissent à rien. En 1943, une convention très importante du conseil des hôpitaux catholiques du Canada a pour sujet l'assurance-maladie. Quelques années plus tard, l'assurance-maladie Croix Bleue commence à déboursier une somme pour la pension des patients. Tout ceci sert de précurseur au « Manitoba Hospital Services Plan » qui paie la totalité du coût d'hospitalisation des patients, riches ou pauvres. L'hôpital est maintenant assuré d'être payé, mais il dépend entièrement des gouvernements fédéral et provincial pour ses fonds.

En 1960, les religieuses décident d'incorporer l'hôpital séparément de la congrégation. Au lieu d'être connu sous le nom *les Sœurs de la Charité de l'Hôpital général Saint-Boniface*, l'hôpital est incorporé sous la simple désignation d'Hôpital général Saint-Boniface. Chaque institution dirigée par les Sœurs Grises est incorporée séparément et dotée d'un conseil d'administration, dont les membres sont nommés pour un an par la Corporation de l'établissement en question. Le conseil est composé de religieuses et de laïcs qui ne sont pas nécessairement catholiques. Les Sœurs assument le contrôle légal de la corporation. Le conseil d'administration de l'hôpital existe depuis 1943. Ce groupe est réorganisé en 1953 afin de conseiller et d'assister les religieuses dans l'administration de l'hôpital. Toutes ces procédures légales préparent pour l'éventualité où les Sœurs céderaient la direction de l'hôpital à un laïc, ce qui arrive en juin 1969. Sœur Délia Clermont, la 19^e supérieure de l'hôpital, cède sa place comme administratrice à monsieur Anthony Quaglia. Ce dernier avait déjà travaillé à l'hôpital en 1955 lorsqu'il faisait ses stages en administration pour l'Université d'Ottawa. Après 98 ans sous la direction des Sœurs Grises, l'administration de l'Hôpital général Saint-Boniface passe aux mains de laïcs. Vu la baisse de novices, le nombre de Sœurs diminue considérablement et la congrégation ne peut plus assurer la relève.

• Cuisine,
machine à tarte,
1955

Kitchen –
Pie making
machine, 1955



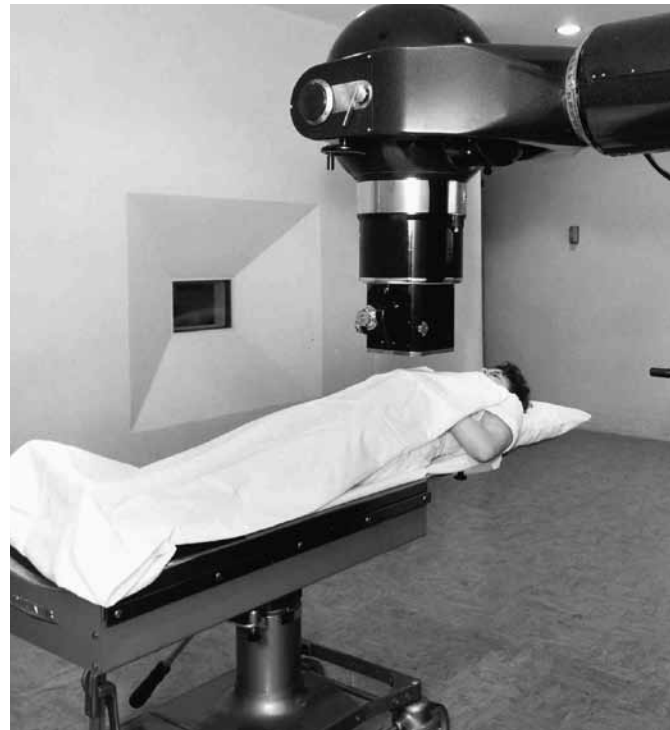
FUNDING AND ADMINISTRATION

Patients' unpaid hospital bills were generally covered by the municipalities. As early as 1937, a meeting was held at Winnipeg General Hospital to study the matter of group hospitalization insurance, but nothing came of these discussions. In 1943, a major convention of Catholic hospital boards in Canada also dealt with health insurance. A few years later, Blue Cross began offering health insurance that covered patients' hospital fees. This was the forerunner of the Manitoba Hospital Services Plan that covers the entire cost of hospitalization, of all patients, rich or poor. The hospital was now assured of being paid, but it had to rely entirely on the federal and provincial government for the money.

In 1960, the nuns decided to incorporate the hospital separately from the Order. Instead of being called "The Sisters of Charity of St. Boniface General Hospital," the hospital was incorporated simply as St. Boniface General Hospital. Each institution run by the Grey Nuns was incorporated separately and given a Board of Directors, the members of which were appointed for one year by the corporation of the institution in question. The Board was made up of nuns and lay persons who were not necessarily Catholics. The nuns retained moral and legal responsibility for the corporation. The Hospital Advisory Committee, which had been in existence since 1943, was restructured in 1953 to advise and assist the nuns in administering the hospital. All these changes were paving the way for the day when the nuns would hand over the hospital's administration to a lay person.

This finally came to be in June of 1969 when Sister Délia Clermont, the hospital's 19th superior, turned over her job as administrator to Mr. Anthony Quaglia. He had already worked in the hospital in 1955 when he was doing his practical training in administration for the University of Ottawa. After 98 years of being headed by the Grey Nuns, management of St. Boniface General Hospital was now in the hands of lay persons. The drastic reduction in the number of recruits into the Order meant that the nuns could no longer provide replacements for their administrators.

The Grey Nuns still worked at the hospital, but there were fewer of them and they no longer held the majority of management positions. On the other hand, the Sisters were now able to devote more time to pastoral care. This service was officially launched in 1977 when the St. Boniface Pastoral Education Institute was set up. Although their numbers are few, the nuns remain involved, working closely with lay people in a spirit of ecumenism.



• Système de traitement au cobalt, 1956

Cobalt Treatment System, 1956

Les Sœurs travaillent toujours à l'hôpital mais elles sont moins nombreuses et elles n'occupent plus la plupart des postes de direction. Par contre, les Sœurs travaillent dans le service de pastorale. Ce service débute officiellement en 1977 lorsque l'Institut Pastoral de Saint-Boniface est établi. Bien qu'elles soient moins nombreuses, les religieuses demeurent présentes, et aujourd'hui ce service est offert en collaboration avec des personnes laïques et dans un esprit d'œcuménisme.

PERSONNEL

La croissance physique de l'hôpital entraîne avec elle une augmentation des effectifs. De 700 employés en 1950, on passe à 1 500 dix ans plus tard, puis à 2 000 en 1970. En 1980, on compte environ 3 000 employés. Le personnel médical ne cesse d'augmenter et de se spécialiser. De plus en plus de techniciens font leur entrée au sein du personnel.

En 1951, le premier régime de pension est mis sur pied. Le régime change au cours des années. En 1958, on offre même des régimes d'assurance-vie. Aujourd'hui, l'Hôpital général Saint-Boniface, avec six autres institutions dans le secteur de médecine, offre un régime de pension collectif de retraite.

Durant cette période, les employés commencent à se syndiquer. Lors de la grève générale de Winnipeg, en 1919, seulement quelques employés faisaient partie d'un syndicat. En 1952, les membres du syndicat signent un contrat collectif de travail après de laborieuses négociations avec les Sœurs Grises. On consent à la semaine de travail de 44 heures pour tous les employés. Au fil du temps, les syndicats se forment selon certaines catégories d'employés. Au début des années 1980, il y a neuf syndicats avec lesquels l'hôpital doit négocier.

Malgré quelques difficultés avec les syndicats, l'hôpital garde le respect pour ses employés. Aussi, en 1964, une tradition annuelle débute : un souper organisé en l'honneur des employés ayant travaillé 15, 20, 25, 30 ans ou plus. Ceux-ci reçoivent une épinglette en reconnaissance de leurs années de service.

Un employé, Eugène Lavallée, reçoit même un cadeau pour 50 ans de service.

RÉAMÉNAGEMENT

• Le docteur
Morley Cohen,
1959

Dr. Morley
Cohen, 1959

En 1950, les différentes ailes de l'hôpital ont toutes des noms religieux tels que Youville, Saint-Joseph et Sainte-Marie. En 1956, on simplifie le système en substituant à ces noms un numéro avec une lettre, c'est-à-dire 4-B, 4-C, 3-C, etc. De plus, un réaménagement complet des locaux est effectué. Les départements sont réorganisés afin de faciliter le traitement des patients. En 1965-1966 on laisse tomber l'ancienne division des patients entre hommes et femmes. Les patients sont hospitalisés par catégorie, selon le diagnostic fait lors de leur admission.

L'hôpital est ainsi mieux organisé pour enseigner aux internes et aux infirmières. De nouveaux services sont établis durant cette restructuration tels que le département de physiothérapie en 1950, les soins intensifs en 1966, le département pour le traitement



• 1^{ère} chirurgie à cœur ouvert, 1959

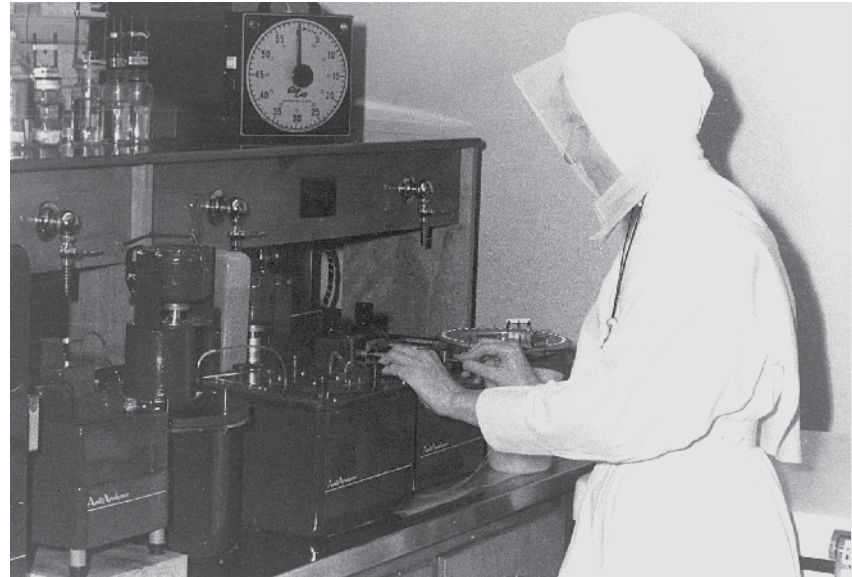
1st open-heart surgery, 1959

STAFF

Along with the physical growth of the hospital came an increase in staff, going from 700 employees in 1950 to 1,500 ten years later, then to 2,000 in 1970. By 1980, there were about 3,000 employees. The medical staff continued to grow and specialize, while more and more technicians joined the staff.

In 1951, the first employees' pension plan was set up. It was modified over the years even offering life insurance plans in 1958. Today, St. Boniface General Hospital, along with six other health care institutions, offers group pension plans. In addition, unions began to make their way into the hospital. Before then, very few employees were unionized. During the Winnipeg General Strike of 1919, only a few employees were members of unions. In 1952, union members signed collective agreements after lengthy negotiations with the Grey Nuns. A 44-hour work week had been agreed to for all employees. Over time, different unions were set up for various categories of employees. By the beginning of the 1980s, the hospital had to negotiate with nine different unions.

Despite the few problems it had with unions, the hospital never lost its respect for its employees. In 1964, an annual tradition began: a banquet to honour employees who had worked at the hospital for 15, 20, 25, 30 years or more. They received a pin in recognition of their years of service. One employee, Eugène Lavallée, received a gift for his 50 years of service.



• Pédiatrie, 1959
 Pediatrics, 1959

des problèmes rénaux en 1971, etc. Le service d'entretien voit le jour en 1954. Le service de pédiatrie organise le service d'ergothérapie avec l'aide des bénévoles. De plus, on engage une institutrice, Adrienne Marion, pour enseigner aux jeunes qui doivent nécessairement s'absenter de l'école.

Le service qui connaît le plus grand développement au cours des années 1950 est celui de la cardiologie. La chirurgie cardiaque à l'Hôpital général Saint-Boniface est un des premiers de son genre dans l'Ouest canadien. Le docteur Morley Cohen revient de l'Université du Minnesota après avoir participé à des recherches pionnières dans ce domaine. Avec l'aide du docteur Richard Burrell, il tente d'établir un service de chirurgie à cœur ouvert en 1957. Ayant reçu l'approbation de divers comités de l'hôpital, il faut se procurer un laboratoire de recherche. Celui-ci ouvre en 1957, après l'obtention d'une subvention de 30 000 \$ du gouvernement provincial. On exécute cette année-là le premier cathétérisme cardiaque.

En 1959, un jeune garçon de cinq ans de Notre-Dame-de-Lourdes subit la première chirurgie à cœur ouvert. Il a un petit trou dans le cœur. La chirurgie, exécutée par une équipe composée des docteurs Cohen, chirurgien, Burrell, responsable du cœur-poumon artificiel, Culligan, anesthésiste, et sœur Yvonne Daigle, infirmière, dure sept heures. Le cœur de l'enfant repose dans la main du chirurgien pendant que ce dernier répare le trou. Pendant ce temps, des pompes font circuler le sang dans des tubes de plastique. Le cœur arrête pendant 8 minutes tandis que les organes restent ouverts 21 minutes. L'opération est un succès. Au cours de la première année, une dizaine de chirurgies sont accomplies et le nombre augmente à 25 l'année suivante.

Avec les années et la recherche, l'hôpital pratique de nouvelles opérations comme celle du traitement du durcissement des artères en 1965, le premier du genre au Canada.

L'Hôpital général Saint-Boniface devient le plus important centre pour les opérations au cœur au Manitoba. Durant les années 1970, plusieurs départements liés au traitement des maladies cardiaques voient le jour : l'unité des soins coronariens en 1970, la clinique de stimulation cardiaque en 1971 et l'unité de traitements cardio-vasculaires en 1980. Après avoir subi une chirurgie, les patients ont besoin d'aide à se rétablir. Le docteur David Mymin initie un programme de réadaptation qui se compose d'une série d'exercices pour retrouver une bonne condition de santé. Au début, les exercices se font à l'Université du Manitoba. À partir des années 1980, le programme est transféré au *Manitoba Cardiac Institute (Reh-Fit)*, situé sur l'avenue Taylor où il fait partie intégrale du programme cardio-vasculaire et reçoit

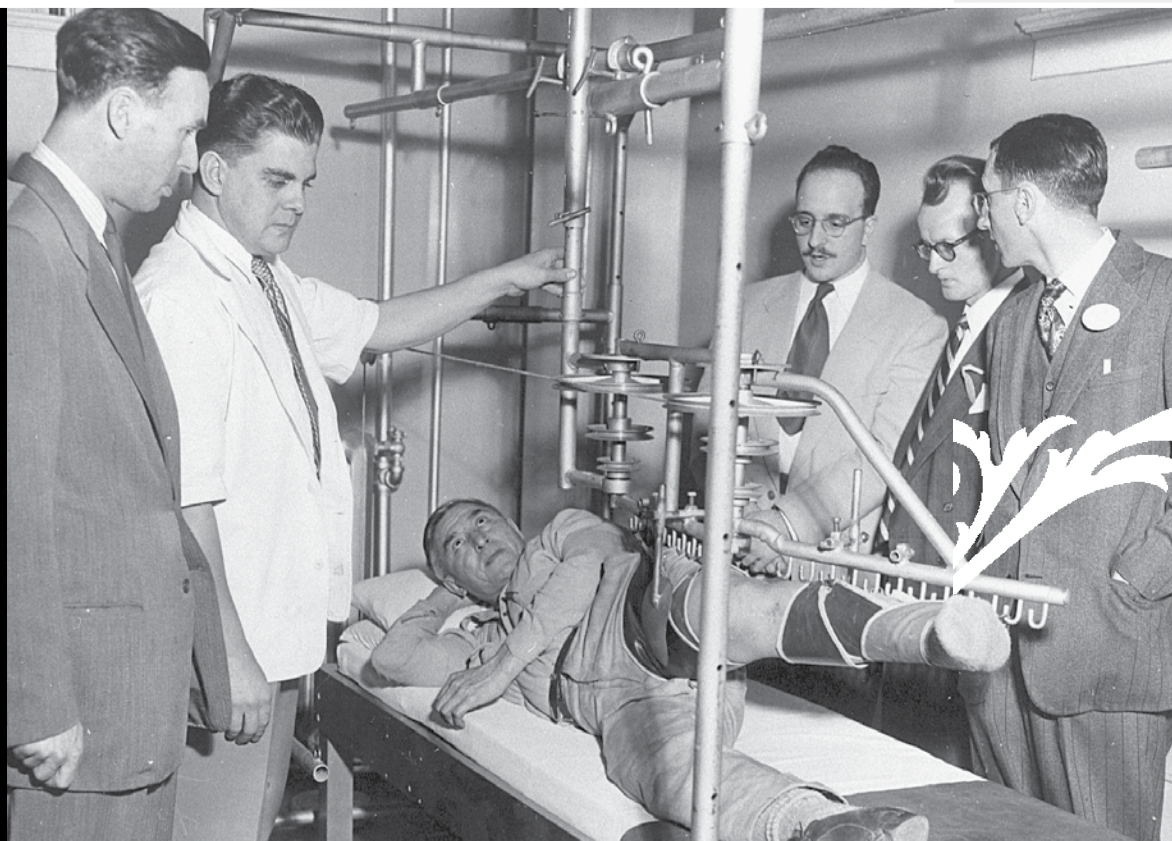
REORGANIZATION

In 1950, the various hospital wings all bore names of nuns such as Youville, St. Joseph and St. Marie. In 1956, the system was simplified by substituting these names with number-letter combinations such as 4B, 4C, 3C, etc., for these names. In addition, the rooms were completely remodeled. The wards were reorganized to make it easier to treat patients. In 1965-1966, the segregation of men and women was eliminated. Patients were placed in the hospital by categories, according to the diagnosis that was made of their condition upon admission.

This also meant that the hospital was better organized to teach interns as well as nurses. New departments were set up during the reorganization: a physiotherapy department in 1950, an intensive care unit in 1966, a nephrology department in 1971, etc. The housekeeping department was created in 1954. With the help of volunteers, a play therapy service was set up in the pediatrics department. Moreover, a teacher, Adrienne Marion, was hired to help children who had to miss school while in hospital.

The department that underwent the greatest transformation during the 1950s was cardiology. St. Boniface General Hospital's heart surgeon, Dr. Morley Cohen, was one of the first in Western Canada. Doctor Cohen returned from the University of Minnesota after having taken part in pioneer research in the field. With the help of Dr. Richard Burrell, he worked to set up an open-heart surgery unit in 1957. Having received the approval of the hospital's various committees, it now required a research laboratory, which was opened in 1957 after a \$30,000 grant was obtained from the provincial government. That year, the first heart catheterization was performed.

The first patient to undergo open-heart surgery was a five-year-old boy from Notre-Dame-de-Lourdes who had a small hole in his heart. The operation took seven hours



• Salle de physiothérapie, 1960

Physiotherapy Room, 1960

Les progrès en médecine ne se font pas sans la recherche; la mission de l'Hôpital général Saint-Boniface est d'assurer le progrès.

une somme importante de l'hôpital. L'Hôpital général Saint-Boniface est fier des progrès réalisés dans la recherche et le traitement des maladies cardiaques au cours des premières décennies du service.

La psychiatrie débute comme une expérience en 1951. Elle prend de l'ampleur et s'installe dans une salle du 5^e étage de l'hôpital. Le service de psychiatrie est le premier au Manitoba à s'intégrer dans l'hôpital; il y demeure jusqu'en 1981. C'est alors que l'ancienne résidence des internes, bâtie en 1969, est rénovée pour accommoder les patients. L'édifice porte le nom de McEwen et contient 56 lits pour patients. Tout est moderne. On trouve des jeux de billard, de ping-pong, une cuisine, une buanderie, etc. Les patients demeurent aussi indépendants que possible.

Durant les années 1970, le grand nombre de personnes âgées et de personnes ayant un handicap pose un problème à la société en général et au secteur des soins de santé en particulier. On bâtit une unité de soins prolongés comprenant cinq étages avec une capacité de 200 lits. Ce nouvel édifice ouvre en juin 1974, et peut accommoder les patients qui ont besoin de divers soins de réadaptation.

RECHERCHE

Les progrès en médecine ne se font pas sans la recherche; la mission de l'Hôpital général Saint-Boniface est d'assurer le progrès. Durant les années 1920, on bâtit un laboratoire de recherche sur les animaux. En 1954, l'hôpital construit un laboratoire au coût de 25 000 \$, que l'on nommera plus tard R.O. Burrell en souvenir d'un ancien médecin de l'hôpital. En 1957, on débute la recherche sur le cœur. Dix ans plus tard, l'Auxiliaire de l'hôpital donne 50 000 \$ pour les rénovations. Le laboratoire est reconnu à l'échelle mondiale pour ses recherches sur la circulation sanguine du myocarde et les problèmes des artères coronariens. Le laboratoire déménagera dans le Centre de recherche en 1987.

En plus de faire de la recherche, l'hôpital doit aussi acquérir des machines afin d'aider les médecins dans le traitement des patients. En 1966, la compagnie Philips de Eindhoven, aux Pays-Bas, choisit l'Hôpital général Saint-Boniface pour initier leur nouveau système de rayons X utilisé pour le cœur. Le service de cardiologie de l'hôpital est le premier récipiendaire au monde de cette machine qui prend des photos synchronisées du cœur humain au rythme de 200 prises à la seconde. Les images du cœur sont enregistrées sur bande magnétique et diffusées sur un écran de télévision, ce qui permet au médecin de rembobiner ou d'avancer l'image comme il le veut. L'hôpital paie 220 000 \$ pour l'équipement mais l'installation du système est gratuite. En 1987, l'Hôpital général Saint-Boniface fait l'acquisition d'un tomodynamomètre informatisé, une machine très utile pour les diagnostics.



• Pharmacie, 1965

Pharmacy, 1965

and was performed by Dr. Cohen, while Dr. Burrell ran the heart-lung machine. The anesthetist was Dr. Culligan, and Sister Yvonne Daigle was the attending nurse. The surgeon held the child's heart in his hand while he mended the hole. During that time, pumps circulated the child's blood through plastic tubing. The heart stopped beating for 8 minutes, and the organs remained exposed to the air for 21 minutes. The operation was a success. During the first year, a dozen such operations were carried out and that number rose to 25 the following year.

With time and research, the hospital came to perform new operations such as one for the treatment of hardening of the arteries in 1965, the first of its kind to be performed in Canada.

St. Boniface General Hospital became the top centre for heart surgery in Manitoba. During the 1970s, several departments related to heart disease were created: the coronary care unit in 1970, the pacemaker clinic in 1971, and the cardiovascular treatment unit in 1980. Once patients had undergone an operation, they still needed help to recover fully. Doctor David Mymin brought in a rehabilitation program made up of a series of physical fitness exercises. In the early days, these exercises were done at the University of Manitoba then, in the 1980s, they were transferred to the Manitoba Cardiac Institute (Reh-Fit) on Taylor Avenue. The program became an integral part of the cardiovascular program and received considerable sums of money from the hospital. St. Boniface General Hospital is proud of the advances made in heart disease research and treatment during the department's first decades of existence.

The psychiatry department was also created in the fifties. Started up on an experimental basis in 1951, it soon became a ward on the 5th floor of the hospital. This was the first inpatient psychiatric service in Manitoba. The psychiatric ward remained in the hospital until 1981 when the former interns' residence, built in 1969, was renovated to accommodate these patients. The McEwen Psychiatric Centre contained 56 beds for patients and offered all the modern conveniences: billiard and ping-pong tables, a kitchen, a laundry room, etc. Patients could thus lead their lives as independently as possible under the circumstances.

LA FONDATION DE RECHERCHE

Lorsque l'hôpital fête son centenaire en 1971, une organisation se forme dans le but d'encourager la recherche dans divers domaines médicaux. Elle adopte comme devise « Prolongez votre vie ». Le premier président est le sénateur Gildas Molgat, qui y siège jusqu'en 1976. La Fondation de recherche s'est donné comme objectif de recueillir cinq millions de dollars du public afin d'assurer la continuité de la recherche à l'hôpital. Par la suite, on abandonne l'idée d'un plafond des sommes d'argent à recueillir afin d'assurer le développement de la recherche. Tout chercheur qui veut bénéficier de l'appui financier de la Fondation doit présenter une demande de subvention. Au cours de la première année, environ 75 000 \$ sont accordés à la recherche dans différents domaines tels les causes de l'hypertension artérielle, l'artériosclérose (le durcissement des artères), l'effet du bruit sur un nouveau-né, le cancer du sein, etc. Cette tradition se poursuit afin d'encourager la recherche en soins de santé.

La Fondation a comme mandat de recueillir des fonds. On commence par faire appel au grand public. Mais ceci n'est pas suffisant. Alors en 1976, Samuel Cohen, ancien président du conseil d'administration de la Fondation, propose l'idée d'un banquet pour honorer différentes personnes dans le secteur de la médecine. Durant les premières années, le prix est décerné annuellement. Le premier récipiendaire du Prix international de la Fondation de recherche, d'une valeur de 20 000 \$, est le docteur Jonas Salk, biochimiste de renommée mondiale qui a mis au point le vaccin pour combattre la poliomyélite. L'année suivante, le docteur Christiaan Barnard, le premier à avoir exécuté une greffe de cœur, est le récipiendaire du prix. En 1987, le docteur Andrei Sakharov reçoit le prix mais ne peut le récupérer avant deux ans puisque l'Union soviétique refuse de le laisser sortir du pays pour des raisons politiques. Alors, le comité du Prix international décide de ne décerner le

• Célébrations
en l'honneur du
centenaire de
l'hôpital, 1971

Centennial
celebrations,
1971



During the 1970s, the rising number of elderly and disabled persons became a pressing problem for society in general and for the health care sector in particular. A new five-storey Extended Care Unit was built to house 200 beds. Opened in 1974, it could treat patients in need of various forms of rehabilitative care.

RESEARCH

Advances in medicine cannot take place without research and St. Boniface General Hospital made it its mission to ensure that they did. During the 1920s, an animal research laboratory was set up. Later, in 1954, the hospital built a laboratory at a cost of \$25,000. It would later be named to commemorate one of the hospital's former surgeons, Dr. R.O. Burrell. In 1957 heart research began. Then, years later, the St. Boniface General Hospital Auxiliary donated \$50,000 for renovations to the research laboratory. It was known worldwide for its research into myocardial blood flow and coronary heart disease. This laboratory would be moved into the Research Centre in 1987.

The hospital also needed equipment to assist physicians in treating their patients. In 1966, Philips, the Dutch company from Eindhoven, chose St. Boniface General Hospital to introduce their new heart X-ray system. The hospital's cardiology department was the first in the world to receive this machine, which took synchronized photographs of the human heart at a rate of 200 frames per second. The images of the heart could then be recorded on tape and shown on a television screen, enabling physicians to advance and back up the tape as needed. The hospital paid \$220,000 for the equipment but it was installed for free. It was in 1987 that St. Boniface General Hospital acquired a very useful diagnostic tool, a CT scanner.

THE RESEARCH FOUNDATION

When the hospital celebrated its 100th anniversary in 1971, a foundation was set up for the purposes of promoting research in various medical fields. Its motto was: "Prolong Your Life." The first chairperson, Senator Gildas Molgat, chaired until 1976. The Research Foundation set a target of \$5 million to be raised from the public sector to ensure continuity in the hospital's research. Later, the idea of setting an upper limit to the amount of money that could be collected for research development was dropped. Any researcher who wished to take advantage of the Foundation's financial support was required to submit a grant application. During the first year, some \$75,000 in grant funding was distributed for research in various fields such as the causes of high blood pressure or hardening of the arteries, the effects of noise on the newborn, breast cancer, etc. This tradition of promoting research in the health care field is still being carried on.

The Foundation's purpose was to raise money. A simple way of doing this was to call upon the public at large, but that was not enough. So it was that, in 1976, former Foundation chairperson, Samuel Cohen, came up with the idea of holding a dinner in honour of various individuals in the medical field. The first recipient of the \$20,000 Research Foundation International Award was Dr. Jonas Salk, the world renowned microbiologist who developed the first vaccine effective against poliomyelitis. The following year, it was





- Employés de la cuisine, 1977 prix qu'à tous les deux ou trois ans. Le banquet du Prix international s'avère un bon moyen d'amasser des fonds pour la Fondation de recherche. On récolte environ 150 000 \$ par banquet international.

Kitchen staff,
1977

Le club Kiwanis organise un marathon en 1977 dans le but de recueillir des fonds. Entre 1977 et 1986, on collecte au-delà de 225 000 \$ pour la Fondation de recherche. Malheureusement, le club Kiwanis n'organise plus de marathon.

La Fondation de recherche reçoit aussi des legs testamentaires; par exemple, celui de Minnie Mae Stevens qui laisse 250 000 \$ ou l'auteur Elizina Redstone qui lègue dans son testament les droits de ses ouvrages évalués à plus de 85 000 \$. En 1987, un encan de souliers est organisé. On vend au plus offrant des souliers ayant appartenu à des personnalités tels Paul Newman, Margaret Atwood, Evelyn Hart, Al Waxman et même ceux de la Supérieure provinciale des Sœurs Grises, sœur Marie Bonin! En plus de ses souliers, Paul Newman a donné à la Fondation une somme de 26 000 \$ des revenus de sa vinaigrette. Le gouvernement provincial contribue aussi à la fin des années 1980 par le biais des revenus de loterie. Cet argent sert surtout à construire l'édifice destiné à la recherche.

awarded to Dr. Christiaan Barnard, who had performed the world's first heart transplant. During the first few years, the prize was awarded annually until 1987, when Andrei Sakharov accepted the Award but was unable to claim it for two years, since the Soviet Union refused to allow him to leave the country for political reasons. The International Award Committee then decided to give out the award only every two or three years. The International Award Dinner proved to be an effective way to raise funds for the Research Foundation, bringing in some \$150,000 for each International Dinner.

Another way of raising funds was through the Kiwanis Club Marathon, first held in 1977. Between then and 1986, over \$225,000 was raised for the Research Foundation. Unfortunately, Kiwanis no longer runs the marathon. The Research Foundation also receives bequests, such as the one from Minnie Mae Stevens who left \$250,000 or author Elizina Redstone who bequeathed all royalties from her books, estimated to be worth over \$85,000. In 1987, a shoe auction was held. Shoes that had belonged to such personalities as Paul Newman, Margaret Atwood, Evelyn Hart, Al Waxman, and even the Grey Nuns' provincial superior, Marie Bonin, went to the highest bidder. Besides donating his shoes, Paul Newman also gave the Foundation \$26,000 from sales of his salad dressing. In the late 1980s, the provincial government also contributed to the Foundation through lottery revenues. This money was used primarily to erect the research building.

EDUCATION

Future doctors continue to get part of their training at St. Boniface General Hospital. During the 1960s, courses in medicine included gynecology, pathology, urology, general medicine and obstetrics. As the interns' 1925 residence had become too small, a new structure was built to house them. It had 27 apartments for married interns and 13 single rooms. The



• Le prince Philip, récipiendaire du Prix International, 1978

Prince Philip, International Award Recipient, 1978

ENSEIGNEMENT

Les futurs médecins continuent à recevoir une partie de leur formation à l'hôpital. Pendant les années 1960, le cours de médecine comprend entre autres la gynécologie, la pathologie, l'urologie, la médecine générale et l'obstétrique. La résidence des internes, bâtie en 1925, devient trop petite. Donc, en 1969, un édifice à 40 appartements est construit pour loger les internes et leur famille, si ceux-ci sont mariés. Les internes abandonnent cet édifice en 1981 lorsque le service de psychiatrie en prend possession. Aujourd'hui cet édifice se nomme McEwen.

L'édifice abritant les infirmières est agrandi. En 1953, on construit une aile de six étages pouvant recevoir 84 étudiantes. En tout, on peut en emménager au-delà de 200. C'est le Cardinal Paul-Émile Léger qui bénit le nouvel édifice le 10 août 1954. Au cours des cérémonies d'ouverture officielle, le magasin Eaton donne un magnifique piano à queue qui se trouve toujours dans le parloir.

L'école des infirmières forme principalement des infirmières autorisées. Durant les années 1940, les journaux annoncent une pénurie d'infirmières dans les hôpitaux manitobains. Pour aider à répondre à la demande, sœur Yvonne Prévost de l'Hôpital de Sainte-Rose développe un cours d'infirmière en 1943. Le cours comprend une formation sur place avec quelques classes sur la nutrition, les procédures de déplacement et la mise au lit des patients, l'anatomie et la physiologie. En 1945, le cours est approuvé par le Manitoba Association of Registered Nurses (MARN) et s'appellera L.P.N. (Licensed Practical Nurse). Le cours est ouvert aux femmes et plus tard, en 1962, aux hommes ayant au moins une dixième année et âgés de 17 à 35 ans. En 1946, le cours a lieu à Saint-Boniface où il se donnera jusque dans les années 1990.

En 1970, la durée du cours d'infirmière est réduite à deux années, comparé à trois ans auparavant. Les frais d'inscription au cours sont de 400 \$, ce qui comprend les livres, les uniformes, les frais de scolarité et d'obtention de diplôme. Par contre, la pension n'est pas incluse dans ce prix. Nouveauté de la période, les étudiantes, tout comme les infirmières, obtiennent la permission de porter le pantalon à l'ouvrage.

En 1976, l'Hôpital général Saint-Boniface a l'honneur de recevoir le Helene Fuld Trust. C'est le premier hôpital au Canada à recevoir ce prix. Établi en 1935 par le docteur Leonhard Felix Fuld et sa sœur Florentine en mémoire de leur mère Helene Fuld, ce fonds finance les projets de santé, d'éducation et de bien-être des étudiantes infirmières. L'école des infirmières reçoit 45 000 \$ de cette fondation. L'argent sert à améliorer la collection dans la bibliothèque et à acheter du matériel d'enseignement. Une dizaine d'années plus tard, l'hôpital reçoit encore de l'argent du Helene Fund Trust qu'on utilise pour la rénovation de la bibliothèque qui portera désormais son nom. L'hôpital a bien apprécié ce généreux don qui a aidé au développement de l'enseignement des infirmières.



- Le docteur Jonas Salk, 1^{er} récipiendaire du Prix International, 1976

Dr. Jonas Salk, 1st International Award Recipient, 1976

interns left the building in 1981 when the psychiatry department took over what is now called the McEwen Building.

The nurses' residence was expanded. In 1953, the hospital built a six-storey extension that could accommodate 84 student nurses. The residence could now house over 200 in all. Cardinal Paul-Émile Léger consecrated the new building on August 10, 1954. At the official opening ceremonies, Eaton's donated a magnificent grand piano, which is still in the parlour room to this day.

The School of Nursing trained registered nurses primarily. During the 1940s, newspapers warned of a shortage of nurses in Manitoba hospitals. In an effort to meet the demand, Sister Yvonne Provost of St. Rose Hospital developed a new course for nurses. It included on-site training with a few courses on nutrition, anatomy and physiology, as well as the procedures for moving patients and putting them to bed. In 1945, the course was approved by the Manitoba Association of Registered Nurses (MARN) and its graduates would be called LPNs (Licensed Practical Nurses). The course was open to women and later, in 1962, to men, who had at least a Grade 10 education and were between the ages of 17 and 35. In 1946, the course was moved to St. Boniface, where it would continue to be offered until 1990.

In 1970, the length of the nursing program was reduced to two years. Registration fees of \$400 included books, uniforms, tuition and graduation, but not room and board. A new development during this period was that student nurses as well as registered nurses were allowed to wear pants instead of dresses to work.

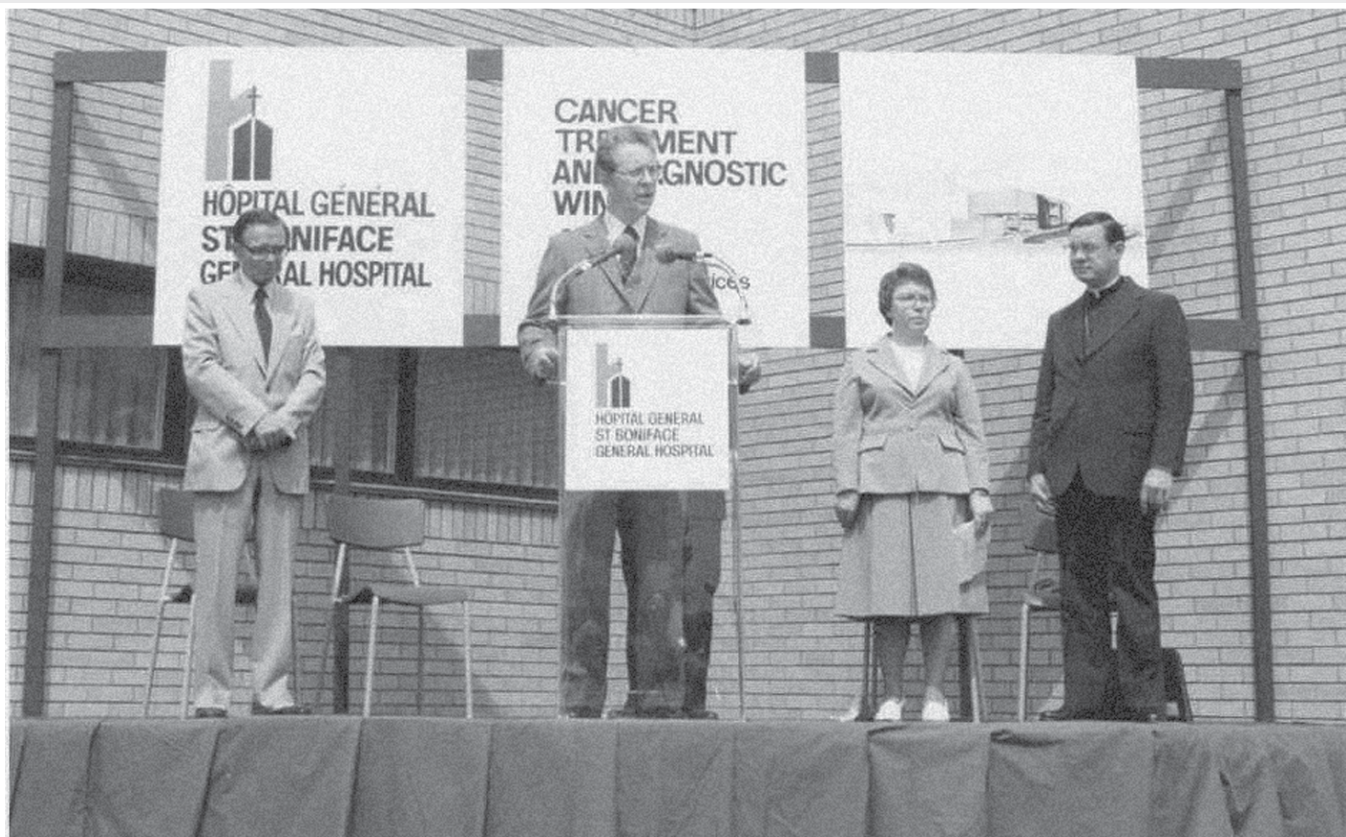
In 1976, St. Boniface General Hospital was honoured to be awarded the Helene Fuld Trust. It was the first hospital in Canada to be given this award. This fund had been set up in 1935 by Dr. Leonhard Felix Fuld and his sister Florentine, in memory of their mother, Helene Fuld, for the health, education and well-being of student nurses. The School of Nursing received \$45,000 from this trust. The money was used to upgrade the library collection and purchase teaching aids. Yet again, a decade later, the Helene Fuld Trust gave the school money, which was used to renovate the library that would come to be named after her. The hospital fully appreciated this generous gift that had been instrumental in developing nurses' education.

CHAPITRE/CHAPTER UNE CROISSANCE EN CRISE (1980-1995)

La période récente de l'histoire de l'Hôpital général Saint-Boniface est marquée par deux tendances majeures, qui paraissent contradictoires ou opposées. D'une part, l'établissement de santé poursuit durant les années 1980 la modernisation de ses installations et équipement afin de promouvoir la recherche et de demeurer à la fine pointe des développements de l'heure dans la prestation des soins de santé. D'autre part, ces dernières années l'hôpital doit traiter avec des restrictions budgétaires importantes qui entraînent une profonde révision de son fonctionnement et de ses services, pour ne pas dire de sa mission. Donc, au moment même où il acquiert une renommée internationale pour sa contribution à la recherche fondamentale en médecine, l'hôpital semble éprouver des difficultés croissantes à maintenir adéquatement ses services à la communauté et à s'adapter aux besoins changeants. Dans un contexte économique particulièrement difficile, l'hôpital n'échappe pas au mouvement de remise en question du rôle de l'État et des institutions publiques au sein de la société. Sans doute pour la première fois en ses 125 ans d'histoire, l'Hôpital général Saint-Boniface est confronté à une crise des fondements de sa croissance et de son développement. Chose certaine, en cette fin de siècle, le système des soins de santé a amorcé une période de profonde transition qui n'est pas sans susciter incertitudes et inquiétudes chez toutes celles et tous ceux concernés, que l'on soit employé d'un centre hospitalier ou bien l'un de ses bénéficiaires, présents ou futurs.

- Ouverture officielle du Centre de dépistage et de traitement du cancer, 1984

Official opening of the Cancer Diagnostic and Treatment Center, 1984



5

DEVELOPMENT IN TIMES OF CRISIS (1980-1995)

The recent history of St. Boniface General Hospital has been dominated by two major trends that would seem contradictory or, at the very least, incompatible with each other. On the one hand, the health care institution has continued to update its facilities and equipment with a view to promoting research and keeping pace with the latest developments in the health care field. On the other hand, in the past few years, the hospital has had to deal with major budget cuts, requiring it to thoroughly review its operations and services, not to speak of its mission. Thus, while it was earning an international reputation for its contributions to basic medical research, the hospital was finding it increasingly difficult to adapt to changing needs and offer adequate services to the community. In this context of particularly trying economic times, the hospital was not immune to the impact of the government's move to revisit the role it plays in society's public institutions. No doubt for the first time in its 125-year history, St. Boniface General Hospital had to face a crisis that was affecting the very foundations of its growth and development. One thing is certain: at the close of the century, the health care system has entered upon a period of profound change that cannot help but deeply concern all involved, be they hospital employees or clients, present or future.

CONSTRUCTION

In the 1980s, St. Boniface General Hospital once again entered into a period of construction that included various projects to renovate existing buildings and remodel offices, wards and entire departments.

The media event of the decade was certainly the building of the Research Centre. Launched in 1984, the \$11-million project was financed through funds the Research Foundation had collected from private and public sources. The Duke and Duchess of York presided at the official opening of the Centre, which took place on July 22, 1987. The four-storey, 96,000-square-foot building houses research laboratories, of course, but also has a library, administrative offices and an auditorium. The Centre strives to offer facilities and equipment that are sophisticated enough to attract qualified medical scientists and researchers whose research grants and work will enhance the hospital's reputation within the global scientific and medical community. The Centre concentrates its work in three primary areas: basic and applied cardiovascular sciences, magnetic resonance imaging and spectroscopy, and neurodegenerative disorders.

1980

CONSTRUCTION

Durant les années 1980, l'Hôpital général Saint-Boniface se lance une fois de plus dans une période de grande construction, comprenant diverses entreprises de rénovation des bâtiments existants et de nombreux réaménagements des espaces, locaux et services.

L'événement médiatique par excellence durant la décennie est sans contredit la construction du Centre de recherche. Amorcée en juin 1984, la construction est financée au coût de plus de 11 millions de dollars grâce à des contributions des secteurs privé et public qu'a recueillies la Fondation de recherche. L'ouverture officielle du Centre a lieu le 22 juillet 1987 en présence du Duc et de la Duchesse de York. Doté de quatre étages et d'une superficie de 96 000 pieds carrés, l'édifice moderne abrite des laboratoires de recherche, bien sûr, mais aussi une bibliothèque, des bureaux administratifs et un auditorium. Le Centre vise à offrir des installations et un équipement de pointe susceptibles d'attirer des chercheurs et des scientifiques médicaux qualifiés qui, avec leurs subventions de recherche et leurs travaux, favorisent en retour la renommée de l'hôpital au sein de la communauté scientifique et médicale internationale. Le Centre poursuit l'excellence scientifique dans trois principaux domaines : les maladies cardiovasculaires, l'imagerie par résonance magnétique et la spectroscopie, ainsi que les troubles dégénératifs liés au vieillissement.

À la fin des années 1980, un projet de construction d'envergure visant à moderniser le centre hospitalier est entrepris : le projet du côté ouest. Évalué à 42 millions de dollars, il représente le plus important plan d'aménagement d'installations de toute l'histoire de l'hôpital. Au cours des années 1990 et 1991 est complété le premier stade, comprenant l'aménagement d'une tour de laboratoires (destinée à l'immunologie, la biochimie, l'hématologie, la microbiologie et la pathologie), un vestiaire du bloc opératoire, des installations de traitement des instruments, de nouveaux entrepôts et de nouveaux locaux de réception des marchandises. La deuxième phase, officiellement ouverte en juin 1992, comprend surtout un nouveau bloc opératoire de 14 salles qui remplacent celles des années 1950. Cette mise à jour des installations permet l'adaptation aux technologies de pointe et aux avancements médicaux. En effet, les nouvelles salles d'opération sont plus spacieuses, davantage insonorisées et munies d'un échangeur d'air moderne et complexe. On retrouve aussi une salle de réveil de 23 lits et des locaux d'appui : trois salles de préparation à l'anesthésie, une salle d'autopsie, une morgue, une salle de visite pour la famille, une salle de microscopie électronique ainsi que des cliniques destinées aux pathologistes. Enfin, la troisième phase, réalisée en 1993, renferme une unité préopératoire (10 lits), des unités administratives au bloc opératoire et un laboratoire d'immunologie.

Dans l'ensemble, ces constructions, rénovations et réaménagements visent surtout à encourager la modernisation des installations de l'hôpital, à agencer plus efficacement l'espace pour l'intégration et l'utilisation de nouveaux appareils, instruments et équipements. Selon la direction de l'établissement, ces innovations sont indispensables afin de s'engager dans le XXI^e siècle.



At the end of the 1980s, another major construction project was undertaken to update the hospital complex: the West Side Project. Estimated at \$42 million, it would be the most extensive capital construction project the hospital had ever undertaken. Phase One of the project, completed in 1990-1991, consisted of a new laboratory tower (for immunology, biochemistry, hematology, microbiology and pathology), an operating room locker, instrument processing facilities, as well as the new Stores and Receiving Area. Phase Two was officially opened in June of 1992. It provided 14 new operating room theatres to replace those built in the early fifties, updating the facilities to adapt to state-of-the-art technologies and medical advances. Indeed, the new operating rooms were larger and more soundproof, with a modern, sophisticated air-exchange system. This phase also included a 23-bed recovery unit and space for important support departments such as three induction rooms, a new autopsy suite, a morgue, a family lounge, an electron microscope suite and pathologists' clinical offices. Finally, Phase Three, which was finished in 1993, included a 10-bed pre-operative holding area, an anesthetic control room, administrative offices and an immunology laboratory.

• Mère Teresa, récipiendaire du Prix International, 1982

Mother Teresa, International Award Recipient, 1982

RECHERCHE, TECHNOLOGIE ET DÉVELOPPEMENT

Au cours des dernières années, l'hôpital a été le théâtre de nombreux changements et innovations touchant autant le domaine médical et des soins de santé à proprement parler que celui de la gestion et de l'administration. Notons que plusieurs de ces changements se veulent le produit ou à tout le moins le reflet des préoccupations croissantes envers la réduction des coûts opérationnels de l'hôpital et l'augmentation de l'efficacité du travail qui y est effectué, cela dans un contexte de restrictions budgétaires que nous aborderons un peu plus loin.

En 1988, des équipes de l'hôpital et de la firme américaine UNISYS amorcent la première phase du projet d'implantation d'un système automatisé et informatisé du traitement et de la circulation de données et d'information à l'intérieur de l'hôpital, le « Integrated Hospital Information System (IHIS) », un projet d'une valeur de 10,5 millions de dollars. Ce système, qui allait faire de l'Hôpital général Saint-Boniface un modèle international, permet tout d'abord une consultation instantanée de l'information touchant les admissions, les congés et les transferts entre services des patients. Le système s'étend ensuite à la plupart des services en intégrant diverses fonctions financières et comptables. Son implantation conduit à une importante restructuration du service de traitement d'informations qui doit, entre autres, aménager dans des locaux situés au sein d'un nouveau bâtiment, le pavillon « Z ». La direction de l'hôpital se réjouit des gains en efficacité que ce système doit procurer à la gestion des ressources de l'établissement. Par exemple, les directives médicales sont dorénavant entrées dans le système et acheminées aux services concernés, comme la radiologie, et les résultats d'examens sont accessibles dès leur entrée dans l'ordinateur. Progressivement, ce sont les dossiers complets de tous les patients qui seront consignés et mis à jour dans le système. Cette automatisation du traitement et de la circulation de l'information, qui est étroitement liée aux réaménagements de différents services à l'hôpital (urgence, soins intensifs, soins pré et post-opératoires dont la récente salle de réveil), touche directement les tâches liées aux soins des patients et modifie d'une manière importante le travail à l'hôpital, particulièrement celui du personnel infirmier.

L'automatisation et l'informatisation s'étendent aussi depuis ces dernières années à des domaines spécialisés. C'est le cas, par exemple, de l'appareil « Immuno ». Mis au point par la société Miles Laboratories et introduit à l'hôpital en 1994, une première au Canada, cet appareil permet de réaliser plus efficacement et surtout plus rapidement des analyses sanguines chez certains patients et la communication de leurs résultats par ordinateur. Le nouvel instrument devrait permettre une accélération du diagnostic, voire du traitement, selon le cas.

La radiologie connaît aussi des développements significatifs, étroitement liés à l'expansion de l'oncologie. En 1984, on ouvre une nouvelle aile de trois étages abritant le Centre de dépistage et de traitement du cancer ainsi que des services de radiologie et d'échographie. L'installation entre autres du célèbre tomodynamomètre, le deuxième dans la province, permet désormais d'effectuer sur place des analyses radiologiques et tomographiques des tissus de la tête et du corps d'une précision et d'une rapidité inédites. L'équipement ultrason

Called the Integrated Hospital Information System (IHIS), it was a \$10.5-million project that would make St. Boniface General Hospital a model for the rest of the world.

Overall, the main purpose of these construction and renovation projects was to modernize the hospital's facilities and organize the physical space more efficiently. This was necessary to bring in and make use of new devices, instruments and equipment—all innovations that, in the eyes of the administration, were vital to take the institution into the 21st century.

RESEARCH, DEVELOPMENT AND TECHNOLOGY

Over the past few years, the hospital had been the scene of a number of changes and innovations involving the medical and health care field itself, as well as management and administration. It should be noted that a number of these changes were the natural outcome or, at the very least, the reflection of increasing concerns about reducing the hospital's overhead costs and improving the efficiency of the work carried out, all within a context of budget cutbacks, which will be dealt with further on.

In 1988, teams from St. Boniface General Hospital and the American firm UNISYS initiated the first phase of a project to set up an automated, computerized system to process and circulate data and information within the hospital. Called the Integrated Hospital Information System (IHIS), it was a \$10.5-million project that would make St. Boniface General Hospital a model for the rest of the world. This system made it possible to look up information instantly on patient admissions, discharges and transfers to different wards. It extended to most departments by integrating various financial and accounting functions. Bringing in this new system led to a major reorganization of the information services department that, among other things, required it to move into offices located in Block Z of the new building. The hospital administration was very pleased with the increased efficiency the system had brought to resource utilization management. For instance, medical instructions were now entered into the system and sent on to the wards or departments concerned, such as radiology. Test results were accessible as soon as they were entered into the computer. Eventually, full records of all patients were systematically entered and updated. Automating information processing and circulation, which was closely linked to the reorganization of the hospital's various departments (emergency, intensive care, pre- and postoperative care including the new recovery unit), had a direct impact on the tasks associated with patient care and significantly modified the work to be done at the hospital, especially that performed by the nursing staff. At the close of the century the system is still in the early stages of development.

During these last few years, automation and computerization have also been extended to specialized areas. Such was the case, for instance, with the "Immuno" apparatus developed by Miles Laboratories and introduced into the hospital in 1994. This Canadian first made it possible to perform and analyze blood tests for certain patients more efficiently and, most important, more quickly. This new equipment was intended to speed up diagnosis and, in some cases, even treatment, ultimately leading to a reduction in the number of hospital admissions and the length of stays.

Radiology also underwent significant changes closely tied to the expansion of the oncology department. In 1984, a new three-storey annex housing the Cancer Diagnostic and



s'avère l'un des plus modernes au pays et grâce à lui, on envisage de doubler le volume des diagnostics quotidiens. Notons enfin l'installation d'une unité de traitement au cobalt, dont l'appareil a été fabriqué par Énergie atomique du Canada, qui permet un traitement sous divers angles sans déplacer le patient.

L'Hôpital général Saint-Boniface est le premier établissement dans la province à acquérir, en 1990, le complexe appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'IRM est un instrument à la fine pointe de la technologie médicale, produisant par ordinateur des images très claires et précises des parties de l'anatomie et servant au diagnostic de tumeurs ou de maladies à un stade précoce. On acquiert l'appareil au coût de 4,8 millions de dollars, financé par l'intermédiaire de la Fondation de recherche, par la communauté et les gouvernements fédéral et provincial, et on l'installe dans un nouvel édifice adjacent au Centre de recherche.

Grâce au partenariat entre la Fondation manitobaine de traitement du cancer et de recherche en oncologie et l'Hôpital général Saint-Boniface, le pavillon d'oncologie connaît une phase d'agrandissement dont la principale composante est l'ouverture, en 1993, d'une nouvelle unité de radiothérapie. Cette unité comprend notamment un accélérateur linéaire (Linac), fabriqué par la firme Siemens Electric, pouvant traiter des tumeurs cancéreuses chez environ 350 patients par année.

Puis, en mai 1995, l'hôpital devenait une fois de plus le premier établissement hospitalier de la province à s'équiper d'un nouveau système d'imagerie à ultrasons (système PACS). Celui-ci permet de relier l'appareil à ultrasons à un ordinateur et à un moniteur qui reçoivent et sauvegardent les images balayées par le radiologue ou le technologue. L'analyse radiologique s'en trouve facilitée, ce qui devrait permettre d'en accroître le nombre et le rythme.

• Ouverture officielle du Centre psychiatrique McEwen, 1981

Official Opening of the McEwen Psychiatric Centre, 1981



A rise in the number of cancer patients explains in great part the heightened importance of the palliative care program.

Treatment Centre, along with radiology and ultrasound services, was officially opened. Installing the famous CAT scanner, the second in the province, made it possible to carry out on-site radiological and tomographical analyses of tissues throughout the body with a precision and speed never seen before. The Centre's ultrasound equipment proved to be among the most modern in the country and enabled the hospital to double the volume of diagnoses scheduled for each day. Lastly, we should mention the installation of the cobalt treatment unit. This equipment, manufactured by Atomic Energy of Canada, made it possible to treat patients from various angles without having to move them around during the treatment.

In 1990, St. Boniface General Hospital became the first institution in the province to acquire the sophisticated magnetic resonance imager (MRI). It was installed in a new facility adjacent to the Research Centre at a cost of \$4.8 million, funded through the Research Foundation, the community and the federal and provincial governments. The MRI scanner is a cutting-edge medical technology tool that produces highly accurate and clear computer images of various parts of the anatomy. Thus it is used for the early diagnosis of tumors and other illnesses.

The oncology ward underwent an expansion phase, the main element of which was the 1993 opening of the new radiotherapy unit at St. Boniface General Hospital in partnership with the Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation. This unit includes, among others, a linear accelerator (or Linac) built by Siemens Electric that makes it possible to treat cancer tumors of about 350 patients a year.

Again, in May of 1995, St. Boniface General Hospital became the first health care facility in the province to be equipped with a new ultrasound imaging system called the Picture Archiving and Communication System (PACS). This system facilitates radiological analyses by linking an ultrasound device to a computer and monitor that receive and record images scanned by radiologists or technologists.

Along with technological advances in diagnosing and treating cancer, St. Boniface General Hospital quickly became a world-renowned centre for its research and work on enhancing the quality of life of its cancer patients toward the end of the 1980s. It was in fact at the hospital that tools to measure this "quality of life" were developed in an aim to determine which treatments would least disrupt a patient's daily life. A rise in the number of cancer patients explains in great part the heightened importance of the palliative care program. This program, which dates back to 1974, was another first in the country. A 12-bed unit at the outset, the service was quickly extended significantly, both in the area of hospital care and home care, to the point where it became the main focus of the shift to ambulatory care in recent years.

Computers and electronics, along with the latest video technologies associated with them, have also witnessed their applications being extended into the surgical field, thus simplifying the practice of microsurgery and laparoscopic surgery. These advanced technologies also make it possible to significantly reduce the length of patients' stay in hospital and recovery periods.



L'augmentation du nombre de patients atteints du cancer explique pour une bonne part l'importance accrue du programme de soins palliatifs. Créé en 1974, ce programme constituait à l'époque une première au pays.

Parallèlement à l'avancement technologique dans le dépistage et le traitement du cancer, l'hôpital devient rapidement à la fin des années 1980 l'un des centres reconnus mondialement pour ses recherches et travaux sur la qualité de vie des patients souffrant du cancer. C'est d'ailleurs à l'hôpital que furent développés des instruments de mesure de cette qualité de vie, ayant pour objectif de déterminer les traitements qui perturberaient le moins possible la vie quotidienne du patient. L'augmentation du nombre de patients atteints du cancer explique pour une bonne part l'importance accrue du programme de soins palliatifs. Créé en 1974, ce programme constituait à l'époque une première au pays. D'une unité de 12 lits à l'origine, le service a connu une expansion significative et rapide, tant sur le plan des soins hospitaliers que ceux à domicile, au point de constituer l'une des principales cibles du virage ambulatoire entrepris ces dernières années.

L'ordinateur, l'électronique, ainsi que les plus récentes techniques vidéo qui y sont associées, voient aussi leurs applications s'étendre à la chirurgie, en favorisant grandement la pratique de la microchirurgie et de la laparoscopie. Ces techniques de pointe promettent entre autres une réduction significative de la durée du séjour à l'hôpital et de la convalescence du patient. Avec l'ouverture, en février 1980, d'une nouvelle unité de traitement cardiovasculaire, l'Hôpital général Saint-Boniface continue d'être un centre important au Manitoba pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque. D'ailleurs, en 1984, des médecins chirurgiens de l'hôpital sont appelés à diriger le programme provincial de chirurgie cardiaque, visant à coordonner l'ensemble de la chirurgie cardiaque, de la recherche et de l'éducation dans la province. Ce programme repose sur la collaboration de l'Hôpital général Saint-Boniface, du Health Sciences Centre, de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba et enfin la de Commission des services de santé du Manitoba. Notons finalement que l'hôpital devient en 1992 le premier établissement nord-américain à implanter un nouveau type de stimulateur cardiaque, le *Legend Plus*. Ce nouvel appareil, muni d'un double capteur et d'un ventilateur automatique servant à surveiller l'oxygène requis, représente une étape clé dans le traitement de certains patients cardiaques. C'est une étape de plus dans le développement et la renommée de la Clinique de stimulateur cardiaque de l'hôpital, créée en 1965.

Les services de gynécologie et d'obstétrique sont d'autres secteurs de l'hôpital à connaître une importante phase d'expansion durant les années 1980, tant dans l'aménagement spatial que dans la nature et l'organisation des soins prodigués. Parmi les changements, mentionnons en 1983-1984 les rénovations majeures qui sont apportées aux trois pouponnières de l'hôpital, correspondant aux trois principales évaluations des nouveau-nés : normal, intermédiaire et critique. De plus, une salle d'observation et de triage est ajoutée. Une unité de soins centrés sur la famille (12 lits) est aussi mise sur pied. Ici, la mère et son nouveau-né partagent une même chambre sous la surveillance d'une infirmière spécialisée. Ceci contribue à l'amélioration des contacts familiaux après l'accouchement tout en encourageant le développement rapide des soins maternels au profit d'une réduction de coûts en soins infirmiers. Enfin, en 1984, deux chambres de naissance sont créées.



• Laboratoire
du Centre de
recherche
c1990

Research
Center Lab
c1990

With the opening of its new cardiovascular unit in February 1980, St. Boniface General Hospital continued to be one of Manitoba's major cardiology and heart surgery centres. In fact, in 1994, the hospital's surgeons were asked to run the province's heart surgery program, the purpose of which was to coordinate all heart surgery, research and education in the province. This program involved St. Boniface General Hospital, Health Sciences Centre, the Faculty of Medicine, the University of Manitoba and the Manitoba Health Services Commission, which all joined forces. Lastly, in 1992, St. Boniface General Hospital became the first institution in North America to fit patients with a new type of pacemaker called the Legend Plus. This new device, equipped with a double sensor and automatic ventilator to monitor the amount of oxygen required by the host, was a key step in treating certain heart patients and a move forward in the development and renown of the hospital's Pacemaker Clinic that dates back to 1965.

Obstetrical and gynecological services are other sectors in the hospital that have undergone significant expansion during the 1980s, in terms of space as well as in the nature and organization of the care being delivered. Among these changes, we should mention the major alterations done in 1983-84 to the hospital's three nurseries. Each nursery corresponds to the three main assessments of newborns: normal, intermediate and intensive care. To this was added a triage nursery for the observation and assessment of newborns. A 12-bed Family-Centered Care Unit was also set up in which mothers and their newborn babies room together under the care of a specially trained nurse, thus fostering increased contact between newborn babies and their families after birth, as well as promoting the rapid development of maternal skills, while reducing nursing care costs. Finally, two Alternate Birthing Centres (ABC rooms) were set up in 1984.

LA CRISE DU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ

Au cours des dernières années, une variété de facteurs se sont combinés pour ébranler sérieusement les fondements du système des soins de santé canadien avec à l'avant-scène son régime hospitalier. Plusieurs éléments ont contribué à la hausse importante de la demande de services auprès d'établissements comme l'Hôpital général Saint-Boniface depuis quelques décennies. Le vieillissement de la population et la hausse dans l'espérance de vie sont liés entre autres aux progrès technologiques et thérapeutiques. Les modes de vie des populations ont évolué vers une société davantage soucieuse de sa santé et son bien-être. De plus, la tendance à dépendre de plus en plus des soins hospitaliers, une retombée de l'accès universel aux soins de santé depuis plus de trente ans, augmente le nombre de visites à l'hôpital. L'augmentation conséquente des ressources et des coûts, l'intensification des soins spécialisés et de courte durée, particulièrement dans un contexte économique marqué par l'inflation, ont ni plus ni moins obligé l'hôpital à réagir et à s'adapter à un fait de civilisation qu'il a lui-même contribué à créer.

En dépit de signes précurseurs sans doute évidents à la fin des années 1970, la crise ne se révèle avec force qu'à partir de 1983-1984 lorsque l'hôpital est confronté à une pénurie de lits disponibles et à un engorgement critique de la salle d'urgence. On constate qu'un nombre croissant de lits sont occupés par des patients nécessitant des soins personnels de moyenne ou de longue durée alors que s'accroît sensiblement le nombre de cas sévères à l'entrée. Ceci met à l'épreuve les ressources humaines, techniques et financières des unités d'urgence, d'observation, de radiologie, de médecine et de chirurgie. En 1985, par exemple, 46 000 patients ont été traités à l'urgence par un personnel à temps plein composé de 12 médecins et de 80 membres des équipes infirmières et de soutien. La direction de l'hôpital juge alors nécessaire de regrouper ses activités afin d'éliminer de tels engorgements qui, selon elle et aux yeux du personnel médical, menacent la qualité et l'accessibilité des soins prodigués aux patients.

En 1985, afin de mieux planifier le travail et les besoins, l'administration des services infirmiers met au point une méthode d'évaluation et de classification des patients selon le degré de gravité de leurs maux ou maladies et de leur dépendance des soins infirmiers. Six niveaux ont été ainsi définis, allant des cas les plus stables aux cas les plus critiques. L'étude a permis de constater entre autres une réduction de 45 % des cas de niveau 1 entre les années 1979 et 1984 et une augmentation pour tous les autres niveaux, tout particulièrement une hausse dramatique de 430 % des cas de niveau 6. Cet accroissement révélateur du nombre de malades sérieux a entraîné logiquement une hausse parallèle des coûts en soins spécialisés.

Face au problème de l'engorgement des unités d'urgence et d'observation, le président de l'hôpital, Tony Quaglia, forme en 1986 un comité d'opération chargé de développer et d'appliquer un plan de regroupement des services cliniques. Dans un premier temps, on impose une restriction sévère de 48 heures aux admissions dans deux départements, la médecine familiale et la médecine interne, afin de libérer rapidement des lits pour les patients en attente dans les salles d'urgence et d'observation. Puis, de nouvelles politiques

In 1985, for instance, 46,000 patients were treated in the emergency department by a full-time staff of 12 physicians and 80 nursing and support team members.

HEALTH CARE SYSTEM CRISIS

Over the last few years, a variety of factors have combined to seriously shake the foundations of the health care system in Canada, medicare being front and centre. The aging population, the rising life expectancy (two factors that are linked to advances in technology and treatment, among other things), changes in the lifestyles of people who have become more concerned with their health and well-being, not to mention a tendency to develop a certain dependency on hospital care—the result of over thirty years of universal access to health care—go a long way to explain the significant increase in demand on the services of hospitals like St. Boniface General Hospital. The subsequent increase in resources and costs, the development of specialized and acute care, especially in an economic context dominated by inflation, have forced St. Boniface General Hospital to take action and adapt to a fact of modern life that it had helped create.

Despite the warning signs that were no doubt evident at the end of the 1970s, the extent of the crisis was only felt toward 1983-84 when the hospital was faced with a shortage of beds and critical overcrowding of its emergency department. It was found that an increasing number of beds were occupied by patients in need of medium- to long-term personal care, while the number of serious cases being admitted was rising noticeably. This was taxing on the human, technological and financial resources of the emergency, observation, radiology, medical and surgical units beyond their capacity. In 1985, for instance, 46,000 patients were treated in the emergency department by a full-time staff of 12 physicians and 80 nursing and support team members. The hospital administration deemed that it would be necessary to consolidate its activities if it was to eliminate this overcrowding which, according to them and the medical staff, threatened the quality and accessibility of the health care given to patients.

In 1985, in order to better plan the work to be done and determine the hospital's needs, the administration of nursing services developed a method of assessing and classifying patients according to the seriousness of their pain or illness, and their dependency on health care services. Thus, six different levels were defined, ranging from the most stable to the most critical cases. Among other things, the study found a 45% drop in Level 1 cases between 1979 and 1984, while there was an increase in all other types of cases. This was particularly true of Level 6 cases, which had risen a dramatic 430%. This increase in the number of patients in serious condition brought with it a corresponding rise in specialized-care costs.

Faced with the problem of overcrowded emergency and observation rooms, hospital president Tony Quaglia set up an operations committee to develop and implement a clinical services consolidation plan. First, a strict 48-hour limit was imposed on admissions in two departments—family practice and internal medicine—to free up beds more quickly for patients waiting in the emergency and observation rooms. Next, new policies were introduced to improve management of the patient admission and discharge systems, which ultimately would reduce the length of the average stay.



sont introduites pour améliorer la gestion du système d'admission et de congé des patients et, par conséquent, de réduire la durée moyenne de séjour à l'hôpital.

Mais voici qu'au moment même où l'hôpital traite d'une augmentation importante de ses coûts d'opération, son principal bailleur de fonds, le gouvernement provincial, annonce un blocage des subventions aux hôpitaux de la province pour l'année financière 1988. Cette annonce se fait par l'entremise de la Commission des services de santé du Manitoba. La mesure oblige l'Hôpital général Saint-Boniface à fonctionner à l'intérieur de paramètres budgétaires rigides, indépendamment de l'intensité, de la fréquence ou encore de l'inflation des coûts de ses programmes et services. La direction de l'établissement décide alors d'entreprendre une révision en profondeur du fonctionnement entier de l'hôpital et de mettre en place des plans stratégiques d'opération successifs. Le but est d'éliminer le déficit existant et de ramener les coûts d'opération à l'intérieur des nouvelles limites budgétaires autorisées. Cette révision entraîne inévitablement une réduction de lits, des services et du personnel à l'intérieur de l'hôpital. Comme tenait à le souligner le président du conseil d'administration, Patrick Doyle, dans son rapport annuel pour l'année 1986-1987 : *[...] la Mission de l'Hôpital explique que « son mandat d'hôpital général limite nécessairement son pouvoir de servir personnellement tous ceux dans le besoin soit parce qu'on ne peut répondre adéquatement à leurs besoins dans un cadre hospitalier, soit parce que les ressources de la communauté hospitalière sont insuffisantes pour pouvoir répondre à tous leurs besoins. La communauté hospitalière étant dans l'impossibilité d'assister toutes les personnes qui réclament leur aide, l'hôpital devra être sélectif, dans une certaine mesure, s'il veut atteindre ses objectifs ».*

En mai 1988, le conseil d'administration annonce avec une certaine fierté que l'hôpital a réussi, grâce à son plan d'opération et de réduction des coûts, à réduire son déficit de trois millions de dollars. L'année suivante, l'hôpital annonce un budget équilibré, démontrant qu'il s'est ajusté aux limites imposées à ses revenus. De plus, un plan stratégique d'envergure qui touche tous les secteurs est élaboré en vue de planifier et d'orienter l'organisation de l'établissement pour les dix années suivantes. Le mot d'ordre des années 1990 devient alors : trouver et maintenir l'équilibre entre la qualité des soins de santé et les exigences ou responsabilités financières et fiscales. S'amorce alors, de concert avec le gouvernement manitobain, une réforme en profondeur du système hospitalier.

LA RÉFORME DU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ

En 1992, le gouvernement provincial rend public son nouveau plan d'action pour un meilleur système de santé au Manitoba. Essentiellement, ce plan prévoit pour l'année 1992-1993 un transfert des ressources des deux hôpitaux d'enseignement, soit l'Hôpital général Saint-Boniface et Health Sciences Centre, aux autres niveaux de soins de santé dans la ville de Winnipeg. Le but est d'encourager le développement des soins à domicile et d'autres services d'aide. C'est en quelque sorte le début officiel au Manitoba du virage ambulatoire dans les soins de santé. Dans une période marquée par une hausse des coûts des services hospitaliers (traitements, salaires, technologie, médicaments, fournitures médico-chirurgicales, etc.), cette réduction des fonds alloués entraîne des répercussions

While the hospital was facing significant increases in its overhead costs, its main source of funding, the provincial government, announced through the Manitoba Health Services Commission that grants to the province's hospitals would be frozen for the 1988 fiscal year. This forced St. Boniface General Hospital to operate within strict budget parameters, regardless of the complexity of the care it had to provide, the uniqueness of its programs and the impact of inflation on the costs of its programs and services. The reaction of the hospital's administration was to conduct a thorough review of its entire operations by implementing a series of strategic plans. The purpose of the exercise was to eliminate the current deficit and to bring operating costs back down to be in line with the limits of the new budget restrictions. This review inevitably led to cutting down on beds, services and staff within the hospital. As Dr. Patrick Doyle, chairperson of the hospital Board, pointed out in his 1986-1987 Annual Report:

[...] the mission statement of the hospital explains that "its mandate of being a general hospital inevitably limits its ability to personally serve all the needy either because their needs cannot be adequately met within the framework of a hospital, or because the resources of the hospital community are not adequate to meet all their needs. As the hospital community is unable to assist everyone who calls upon it for help, the hospital must be selective, to a certain extent, if it is to meet its goals."

In May of 1988, the Board of Directors announced with obvious pride that, thanks to its operating plan and cost-cutting measures, the hospital had succeeded in reducing its deficit by \$3 million. The following year, the hospital presented a balanced budget, demonstrating that it had adjusted to the constraints imposed by its limited income. Moreover, a broad-ranging strategic plan involving all sectors was developed to give direction to and plan the institution's organization for the next ten years. The watchword of the 1990s had become to find and maintain a balance between quality health care services and the hospital's financial and fiscal obligations or responsibilities.

REFORM OF THE HEALTH CARE SYSTEM

In 1992, the provincial government announced its new action plan for an improved health care system in Manitoba. For the 1992-1993 fiscal year, the plan essentially consisted of transferring the resources of the two teaching hospitals—St. Boniface General Hospital and Health Sciences Centre—to various other levels of health care facilities and services throughout the city of Winnipeg. This was to promote the development of home care and other support services. To some extent, this was the official launching of the transition toward ambulatory services in the Manitoba health care system. The decrease in grants, in the context of rising costs for hospital services (treatment, salaries, technology, drugs, medical and surgical supplies, etc.), had immediate repercussions on St. Boniface General Hospital, the most noticeable of which were bed closures and staff layoffs. Thus, in 1992-1993, over 100 beds were closed, mainly in the geriatric and pediatric wards, forcing the transfer of numerous patients to extended-care or long-term care facilities. In April of 1993, in an effort to save \$5.2 million, the hospital announced 140 employees were to be laid off, including nursing staff, laboratory technologists, physiotherapists, secretarial and

immédiates pour l'Hôpital général Saint-Boniface, dont les plus frappantes sont l'élimination de lits et les mises à pied. Ainsi en 1992-1993, plus d'une centaine de lits sont éliminés à l'hôpital, particulièrement dans les départements de gériatrie et de pédiatrie, obligeant le transfert de nombreux patients vers des établissements de soins prolongés ou de longue durée. En avril 1993, dans le but d'économiser 5,2 millions de dollars, l'hôpital annonce la mise à pied de 140 employés parmi le personnel infirmier, les techniciens de laboratoire, les physiothérapeutes, le secrétariat et le personnel de soutien. Puis, en septembre, la réorganisation du département de chirurgie entraîne l'élimination de 39 lits au profit d'un système de chirurgie de jour.

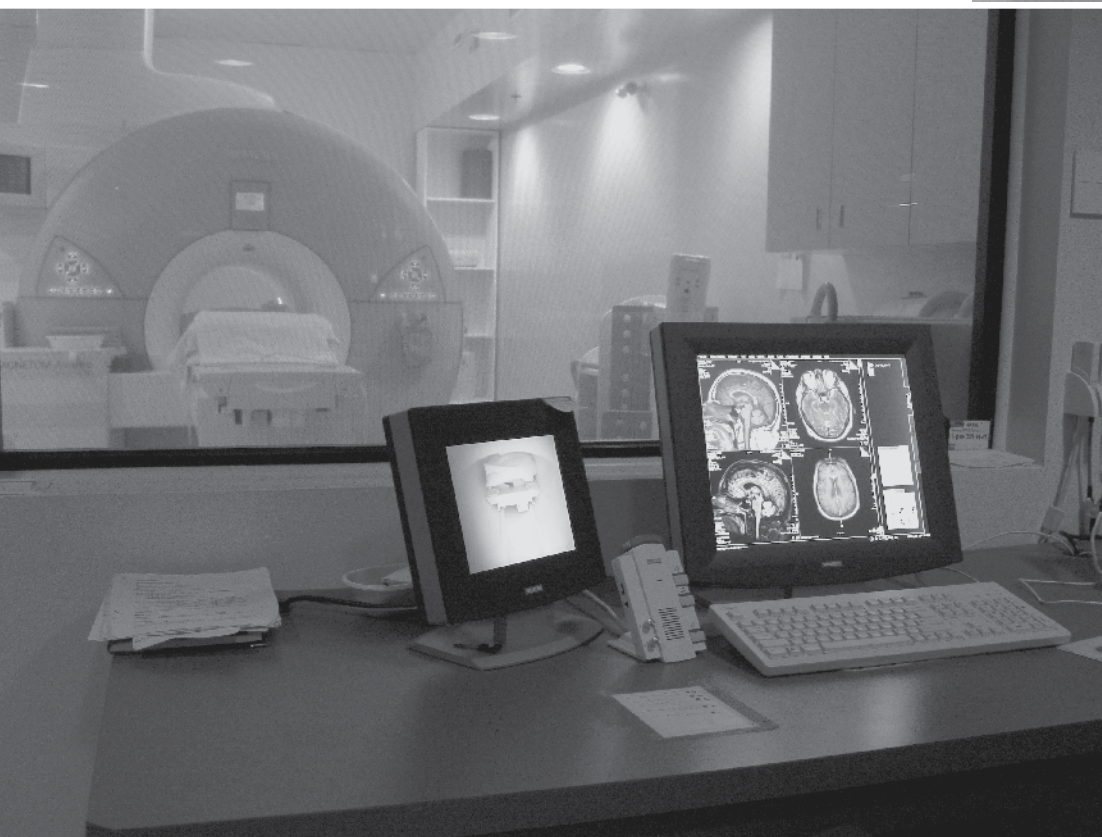
En plus d'encourager le regroupement et même la fusion des programmes tertiaires à Winnipeg (groupe de travail Wade-Bell), le ministère de la Santé manitobain annonce en 1993 la formation de comités d'étude sur la restructuration du travail dans les établissements hospitaliers. L'Hôpital général Saint-Boniface, le Health Sciences Centre, Santé Manitoba et les représentants de la firme américaine d'experts-conseils, APM Management Consultants, s'entendent alors pour élaborer cinq projets de restructuration. En gros, l'on cherche à développer des instruments fiables d'étude et d'évaluation des diverses fonctions de l'hôpital afin d'entreprendre une profonde réorganisation du travail en milieu hospitalier. On désire une plus grande efficacité dans les soins directs prodigués aux patients ainsi qu'une réduction des coûts d'opération.

La réforme du système de santé entérine et intensifie des tendances en cours depuis au moins une quinzaine d'années : accorder une priorité à l'expansion des services ambulatoires dans le but de réduire les coûts d'hospitalisation; encourager le remplacement des services internes par des services externes; déléguer davantage la prestation de soins personnels à la famille et à la communauté. Pour un établissement comme l'Hôpital général Saint-Boniface, il s'agit de continuer, dans un contexte de restrictions budgétaires, d'offrir des soins spécialisés et de courte durée de qualité à un nombre croissant de personnes sérieusement malades ou en état critique, tout en réduisant les coûts hospitaliers, particulièrement ceux liés à la gestion de lits. C'est dans ce contexte et en fonction de cet objectif stratégique et financier que se sont multipliés depuis le début des années 1980 des programmes de chirurgie de jour, des cliniques externes, des services étendus ainsi qu'un ensemble de services de santé communautaires et de soins à domicile, touchant de divers domaines : la gériatrie, la gynécologie / l'obstétrique, la physiothérapie / l'ergothérapie, la dialyse, les soins palliatifs, etc. Cet important virage, représentant sans doute un point tournant dans l'histoire sociale et institutionnelle de la santé en Amérique du Nord, implique de nombreuses réorientations au niveau de la recherche, des pratiques, de la formation et même des attitudes à l'égard de la santé et peut-être davantage à l'égard de la maladie, de la douleur, de la souffrance et de la mort.

support staff. Then, in September, the surgery department was reorganized, resulting in a further closure of 39 beds in favour of a day-surgery system for patients.

In addition to promoting the consolidation, and even the merging, of tertiary care programs in Winnipeg (the Wade Bell Task Force), Manitoba's Minister of Health announced, in 1993, that fact-finding committees would be set up to restructure the work in the province's health care facilities. St. Boniface General Hospital, Health Sciences Centre, Manitoba Health and representatives of the American consulting firm APM Management Consultants agreed to develop five work-restructuring plans. On the whole, an attempt was made to design reliable tools to study and assess the various functions of hospitals in order to undertake a thorough restructuring of the work performed within a hospital environment. The purpose of the overhaul would be to more efficiently deliver direct care to patients and reduce operating costs.

Reform of the health care system confirms and reinforces a trend that has been ongoing for at least the past fifteen years: to give priority to outpatient services in order to reduce hospitalization costs; to promote the replacement of in-house services with outsourcing; to delegate a greater portion of personal care delivery to families and communities. For a facility like St. Boniface General Hospital, the goal is to offer quality specialized and acute care services to an increasing number of seriously or critically ill patients, while



• Édifice d'IRM
D' Andrei
Sakharov,
c1990

Dr Andrei
Sakharov MRI
Centre, c1990



LA TRADITION AU CŒUR DU CHANGEMENT : LA MISSION DE L'HÔPITAL

Malgré les récentes compressions budgétaires réduisant sensiblement les soins de santé hospitaliers, l'Hôpital général Saint-Boniface cherche à retrouver la tradition charitable et humanitaire de l'établissement. En 1987, on met sur pied deux comités de travail dont le mandat est de produire, à la suite d'un processus de consultation auprès du personnel, un nouvel énoncé de mission pour l'hôpital. Le 21 mars 1991 le nouvel énoncé est finalisé. Il réitère l'engagement de l'hôpital envers la promotion de la qualité des soins aux patients, les services à la communauté (avec une insistance particulière sur la communauté franco-manitobaine) et les valeurs judéo-chrétiennes qui animent l'œuvre des Sœurs Grises, les propriétaires de l'hôpital. Depuis, des copies de l'énoncé de mission ont été distribuées à tous les employés, encadrées et affichées dans tous les services. De plus, des critères de description et d'évaluation du travail ont été définis à partir des valeurs de la mission.

En février 1992, les administrateurs de l'Hôpital, sous la direction de sœur Mary Thille, vice-présidente, Mission, ont lancé un document intitulé « *Notre mission, nos valeurs et notre philosophie d'administration,* » qui contient le nouvel énoncé de mission. Celui-ci vient remplacer le texte « *Mission, buts et objectifs* » rédigé en 1980. L'hôpital affirme dans ce nouveau document son attachement aux valeurs du respect, des soins compatissants et de la responsabilité, soulignant du même coup les responsabilités du personnel à l'égard des patients et de la direction dans la gestion des ressources disponibles.

L'un des défis à la mission de l'hôpital et, par extension, à celle des Sœurs Grises, est sans contredit le nombre croissant de questions et de problèmes d'ordre éthique. Les développements techniques et thérapeutiques ont considérablement élargi les capacités de diagnostics, de traitements et d'interventions ce qui, en retour, ont fait naître certaines contradictions avec les valeurs de la religion catholique. Depuis quelques années, le service d'éthique en matière de soins de santé à l'hôpital, avec l'étroite collaboration des Sœurs Grises, se penche sur cette question de la délicate relation entre science, technologie et le respect de la vie et de la dignité humaine qui caractérisent la mission de l'établissement. Soulignons également l'importance du service de pastorale, financé par les Sœurs Grises, dans l'appui spirituel, moral et affectif offert aux patients et à leur famille.

Il est par ailleurs difficile de ne pas voir dans ce renouvellement de la mission une campagne de relations publiques auprès de la communauté. Dans un temps marqué par de profonds changements et de bouleversements du travail et des conditions de travail en milieu hospitalier, ce serait peut-être même davantage une campagne de sensibilisation des employés à l'importance de leur dévouement, de leur compassion et de leur sentiment d'appartenance à l'établissement. Durant cette période mouvementée, rester fidèle aux valeurs et à la philosophie de la mission est important. Les efforts sont multipliés ces dernières années en vue de promouvoir l'excellence de la qualité du travail tout en continuant la restructuration des tâches et le virage ambulatoire. La direction de l'hôpital a besoin d'obtenir le consentement et la collaboration de ses employés. Après les patients, ce sont les employés, particulièrement le personnel infirmier et de soutien, qui sont les plus directement touchés par la restructuration du travail et la réforme du système des soins de santé.

In February 1992, the hospital's administrators, led by Sr. Mary Thille, Vice-President, Mission, put out a document entitled "Mission, Values and Philosophy of Management" containing the new mission statement.

cutting down on hospital costs, particularly those associated with bed management. In this fiscally restrained context, programs have multiplied in the areas of day surgery, outpatient clinics, outreach services and the whole network of community health and home care services since the beginning of the 1980s. This involves a number of fields: gynecology/obstetrics, physiotherapy/occupational therapy, dialysis, palliative care, etc. This significant shift represents a turning point in the social and institutional history of health care in North America. It means redirecting the focus in a number of areas involving research, practices and education. It also means a change in attitudes toward health and perhaps even more toward illness, pain, suffering and death.

THE TRADITION AT THE CORE OF CHANGE: THE HOSPITAL'S MISSION

Despite the continuing budgetary constraints, St. Boniface General Hospital sought a return to the institution's humanitarian tradition of doing charitable work. Two working committees were set up in 1987 with a mandate to produce a new mission statement for the hospital after consulting with staff members. On March 21, 1991, the new mission statement was officially proclaimed. It reiterated the hospital's commitment to providing the highest quality care to its patients, being of service to the community (with particular emphasis on Manitoba's French-speaking community) and promoting the Judeo-Christian values that permeate the work done by the hospital's corporate owners: the Grey Nuns. Copies of the mission statement were then distributed to all employees, framed and placed in all departments. Criteria for job descriptions and evaluations have been based on the values conveyed by the mission.

In February 1992, the hospital's administrators, led by Sr. Mary Thille, Vice-President, Mission, put out a document entitled "Mission, Values and Philosophy of Management" containing the new mission statement. It replaced the 1980 text called "Mission, Aims and Objectives". In this new document, the hospital reaffirms its commitment to the corporate values of respect, caring and stewardship, while stressing the responsibility staff members have toward patients and the administration has toward resource utilization management.

One of the challenges the hospital's mission, and by extension the Grey Nuns, had to face was inarguably the increase in the number of ethical issues and problems. Technological and treatment advances have considerably broadened the capacity for diagnosis, treatment and intervention which, in turn, have sometimes conflicted with the values of the Catholic Church. For some years now, the hospital's Health Care Ethics Service, working closely with the Grey Nuns, has been examining the issue of the delicate balance between science and technology, and the respect for life and human dignity that are at the core of the institution's mission. We should also point out the importance of the pastoral care service, funded by the Grey Nuns, in offering spiritual, moral and emotional support to patients and their families.

It is not difficult to see this renewed mission as being a public relations effort aimed at the community. However, in a time of extensive changes and upheavals in jobs and working conditions within the hospital, it was more of a campaign to make employees aware of the importance of their commitment, compassion and feeling of belonging to the institution.

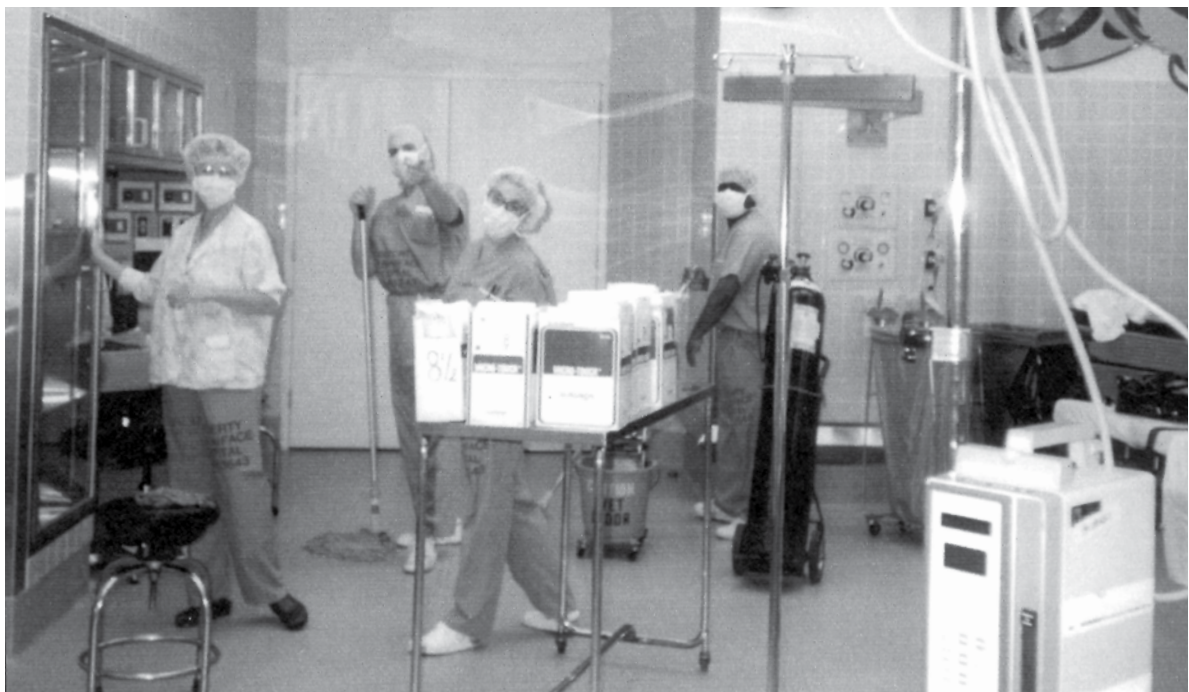


La direction de l'hôpital semble bien connaître les effets négatifs des changements entrepris depuis 1980 : ceux-ci affectent de toute évidence la confiance, le moral, voire la qualité et le rendement du travail des employés. Le département des ressources humaines offre notamment un programme d'aide aux employés concernant les problèmes liés au stress et à l'adaptation au changement. De plus, le département a renouvelé l'approche en orientation destinée à mieux intégrer les nouveaux employés à leur environnement. Malgré tout, la direction doit régulièrement faire face à des vagues de mécontentement et de résistance au sein de son personnel durant cette période. Les négociations avec les diverses organisations syndicales sont souvent fort ardues et incertaines quant à leur issue. Ainsi, à deux reprises au moins, en 1985 et 1988, une grève des employés de soutien fut évitée de justesse. Toutefois, l'hôpital a dû faire face à un arrêt de travail des technologues médicaux en 1981 et fut tout particulièrement touché par la grève du personnel infirmier en janvier 1991. La profession d'infirmière et d'infirmier a connu de profonds changements depuis environ les vingt dernières années. De plus en plus exigeante sur le plan du savoir et des habiletés, la profession se retrouve néanmoins coincée en quelque sorte entre les besoins émotifs des patients, les impératifs techniques et médicaux et les pressions d'ordre administratif et financier.

L'hôpital est à la croisée des chemins. S'il est difficile de prévoir quel sort lui réserve l'avenir dans un système de santé national et provincial en pleine mutation, il n'en demeure pas moins que la poursuite de sa mission repose sur le travail du personnel médical, infirmier, auxiliaire et bénévole. Celui-ci, depuis les débuts, assume cette tâche complexe de traduire la recherche fondamentale et le développement technologique en un service humain de soins de santé, de réconfort et de respect.

• Salle
d'opération
1992

Operating
Room, 1992



Staying true to the values and philosophies of the mission during these trying times was important. Many efforts have been made over the last few years to stimulate excellence in the quality of work, while striving to restructure tasks and shift to outpatient services. The hospital administration needed to obtain the approval and cooperation of its employees. After the patients, it is the staff, particularly the nursing and support staff, who are most directly affected by job restructuring and health care reforms.

The hospital administration seems to be well aware of the negative impact the changes undertaken since 1980 have had on employees. This has evidently affected the personnel's self-confidence, their morale and ultimately the quality of their work and their job performance. The Human Resources Department, in particular, offers a program to assist employees in coping with problems related to stress and adapting to change. In addition, it has taken a fresh approach to better integrate new employees into their environment through counseling.

Despite all these efforts, the administration is regularly faced with bouts of discontent and resistance from its staff. Negotiations with various unions are more often than not very difficult and the outcome uncertain. On at least two occasions—in 1985 and 1988—strikes by hospital support staff were narrowly avoided. The hospital did have to deal with a work stoppage by medical technologists in 1981 and was particularly hard hit by the nursing strike in January 1991. The nursing profession has undergone profound changes over the last twenty years or so. Having increased the level of knowledge and skills required, the profession has found itself caught between the emotional needs of patients, technical and medical considerations, and administrative and financial pressures.

The hospital is now at a crossroads. The changing times within the national and provincial health systems have made it difficult to foresee what the future has in store. The fact remains that the pursuit of the hospital's mission is based on the work carried out by medical, nursing, auxiliary and volunteer staff. From the very outset, these people have taken up the complex task of converting basic research and technological development into a humane service offering care, comfort and respect.

The hospital is now at a crossroads. The changing times within the national and provincial health systems have made it difficult to foresee what the future has in store.

CHAPITRE/CHAPTER SURVOL 1996-2006

L'année 1996 marque le 125^e anniversaire de l'établissement, mais aussi le commencement d'une nouvelle ère dans le secteur de la santé au Manitoba.

Les 10 années qui suivent ont été marquées par le changement et l'évolution à l'Hôpital général Saint-Boniface dans les domaines suivants : le rôle des Sœurs Grises dans l'administration hospitalière; le modèle de gestion pour l'hôpital; les changements et les améliorations dans les secteurs opérationnels et sur le plan des services et des immobilisations; la Fondation pour l'Hôpital et la recherche et les activités de collectes de fonds, de recherche et de soutien, ainsi que le bénévolat et la participation communautaire.

Tout au long de cette période, l'hôpital continue de miser sur les valeurs et le fort sens des traditions légués par ses fondatrices. Ces valeurs sont le fondement de toutes les activités, les initiatives et les relations au cours de la plus récente décennie de l'histoire de l'Hôpital général Saint-Boniface.

LES SŒURS GRISES ET LA CORPORATION CATHOLIQUE DE LA SANTÉ DU MANITOBA

En octobre 2000, les Sœurs Grises du Manitoba annoncent qu'en raison de la diminution du nombre de leurs membres, la Corporation des Sœurs Grises se retire du volet touchant

• Vue aérienne
du campus de
l'hôpital, c2005

Aerial view
St. Boniface
General Hospital
c2005



6

1996-2006 OVERVIEW

The year 1996 not only marked the 125th anniversary of the facility, but heralded a new era in the history of the health care system in Manitoba.

The ensuing 10 years have been marked by change and growth at the St. Boniface General Hospital in the following areas: the role of the Grey Nuns in the administration of the hospital; the governance model for the hospital; changes and enhancements within the operational areas and service and capital enhancements; St. Boniface Hospital & Research Foundation fundraising and research activity and support; volunteer and community involvement.

Throughout this period the hospital continued to draw on the strong sense of tradition and the values passed on by its founders. These values were the foundation for all activities, initiatives and relationships undertaken during the most recent decade of St. Boniface General Hospital's history.

THE GREY NUNS AND THE CATHOLIC HEALTH CORPORATION OF MANITOBA

In October 2000, the Grey Nuns of Manitoba announced that, due to their declining numbers, the Grey Nun Corporation would withdraw from active administration of their works, and entrust the future of these works to the newly created Catholic Health Corporation of Manitoba (CHCM). The board of the CHCM was established with representatives from all the Grey Nuns facilities in Manitoba. The Grey Nuns would continue to sit on the board of the Catholic Health Corporation of Manitoba while the laity was given the responsibility to henceforth ensure the ongoing management of their institutions.

Sr. Faye Wylie, Provincial Superior with the Grey Nuns, explained that:

"The decision to transfer the governance and ownership was made for many reasons. Over the last three decades, governments in Canada have assumed a greater role in funding and providing health care services to people. Health care administration is also becoming increasingly complex and many of the younger Grey Nuns prefer working directly with the needy rather than administrating health care institutions. In addition, the increasing age of Grey Nun members and the declining numbers encouraged us to seek new ways of ensuring the continuation of faith-based services traditionally provided through our institution. However, the key factor in our decision was the clear indication from the community at large that they shared our belief in the importance of this Church ministry in health care and were now prepared to assume the leadership. With this in mind, we moved to establish a corporation that could ensure the presence of these services for future generations. By transferring governance of our works to a new corporation whose members understand and are committed to our vision and philosophy, we believe that the mission of compassionate care inspired by Saint Marguerite d'Youville will continue into the future." (2002)

l'administration active de leurs œuvres pour confier cette tâche à la nouvelle Corporation catholique de la santé du Manitoba (CCSM). Le conseil d'administration de la CCSM comprendra des représentants de tous les établissements des Sœurs Grises au Manitoba. Les Sœurs Grises continueront à siéger au conseil d'administration de la Corporation catholique de la santé du Manitoba tandis que les laïcs seront dorénavant responsables d'assurer la gestion continue de leurs établissements.

Selon Sœur Faye Wylie, supérieure provinciale des Sœurs Grises :

« Nous avons pris la décision d'effectuer le transfert de l'intendance et le droit de propriété pour plusieurs raisons. Depuis trois décennies déjà, les gouvernements au Canada assument plus de responsabilités en matière de financement et de prestation de soins. L'administration des établissements de santé est devenue de plus en plus complexe et les plus jeunes religieuses s'intéressent davantage au travail avec les personnes démunies qu'à l'administration des établissements. En dernier lieu, l'âge avancé et le nombre réduit de nos religieuses nous encouragent à chercher de nouvelles façons d'assurer la continuité des services de santé dans un contexte de foi traditionnelle offerts par nos établissements.

Toutefois, le facteur clé sur lequel repose notre décision est l'indication claire donnée par la collectivité à savoir qu'elle partage notre conviction quant à l'importance de notre saint ministère dans le secteur des soins de santé et qu'elle est maintenant prête à prendre les rôles.

Avec cette réalité, nous avons choisi de fonder une corporation qui garantit l'offre de tels services pour les générations futures. En transmettant l'exercice de l'autorité à une nouvelle corporation dont les membres comprennent notre vision et notre philosophie et s'engagent à les respecter, nous croyons assurer la survie de la mission et de la tradition de soins inspirées par sainte Marguerite d'Youville. » (2002)

Dans le cadre de ce plan d'action, les Sœurs Grises se retirent formellement de l'administration de leurs œuvres dans le domaine des soins de santé auxquelles elles s'adonnaient depuis leur arrivée à la colonie de la Rivière-Rouge en 1844.

Bien que cette annonce marque un changement dans le rôle joué par les Sœurs Grises en ce qui concerne la gestion quotidienne de ces institutions, les établissements, y compris l'Hôpital général Saint-Boniface, demeurent une partie intégrante du réseau des Sœurs Grises. La mission de l'hôpital, qui consiste à offrir des soins empreints de compassion, est la pierre angulaire de l'établissement.

GOVERNANCE

Alors que l'Hôpital général Saint-Boniface célébrait son 125^e anniversaire, les fournisseurs de soins de santé au Manitoba apprennent que la province du Manitoba a l'intention de créer un Office des hôpitaux de Winnipeg (OHW) qui sera responsable de la planification générale, de l'intégration des services et de l'affectation des fonds pour les hôpitaux de Winnipeg. En août 1996, la province du Manitoba dévoile un plan pour réorganiser la prestation des services en vue d'utiliser avec efficacité les ressources existantes.

Le plan soulève des inquiétudes en ce qui concerne l'Hôpital général Saint-Boniface et les autres établissements confessionnels qui y voient la possibilité de perdre leur indépendance, de voir leur mission se transformer et de perdre leur autonomie quant à la gestion

Through this course of action, the Grey Nuns formally withdrew from the administration of their works in health care, in which they had been involved since their arrival in Manitoba in 1844.

Although this announcement signaled a change in the role played by the Grey Nuns in the everyday management of these institutions, the facilities, including St. Boniface General Hospital, remain a part of the Grey Nun network. The hospital's mission of compassionate care remains the cornerstone on which it is grounded.

GOVERNANCE

As the St. Boniface General Hospital celebrated its 125th anniversary, deliverers of health care in Manitoba were served notice that the Province of Manitoba intended to create a new Winnipeg Hospital Authority (WHA) which would be responsible for the overall planning and integration of services and funding allocations for Winnipeg hospitals. In August 1996 the Province of Manitoba unveiled the plan designed to reorganize the delivery of service for efficient use of existing resources.

The plan raised concern for St. Boniface and the other faith-related institutions which perceived the potential for loss of their independence, affecting mission, self-governance and autonomy in the management of resources. An agreement was reached in November 1996 with the Minister of Health to preserve the faith-based identity and corporate integrity of such facilities within a regionalized health care system. The law guaranteed faith-based facilities both the right to govern themselves, and respect for their faith and values.


In 1997, a new Winnipeg Regional Health Authority was formed amalgamating the former hospital and long term care authorities. The WRHA encompassed all hospital, long term care and community health services with the responsibilities of ensuring the coordination and integration of services to the people of Winnipeg.

With the major responsibility of overseeing that the mission of compassionate care and catholic values remained a cornerstone at the SBGH as it moved to operate within the new regional health authority, the Board of Directors of the hospital insisted that the agreements reached with the Minister of Health in 1996 be respected and upheld. As a result of these discussions, SBGH and other faith-based health care organizations have had their respective corporate integrity, mission and values preserved.

Subsequently, the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) and the faith-based facilities in Manitoba developed an operating agreement that outlined areas of responsibility and processes for governing. The creation of the WRHA and the Catholic Health Corporation of Manitoba established a new framework in which to deliver health care other than what had previously existed. The coordination and integration of services at the regional level offered the possibility of responding to people's health care needs in a new way. As for the new corporation, it provided the network of Catholic facilities an increased incentive to work together on questions of governance, patient care, ethics and spiritual services to ensure that the values bequeathed by their founders would persevere into the future.

In late 1997, the Board of Directors for the SBGH undertook a consultation process with members of the hospital's internal and external community, via a number of focus groups and interviews, which resulted in a strategic plan for the hospital. This strategic plan was





des ressources. Une entente est conclue en novembre 1996 avec le ministère de la Santé afin de préserver l'identité confessionnelle et l'intégrité de ces établissements au sein d'un système de santé régionalisé. La loi garantit aux établissements confessionnels le droit à l'auto-administration et le respect de leur foi et de leurs valeurs.

En 1997, l'Office régional de la santé de Winnipeg est formé. Il réunit ainsi les autorités responsables des hôpitaux et des soins de longue durée. L'ORSW regroupe tous les hôpitaux, les soins de longue durée et les services de santé communautaires. Il a également la responsabilité de coordonner et d'intégrer les services offerts à la population de Winnipeg.

Responsable d'assurer que la mission fondée sur la compassion et les valeurs catholiques demeure la pierre angulaire de l'Hôpital général Saint-Boniface alors qu'il doit fonctionner avec un nouvel office régional de la santé, le conseil d'administration de l'hôpital insiste pour que les ententes conclues avec le ministère de la Santé en 1996 soient respectées et maintenues. À la suite de ces discussions, l'Hôpital général Saint-Boniface et d'autres organismes confessionnels de la santé ont pu préserver leur intégrité, leur mission et leurs valeurs respectives.

Par la suite, l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) et les établissements confessionnels du Manitoba élaborent une entente de fonctionnement qui identifie les sphères de responsabilité et les modes de gestion. La mise sur pied de l'ORSW et de la Corporation catholique de la santé du Manitoba (CCSM) crée un nouveau cadre pour la prestation des soins de santé qui diffère de ce qui avait existé auparavant. La coordination et l'intégration des services à l'échelle régionale offre la possibilité de répondre aux besoins de la population en matière de santé avec une nouvelle approche. Pour ce qui est de la nouvelle corporation, elle fournit au réseau des établissements catholiques un incitatif accru pour travailler de façon concertée sur les questions touchant la gouvernance, les soins aux patients, l'éthique et les services spirituels pour s'assurer que les valeurs léguées par leurs fondatrices soient préservées.

Durant cette période, soit à la fin de 1997, le conseil d'administration de l'Hôpital général Saint-Boniface entreprend un processus de consultation auprès des membres de la communauté hospitalière et de la collectivité par l'entremise de groupes de réflexion et de discussions. Ces démarches donnent naissance à un plan stratégique pour l'hôpital. Ce plan stratégique est approuvé lors de la réunion du conseil d'administration de décembre 1997 et en janvier 1998 par le conseil provincial des Sœurs Grises. Le plan stratégique forme la base d'un plan d'exploitation présenté à l'Office régional de la santé de Winnipeg en avril 1998.

Durant la période de 1998 à 1999, l'Hôpital général Saint-Boniface connaît de nombreux changements au sein de la haute direction. M. Hubert Gauthier entre en fonction à titre de président-directeur général au début de janvier 1999. L'hôpital fait ses adieux à Sœur Germaine Héту, alors supérieure provinciale, et accueille Sœur Faye Wylie dans les fonctions de supérieure provinciale des Sœurs Grises. En outre, le conseil accepte avec regrets la démission de son président, M. Peter M. Liba, à la suite de sa nomination comme lieutenant-gouverneur de la province du Manitoba. M. Bill Shead, vice-président, accède à la présidence.



• Cérémonie de pelletée de terre, Institut de recherche clinique I.H. Asper, 2002

Ground-breaking Ceremony, I. H. Asper Clinical Research Institute, 2002

approved at the December 1997 Board of Directors meeting and subsequently approved by the Grey Nun Provincial Council in January 1998. It formed the basis of an operating plan, submitted to the Winnipeg Regional Health Authority in April 1998.

During the period from 1998-1999, St. Boniface General Hospital experienced a number of changes in its senior leadership. Hubert Gauthier began his tenure as President and CEO in early January 1999. The hospital bid farewell to Provincial Superior Sr. Germaine Héту and welcomed Sr. Faye Wylie the new Provincial Superior of the Grey Nuns. As well, the Board regretfully accepted the resignation of its chairman Mr. Peter M. Liba, following his appointment as Lieutenant-Governor of the Province of Manitoba. Mr. Bill Shead, Vice-Chair accepted the invitation to move to the role of Chair.

Even with these changes in leadership, the Board negotiated a 5-year operating agreement with the WRHA which was signed in April 2001. This agreement spelled out in greater detail the relationship between the WRHA and SBGH. The agreement addressed issues of governance, and the need for clarity regarding roles and responsibilities between the SBGH and the WRHA, both of which had been identified through a board survey undertaken during this period.

During this period SBGH turned its attention to strengthening partnerships with Cancer-Care Manitoba, the University of Manitoba and members of the CHCM sponsored organizations. As well, the goal of linking the hospital's strategic plan to the hospital's operational plan continued to be a priority.

Board activities in 2002 and 2003 focused primarily on improving its performance in terms of patient satisfaction, staff satisfaction and resource utilization. Fiscal issues were dominant during this period, and the Board of Directors worked diligently to address the 2003-2004 deficit of \$2.5 million, in order to achieve a balanced budget by the end of the

Malgré ces changements à la direction, le conseil d'administration négocie une entente de fonctionnement de cinq ans avec l'ORSW qui est signée en avril 2001. Cette entente explique en détail la relation entre l'ORSW et l'Hôpital général Saint-Boniface. L'entente aborde les questions de gouvernance et la nécessité d'éclaircir les rôles et les responsabilités de l'hôpital et de l'ORSW, ces deux points ayant été cernés dans le cadre d'un sondage mené par le conseil d'administration durant cette même période.

Au cours de cette période, l'Hôpital général Saint-Boniface s'efforce de consolider ses partenariats avec ActionCancer Manitoba, l'Université du Manitoba et les membres des organismes parrainés par la CCSM. Aussi, l'objectif qui consiste à établir un lien entre le plan stratégique de l'hôpital et son plan d'exploitation demeure prioritaire.

Les activités du conseil d'administration en 2002 et en 2003 portent principalement sur l'amélioration de son rendement en ce qui concerne la satisfaction des patients, la satisfaction du personnel et l'utilisation des ressources. Les questions fiscales prennent une place importante durant cette période et le conseil d'administration travaille assidûment pour régler le déficit de 2,5 millions de dollars de 2003-2004 en vue d'obtenir un budget équilibré à la fin de l'exercice 2004-2005. Les discussions et les négociations continues avec l'Office régional de la santé de Winnipeg portent sur le sérieux des questions de financement auxquelles fait face l'Hôpital général Saint-Boniface et sur le besoin d'une politique de financement cohérente au sein d'un système régional plus centralisé.

En novembre 2004, le conseil d'administration accepte la démission de son président-directeur général, M. Hubert Gauthier. En février 2005, le Dr Michel Tétreault, médecin en chef depuis 2001, est nommé au poste de président-directeur général. Le président du conseil d'administration, M. Bill Shead, est remplacé par M. Normand Boisvert qui l'est à son tour par M. Robert Gannon en septembre 2006.

- Institut de recherche clinique I.H. Asper, c2005

I. H. Asper Clinical Research Institute, c2005



fiscal year 2004-2005. Ongoing discussions and negotiations with the Winnipeg Regional Health Authority focused on communicating the seriousness of the funding issues facing the SBGH and the need for consistent funding policies within a more centralized regional system.

In November 2004, the Board accepted the resignation of its President and CEO, Hubert Gauthier. In February 2005, Dr. Michel Tétreault, Chief Medical Officer since 2001, was appointed to the position of President and CEO. Board Chair Bill Shead had been replaced by Normand Boisvert followed by Robert Gannon in September 2006.

By 2005, the WRHA was announcing its intentions to further regionalize health services within the City. As of April 1, 2006, Victoria, Grace, Seven Oaks and Concordia would come under the direction of the WRHA, while the St. Boniface General Hospital remained under the governance of its board.

As the hospital entered 2007, it was embarking on the development of a new agreement with the WRHA, one that would seek to clarify its relationship and its respective roles and responsibilities within the regional framework. The board was acutely aware of the need to address the ongoing financial constraints and regional plans that could impact on governance responsibilities and erode SBGH's ability to influence the quality of care and to meet patient needs.



• Chapelle, 2004

Chapel, 2004

OPERATIONS

St. Boniface General Hospital began 1996 on a solid financial foundation, despite the significant internal and external changes that were occurring, and the need to maintain ongoing fiscal restraint. Multi-disciplinary planning teams, and increased collaboration and cooperation with community partners enabled the hospital to establish planning priorities and to implement a budget planning process.

As part of the move to achieve efficiencies, the hospital worked towards a model of integrated service delivery in the areas of laundry, food services and materials management. These services would become part of an Urban Shared Service Corporation (USSC) with the expectation that by the fall of 1998 the hospital would receive its first meal service through the USSC. The proposed move raised a number of human resource and collective bargaining issues that would require resolution, with labour adjustment strategies being the most challenging aspect of this proposed change. A battle cry of “no frozen toast” rallied patients, the public and staff sentiment against the plan. Ultimately, the proposed integration of food services did not occur, while integrated laundry services were realized in 2006.

A great deal of energy was focused during this period on negotiations with the hospital's unions. A mediator was appointed at the end of the 1999 fiscal year to assist with the negotiation of a new collective agreement with the hospital's Union of Food and Commercial

En 2005, l'ORSW annonce son intention de poursuivre la régionalisation des services de santé dans la ville. En date du 1er avril 2006, les hôpitaux Victoria, Grace, Seven Oaks et Concordia passent sous la direction de l'ORSW alors que la gestion de l'Hôpital général Saint-Boniface demeure entre les mains de son conseil d'administration.

OPÉRATIONS

L'Hôpital général Saint-Boniface amorce l'année 1996 sur des bases financières solides, malgré les importants changements internes et externes en cours et la nécessité de maintenir les restrictions budgétaires. Des équipes de planification multidisciplinaires et une collaboration accrue avec des partenaires de la collectivité permettent à l'hôpital d'établir des priorités en matière de planification et de mettre en œuvre un processus de planification budgétaire.

Dans le cadre des efforts déployés pour devenir plus efficace, l'hôpital commence à se tourner vers un modèle de prestation de services intégrés dans les domaines des services de buanderie, des services alimentaires et de la gestion du matériel. Ces services feront partie d'une corporation de mise en commun des services, la Urban Shared Service Corporation (USSC) et il est prévu que l'hôpital recevra les services de repas de l'USSC dès l'automne 1998. Le changement proposé soulève de nombreuses questions à régler sur le plan des ressources humaines et des ententes collectives, les stratégies d'aide à l'adaptation des travailleurs représentant le défi le plus important présenté par le changement proposé. Une déclaration de guerre contre les « toasts congelés » rallie les patients, la population et le personnel contre le plan. En bout de ligne, l'intégration proposée des services alimentaires à l'hôpital ne voit pas le jour, mais l'intégration des services de buanderie se réalise en 2006.

Durant cette période, une grande quantité d'énergie est consacrée aux négociations avec les syndicats présents à l'hôpital. Un médiateur est nommé à la fin de l'exercice 1999 pour faciliter la négociation d'une nouvelle convention collective avec l'Union des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce qui représente 1 400 travailleurs et travailleuses des services de soutien. Le syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba, et le gouvernement provincial négocient également une nouvelle convention collective durant cette même période.

L'Hôpital général Saint-Boniface aborde le nouveau millénaire avec enthousiasme et optimisme ayant négocié de nouvelles ententes collectives avec le Syndicat des infirmières du Manitoba, le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et l'Union des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce; la fusion des régimes de pension et d'avantages sociaux permettant d'améliorer les avantages offerts à tous les employés syndiqués; et certain de sa réputation au sein de la collectivité.

En 2000, pour tracer la voie pour les trois à cinq prochaines années, l'administration hospitalière élabore un plan stratégique intitulé « À chaque pas, vous nous rendez meilleurs » qui présente une vision fondée sur les valeurs fondamentales de la compassion, du respect et de la bonne gestion. Le plan identifie les méthodes à employer pour concrétiser cette vision et demande la participation de tous les membres du personnel et des médecins pour réaliser la vision de l'hôpital. Un élément important de ce processus consiste à définir


Workers, representing 1400 support services workers. The Manitoba Nurses Union and the Province also negotiated a new collective agreement during this period.

The St. Boniface General Hospital entered the new millennium with enthusiasm and optimism, having negotiated new labor contracts with the Manitoba Nurses Union, CUPE and the Union of Food and Commercial workers; the merger of pension and benefit plans which enhanced benefits for all unionized employees; and sure of its reputation in the community.

In 2000, as a means to set the course for the next 3 to 5 years, the hospital administration developed a strategic plan entitled “Positive Steps, You Make Us Better”, which set out a vision based on the core values of caring, respect and stewardship, the methods to realize this vision, and calling upon the participation of all staff and physicians as key players in the realization of the hospital’s vision. A major component of this process was the definition and clarification of governance responsibilities. As well, the plan also outlined significant new groupings for measuring and reporting on accomplishments, opportunities and challenges: Mission and Values; Commitment to Patients; Commitment to Staff; Service Priorities; Information Services; Research and Education; and Governance.

The strategic objective of committing to staff was of particular focus as staffing levels became an increasingly significant challenge, particularly in the area of nursing, during this time. The provincial government implemented some strategies designed to attract new students and recruit new nurses and SBGH worked with staff, the community and sister organizations to consider its impact on the hospital and find solutions. The hospital also began to plan for anticipated needs in the area of radiology, pathology and laboratory technologists, referred to as the allied health professions. Human resource functions were amalgamated into a single portfolio as a strategy to better provide overall coordination and leadership. Arising from the strategic plan, the Positive Steps Council, a grass root grouping of staff from across the organization, also took on the challenge of initiating activities to address recruitment and retention. A number of staff sub-committees through the Positive Steps Council were established to make recommendations regarding the quality of work life at SBGH. As a result of their work, a new staff lounge was opened and blessed in February 2001.

In an effort to measure the most central of all values at the SBGH, a patient satisfaction survey was first undertaken during this period to gather information about the care provided by the hospital, as well as the quality of care received by patients. The data collected indicated that nearly 75% of patients felt that the overall quality of care and service they received was very good or excellent. This initiative became an ongoing method to seek input from the patients and to measure the hospital’s success in addressing issues and concerns. By 2006, patient satisfaction had increased; from its low of 75.5% in 2003, survey results indicated an increased rate of satisfaction to 80.2 % by 2006. Patient messages have been clear: Respect me; Talk with Me; Involve me; and Don’t confuse me.



et à clarifier les responsabilités liées à la gouvernance. En outre, le plan présente aussi de nouveaux regroupements pour évaluer les réalisations, les possibilités et les défis et d'en faire le suivi : mission et valeurs; engagement envers les patients; engagement envers le personnel; priorités en matière de service; services d'information; recherche et éducation et gouvernance.

Un accent particulier est mis sur l'objectif stratégique concernant l'engagement envers le personnel, car les niveaux d'effectifs deviennent un enjeu de plus en plus important durant cette période, particulièrement dans le domaine des soins infirmiers. Le gouvernement provincial met en œuvre des stratégies destinées à attirer de nouveaux étudiants et à recruter du personnel infirmier. L'Hôpital général Saint-Boniface travaille avec le personnel, la collectivité et des organisations sœurs pour évaluer les répercussions sur l'hôpital et trouver des solutions. L'hôpital commence aussi à planifier pour répondre aux besoins anticipés en ce qui concerne les technologues de radiologie, de pathologie et de laboratoire. Les fonctions des ressources humaines sont amalgamées en un seul portefeuille dans le cadre d'une stratégie pour offrir une meilleure coordination et un leadership plus efficace. Découlant du plan stratégique, un comité formé par le regroupement de membres du personnel de tous les secteurs de l'organisme, le « Positive Steps Council », prend l'initiative de mettre sur pied des activités pour favoriser le recrutement et le maintien en poste. Un certain nombre de sous-comités du personnel sont formés par l'entremise de ce conseil afin de formuler des recommandations concernant la qualité de la vie professionnelle à l'Hôpital général Saint-Boniface. C'est grâce à ce travail qu'un nouveau salon du personnel est inauguré et béni en février 2001.

Afin d'évaluer la valeur la plus fondamentale de l'Hôpital général Saint-Boniface, un sondage sur le degré de satisfaction des patients est mené durant cette période dans le but de recueillir de l'information sur les soins offerts par l'hôpital, ainsi que sur la qualité des soins reçus par les patients. Les données recueillies indiquent que près de 75 % des patients estiment que la qualité globale des soins et des services reçus est très bonne ou excellente. Cette initiative devient un moyen permanent de recueillir les commentaires des patients et d'évaluer la réussite de l'hôpital en ce qui concerne sa réponse aux problèmes et aux préoccupations. Dès 2006, le degré de satisfaction des patients augmente, passant de son niveau le plus bas en 2003, soit 75,5 %, à un niveau de 80,2 % en 2006. Les messages transmis par les patients sont clairs : respectez-nous, parlez-nous, faites appel à nous et ne nous embrouillez pas.

Afin de faire un tour d'horizon efficace de l'orientation stratégique de l'hôpital, un conseil de gestion est formé pour se pencher sur les questions opérationnelles. Les efforts de communication avec le personnel et la direction sont intensifiés et cette mesure suscite des réactions positives. Un sondage sur la satisfaction au travail est aussi mené. Bien que le taux de réponse soit faible, un grand nombre de répondants indiquent que leur degré de satisfaction à l'égard de leur emploi est « très bon » ou « excellent ».

En 2002 et 2003, l'Hôpital Saint-Boniface porte son attention sur la qualité du rendement. En collaboration avec la Corporation catholique de la santé du Manitoba, un projet pilote qui vise à lier les valeurs aux gestes quotidiens est mis en œuvre. Ce projet se concrétise de plusieurs façons : administration d'un sondage sur la satisfaction des patients;



• Édifice
d'enseignement,
c2003

Education
Building, c2003

As a way to effectively oversee the strategic direction for the hospital, a Management Council was established to address operational issues. Communication efforts to staff and management were stepped up, with positive feedback. A survey regarding job satisfaction was undertaken. Although there was a lower response rate, a greater number of staff responded that they felt 'very good' or 'excellent' about their overall job satisfaction.

In 2002 and 2003, the St. Boniface Hospital turned its attention towards creating an organization focused on quality performance. In collaboration with the Catholic Health Corporation of Manitoba, a pilot project designed to link values with every day actions was implemented. This project was tangibly demonstrated in several ways: the administration of a patient satisfaction survey in which over 1200 respondents indicated that care and services were excellent or very good; asking staff to submit practical steps to be taken within their respective areas to help improve patient flow and reduce overcrowding in Emergency; improvements in admission and discharge procedures; the implementation of the Elder Life Friendly Program designed to respond to the demands of caring for the aging patient population; responding to the community's need for French language services by increasing the number of bilingual staff, coordinating French language services in high contact areas, recruiting bilingual medical and nursing students; and providing day-to-day services for Aboriginal patients.

In terms of staff satisfaction, the hospital implemented a healthy workplace initiative designed to educate staff about workplace safety, help prevent workplace injuries and assist those injured to return to work. A human resource strategy was developed and implemented to improve staff retention. Although the nursing vacancy rate was less than in current years, the levels were still not optimum.

One significant change was the decentralization of pharmacy services, moving pharmacists to clinical areas and making them part of the integrated health care team, providing a greater sense of connection and assisting with recruitment and retention.

A staff satisfaction survey, conducted in September 2002, indicated that 71% of respondents agreed with the statement that they are very satisfied with their job at the Hospital.

invitation faite aux membres du personnel de proposer des mesures pratiques dans leurs domaines respectifs pour améliorer la circulation des patients et réduire l'engorgement au service des urgences; amélioration des modalités concernant les admissions et les sorties; mise en œuvre du Programme de sensibilisation aux aînés « Elder Life Friendly » conçu pour répondre aux besoins d'une population vieillissante; répondre aux demandes de services en français en augmentant le nombre de personnel bilingue, en coordonnant les services en français dans les secteurs à contacts élevés et en recrutant des étudiants en médecine ou en sciences infirmières bilingues et la prestation de services quotidiens aux patients autochtones.

En ce qui concerne la satisfaction du personnel, l'hôpital met en œuvre une initiative en matière de milieu de travail sain conçue pour sensibiliser le personnel à la sécurité au travail, aider à prévenir les accidents du travail et aider les accidentés à retourner au travail. Une stratégie en matière de ressources humaines est élaborée et mise en œuvre pour améliorer le maintien de l'effectif. Bien que le taux de postes vacants en soins infirmiers diminue au cours des dernières années, la situation n'est toujours pas optimale.

La décentralisation des services pharmaceutiques est un changement important. Il entraîne le déplacement des pharmaciens vers les zones cliniques et permet de les intégrer à l'équipe des soins de santé, améliorant par le fait même le sentiment de connexion et facilitant le recrutement et le maintien en poste.

Un sondage sur la satisfaction du personnel, effectué en septembre 2002, indique que 71 % des répondants sont d'accord pour dire qu'ils sont très satisfaits de leur emploi à l'hôpital. Les moyens de pression qu'auraient pu exercer le personnel infirmier et les médecins sont évités en avril 2003 et bien qu'une grève de quatre jours des employés de soutien ait lieu, la réaction du personnel face à cette situation permet d'atténuer les répercussions sur le service.

En février 2006, la régionalisation des services de buanderie amorcée en 2004 est menée à terme. En outre, la cafétéria de l'hôpital est fermée après plus de 30 années de service.

CHANGEMENTS SUR LE CAMPUS

L'hiver 1996-1997 est le théâtre de tempêtes et de chutes de neige des plus intenses, couronné par un blizzard le 7 avril 1997, laissant la ville et les régions couvertes d'une quantité de neige que le sol et les cours d'eau ne peuvent contenir. Alors que les responsables de la municipalité et de l'hôpital se tiennent prêts, les eaux montantes de la rivière Rouge provoquent l'inondation du siècle, phénomène qui représente un danger inhabituel pour la sécurité et l'intégrité des patients de l'Hôpital général Saint-Boniface en raison de son emplacement sur les berges de cette rivière. Des plans d'intervention d'urgence sont élaborés et une digue de deux pieds est construite sur les rives pour retenir les eaux menaçantes. Le sous-sol et le sous-sol inférieur sont vidés et les entrées à l'arrière de l'établissement sont protégées par des murs de sacs de sable érigés avec l'aide du personnel. Les responsables jugent nécessaire d'évacuer les patients et finalement la presque totalité des patients et du personnel sont réinstallés dans des établissements situés dans des zones plus sécuritaires de la ville. Pendant plusieurs semaines, l'administration et le personnel de l'hôpital sont sur le qui-vive, surveillant attentivement le niveau de l'eau, qui finalement monte

The possibility of job action by both nurses and physicians was avoided in April 2003, and although a 4-day support worker strike occurred, the response of staff to the situation mitigated significant disruption to service.

By February 2006, the regionalization of laundry services, begun in 2004, was completed. As well, the Hospital cafeteria was closed after more than 30 years of service.

CAMPUS CHANGES

The winter of 1996-1997 was one of fierce storms and snow, culminating in a blizzard in April 1997 and leaving the city and countryside covered in more snow than the ground and rivers could accommodate. As the City and the hospital watched and prepared, rising waters of the Red River grew into the Flood of the Century posing a rare danger to the safety and integrity of patients at the SBGH due to its location on the banks of the Red River. Crisis response plans were established and a two-foot dike was built on the banks to hold back the threatening waters. The basements and sub basements were cleaned out and back entrances were sandbagged with the help of staff. It was determined that patients had to be moved and ultimately, all but a few patients and staff were relocated to safer facilities within the city. For several weeks, hospital administrators and staff watched as the water rose to the very brink of the dike. By May the river had crested and operations slowly resumed. As is often the case in crisis situations, the singleness of purpose arising from facing this threat led to a sense of pride and cohesion among staff and volunteers.

Following shortly on the heels of the flood, June 1997 marked the fifth and last year for the hospital's Baccalaureate Nursing Program, which had been offered in collaboration with the University of Manitoba, and the closure of the School of Nursing at SBGH following 100 years of teaching. While the program moved to the University of Manitoba, the hospital continued to provide nursing practice opportunities for students enrolled at the University.

One of the significant challenges of this decade has been increased demand on hospital infrastructure throughout the Province. At SBGH, this increased demand first became acute when a sharp increase in emergency visits occurred straining both the facility and staff. As a result, between 1997 and 2000, Manitoba Health approved a number of capital projects designed to address the problem. An Emergency Department Redevelopment Project was completed and the ER was officially re-opened June 24, 1999. This \$1.9-million renovation upgraded the 14,000-square-foot department through an increase in the number of examination and stretcher bays.

Other capital enhancements included a redesign and renovation of the Hospital's Heart Catheterization laboratories with generous assistance from the Hospital Auxiliary. In 1997, a new Medical Intensive Care Unit opened, providing seven medical intensive care beds, six critical care beds, and one isolation bed. Started in 1999, an expanded Palliative Care services unit opened in May 2000, permitting the enhancement of palliative care services in both the home and institutional settings.

jusqu'au bord de la digue avant de redescendre lentement. En mai, la rivière reprend son cours et les activités font lentement de même. Comme il est souvent le cas dans des situations de crise, l'unité manifestée pour faire face au danger entraîne un sentiment de fierté et de cohésion au sein du personnel et des bénévoles.

En juin 1997, peu après les remous de l'inondation, l'hôpital offre la cinquième et dernière année du programme de sciences infirmières de l'hôpital en collaboration avec

l'Université du Manitoba et ferme l'école de soins infirmiers de l'Hôpital général Saint-Boniface, après un siècle d'existence. Alors que ce programme passe à l'Université du Manitoba, l'hôpital continue d'offrir des stages pratiques aux étudiants inscrits à l'université.

Un des grands défis de la décennie est l'accroissement de la demande et son effet sur les infrastructures hospitalières dans toute la province. À l'Hôpital général Saint-Boniface, cette demande accrue se fait lourdement ressentir lorsque survient une forte augmentation des visites à l'urgence, ce qui met à l'épreuve autant l'établissement que le personnel. Par conséquent, entre 1997 et 2000, Santé Manitoba approuve de nombreux projets d'immobilisation en vue de régler ce problème. Un projet de réaménagement du service des urgences voit le jour et ce service est ouvert officiellement le 24 juin 1999. Ce projet de réaménagement de 1,9 millions de dollars permet de mettre à niveau le service de 14 000 pieds carrés en faisant augmenter le nombre de salles d'examen.

Les autres améliorations concernant les immobilisations comprennent le réaménagement et la rénovation des laboratoires de cathétérisme cardiaque de l'hôpital grâce au

généreux appui de l'Auxiliaire de l'hôpital. En 1997, une nouvelle unité des soins intensifs médicaux ouvre les portes, offrant ainsi sept places en soins intensifs médicaux, six places en soins critiques et une place en isolement. Une unité des services de soins palliatifs, dont l'aménagement avait débuté en 1999, ouvre les portes en mai 2000, permettant ainsi l'amélioration des services de soins palliatifs à domicile et en milieu hospitalier.

Une nouvelle unité néonatale des soins intensifs est officiellement inaugurée en 1999. Cette unité peut recevoir 34 nouveau-nés. Un service de triage obstétrique, le premier en son genre au Manitoba, est aussi ouvert. Au début d'avril 2001, la nouvelle unité de travail, d'accouchement, de réveil et de postpartum de 15 places est inaugurée et bénie. Une des caractéristiques uniques de cette unité est qu'elle est la seule unité de la ville à offrir aux mères la possibilité de choisir l'hydrothérapie pour soulager la douleur durant le travail. Au début de juin 2000, l'ORSW accorde aux sages-femmes le privilège de pratiquer à l'Hôpital général Saint-Boniface.

Février 2002 marque le début des travaux de construction de l'Institut de recherche clinique I.H. Asper situé près du Centre de recherche. Il s'agit de l'un des trois établissements au Canada conçus pour mener les recherches à partir des travaux en laboratoire jusqu'aux essais cliniques. La construction de l'établissement est terminée en 2004.



• Département
d'urgence, 1999

Emergency
Department,
1999



• Inondation de la rivière Rouge, mai 1997

Red River Flood, May 1997

A new Neo-Natal Intensive Care Nursery was officially opened in 1999, providing space for 34 babies; an obstetrical triage area, the first of its kind in Manitoba, was opened; and in early April 2001 the new 15-bed Labour Delivery Recovery Postpartum (LDRP) unit was opened and blessed. One of the unique features of the LDRP was that it was the only unit in the city to offer women the option of hydrotherapy for pain control during labour. Beginning in June 2000, midwives were granted privileges by the WHRA to practice at SBGH.

February 2002 marked the beginning of construction of the I.H. Asper Clinical Research Institute, adjacent to the Research Centre, one of only 3 facilities in Canada designed to take research from the lab to clinical trials. This facility was completed in 2004.

During this period, the Board also approved the construction of a \$12-million Atrium and broke ground for the new construction project in June 2004. The project would provide for 76,000 square feet of new and renovated space on two levels and include a new two-level atrium to house quiet space for patients, staff, physicians and visitors along with a 450-seat cafe; an enlarged gift shop; retail space for a pharmacy/convenience store; and gallery space for heritage displays and healing art. "The services to be included in the Atrium are consistent with the interests expressed by patients, staff, physicians and visitors. They also represent the best practices currently found in progressive health care institutions," said Hubert Gauthier, President, St. Boniface General Hospital on the occasion of the sod turning in June 2004.

The hospital took a unique approach to finance this project that included partnerships with dedicated private companies to provide an initial capital contribution, and were thus able to build without using government funds. Partnerships with the hospital Auxiliary and the other partners for pharmacy and retail food services would allow the hospital to generate revenue to fund the new structure.

Durant cette période, le conseil d'administration approuve la construction d'un atrium de 12 millions de dollars et procède à la première pelletée de terre en juin 2004. Ce projet permettra de disposer de 76 000 pieds carrés d'espace supplémentaire et d'espace rénové sur deux étages et comprend un atrium à deux niveaux pour aménager des aires destinées aux patients, au personnel, aux médecins et aux visiteurs, ainsi qu'un café de 450 places,



une boutique de cadeaux agrandie, un espace pour la vente au détail de produits pharmaceutiques et de commodité et une galerie d'art pour la mise en valeur d'œuvres sur le patrimoine et la guérison. « Les services qui sont offerts dans l'atrium correspondent aux besoins exprimés par les patients, le personnel, les médecins et les visiteurs. Ils représentent aussi ce qu'il y a de meilleur sur le plan des pratiques actuellement en cours dans les établissements de soins progressifs », explique Hubert Gauthier, président de l'Hôpital général Saint-Boniface à l'occasion de la cérémonie de la première pelletée de terre en juin 2004.

L'hôpital adopte une approche unique pour financer ce projet, soit des ententes de partenariat avec des entreprises privées intéressées à verser un apport initial en capital, ce qui permet de procéder aux travaux de construction sans solliciter de fonds gouvernementaux. Les partenariats avec l'Auxiliaire de l'hôpital et les autres

partenaires pour les services pharmaceutiques et alimentaires permettent à l'hôpital de générer des recettes pour financer cette nouvelle structure.

La décennie se termine par la fin de deux projets de construction des plus importants. L'atrium de l'entrée principale de l'hôpital est officiellement inauguré le 30 mai 2006 et le Centre de soins cardiaques Bergen, un ajout de deux étages à l'aile Y de l'hôpital, est inauguré le 14 décembre 2006. À la fin de l'année, Santé Manitoba approuve un plan pour consolider les services de chirurgie avec et sans hospitalisation dans l'édifice de l'Institut de recherche clinique I.H. Asper dans le cadre du projet d'amélioration des services cardiaques annoncé en 2000 et selon les recommandations formulées dans le rapport Koshal en 2004.

PRESTATION DES SERVICES, AMÉLIORATIONS ET SPÉCIALISATIONS

La décennie allant de 1996 à 2006 s'amorce par la mise sur pied de plusieurs partenariats communautaires ayant pour but d'améliorer la prestation des services aux patients. La collaboration entre le programme des services cardiaques du Manitoba et le Centre Kinsmen Reh-Fit se solde par un projet de démonstration pour offrir des services de réadaptation aux personnes ayant subi une chirurgie cardiaque. Ce projet conjoint fait la promotion d'une approche à long terme qui favorise l'amélioration de la santé en apportant des changements au mode de vie. En concluant des ententes de partenariat comme celle-ci,

• Ground-breaking Ceremony, Hospital Atrium c2004

Levée de terre Atrium de l'Hopital, c2004



• Boutique de l'Auxiliaire, c1996

Auxiliary Gift Shop, c1996

The decade ended with the completion of two very important pivotal construction projects: the Atrium at the hospital's main entrance was officially opened on May 30, 2006; and the Bergen Cardiac Centre, a 2-floor addition over the Y block of the hospital opened December 14, 2006. As the year ended, Manitoba Health had approved a plan to consolidate cardiac inpatient and outpatient surgery services in the I.H. Asper Building as part of the cardiac services enhancement project announced in 2000 and the recommendations of the Koshal report in 2004.

SERVICE DELIVERY, ENHANCEMENTS AND SPECIALIZATIONS

The decade between 1996 and 2006 began with the establishment of several community partnerships as a means of enhancing delivery of services to patients. Collaboration with the Manitoba Cardiac Service Program and the Kinsmen Reh-Fit Centre resulted in a demonstration project to provide rehabilitation services to people who had undergone heart surgery. This joint venture promoted and encouraged a long-term approach to supporting lifestyle changes for improved health. By developing partnerships such as this, the St. Boniface General Hospital was able to focus its efforts and resources on the delivery of core services, while ensuring that a continuum of care is integrated for the person undergoing heart surgery.

During 1996 and 1997, the Province of Manitoba supported its priority for neurosurgery and cardiac care in the Province by providing a block funding arrangement to the St. Boniface General Hospital. These actions enabled the St. Boniface General Hospital to be responsible for planned elective tertiary and secondary surgical services in neurology and vascular areas, while the Health Sciences Centre continued to perform trauma/emergency surgery in these areas. As well, as part of the process to move programs into the community, its Chemical Dependency Program (Addictions Counseling and Methadone Program), were consolidated with the Addictions Foundation of Manitoba.

While the hospital awaited the completion of the renovation of the Emergency Department, the issue of patients waiting paneling and placement in long term care facilities became a major focus of the hospital's ongoing discussions with the Winnipeg Regional Health Authority. The eventual opening of 241 interim personal care home beds in the City freed up beds, and it was hoped this would alleviate Emergency room overcrowding and make room for more acutely ill patients. The relief was short-lived.

l'Hôpital général Saint-Boniface peut axer ses efforts et ses ressources sur la prestation des services essentiels tout en assurant l'intégration d'un continuum de soins pour la personne qui subit une chirurgie cardiaque.

Au cours des années 1996 et 1997, la province du Manitoba soutient sa priorité en matière de neurochirurgie et de soins cardiaques en versant un financement global à l'Hôpital général Saint-Boniface. Cette mesure permet à l'Hôpital général Saint-Boniface de prendre la responsabilité des interventions chirurgicales tertiaires et secondaires non urgentes et planifiées dans les domaines neurologiques et vasculaires, alors que le Health Sciences Centre continue de faire les interventions chirurgicales urgentes et traumatologiques dans ces mêmes domaines. En outre, dans le cadre du processus ayant pour but d'offrir des programmes au sein de la collectivité, le programme sur la pharmacodépendance (programme de counselling en matière de toxicomanie et de méthadone) est consolidé en collaboration avec la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.

Alors que l'hôpital attend la fin des travaux de rénovation du service des urgences, la question de l'attente des patients pour une évaluation et un placement dans un établissement de soins de longue durée prend de l'importance dans les discussions entre l'hôpital et l'Office régional de la santé de Winnipeg. L'ouverture de 241 places dans des foyers de soins de longue durée intérimaires de la ville permet de libérer des lits. On espère que cet ajout permettra de régler le problème d'engorgement du service des urgences et de faire de la place pour les patients ayant une maladie aiguë. Le répit est de courte durée.

L'Hôpital général Saint-Boniface subit aussi un contrecoup lorsque des changements sont apportés au programme provincial en santé mentale et à la façon d'offrir des services. À l'Hôpital général Saint-Boniface, ces changements se traduisent par : la création d'un service de soins ambulatoires pour offrir des soins plus complets aux patients atteints d'une maladie mentale grave; la réduction du temps d'attente pour des services de consultation externe et la mise en place d'une approche concertée face aux soins offerts aux patients.

Les programmes de chirurgie sont aussi extrêmement achalandés. Avec la conversion de l'Hôpital Misericordia en centre de soins de longue durée en juillet 1998, les cas de chirurgie ont dû être absorbés par les autres hôpitaux de Winnipeg. De nouveaux chirurgiens sont accueillis à l'Hôpital général Saint-Boniface afin d'alléger la pression grandissante. Le 1^{er} février 1999, les services de neurochirurgie sont consolidés au Health Sciences Centre, ce qui permet l'expansion des services de chirurgie vasculaire et d'urologie.

Le Programme femmes et enfants subit aussi certains changements durant ces dix années. La construction d'une pouponnière de soins spéciaux coïncide avec la proclamation de la Loi sur les sages-femmes en 1999, la désignation de Saint-Boniface comme lieu clinique de perfectionnement pour la profession de sage-femme et la mise en place de nouvelles mesures de sécurité pour le programme, notamment une politique d'identification des bébés et un système de bracelet à quatre bandes. On poursuit aussi la création d'équipes multidisciplinaires de soins qui comprennent des spécialistes en périnatalogie, en santé des femmes, en néonatalogie et en pédiatrie. En mars 2005, le service d'obstétrique de l'Hôpital Victoria ferme ses portes. L'Hôpital général Saint-Boniface connaît une augmentation des accouchements, passant de 4 000 à 5 100 en 2006.

Another impact felt by the St. Boniface General Hospital occurred when changes to the provincial mental health program and the manner in which services were being delivered was implemented. At SBGH these changes resulted in the creation of an ambulatory care service to provide more comprehensive care to severely mentally ill patients; the reduction of waiting times for outpatient services; and the creation of a team approach to patient care.

Surgery programs were also extremely busy. With the conversion of the Misericordia Hospital to a long term care centre in July 1998, surgery cases had to be absorbed into the remaining Winnipeg hospitals. A number of new surgeons were welcomed at the SBGH to alleviate the increased pressures. On February 1, 1999 neurosurgery services were consolidated at the Health Sciences Centre, allowing the expansion of surgeries such as vascular and urology services.

The Woman and Child program also experienced a number of changes during this decade. Concurrently with the construction of a new special care nursery, the proclamation of the Manitoba Midwifery Act in 1999 and the identification of St. Boniface as a clinical site for midwifery upgrades, the program implemented new security procedures, including a baby identification policy and a 4-band bracelet system. The program also continued developing multi-disciplinary patient care teams that included perinatology, women's health and neonatology/pediatrics. In March 2005, the obstetrics unit at the Victoria Hospital closed. St. Boniface General Hospital subsequently experienced an increase in the number of mothers delivered from 4,000 to 5,100 in 2006.

Shortly after its inception, the Winnipeg Regional Health Authority announced its intentions to consolidate cardiac services at the Health Sciences Centre. St. Boniface General Hospital reacted by proposing a model for cardiac care based on the one-program, one-leader, two-site model, to the WRHA. The WRHA agreed to review the information and



• Laboratoires de
l'hôpital c2001

Hospital
Laboratory c2001



Peu après son établissement, l'ORSW déclare son intention de regrouper les services cardiaques au Health Sciences Centre. L'Hôpital général Saint-Boniface réagit en proposant une approche axée sur le modèle comportant un programme, une direction et deux emplacements pour les services. L'ORSW accepte d'examiner les données et forme un comité spécial à cette fin. L'ORSW présente les grandes lignes de plusieurs initiatives positives et intéressantes pour l'Hôpital général Saint-Boniface, plus précisément le service de traitement des accidents vasculaires cérébraux et la clinique externe de prévention des accidents cérébraux.

En juin 2000, le ministre de la Santé annonce que les services de soins cardiaques seront offerts tant à l'Hôpital général Saint-Boniface qu'au Health Sciences Centre selon un modèle faisant appel à un programme unique offert à deux endroits. Le plan comprend un nouveau service de 30 places en cardiologie et le regroupement des services de cardiologie à Saint-Boniface.

À la suite d'incidents tragiques ayant touché des patients cardiaques au cours de cette période, le gouvernement provincial demande au Dr Arvind Koshal, cardiologue de l'Alberta, de passer en revue le programme des sciences cardiaques du Manitoba. Dans son rapport publié en août 2004, le Dr Koshal recommande que tous les services cardiaques soient regroupés en un seul endroit, soit à l'Hôpital général Saint-Boniface. L'hôpital travaille en collaboration avec l'ORSW et le Health Sciences Centre pour déplacer les services et le personnel. Le regroupement des services de cardiologie se concrétise en novembre 2006.

En mars 2006, le gouvernement du Manitoba annonce qu'il verserait des fonds pour aménager des locaux pour la chirurgie cardiaque à l'Hôpital général Saint-Boniface. En novembre 2006, l'ORSW et l'Hôpital général Saint-Boniface annoncent que les services de chirurgie cardiaque avec et sans hospitalisation seront offerts sur trois étages à l'Institut I.H. Asper dès 2009. Entre-temps, dès le 15 janvier 2007 toutes les chirurgies cardiaques passent à l'Hôpital général Saint-Boniface.

La question de l'engorgement du service des urgences continue de hanter tous les hôpitaux de la région de Winnipeg et de susciter un traitement négatif dans les médias. Malgré des efforts réfléchis pour régler le problème d'engorgement dans le service des urgences, l'hôpital est mis à défi de soigner des patients demandant des soins de plus en plus complexes. Une pénurie continue de personnel constitue également un défi pour l'hôpital.

En mai 1999, l'hôpital ferme temporairement le laboratoire de métabolisme en raison d'inquiétudes concernant la désinfection de deux tubes réutilisables servant aux examens dans le laboratoire de gastroentérologie. Quelque 3 000 patients sont contactés durant une période de deux mois et, fort heureusement, aucun problème de santé n'est détecté. Trois examens distincts sont effectués concernant cet incident et des changements sont apportés aux modalités pour réduire les risques de cette nature à l'avenir. Enfin, trois incidents concernant l'identification de bébés sont survenus au Programme femmes et enfants. Ces incidents et leur examen entraînent une amélioration des modalités et une attention plus pointue portée à la question de la sécurité des patients.

Un nouveau système de distribution des médicaments est mis en œuvre à l'hôpital en 1999. Le système PYXIS permet de décentraliser les pharmaciens vers les unités de patients. Un nouveau programme à domicile pour l'héparine de faible poids moléculaire est aussi mis sur pied durant cette même période. Il s'agit du premier projet pilote du genre au

established a special committee to do so. The WRHA outlined several interesting and positive initiatives for SBGH, specifically the Inpatient Acute Stroke Unit and the Outpatient Stroke Prevention Clinic.

In June 2000, the Minister of Health announced that cardiac care services would be provided at both St. Boniface General Hospital and the Health Sciences Centre under a one-program, two-site model. The plan included a new 30-bed cardiology unit and the consolidation of cardiology services at St. Boniface.

Following tragic incidents with cardiac patients during this period, the province called upon Dr. Arvind Koshal, Director of Edmonton's Cardiac Sciences program to review Manitoba's cardiac sciences program. Dr. Koshal's Report released in August 2004 recommended that all cardiac services be consolidated in one location, at St. Boniface General Hospital. The hospital worked with the WRHA and the Health Sciences Centre to move services and staff. The consolidation of cardiology services was largely finalized in November 2006.



• Medical Intensive
Care Unit, c2004

Unité des soins intensifs
médicaux, c2004

Manitoba. Ce programme permet d'empêcher les hospitalisations inutiles de patients ayant ou pouvant avoir des caillots sanguins dans les membres.

Deux dossiers ont des répercussions importantes sur l'hôpital en ce qui concerne la priorité accordée aux soins axés sur les patients. À la suite du décès de 12 enfants au programme des soins cardiaques de Children's Hospital en 1994, une enquête dirigée par le juge Murray Sinclair permet de comprendre les risques de tels incidents à l'Hôpital général Saint-Boniface. Le comité des soins aux patients du conseil d'administration demande un examen du rapport afin de déterminer les mesures nécessaires pour réduire les semblables risques à l'Hôpital général Saint-Boniface. En outre, en raison des pressions continues sur le service des urgences, l'hôpital doit mettre en œuvre des solutions systémiques et une attention considérable est portée à la formulation de recommandations pour améliorer cette situation. Au début de 2003, le service de chirurgie des hanches et des genoux est réaménagé à l'Hôpital Concordia.

Le projet de système d'information hospitalier (HISP), une initiative provinciale visant à remplacer les actuels systèmes d'information dans plusieurs hôpitaux universitaires et communautaires, est jugé prioritaire en 2001 et le restera au cours des années qui suivent, car la technologie de pointe et l'accès à l'information sont liés à l'amélioration des délais et à la qualité des soins. Entre autres choses, l'élaboration d'un système d'information amélioré pour faire le suivi des mouvements du personnel permettra à l'hôpital de réagir plus rapidement aux changements touchant l'effectif. L'Hôpital général Saint-Boniface est le premier établissement à participer à la mise en œuvre du projet et les travaux commencent en 2005. Le 12 avril 2007, après 18 mois de planification, le projet de système d'information hospitalier (HISP) lance la première phase du projet de dossiers de patients électroniques. Cette première phase comprend les fonctions d'inscription, la facturation des patients et la documentation de certaines données cliniques. L'activation représente la première étape

• Travail,
accouchement et
postpartum
c2002

Labour, Delivery,
Recovery,
Postpartum
room, c2002





In March 2006, the Government of Manitoba announced funding to develop space for the cardiac surgery at SBGH. In November 2006, the WRHA and SBGH announced that cardiac surgery inpatient and outpatient services would be located on 3 floors of the Asper Institute by 2009. In the interim, all cardiac surgery was moved to SBGH effective January 15, 2007.

Issues of Emergency Room overcrowding also continued to plague all hospitals in the Winnipeg area and draw negative media attention. Despite deliberate efforts to address Emergency Department overcrowding, the hospital continued to be challenged to care for patients with increasingly complex care issues. Ongoing shortages of staff also continued to challenge the hospital.

In May 1999, the hospital had to close the Metabolic Laboratory (Gastroenterology Lab) temporarily, due to concerns about the disinfection of two reusable tubes used for test in the gastroenterology lab. Some 3,000 patients were contacted during a two-month period and fortunately no health issues resulted. Three separate reviews into the incident were conducted, and changes made to processes were implemented to reduce further risks of this nature. Finally, three incidents involving baby identification arose in the Woman and Child program. These incidents and their reviews led to improved processes and increased attention to issues of patient safety.

A new system of drug distribution was implemented hospital wide in 1999. The PYXIS system allowed for decentralization of pharmacists to patient units. A new Home IV Low Molecular Weight Heparin Expansion Program was also implemented during this period, the first program of its kind in Manitoba. This program assisted the hospital with preventing unnecessary hospital admissions for patients with suspected or confirmed blood clots in limbs.

Two issues had a substantial impact on the hospital with respect to the patient centered care priority. Following the death of 12 children at the Children's Hospital's pediatric cardiac care program in 1994, an inquest led by Justice Murray Sinclair provided insight into the potential for similar incidents to occur at St. Boniface General Hospital. The Patient Care Committee of the Board requested a review of the report to identify the necessary actions that needed to be taken to mitigate similar risks at the SBGH. As well, due to the continuing demand on the emergency department, the hospital needed to implement systemic solutions and substantial attention was focused on making recommendations for improvement in this area. The early part of 2003 saw the relocation of hip and knee surgery to Concordia Hospital.

The Hospital Information Systems Project (HISP), a provincial wide initiative to replace current information systems in a number of teaching and community hospitals, was identified as a priority in 2001 and continued to be a priority through the following years as new state of the art technology as access to information is related to improving patient flow and quality of care. Among other things, the development of an enhanced information system to track staffing flows would allow the hospital to respond more rapidly to changes in staffing throughout the hospital. St. Boniface General Hospital was chosen to be the first involved in implementation of the HIS Project and work began in 2005. On April 12, 2007, after 18 months of planning, the Hospital Information Systems Project launched phase 1 of the Electronic Patient Record (EPR) at 00.01. Phase 1 included registration functions, patient

• Dossiers des patients, octobre 2006

Medical Records office, October 2006



vers l'intégration d'un système électronique d'information pour les professionnels de la santé. La deuxième phase du projet comprendra la saisie électronique des ordonnances et la documentation d'une plus grande quantité de renseignements cliniques.

AGRÉMENT, QUALITÉ DU RENDEMENT ET SÉCURITÉ

Par la gestion, l'administration et la prestation de services, l'Hôpital général Saint-Boniface entreprend de mettre en œuvre les pratiques optimales dans tous les volets de ses activités. Pour ce faire, l'hôpital participe à des études sur l'agrément et l'analyse comparative. En 1997, l'hôpital reçoit la visite de trois vérificateurs du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) qui entreprend un examen obligatoire de trois ans de l'organisation et de la prestation des soins et des services conformément aux normes nationales en matière de soins de santé. Le Conseil attribue à l'Hôpital général Saint-Boniface un agrément sur dossier ayant déterminé que la « majeure partie des services et des programmes démontre un bon niveau de conformité avec les normes du Conseil ». Fait particulier, selon les vérificateurs, les patients indiquent à de très nombreuses reprises que la raison les ayant amenés à Saint-Boniface est la confiance accordée à l'établissement face aux soins offerts.

En 1998, l'hôpital participe de nouveau à une étude comparative portant sur 20 des 35 hôpitaux universitaires du Canada. Cette étude, entreprise par l'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, démontre que l'hôpital se compare favorablement à plusieurs autres hôpitaux d'enseignement au Canada. En outre, l'Hôpital général Saint-Boniface est le premier hôpital au Canada à recevoir un agrément complet de l'American Institute for Ultrasound in Medicine. Cet agrément de trois ans indique que l'hôpital a réussi à mettre

billing and the documentation of some clinical information. This activation represented the first step toward establishing an integrated electronic information system for health care providers. Phase 2 of the project will include entering orders electronically and documenting more clinical information into the EPR.

ACCREDITATION, QUALITY PERFORMANCE AND SAFETY

Through its governance, administrative and service delivery, the St. Boniface General Hospital has endeavored to implement best practices in all aspects of its operations. To this end, the hospital participated in accreditation and benchmarking studies. In 1997 the hospital was visited by three surveyors from the Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA) who undertook a three-year mandatory review of the organization and delivery of care and service in relation to national health care standards. The Council granted the St. Boniface General Hospital the status of 'accredited with report' having determined that the "majority of services and programs were demonstrating a good level of compliance with Council's standards". Of particular mention was that, according to the surveyors, time and time again patients noted that the reason they came to St. Boniface Hospital was because of the 'trust' they had in the care they received.



• Dossier
électronique
patient, 2007

Electronic Patient
Record, 2007



sur pied un programme qui respecte ou dépasse les normes établies par une association internationale en matière de pratiques optimales liées aux techniques d'échographie.

En 2001, l'Hôpital général Saint-Boniface participe à un processus provincial d'agrément et à un examen externe de ses programmes et services. Les vérificateurs reconnaissent le travail d'équipe et la collaboration de chacune des équipes de l'Hôpital général Saint-Boniface en soulignant l'engagement et la passion manifestés pour le travail.

En 2005, les questions de la sécurité des patients et de la gestion du risque font de plus en plus parler. Ainsi, l'hôpital décide de participer à la campagne « 100,000 Lives » lancée par l'Institute for Healthcare Improvement de Boston et à la campagne équivalente au Canada « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! ». Le but des campagnes américaines et canadiennes est de sauver des vies en Amérique du Nord grâce entre autres à la mise en place de six interventions éprouvées en matière de soins. Ces six interventions cliniques visent à réduire les décès évitables, la douleur, le sentiment d'impuissance, l'attente et le gaspillage.

Saint-Boniface met en œuvre la première de ces mesures en janvier 2005 lors de la création d'une équipe médicale d'urgence. Par la suite, l'hôpital met en place cinq autres « ensembles » de procédés ayant pour but de réduire globalement la mortalité et la morbidité chez les patients. Le conseil d'administration de l'hôpital et la haute direction font une surveillance mensuelle des activités et des résultats.

SERVICES DU SOUTIEN SPIRITUEL

Au cours de la dernière décennie, le Service de la pastorale axe ses efforts sur la satisfaction des besoins des patients et des familles en matière de spiritualité. Alors que notre province accueille un nombre de plus en plus important d'immigrants, les différences sur le plan de la foi et de la religion ainsi que la richesse des cultures, des langues et des coutumes sont reflétées chez nos patients et notre personnel.

Le 1^{er} janvier 2005, le Service de la pastorale est devenu le Service de soutien spirituel afin de se mettre en accord avec la plupart des autres services de soutien spirituel au Canada et dans la ville de Winnipeg. Ce nouveau nom se traduit par une approche plus sensible envers les besoins spirituels des patients, des familles et du personnel.

En accord avec l'objectif de répondre aux besoins des patients et des familles, le personnel des services de soutien spirituel offre des ateliers avec des représentants de différents groupes confessionnels et aménage une salle de prière musulmane à l'intention du personnel, des médecins et des patients. Dès 2006, l'hôpital compte 15 aumôniers à temps plein et à temps partiel et fait appel à 15 membres du clergé de la collectivité pour répondre aux besoins des patients.

Au cours de cette décennie, des changements apportés au chapitre de l'accès aux renseignements médicaux personnels remet en question l'accès traditionnel des aumôniers aux patients. En juillet 2004, grâce au travail déterminant du Réseau catholique des soins de santé et de l'Association confessionnelle de la santé du Manitoba, une loi est adoptée afin d'inclure la spiritualité dans la définition de la santé faisant partie de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et utilisée par Santé Manitoba. Cette démarche donne aux établissements la possibilité de contester l'interprétation stricte de cette loi par l'ORSW

Despite deliberate efforts to address Emergency Department overcrowding, the hospital continued to be challenged to care for patients with increasingly complex care issues.

In 1998, the hospital once again participated in a Benchmarking Comparison Study of 20 of Canada's 35 teaching hospitals. This study, undertaken by the Association of Canadian Teaching Hospitals, showed that the hospital compared favorably with several other teaching hospitals across Canada. As well, the St. Boniface General Hospital was the first hospital in Canada to receive full accreditation from the American Institute for Ultrasound in Medicine. This three-year accreditation meant that the hospital had successfully established a program which met and/or exceeded the standards established by an international association for best practice in ultrasound techniques.

In 2001, the SBGH participated in a regional accreditation process and an external review of its programs and services which led to the surveyors recognizing SBGH for its "teamwork and collaboration of each team. Their commitment and passion to their work was powerful."

In 2005, patient safety and risk management were increasingly becoming the topic of discussions. As a result, the hospital enrolled in the 100,000 Lives Campaign initiated by the Institute for Healthcare Improvement in Boston, and its Canadian counterpart "Safer HealthCare Now". The American and Canadian campaigns seek to save lives in North America in part through the introduction of six proven health care improvement interventions. These six clinical interventions aim to reduce needless deaths, pain, helplessness, waiting and waste.

St. Boniface implemented the first of these measures in January 2005 with the hospital wide introduction of the Medical Emergency Team. Subsequently, the hospital implemented five additional 'bundles' of care processes whose goals are to reduce overall mortality and morbidity of patients. The hospital board and senior management monitor the activities and results monthly.

SPIRITUAL CARE SERVICES

Throughout the last decade, the Pastoral Care Department has maintained a strong focus on responding to the patients' and families' spiritual needs. As our province welcomes an increasing number of immigrants, the variants of faith and religion and the rich depth of culture, language and customs are reflected in our patients and staff.

Beginning January 1st, 2005, the Pastoral Care Department was renamed "Spiritual Care Services" bringing it in line with most other Spiritual Care services across Canada and in the city of Winnipeg. The new name speaks to a more sensitive approach in meeting the spiritual needs of patients, families and staff.

In keeping with its goal to respond to the needs of patients and families, spiritual care staff offered workshops with representatives of different faith groups and also created space for a Muslim prayer room for the staff, physicians and patients of the community. By 2006 the hospital had 15 full- and part-time chaplains and called upon 15 members of the clergy from the community to respond to the needs of the patients.

During this decade, changes in access to personal health information challenged chaplains' traditional access to patients. In July of 2004, through the instrumental work of the Catholic Health Care Network and the Interfaith Health Care Association of Manitoba, legislation was passed which included spirituality in the definition of health used in the



• Équipe de la
Mission –
Respect

Mission –
Respect Team

qui limite ou interdit l'accès des membres du clergé local à des renseignements qui peuvent leur permettre de rendre visite à des patients de leurs congrégations. Le ministre de la Santé de l'époque fait alors la déclaration suivante : « les administrateurs sont invités à déterminer et à éliminer les obstacles rigides et inutiles à l'offre d'un soutien religieux. Il faudra peut-être être proactifs et créatifs pour offrir un accès raisonnable aux patients à ces importantes mesures de soutien ».

En 2005, au chapitre des services aux patients, le Service met sur pied une chaîne de télévision à vocation spirituelle diffusée à circuit fermé à l'hôpital. En plus de présenter la messe quotidienne et des célébrations pluriconfessionnelles, la programmation télévisée présente des émissions dans les domaines de la méditation, de la prière et de la réflexion spirituelle à l'intention des patients et du personnel.

LES RELATIONS : AU CŒUR DE NOTRE MISSION

Conformément au mode d'action déterminé dans le plan stratégique de 2000, les gestionnaires, le personnel et les médecins de l'hôpital concentrent leurs efforts sur l'amélioration des soins et des services. Des activités visant à renforcer les relations entre les fournisseurs de soins et les patients ainsi qu'entre les collègues sont mises de l'avant afin de créer un milieu favorisant la guérison et de mettre notre mission et nos valeurs en pratique de façon très concrète dans le quotidien.

Durant cette période, la Corporation catholique de la santé du Manitoba cherche à cerner des caractéristiques communes aux établissements de confession catholique, des particularités qui pourraient servir d'« image de marque » pour les établissements du réseau catholique. Les organismes adoptent l'idée d'un projet touchant les soins et le service à la



Personal Health Information Act, (PHIA) by Manitoba Health. This gave institutions some ground to challenge the strict interpretation of PHIA by the WRHA that restricted or prevented community clergy from accessing information and affected their ability to visit the sick members of their congregations. In the words of the Health Minister at the time, “trustees are encouraged to identify and eliminate any rigid and unnecessary barriers to the delivery of religious care. Proactive and creative steps may be required to facilitate reasonable access by patients to these important supports.”

In terms of patient services, in 2005 the department took advantage of improved technology to build the spiritual care channel on the Hospital Closed Circuit TV Channel. In addition to televising daily Mass and interdenominational services, the channel is gradually increasing programming to include meditative moments, prayers and spiritual reflections for patients and staff.


RELATIONSHIPS: AT THE CORE OF OUR MISSION

Following the path identified through the strategic plan in 2000, the hospital’s management, staff and physicians focused on improving care and services. Activities aimed at strengthening relationships between caregivers and patients as well as between colleagues were initiated with the goal of creating an environment of healing health care, putting our mission and values into practice in a very real way every day. The hospital’s ongoing objective is that all of our patient care, education and research activities be carried out within the spirit of the mission and values to attain true excellence of care and service.

During this period, the Catholic Health Corporation of Manitoba sought to identify attributes that were common to Catholic faith based facilities; behaviours that would in effect serve as the ‘brand’ for the organizations of the Catholic network. The customer care and service initiative was adopted and the network organizations were invited to rekindle the spirit of mission and compassionate care, characteristic of our founders. Building on this approach, the hospital developed a “relationship-centered care and services” model designed to support staff and physicians in improving relationships with patients, families and colleagues. The premise was that individual’s interactions with each other support a more positive relationship with patients and families, build on the mission and tradition inspired by Saint Marguerite d’Youville, and assist in the healing process.

A cross-organizational and multidisciplinary team was established to identify the behaviours leading to a more respectful and responsive environment. The team introduced the concept of “our commitments” to patients and each other, and facilitated discussions between management and staff about behaviours and expectations.

The hospital’s focus on quality and performance as a measure of the success of our mission remains integral to the hospital’s strategy and vision for the future. As the board looks forward to the future role of St. Boniface General Hospital, it directed management to look at reviewing the mission statement developed in the late 1980’s.



clientèle. Les organismes du réseau sont invités à raviver l'esprit de la mission et de la compassion typique de nos fondatrices. En tablant sur cette approche, l'hôpital élabore un modèle fondé sur les services et les soins axés sur les relations afin d'aider le personnel administratif et médical à améliorer les relations avec les patients, les familles et les collègues de travail. On part du principe que les interactions entre les personnes favorisent des relations plus positives avec les patients et les familles, prennent appui sur la mission et les traditions inspirées par sainte Marguerite d'Youville et facilitent le processus de guérison.

Une équipe transorganisationnelle et multidisciplinaire est formée pour cerner les comportements favorisant un milieu plus respectueux et réceptif. Cette équipe présente le concept touchant « nos engagements » envers les patients et chacun de nous, et facilite les discussions entre la gestion et le personnel concernant les comportements et les attentes.

L'accent mis par l'hôpital sur la qualité et le rendement pour assurer le succès de notre mission demeure un aspect intégral de sa stratégie et de sa vision pour l'avenir. Alors que le conseil d'administration considère le rôle futur joué par l'Hôpital général Saint-Boniface, il demande à la direction d'envisager la révision de l'énoncé de mission élaboré à la fin des années 1980.

RECHERCHE

Les activités de recherche de l'hôpital constituent toujours un domaine qui dessert bien l'établissement. Les partenariats formés avec des industries locales et nationales au cours de cette décennie permettent à l'hôpital de rester à l'avant-garde en matière de recherche et de prestation de services de santé.

En octobre 2000, une entente de partenariat de 2,5 millions de dollars avec Boltons Capital Corporation de la Colombie-Britannique est annoncée. Cette entente porte sur des travaux prometteurs dans le domaine de la recherche sur le diabète. Le partenariat bénéficie de 5 millions de dollars supplémentaires en avril 2001 en vue de financer la recherche pour faire progresser le traitement d'une maladie cardiovasculaire (resténose) qui permettra de réduire considérablement le recours aux pontages. Des fonds fédéraux d'un montant de 5 millions de dollars destinés à la construction d'un institut de recherche clinique sont aussi annoncés.

Deux importants partenariats éducationnels sont mis sur pied, un avec le programme de coordination de la recherche clinique du Red River College et l'autre avec le Collège universitaire de Saint-Boniface concernant la création d'un programme de sciences infirmières en français.

Durant la décennie, l'effectif du Centre de recherche de l'Hôpital Saint-Boniface passe à 250 personnes, le centre ayant attiré des chercheurs et des étudiants de partout au monde. En décembre 2005, le D^r John Foerster annonce son départ à titre de directeur de la recherche. Le D^r Grant Pierce accepte alors de prendre la relève pour diriger les travaux de recherche de l'avenir au début de l'année 2006.

À la fin de la décennie, nous voyons partir à la retraite le D^r Naranjan Dhalla, directeur de l'Institut des sciences cardiovasculaires et des démarches sont lancées pour lui trouver un successeur.



• Unité des soins intensifs néonataux, c 2004

Neonatal Intensive Care Unit, c 2004

RESEARCH

The research activities of the hospital continued to be an area that serves the hospital well. Partnerships, formed with local and national industries during this period, have enabled the hospital to be on the 'cutting edge' of health research and service delivery.

In October 2000, a \$2.5-million partnership with Boltens Capital Corporation of British Columbia was announced for research into an exciting development in diabetes research. This partnership was increased by an additional \$5 million in April 2001 in order to finance research that would advance the treatment of cardiovascular disease (restenosis) that would greatly reduce the need for cardiac bypass surgery. Federal funding in the amount of \$5 million towards the building of a clinical research institute was also announced.

During this period the hospital also established two important educational partnerships, one with the Clinical Research Coordinator program at Red River College, the other with the Collège universitaire de Saint-Boniface regarding the development of a Francophone nursing program.

During this decade, the complement of researchers and staff at St. Boniface Hospital Research Centre grew to 250, attracting researchers and students from across the world. In December 2005, Dr. John Foerster announced his retirement as Director of Research. Dr. Grant Pierce accepted the challenge of leading research into the future in early 2006.

La recherche continue d'être la pierre angulaire des activités de l'Hôpital général Saint-Boniface qui concentre ses efforts dans quatre principaux domaines : l'Institut des sciences cardiovasculaires; les maladies dégénératives chez les personnes vieillissantes; le Centre national de recherches agroalimentaires en santé et médecine et les répercussions psychosociales du cancer. Ce dernier volet est pris en charge par des chercheurs en sciences infirmières.

La mise sur pied du Centre national de recherches agroalimentaires en santé et médecine (CNRAM) est particulièrement intéressante. Une première en Amérique du Nord, le CNRAM est aménagé au 2^e étage du Centre de recherche en 2006 sous la direction du D^r Peter Zahradka. Ce partenariat unique entre l'Université du Manitoba, l'Hôpital général Saint-Boniface, Agriculture et agroalimentaire Canada et le Centre de recherche représente un nouveau modèle d'interaction entre le monde universitaire et le milieu de la recherche qui sera avantageux pour les Manitobains.

Les travaux du CNRAM sont axés sur la production du produit nutraceutique idéal, un produit qui fera la transition du laboratoire de recherche, qui fera l'objet d'essais cliniques sérieux et qui sera finalement approuvé par la Food and Drug Administration et la Direction générale de la protection de la santé pour ensuite être prescrit par les médecins. L'intégration des chercheurs d'Agriculture et agroalimentaire Canada ajoute une dimension clé aux activités de recherche du CNRAM en formant, entre autres, un lien critique entre la production alimentaire et les études cliniques.

LA FONDATION POUR LA RECHERCHE ET L'HÔPITAL SAINT-BONIFACE

La Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface célèbre son 25^e anniversaire en 1996 en organisant plusieurs activités spéciales de financement en vue d'encourager et de soutenir la recherche en matière de soins de santé. Un dîner d'attribution du Prix international est offert en l'honneur du D^r E. Donnall Thomas et du ténor Jose Carreras pour leurs contributions à la recherche sur le cancer. Le programme annuel de la Fondation permet de recueillir 1,2 millions de dollars pour des projets de recherche et des programmes hospitaliers. Les autres activités comprennent un tournoi de golf et un marchethon. Ces deux activités font appel à la participation de la population. Une journée portes ouvertes est organisée au Centre de recherche et plus de 5 000 Winnipegois y assistent.

En 1997, par l'entremise de la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface, une nouvelle campagne de 12,5 millions de dollars baptisée l'«Âge de la découverte » est lancée pour amasser des fonds en vue de mettre sur pied le Centre de recherche sur le vieillissement, d'enrichir les programmes cardiovasculaires existants et d'amorcer des recherches sur la maladie d'Alzheimer et la démence sur le campus de l'Hôpital général Saint-Boniface. Le Centre de recherche sur le vieillissement John Foerster est officiellement inauguré en mai 2001. Au cours de l'année, la campagne atteint son objectif à 90 % et 4,4 millions de dollars de subventions sont approuvées par le Centre de recherche de l'Hôpital général Saint-Boniface pour mener des études sur la maladie d'Alzheimer, le traitement des patients infectés gravement par le VIH, l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant un trouble du développement et d'autres projets de recherche.

The hospital's focus on quality and performance as a measure of the success of our mission remains integral to the hospital's strategy and vision for the future.

The end of this decade also saw the retirement of Dr. Naranjan Dhalla, Director of the Institute of Cardiovascular Sciences and a search initiated for a successor.

Research continues to be a cornerstone of SBGH's activities, focusing on four key areas: Institute of Cardiovascular Sciences; Degenerative Diseases of the Aging; Canadian Centre for Agri-Food Research in Health and Medicine; and Psycho-social impact of Cancer, this last led by nursing researchers.

The development of CCARM was a particularly exciting research initiative. A first in North America, the Canadian Centre for Agri-Food Research in Health and Medicine (CCARM) opened on the 2nd floor of the Research Center in 2006 under the leadership of its director, Dr. Peter Zahradka. This unique partnership between University of Manitoba, St. Boniface General Hospital, Agriculture and Agri-Food Canada and the Research Centre will build a new model for interaction between academics and researchers that will benefit Manitobans.

CCARM's focus is on generating the ideal nutraceutical product, one which has made the transition from the medical research lab bench through solid clinical trials and ultimately into a Food and Drug Administration and Health Protection Branch approved product that is prescribed by physicians. Integrating scientists from Agriculture and Agri-Food Canada will add a key dimension to CCARM's research activities, forming, among other things, a critical link between food production and clinical studies.

ST. BONIFACE HOSPITAL & RESEARCH FOUNDATION

The St. Boniface Hospital Foundation celebrated its 25th anniversary in 1996 with a number of special fundraising activities designed to further encourage and support health care research. An International Award dinner was held to honor Dr. E. Donnall Thomas and Jose Carreras for their contributions to cancer research. The Foundation's annual program raised \$1.2 million for research projects and Hospital programs. Other activities included a golf tournament and a walkathon, both of which encouraged public participation. An open house was held at the Research Centre, attended by over 5,000 Winnipeggers.

In 1997, through the St. Boniface General Hospital Research Foundation, a new \$12.5-million "Age of Discovery" campaign was launched to raise funds to: develop the Centre for Health Research on Aging; enrich existing cardiovascular programs; and introduce Alzheimer's and dementia research to the St. Boniface General Hospital campus. The Dr. John Foerster Centre for Research on Aging officially opened in May 2001. Over the year, the campaign raised 90% towards its goal and approved \$4.4 million in grants for studies by the St. Boniface General Hospital Research Centre into Alzheimer's disease, treatment for advanced HIV infected patients, improvement of quality of life for the developmentally disabled and other hospital research projects.

In 2002, the St. Boniface Hospital & Research Foundation received a \$5-million gift from Mr. Israel H. Asper to launch its \$25-million HeartCare Campaign. This gift was the largest personal gift ever made to the hospital or any health care cause in Manitoba. The gift was allocated to the development of an innovative strategic partnership with the hospital and the world-renowned Mayo Clinic and the construction of a new research facility to be named the I.H. Asper Clinical Research Institute. In 2004, the St. Boniface Hospital & Research Foundation successfully completed its \$25-million fundraising campaign to build the Bergen Cardiac Care Centre and the Asper Institute.

Les partenariats formés avec des industries locales et nationales au cours de cette décennie permettent à l'hôpital de rester à l'avant-garde en matière de recherche et de prestation de services de santé.

En 2002, la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface reçoit un don de 5 millions de dollars offert par M. Israel H. Asper à l'occasion du lancement de la campagne Cœur à cœur. Ce don est le plus important don personnel jamais offert à l'hôpital ou à toute autre cause dans le domaine de la santé au Manitoba. Le don est affecté à l'élaboration d'un partenariat stratégique innovateur entre l'hôpital et la clinique Mayo de renommée internationale ainsi qu'à la construction d'un nouvel établissement de recherche qui doit porter le nom de l'Institut de recherche clinique I.H. Asper. En 2004, la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface réussit à mener à bien sa campagne de financement de 25 millions de dollars en vue de la construction du Centre cardiaque Bergen et de l'Institut Asper.

Durant cette décennie, la Fondation joue un rôle crucial pour soutenir la restructuration et le réaménagement de bon nombre d'unités de l'hôpital réservées aux soins, y compris l'unité de soins palliatifs en 2000, l'unité de travail, d'accouchement, de réveil et de postpartum et le service des urgences, ainsi qu'un grand nombre de travaux de rénovation effectués dans les salons réservés aux patients et aux familles. L'aménagement paysager près de l'entrée du nouvel atrium et l'aménagement d'une galerie d'art sont aussi des projets qui sont financés grâce aux dons importants versés à la Fondation.

Durant cette même période, l'hôpital décerne le Prix international notamment au comité central mennonite, au D^r Eugene Brunwald et au D^r John Foerster. Le prix 2005 est remis au D^r Allan Ronald, au D^r Frank Plummer et à Stephen Lewis pour souligner leur travail en Afrique dans le domaine du sida.

La Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface célèbre le début de 2006 et son 35^e anniversaire en dépassant le cap des 100 millions de dollars recueillis pour les soins et la recherche au Manitoba.

Comme par le passé, le succès remporté par la Fondation est attribuable en grande partie à la direction éclairée du conseil d'administration. John Green, Lee Meagher, l'ancien maire de Winnipeg William (Bill) Norrie, Gwen Hatch, Aidan O'Brian et les membres bénévoles du conseil et des comités ont succédé avec brio à Gildas Molgat et à Campbell MacLean. Leurs efforts inlassables encouragent la générosité des donateurs et mènent au succès des campagnes l'Âge de la découverte et Cœur à cœur.

ACTIVITÉS BÉNÉVOLES ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Le bénévolat a toujours joué un rôle important dans l'histoire de l'Hôpital général Saint-Boniface et c'est également le cas au cours de la dernière décennie.

L'Hôpital général Saint-Boniface célèbre son 125^e anniversaire en 1996 en organisant de nombreuses activités spéciales, comme un pique-nique communautaire dans le parc de La Vérendrye, une exposition historique des 125 ans de l'hôpital et un projet de construction d'une maison dans le nord de Saint-Boniface, ce dernier entrepris par des membres bénévoles du personnel administratif et médical en collaboration avec l'organisme Habitat pour l'humanité Winnipeg.

During this decade, the Foundation was instrumental in supporting the redesign and redevelopment of many of the hospital's patient care areas, including the Palliative Care unit in 2000, the Labour Delivery Recovery and Postpartum Unit, the Emergency Department, as well as a number of renovations to patient and family lounges. The landscaping around the new Atrium entrance and the establishment of an Art Gallery are also projects funded through major donors to the Foundation.

Also during this period, the hospital awarded its prized International Award to the Mennonite Central Committee, Dr. Eugene Brunwald and Dr. John Foerster, among others. The 2005 award was presented to Dr. Allan Ronald, Dr. Frank Plummer and Stephen Lewis for their work with AIDs in Africa.

The St. Boniface Hospital & Research Foundation celebrated the start of 2006 and their 35th anniversary by surpassing the \$100 million mark in funds raised for the benefit of patient care and research in Manitoba.

As in the past, the Foundation's success is due in large part to strong leadership at the board. John Green, Lee Meagher, former Mayor William (Bill) Norrie, Gwen Hatch, Aidan O'Brian and the volunteer board and committee members were committed successors to senator Gildas Molgat and Campbell MacLean. Their tireless efforts spurred donors to give and led to the success of the Age of Discovery and HeartCare Campaigns.

VOLUNTEER ACTIVITIES/COMMUNITY INVOLVEMENT

Volunteerism has always played a large role in the history of St. Boniface General Hospital, and this decade was no different.

The St. Boniface General Hospital celebrated its 125th anniversary in 1996 with a number of special activities such as a community picnic and historical exhibit held in La Verendrye Park, and a north St. Boniface house building project undertaken by volunteer staff and physicians in conjunction with Winnipeg Habitat for Humanity.

As well in 1996, the SBGH Auxiliary expanded its objectives and goals, embracing several new initiatives including the launch of a CD/cassette of Christmas music and a concert featuring local Manitoba artists. They were able to donate nearly \$94,000 toward facility upgrades and renovations in a number of hospital departments, as well as upgrades to patient/staff education materials. The Auxiliary also officially opened its expanded and renovated hospital Gift Shop, funded entirely through the Auxiliary's fundraising activities. In the following years, the Auxiliary continued to support hospital, patient and staff activities through revenues generated by its different enterprises. In 2006, the Gift Shop relocated into the Atrium space.

• Édifice d'IRM
Dr Andrei
Sakharov, c2004

Dr. Andrei
Sakharov MRI
Building, c2004



En outre, en 1996, l'Auxiliaire de l'Hôpital général Saint-Boniface élargit la portée de ses objectifs et de ses buts et se tourne vers plusieurs nouvelles initiatives, y compris le lancement d'un disque et d'une cassette de musique de Noël et l'organisation d'un concert mettant en vedette des artistes manitobains locaux. L'Auxiliaire peut ainsi verser près de 94 000 \$ pour la mise à niveau et la rénovation de plusieurs services de l'établissement, ainsi que pour la mise à jour du matériel éducatif destiné aux patients et au personnel. L'Auxiliaire ouvre officiellement sa boutique de cadeaux agrandie et rénovée, entièrement financée par ses activités. L'année suivante, l'Auxiliaire continue d'appuyer l'hôpital et les activités offertes aux patients et au personnel grâce aux revenus générés par ses divers projets. En 2006, la boutique de l'Auxiliaire est installée dans l'atrium.

En 2004, l'Auxiliaire célèbre son 50^e anniversaire avec un souper de reconnaissance à l'intention des bénévoles passés et présents. L'aide financière versée par l'Auxiliaire au cours de cette décennie comme par le passé est une indication importante du soutien qu'il offre aux projets de l'hôpital, car dans de nombreux cas, l'Auxiliaire est le premier à participer aux dons offerts pour les projets d'immobilisation. Par exemple, la subvention initiale de 250 000 \$ versée pour l'élaboration du projet de l'atrium est une démonstration appréciée du soutien pour ce projet. L'entente de partenariat conclue en vue de payer l'emprunt hypothécaire pour l'atrium témoigne de l'engagement de cet organisme bénévole envers les patients et le personnel de l'Hôpital général Saint-Boniface.



• La semaine
des infirmiers
et infirmières
2006

Nurses' Week
2006



• Atrium de l'unité des soins palliatifs, c2004

Palliative Care Atrium, c2004

In 2004, the St. Boniface Auxiliary celebrated its 50th anniversary with a dinner in honour of past and present volunteer members. The financial assistance of the Auxiliary since their establishment has been an important indication of support for projects, as in many situations the Auxiliary has been the 'first in' in donations to capital projects. The initial grant of \$250,000 to the development of the Atrium project was, for example, a welcomed show of support for the project. Its agreement to enter into a sustained partnership to pay the Atrium mortgage speaks to the volunteer organization's commitment to the patients and staff of St. Boniface General Hospital.

Throughout this entire period, in all activities, the hospital's volunteers continued to be one of the Hospital's greatest assets. In addition to numerous individuals participating at the governance level as members of the hospital board and committees, or as members of the Foundation and Auxiliary boards and committees, the hospital benefited from the active involvement of more than 450 volunteers annually, aged 14-87. These men and women contributed approximately 45,000 hours of service annually, in nearly 60 areas of patient care, over this period. The role of volunteers grew over this decade, expanding from friendly visiting to volunteers visiting with pets, and to welcoming and providing assistance to visitors and patients at the Emergency Department and hospital admissions.

Durant toute cette période et dans toutes les activités, les bénévoles de l'hôpital représentent un de ses plus grands atouts. En plus des nombreuses personnes qui offrent leur participation au chapitre de la gestion en tant que membres du conseil d'administration et des comités ou en tant que membres des conseils d'administration et des comités de la Fondation et de l'Auxiliaire, l'hôpital bénéficie de la participation active de plus de 450 bénévoles chaque année, bénévoles âgés de 14 à 87 ans. Durant cette période, ces hommes et ces femmes offrent environ 45 000 heures de service par année dans près de 60 secteurs liés aux soins des patients. Le rôle des bénévoles s'intensifie au cours de ces années, passant de visites amicales à des visites en compagnie d'animaux domestiques, ainsi qu'à l'accueil et à l'encadrement des visiteurs et des patients au service des urgences et des admissions hospitalières.

En 2000, l'Hôpital général Saint-Boniface est le premier hôpital de Winnipeg à mettre en place un programme d'art pour les patients sous l'égide de Manitoba Artists in Healthcare, un organisme bénévole dirigé par l'artiste Shari Johnstone et l'infirmière artiste Susan Johnstone. Par ce programme, des artistes tels que des peintres, des écrivains et des musiciens visitent et travaillent avec des patients à l'hôpital. Le programme est intégré dans les services de consultations externes de gériatrie, de soins palliatifs et de pédiatrie et dans les services de soins intensifs médicaux et de soins néonataux intensifs. Grâce aux programmes *Music to my Ears*, *Artists on the Wards* et aux programmes faisant appel au travail de l'argile et à des clowns, des artistes visitent un nombre incalculable de patients, de visiteurs et de membres du personnel.

L'AVENIR

Alors que l'hôpital amorce sa 136^e année d'existence, il concentre ses énergies à atteindre quatre objectifs : améliorer le degré de satisfaction des patients et l'engagement du personnel; améliorer l'efficacité clinique et la sécurité; et améliorer l'efficacité et le rendement financier. Son objectif global consiste à assurer la qualité des soins offerts aux patients.

L'Hôpital général Saint-Boniface se trouve encore une fois à un carrefour alors qu'il cherche à transformer sa relation avec l'Office régional de la santé de Winnipeg, relation qui permettra de répondre aux besoins des patients en empruntant de nouvelles voies. Alors qu'il tisse de nouvelles relations et qu'il conclut des ententes et des partenariats, l'Hôpital général Saint-Boniface reste déterminé à poursuivre sa mission qui consiste à fournir des soins de qualité aux patients en se fondant sur la vision et les valeurs de sainte Marguerite d'Youville.



• Entrée principale,
c2006

Main Entrance
c2006

In 2000, St. Boniface General Hospital was the first hospital in Winnipeg to introduce a healing art program for patients under the auspices of Manitoba Artists in Healthcare, a volunteer organization led by artist Shari Johnstone and nurse artist Susan Johnstone. Through this program, patients can connect with artists such as painters, writers and musicians. The program was integrated in geriatrics, palliative care and in pediatric outpatient clinics, medical and neonatal intensive care. Through the Music to my Ears, Artists on the Wards, and clay and clowning programs, artists work with countless patients, visitors and staff during their stay at the hospital.

THE FUTURE

As the hospital enters its 136th year, it has focused its energies on meeting four objectives: enhancing patient satisfaction and staff engagement, improving clinical effectiveness and safety, and efficiency and financial performance. Its overall goal is to ensure quality care to patients.

St. Boniface General Hospital is again at a crossroad as it seeks to create a new relationship with the Winnipeg Regional Health Authority, one that will see it respond to the needs of its communities of patients perhaps in new ways. As it forges new relationships, agreements and partnerships, St. Boniface General Hospital remains committed to its mission of quality care for patients founded on the vision and values of Saint Marguerite d'Youville.

CONCLUSION/CONCLUSION

L'histoire est constituée à la fois par des courants de changement, de transformation ou d'innovation et par des formes de continuité, de pérennité ou de stabilité. L'histoire de l'Hôpital général Saint-Boniface illustre très bien cette dynamique fondamentale de l'évolution humaine et sociale. Depuis ses humbles débuts, et en dépit de périodes creuses et tumultueuses, l'établissement a connu une évolution marquée surtout par la croissance et le développement. Que ce soit sur le plan des installations, de l'équipement, de l'expertise ou des ressources humaines, tout un monde sépare le petit dispensaire de 1871 du complexe hospitalier de 2006. À cet égard, l'histoire de l'Hôpital général Saint-Boniface reflète très bien celle de la province et de sa capitale, ainsi que l'histoire de la médecine et du système des soins de santé dans leur ensemble. Plus encore, l'hôpital a contribué d'une manière importante à cette histoire, ne serait-ce que par son rôle de pionnier dans l'Ouest canadien et par ses réalisations d'avant-garde dans les domaines de la recherche et de l'éducation.

Par ailleurs, à travers même les vagues successives de changement et de modernisation, se dégage une constante qui, depuis sa fondation, ne cesse d'animer et de réaffirmer la vocation de l'Hôpital général Saint-Boniface : sa mission. Se voulant fidèle aux enseignements de Marguerite d'Youville et de sa congrégation, l'Hôpital demeure encore aujourd'hui engagé à prodiguer des soins d'abord et avant tout axés sur le patient, à œuvrer dans le même esprit de charité, de compassion et de bienveillance qui a inspiré le travail de générations de Sœurs Grises. Aujourd'hui plus que jamais, cet esprit et les valeurs humanitaires qu'il défend apparaissent comme un gage indispensable au maintien de soins de santé de qualité. Après plus d'un siècle d'innovations techniques et thérapeutiques, de développement du système hospitalier et de spécialisation médicale, les pratiques familiales et communautaires en matière de santé ont été marginalisées. Curieusement, il semble bien que nous assistons de nos jours à un retour en force vers de telles pratiques. Dans quel esprit se réalisera et se vivra cet important changement? L'histoire est essentiellement une œuvre humaine, portant certes les marques de luttes et de conflits, mais aussi celles de l'amour et de la solidarité. Si la vie passée est aujourd'hui révolue, elle n'en livre pas moins des leçons et continue sans cesse à nourrir nos visions d'avenir.



History is made up of currents of change, transformation or innovation running in tandem with various forms of continuity, longevity or stability. The history of St. Boniface General Hospital is a good illustration of this basic dynamic of human and social evolution. From its humble beginnings in 1871, and despite the low points, the institution has undergone an evolution that has been dominated mainly by growth and development. Be it in its facilities, equipment, expertise or human resources, there is a world of difference between the little nursing station set up in 1871 and the hospital complex in 2006. In this respect, St. Boniface General Hospital is a true reflection of the province and its capital, as well as of the history of medicine and the health care system as a whole. Furthermore, the hospital has made a significant contribution to that history, if only through its role as health care pioneer in Western Canada and its forward-looking achievements in the fields of research and education.

Through all the successive waves of change and modernization, one constant has stood out and has always inspired and reaffirmed the original purpose of St. Boniface General Hospital: its mission. Striving to be faithful to the teachings of Marguerite d'Youville and her Order, the hospital remains committed to patients, to carrying on its work in the same spirit of charity, compassion and caring that has inspired the work of generations of Grey Nuns. Today more than ever, this spirit and the humanitarian values underpinning it have emerged as the essential guarantee that quality health care services will be maintained. After more than a century of introducing new technologies and treatments, of developing the hospital system and medical specialization, it seemed that family and community practice in health care had been forgotten. It would seem that we are now witnessing a return to these very practices. In what spirit will these important changes come about and how will we experience them? History is essentially a human endeavour, bearing not only the scars of battles and conflicts, but the marks of love and support. Though the old days may be long gone, nothing prevents them from teaching us lessons and continuing to shape our vision of the future.

REMERCIEMENTS/ THANK YOU

Ressources humaines Canada/
Human Resources Canada
Michel Verrette
Luc Côté
Carole Barnabé
Pat Turenne
Carole Boily
Jeanne Grégoire-Régnier
Louise Dandeneau
Archives des Sœurs Grises, Province
du Manitoba/Grey Nuns Archives,
Province of Manitoba
Services audio-visuels et de conception
graphique de l'Hôpital général
Saint-Boniface/ St. Boniface General
Hospital Audio Visual and Design
Services Department
Collège universitaire de Saint-Boniface

SOURCES/ SOURCES

Les Chroniques des Sœurs Grises
du Manitoba et de l'Hôpital
général Saint-Boniface, Archives
des Sœurs Grises du Manitoba/
"Les Chroniques des Sœurs Grises du
Manitoba et de l'Hôpital général
Saint-Boniface," Grey Nuns Archives,
Province of Manitoba
Le Métis
Le Manitobain
La Liberté et le Patriote
Procès-verbaux, Comité de direction
et Conseil d'administration de l'Hôpital
général Saint-Boniface/Minutes of
Meetings of the Advisory Council of
St. Boniface General Hospital
Minutes of Meetings of the Board of
Directors of St. Boniface General
Hospital
St. Boniface General Hospital Annual
Reports
St. Boniface General Hospital newsletters



St-Boniface

COMPTE RENDU FINANCIER—FINANCIAL STATEMENT

DEPENSES—EXPENDITURES

	1919	1920	
Salaires et gages.....	\$110,122.73	\$139,352.63	Salaries and wages.
Viande.....	17,717.63	22,199.55	Meats.
Pain, farine	4,249.61	5,804.18	Bread and flour.
Épiceries.....	15,620.11	23,283.46	Groceries.
Légumes et fruits.....	7,575.04	11,750.83	Vegetables and fruit.
Lait, beurre, oeufs et glace	16,438.86	23,957.68	Milk, butter and eggs.
Chirurgie, Pharmacie.....			Surgical, pharmacy.
Rayon-X & Laboratoire.....	18,926.28	33,811.89	X-Rays & Laboratory.
Chauffage et éclairage.....	21,240.59	32,714.85	Fuel and light.
Jardins, chevaux & voi- tures.....	1,564.47	2,722.58	Garden, horse & carriage.
Chapelle, culte.....	1,120.47	1,445.67	Chapel, etc.
Meubles et ustensiles.....	1,739.84	6,308.67	Furniture, etc.
Marchandises, lingerie.....	8,044.66	18,639.20	Dry goods.
Assurances & Taxes.....	3,012.82	6,328.31	Insurance & Taxes.
Réparations.....	12,177.26	17,105.39	Repairs, alterations.
Buanderie.....	3,408.58	2,913.31	Laundry.
Impressions, téléphones.....	2,823.41	4,515.59	Printing and 'phones.
Intérêts sur emprunts.....	26,804.92	24,212.50	Interest on Mortgages.
Emprunts remboursés.....	25,000.00	45,000.00	Payments on Mortgages
Fonds de Réserve.....	13,130.46		Sinking Fund interest.
Frais légaux & compensa- tions.....	2,050.00		Legal Fees & Compensa- tions.
Divers.....	441.15	644.58	Sundries.
Bal. en caisse au 30 Nov..	1,645.57	2,193.89	Cash bal. on Nov. 30th.
	\$314,824.46	\$424,904.76	

STATISTIQUES—STATISTICS

	1919	1920	
Malades admis durant l'année.....	7,655	7,814	<i>Patients admitted in year</i>
Naissances durant l'année....	115	202	<i>Births during year</i>
	7,770	8,016	
Malades guéris.....	4,612	4,716	<i>Patients cured.</i>
Malades améliorés.....	2,431	2,532	<i>Patients improved.</i>
Malades non-améliorés.....	75	86	<i>Patients unimproved.</i>
Malades examinés seulement	191	174	<i>Patients examined only.</i>
Mortalités.....	346	306	<i>Deaths.</i>
Naissances.....	115	202	<i>Births.</i>
	7,770	8,016	
Cas chirurgicaux.....	3,189	3,594	<i>Surgical cases.</i>
Cas médicaux.....	4,466	4,220	<i>Medical cases.</i>
Cas de maternité.....	115	202	<i>Maternity cases.</i>
	7,770	8,016	
Nombre de jours d'hospitalisation	105,675	127,429	<i>Collective days' stay of patients.</i>
Moyenne de jours par malade	13.6	15.8	<i>Average days' stay per patient.</i>
Pourcentage de la mortalité.	2.3	2.6	<i>Percentage of deaths.</i>
Moyenne du cout par malade	\$2.70	\$2.94	<i>Per capita cost.</i>
Prescriptions remplies à la pharmacie.....	29,901	22,284	<i>Prescriptions filled in pharmacy.</i>

OUR SERVICES



	1957	1952
Social Service Patients	493	0
X-ray Treatments	2,043	2,563
Newborn Babies	2,956	2,066
Cobalt Bomb Treatments	4,129	0
Blood Transfusions	4,801	3,336
Physiotherapy Treatments	9,022	614
Surgical Operations	11,943	8,290
Diagnostic X-rays	24,876	11,655
Laboratory Tests	218,301	85,011



OUR PATIENTS

BED PATIENTS

1957	24,139
1952	17,502



OUT PATIENTS

1957	19,816
1952	15,308



CASUALTY PATIENTS

1957	13,215
1952	6,213

TOTAL PATIENTS DURING YEAR	
1957	57,170
1952	39,023



OUR FINANCES

	CAME FROM	<u>1957</u>	<u>1952</u>
1. Care of Patients—Paid by Individuals		66½%	74%
Paid by Governments		29½%	17%
2. Grants		2%	7½%
3. Gifts and Miscellaneous		2%	1½%
TOTAL INCOME		\$3,360,340.00	\$1,623,320.00

	WENT TO		
1. Salaries		56%	53%
2. Depreciation and Interest		13%	10%
3. Medical Supplies		12½%	12½%
4. Food		9%	11½%
5. Maintenance		5½%	6½%
6. Linen and Housekeeping		2%	2½%
7. Miscellaneous		2%	4%
TOTAL EXPENDITURES		\$3,360,984.00	\$1,586,600.00

THE "BLUE CROSS" PLAN		
PAID FOR PATIENT CARE	48½%	39%

Statement of Revenue and Expenses

for the Year Ending December 31st, 1969

REVENUE

Provincial Hospital Plan—		
In-Patients	\$ 8,922,990	82.4 %
Out-Patients	388,498	3.6
O.P.D. and Home Care	334,924	3.1
Other—		
In-Patients	508,519	4.7
Out-Patients	152,785	1.4
Other Income	514,313	4.8
TOTAL	\$10,822,029	100.00%

EXPENSES

Salaries	\$ 7,880,366	72.1 %
Drugs and Medicines	416,222	3.8
Medical and Surgical Supplies	436,983	4.0
Food	412,491	3.8
Interest and Depreciation	312,894	2.9
Other Supplies	1,460,649	13.4
TOTAL	\$10,919,605	100.00%

1969 DEFICIT \$97,576

HOSPITAL STATISTICS

(Based on Medical Discharges)

DEPARTMENTS

	PATIENTS		
	1967	1968	1969
Medicine	3,939	3,926	4,052
Surgery (General)	3,150	3,053	3,017
Obstetrics	3,337	3,280	3,551
Gyneacology	1,263	1,301	1,298
Pediatrics	1,749	1,881	1,641
Newborn	2,839	2,813	3,001
Orthopedics	1,117	1,194	1,199
Urology	1,268	1,251	1,325
Ophthalmology	800	792	823
Otorhinolaryngology	2,141	2,123	1,873
Psychiatry	664	679	664
Dental	280	264	350
Total	22,547	22,557	22,794
Average Days Stay	10.2	10.2	10.4
Total Operations Performed	25,094	25,151	25,707

PATIENT SERVICES

	PATIENTS		
	1967	1968	1969
Laboratory —			
Units of Service (D.B.S.)	1,848,011	1,896,086	2,082,274
X-Ray —			
Films Taken	138,733	135,797	142,392
Pharmacy —			
Prescriptions	132,029	135,811	129,870

GENERAL SERVICE

Laundry —			
Pounds of Linen Washed	3,317,232	3,296,300	3,307,783
Cafeteria —			
Meals Served	416,762	423,212	412,387

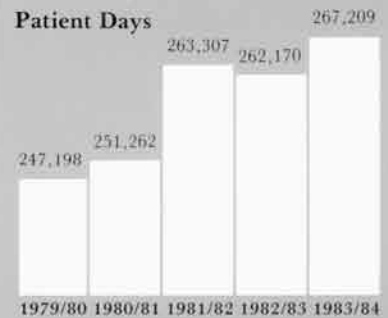
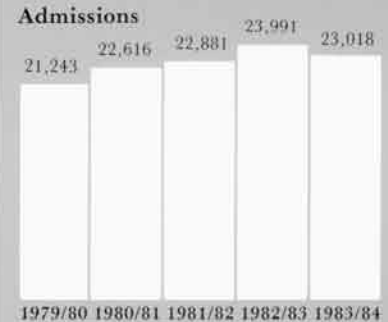
Statistical Report

Patient Care Statistics	1983/84	1982/83
Admissions - Acute	18,693	19,132
Geriatric	904*	1,278
Nurseries	3,421	3,583
Patient Days - Acute	187,206	183,638
Geriatric	60,690	58,729
Nurseries	19,313	19,803
Length of Stay - Short-term	9.8*	9.6
Long-term	57.6	39.9
Newborn	5.8	5.2
Number of Rated Beds - Acute	628	624
Geriatric	200	200
Nurseries	78	60
Occupancy Rate - Adults and Children	83.0%	81.8%
Live births	3,263	3,480
Emergency Visits	47,206	48,663
Observation Unit Visits	2,615	2,630
Surgical Suite Visits	9,223	9,084
Surgical Day Care Visits	12,542	11,649
Outpatient Clinic Visits (excludes Emergency and Observation Unit)	120,301	114,305
Laboratory Services (Technical Units) [■]	11,445,651	11,509,705
Radiology - Examinations	69,886	69,702
Total Units	3,048,579	3,006,231
Electrocardiographic Examinations	24,455	23,897
Electroencephalographic Examinations	1,288	1,268
Ultrasound Examinations	9,364	8,075
Nuclear Medicine Examinations	5,004	4,612
Physiotherapy (weighted units)	1,909,651	1,976,827
Occupational Therapy (weighted units)	907,938	932,381
Speech Therapy (Attendances)	4,393	4,441
Respiratory Medicine (weighted units)	693,662	569,207
Number of Prescriptions Filled	195,869	165,368
Dietetics (Meal Days)	404,555	387,329
Laundry (Pounds)	4,370,856	4,348,950
Personnel - Full-time	2,029	1,993
Part-time	1,101	1,004

*Effective April 1, 1983, transfers from Acute to Geriatric were no longer treated as discharge/admissions.

■Standards changed in 1983.

Five-Year Comparison



Condensed Statement of Operations

St. Boniface General Hospital

March 31, 1984
with comparative figures for 1983

	1984	1983
Revenue:		
Insured service payments received and due from the Manitoba Health Services Commission	\$ 89,393,203	76,125,187
Patient	963,090	821,890
Other income	2,379,822	2,187,620
	<hr/>	<hr/>
	92,736,115	79,134,697
Expenses:		
Salaries	65,869,785	58,033,082
Employee benefits	4,478,078	3,514,716
Medical and surgical supplies	5,402,243	4,449,982
Pharmaceutical supplies	2,961,882	2,888,622
Interest and depreciation	4,200,129	3,415,756
Other operating and administrative expenditures	12,904,770	10,331,461
	<hr/>	<hr/>
	95,816,887	82,633,619
Operating deficit for the year	<hr/>	<hr/>
	\$ 3,080,772	3,498,922

Note: The above excludes net income generated from the hospital's ancillary operations.

Comparative Financial Report

March 31, 1995 with comparative figures for 1995

In thousands

	1996	1995	
Condensed Consolidated Balance Sheet	Assets		
	Current	28,906	32,176
	Fixed	130,978	133,977
	Other	6,617	630
	Total Assets	166,501	166,783
	Liabilities		
	Current	96,054	95,576
	Long Term	27,435	29,080
	Total Liabilities	123,489	124,656
	Fund Balances (deficit)		
	Operating	(3,104)	(3,053)
	Plant	36,889	37,539
Administered	9,227	7,641	
Total Fund Balances	43,012	42,127	
Total Liabilities and Fund Balances	166,501	166,783	

Year Ended March 31, 1995 with comparative figures for 1995

In thousands

	1996	1995	
Condensed Consolidated Statement of Operations	Income		
	Manitoba Health	169,704	167,871
	Patient Services	2,336	2,826
	Other	7,393	7,097
	Total Income	179,433	177,794
	Expense		
	Hospital	153,298	152,178
	Education	3,058	2,816
	Ancillary Operations	1,633	1,060
	Research	3,563	3,375
	Commercial Technology	51	104
	Depreciation and Interest	17,881	18,233
	Total Expenses	179,484	177,766
	(Deficiency) excess of income over expense related to operations	(51)	28
	Add: Recovery of prior years' deficits	-	1,244
(Deficiency) excess of income over expense	(51)	1,272	

Note 1: The information contained in these condensed consolidated financial statements have been extracted from audited financial statements upon which KPMG Peat Marwick Thorne has issued an audit opinion as reported under the date of May 12, 1995.

Note 2: Comparative figures are restated where necessary to conform with the presentation adopted for the current years financial statements

États financiers comparatifs

Au 31 mars 1996, avec chiffres correspondants pour 1995

(en milliers de dollars)

	1996	1995
Bilan sommaire consolidé		
Actif		
À court terme	28 906	32 176
Immobilisations	130 978	133 977
Autres éléments d'actif	6 617	630
Total de l'actif	166 501	166 783
Passif		
À court terme	96 054	95 576
À long terme	27 435	29 080
Total du passif	123 489	124 656
Solde des fonds (déficit)		
Fonds de fonctionnement	(3 104)	(3 053)
Fonds des installations	36 889	37 539
Fonds géré	9 227	7 641
Total du solde des fonds	43 012	42 127
Total du passif et du solde des fonds	166 501	166 783

Exercice se terminant le 31 mars 1996, avec chiffres correspondants pour 1995 (en milliers de dollars)

	1996	1995
État sommaire consolidé des résultats d'exploitation		
Revenus		
Santé Manitoba	169 704	167 871
Services aux patients	2 336	2 826
Autres revenus	7 393	7 097
Total des revenus	179 433	177 794
Dépenses		
Hôpital	153 298	152 178
Éducation	3 058	2 816
Activités auxiliaires	1 633	1 060
Recherche	3 563	3 375
Technologie commerciale	51	104
Amortissement et intérêt	17 881	18 233
Total des dépenses	179 484	177 766
Excédent (déficit) des revenus par rapport aux dépenses d'exploitation	(51)	28
Plus : recouvrement des déficits des exercices antérieurs	-	1 244
Excédent des revenus par rapport aux dépenses	(51)	1 272

Note 1 : Les renseignements ci-dessus ont été tirés des états financiers vérifiés par KPMG Peat Marwick Thorne, tel que rapporté dans la vérification du 30 mai 1996.

Note 2 : Au besoin, les états comparatifs ont été redressés afin d'être conformes à la présentation adoptée pour les états financiers pour l'année en cours.

APPENDIX 2

ST. BONIFACE GENERAL HOSPITAL -- COMPARATIVE FINANCIAL REPORT

March 31, 2004, with comparative figures for 2003

In thousands

	2004	2003 Restated
Condensed Consolidated Statement of Financial Position		
Assets		
Current	\$ 48,420	\$ 36,106
Long term receivable from related party	3,000	4,000
Future employee benefits (recoverable from Winnipeg Regional Health Authority)	13,054	11,104
Capital	159,341	154,663
Deposits with trustee for debentures	33,615	40,432
Debenture issue costs	221	246
Investments	3,749	4,044
Total assets	\$ 261,400	\$ 250,615
Liabilities		
Current	\$ 60,971	\$ 41,092
Future employee benefits payable	13,054	11,104
Long term debt	74,500	85,500
Total liabilities	148,525	137,696
Deferred contributions		
Expenses of future years	9,574	10,530
Capital assets	93,547	90,423
Total deferred contributions	103,121	100,953
Fund balances		
Insured services	(4,075)	(1,481)
Ancillary	(847)	(664)
Capital	8,871	8,310
Restricted	5,805	5,801
Total fund balances	9,754	11,966
Total liabilities, deferred contributions and fund balances	\$ 261,400	\$ 250,615

Year ended March 31, 2004, with comparative figures for 2003

In thousands

	2004	2003 Restated
Condensed Consolidated Statement of Operations		
Revenue		
Winnipeg Regional Health Authority	\$ 207,942	\$ 200,551
Other government revenue	2,738	2,527
Patient service	1,668	1,789
Amortization of deferred contributions - capital assets	10,251	9,533
Other	20,692	20,615
Total revenue	243,291	235,015
Expenses		
Hospital and education	208,643	198,974
Ancillary operations	5,365	5,184
Research	7,726	7,152
Restricted funds	4,520	4,130
Commercial technology and biotechnology companies	183	738
Amortization and interest	19,066	18,169
Total expenses	245,503	234,347
Excess of (expenses over revenue) revenue over expenses for the year	(2,212)	668
Prior years' expenses recovered	-	1,144
Excess of (expenses over revenue) revenue over expenses	\$ (2,212)	\$ 1,812

Note: The information contained in these condensed consolidated financial statements have been extracted from audited consolidated financial statements upon which KPMG LLP Chartered Accountants have issued an audit opinion as reported under the date of May 12, 2004. Comparative figures are reclassified where necessary to conform with the presentation adopted for the current year's financial statements.

BOARD OF DIRECTORS/CONSEIL D'ADMINISTRATION
CHAIRS/PRÉSIDENTS ET PRÉSIDENTES



Delia Clermont, s.g.m
1967-1969



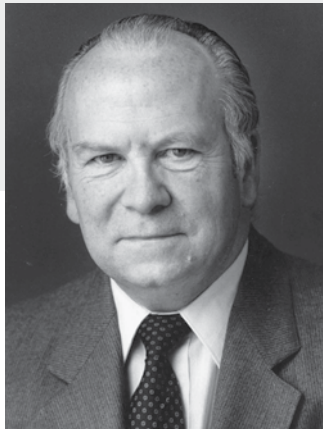
Mary Thille, s.g.m
1970



Berthe Dorais, s.g.m
1971-1972



Justice/Juge J. F. O'Sullivan
1973-1978



Dr. F. Patrick Doyle
1978-1988



Roderick B. Pennycook
1988-1990



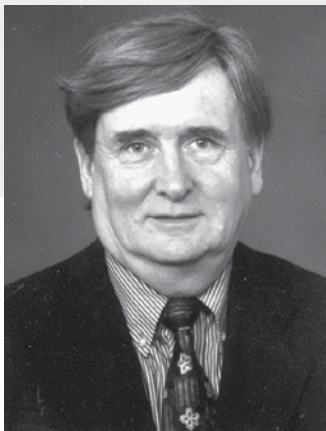
Arthur V. Mauro
1990-1992



Peter M. Liba
1992-1999



Wm. (Bill) Shead
1999-2003



Normand Boisvert
2003-2006



Robert P. (Bob) Gannon
2006 -

HOSPITAL ADMINISTRATORS/ ADMINISTRATRICES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX

1871-1879	S ^r Sainte Thérèse (Thérèse Mcdonnell)
1879-1885	S ^r Bridget Cleary
1885-1890	S ^r Ellen Shanessy
1890-1892	S ^r Élizabeth Bourgeault
1892-1895	S ^r Marie-Joseph (Philomène Rivard)
1895-1897	S ^r Eugénie Letellier
1897-1902	S ^r Octavie Dugas
1902-1909	S ^r Louisa Lamoureux
1909-1916	S ^r Ernestine Lupien
1916-1922	S ^r Saint-Jean-de-L'Eucharistie (Marie Geoffrion)
1922-1931	S ^r Sainte-Émilienne (Aurore Cadieux)
1931-1937	S ^r Margaret Mann
1937-1943	S ^r Léona Breux
1943-1949	S ^r Albina Boisvert
1949-1955	S ^r Marie-Berthe Dorais
1955-1958	S ^r Gertrude Jarbeau
1958-1961	S ^r Cécile Maurice
1961-1965	S ^r Lucille Gosselin
1965-1969	S ^r Délia Clermont
1969-1993	Anthony L. Quaglia
1993-1996	Jack Litvack
1996-1998	Ken Tremblay
1999-2005	Hubert Gauthier
2005-	Dr. Michel Tétreault

FIRST EXECUTIVE OF THE LADIES' AUXILIARY 1954/ PREMIER COMITÉ EXÉCUTIF DES DAMES AUXILIAIRES 1954

President/Présidente

Mrs. J.C. Davis

Secretary/Secrétaire

Mrs. Emmett Dwyer

1st Vice-President/1ère Vice-Présidente

Mrs. Horace Everett

Treasurer/Trésorière

Mrs. Earl Stephenson

2nd Vice-President/2e Vice-Présidente

Mrs. D.S. McEwen

SCHOOL OF NURSING DIRECTORS/ DIRECTRICES DE L'ÉCOLE DES INFIRMIÈRES

1897-1905	Sr. M. Victoire Parent	1947-1957	Sr. Délia Clermont
1905-1912	Sr. Joséphine Weekes	1957-1960	Sr. Mary Thille
1912-1912	Sr. Ann Casey	1960-1961	Sr. Léontine Mongrain
1912-1918	Sr. Cecilia Wagner	1961-1963	Sr. Marie Bonnin
1918-1920	Sr. Joséphine Arcand	1963-1966	Sr. Agnes Fleury
1920-1926	Sr. Évangéline Gallant	1966-1970	Sr. Cécile Gauthier
1926-1932	Sr. Caroline Mead	1971-1972	Elisabeth Hartig
1932-1939	Sr. M. Ann Casey	1972-1973	Sr. Cécile Gauthier
1939-1943	Sr. Délia Clermont	1973-1979	Clasina Stokvis
1943-1944	Sr. Ruth Gettis	1979-1983	Sr. Colette Tardif
1945-1946	Sr. Alice Brodeur	1984-1995	Dean Care
1946-1947	Sr. Gertrude Jarbeau	1996-1998	Kaaren Neufeld

INTERNATIONAL AWARD RECIPIENTS/ RÉCIPIENDAIRES DU PRIX INTERNATIONAL

- 1976 Dr Jonas Salk
- 1977 Dr Christian Barnaard
- 1978 Prince Philip, Duke Of Edinburgh/Le prince Philip, duc d'Édimbourg
- 1979 Rosalynn Carter
- 1980 Dr Alvin Mauer and/et Danny Thomas
- 1981 Jehan El Sadat
- 1982 Mother Teresa of Calcutta/Mère Teresa de Calcutta
- 1983 Professors/Les professeurs
Henry G. Friesen, Lyonel G. Isreals, Frank S. Labella, Alec H. Sehon
- 1984 His Holiness, Pope John Paul II/Sa Sainteté, le pape Jean-Paul II
- 1985 Medical Research Council of Canada/Conseil de recherches médicales du Canada
- 1987 Dr Andrei Sakharov
- 1994 Sir Edmund Hillary
- 1996 Dr Donnall Thomas and Jose Carreras
- 2000 Mennonite Central Committee/Le comité central mennonite
- 2001 Dr Eugene Braunwald
- 2004 Dr John Foerster
- 2005 Dr Frank Plummer, Dr Allan Ronald, Stephen Lewis

