



ASSEMBLÉE NATIONALE

CINQUIÈME SESSION

TRENTE DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Sous-commission des affaires sociales

Audition du ministère de la Santé et
des Services sociaux sur la distribution
des services de soutien et de réinsertion
sociale offerts aux personnes atteintes de
troubles mentaux et vivant dans la communauté

Le mercredi 11 septembre 1985 — No S

Président : M. Richard Guay

QUÉBEC

Débats de l'Assemblée nationale

Table des matières

La désinstitutionnalisation	SCAS-686
Évaluation des établissements	SCAS-691
Les hôpitaux psychiatriques	SCAS-693
Les ressources alternatives	SCAS-696
Relations entre hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie	SCAS-703
Régions éloignées	SCAS-711

Intervenants

Mme Thérèse Lavoie-Roux, présidente

Mme Huguette Lachapelle

M. Guy Pratt

M. Christos Sirros

* M. Edouard Champoux, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Mme Marie Plante, idem

* M. Jacques Lamonde, idem

* M. Gratien Audet, idem

* Témoins interrogés par les membres de la sous-commission

Courrier de deuxième classe - Enregistrement no 1762

**Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102**

Le mercredi 11 septembre 1985

Audition du MSSS sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux et vivant dans la communauté

(Treize heures quarante minutes)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À l'ordre, s'il vous plaît! La sous-commission des affaires sociales est réunie pour entendre le ministère de la Santé et des Services sociaux à titre d'intervenant impliqué dans la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux et vivant dans la communauté.

Les membres de la sous-commission sont: Mme Lachapelle (Dorion), M. Lafrenière (Ungava), M. Laplante (Bourassa), Mme Lavoie-Roux (L'Acadie) et M. Pratt (Marie-Victorin). Il se peut qu'il y ait d'autres députés qui viennent. M. Sirros avait dit que probablement il viendrait, mais je ne sais pas ce qui est arrivé.

Le ministère devrait être représenté par M. Lamonde, Mme Plante et M. Audet. Je vois que M. Lamonde n'est pas ici. Ah, il va venir. Il y en a un que j'ai de la difficulté à identifier.

Une voix: M. Édouard Champoux.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il est responsable de quoi au ministère?

Une voix: Du service de l'inadaptation mentale, de la déficience mentale.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je le connais de nom.

M. Champoux (Edouard): Bonjour, madame!

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bonjour. Cela nous fait plaisir de vous accueillir. Je voudrais profiter de l'occasion pour remercier les fonctionnaires du ministère qui ont assisté aux auditions et qui ont manifesté beaucoup de collaboration dans la mesure où le contexte le permettait. Je dois dire que je regrette, d'une certaine façon, qu'on vous ait un peu obligés à venir aujourd'hui parce qu'à 15 heures hier après-midi je recevais un appel téléphonique d'un attaché politique - je ne m'étais pas trompé - du cabinet du ministre, M. Thibault je pense, qui nous demandait de remettre à la fin de septembre cette réunion. Dans un effort de bonne volonté, je pense que vos bureaux ont été contactés pour savoir si, au

moins, on pouvait retarder d'une semaine. Il semblerait que personne du côté ministériel ne pouvait être disponible. Peu importe. Après, cela m'est revenu, je pense, que vous avez un caucus ou quelque chose du genre. Je crois que c'est une raison tout à fait légitime. L'attaché politique du ministre nous a demandé de retarder cette rencontre jusqu'à la fin de septembre. Je comprends que le ministère a ses échéanciers et ses obligations à respecter, mais nous aussi, nous en avons. Déjà, j'avais indiqué à plusieurs reprises durant les auditions qu'on entendrait les gens du ministère. Nous vous avons convoqué le 15 août. Au mieux nous aurions pu aller au 18 septembre, mais de là à retarder jusqu'à la fin de septembre, d'autant plus qu'à la fin de septembre il se peut que les collègues du côté ministériel aient aussi d'autres priorités. Alors, je m'excuse d'avoir été obligée d'insister pour que ce soit ainsi, compte tenu que le 18 septembre n'était pas satisfaisant même pour la majorité de ce groupe. Tel est l'état des choses.

Pour faciliter la rencontre d'aujourd'hui, pour ne pas arriver avec une série de questions qui, par la force des choses - compte tenu de l'ampleur des chiffres qu'on demandait dans certains cas en particulier - rendraient la rencontre peut-être un peu plus difficile, le 21 août nous vous avons fait parvenir une série de questions qui touchaient soit la santé mentale, soit la déficience mentale. Je sais que, dans certains cas, vous n'avez pas eu le temps de faire cette compilation. Est-ce qu'il y aurait possibilité d'obtenir de votre part ce qui peut-être est déjà prêt? Il reste quand même qu'il s'est écoulé au moins trois bonnes semaines puisque nous sommes le 11 septembre aujourd'hui, mais je comprends qu'il y a eu la fête du travail entre les deux. Alors, d'une façon préliminaire si vous pouvez nous fournir les données que vous avez et, après cela, on pourra procéder à un certain nombre de questions.

M. Champoux: C'est un peu l'esprit avec lequel on s'amène. Compte tenu, en fait, qu'on n'a eu que l'avant-midi pratiquement pour essayer de faire l'assemblage des informations qui pourraient répondre aux questions, on a dit: On va donner l'information que nous avons à ce jour.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est

cela.

M. Champoux: On s'est appuyé sur les questions que vous aviez posées, d'une part, en regard de la déficience psychique et de la déficience mentale. On va donc vous fournir les données que nous avons à ce jour, en espérant que vous nous donnerez le temps, pour certaines questions plus spécifiques, de fouiller davantage et de fournir cela dans les meilleurs délais.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous dites que vous n'avez eu que l'avant-midi?

M. Champoux: C'est-à-dire qu'on avait espéré que la commission accepterait un délai et, tenant pour acquis qu'on pourrait avoir un peu plus de temps, on n'avait pas mis en chantier toute la réflexion qu'on aurait dû faire.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce que je comprends difficilement, c'est que, hier après-midi, à 15 heures, on a communiqué avec moi pour demander de remettre cette rencontre à plus tard. Vous comprenez que nous aussi, on était pris de court.

Mme Plante (Marie): Ce sont peut-être les délais de communication. Nous avons reçu extrêmement tardivement les questions; donc, on n'avait que quelques jours pour ramasser les données et c'est à ce moment-là qu'on a réagi conjointement pour dire que cela nous prenait un délai.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais elles étaient rendues au ministère.

Mme Plante: Bien, ici, vous voyez, j'ai la date de réception du 26 août; donc, par le temps que cela s'est rendu...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): L'attaché politique m'a dit qu'il les avait reçues le 22.

Mme Plante: En tout cas, je veux dire que ce sont des causes de cette nature-là qui font qu'on n'a eu que quelques jours. Immédiatement, on a réagi pour dire que l'ampleur des informations demandées nécessitait plus que quelques jours, d'autant plus que, pour ma part, dans le moment, je suis en train de travailler à la politique sur la santé mentale, au document de consultation sur la politique. Alors, c'est un peu difficile. C'est dans ce sens-là qu'effectivement, on n'a - je regrette, je ne les ai même pas en copies suffisantes - que quelques données disponibles, les autres devront venir par la suite.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans

combien de temps peut-on espérer les avoir?

Mme Plante: J'ai l'impression que cela ne pourra pas aller avant octobre, en tout cas pour la déficience psychique. Il y a certaines données qui demandent un traitement spécial à la RAMQ, donc des délais de programmation. D'autres données, parce qu'on a un budget global, ne sont pas accessibles; donc, elles demanderaient absolument un traitement spécial en retournant à chaque établissement, ainsi de suite. Je pourrai au fur et à mesure des questions vous identifier lesquelles, mais ce sont des traitements de données non standard.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors, on va prendre ce qui est prêt.

M. Champoux: Il y a, quand même, plusieurs pièces, à mon point de vue, adéquates qui vont vous donner un éclairage voulu par rapport à certaines questions.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. J'aimerais peut-être poser quelques questions générales quant à l'orientation du ministère avant de procéder à ces données plus factuelles.

La première question que j'aimerais poser particulièrement à Mme Plante - elle a assisté à nos débats; alors, les questions ne la surprendront pas beaucoup - porte sur toute la question de la désinstitutionnalisation, la question des ressources alternatives.

Je sais qu'il y a une grande politique du ministère qui doit être rendue publique le 29. Mais eu égard à la désinstitutionnalisation, est-ce qu'il y a une politique écrite du ministère là-dessus, puisque plusieurs institutions ont entamé ce processus? Bonjour, M. Lamonde, cela me fait plaisir de vous voir.

M. Lamonde (Jacques): Excusez mon retard.

La désinstitutionnalisation

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je vous en prie. Plusieurs institutions ont entamé ce processus de désinstitutionnalisation. C'est pour cela que j'aimerais savoir s'il y a une politique au ministère et s'il y aurait moyen d'en avoir copie. Si ce n'est pas une politique globale, y a-t-il des directives et à quel moment cette politique a-t-elle commencée?

Mme Plante: Je crois qu'il n'y a ni politique, ni directive. Il y a simplement une orientation qui était de mise ou adoptée non officiellement. On pouvait retrouver effectivement dans des documents du ministère certaines orientations, en général, pour le secteur de la santé mentale qui

tiennent, d'ailleurs, sur quelques pages et qui touchaient à la première ligne, aux services spécialisés, aux hôpitaux psychiatriques et aux ressources communautaires. Elles étaient envoyées au réseau comme guides ou comme documents de réflexion, mais n'étaient pas des documents adoptés officiellement.

Je pense que le futur document sera le premier de la sorte depuis le rapport Bédard qui en était un également. Mais il n'y a pas un écrit spécifique sur la désinstitutionnalisation ou quelque chose comme cela. Ce qui arrive, c'est lorsque certains hôpitaux ont un problème d'une nature ou de l'autre, bien souvent, c'est une question d'immobilisations, avec une demande de budget. Donc, avant d'autoriser des rénovations, on dit: On va regarder quelle est la vocation de l'établissement, ce qu'il y a dans le futur.

Alors, c'est à l'occasion de problèmes de cette nature que, lorsqu'on se penche sur le problème de l'établissement, on entreprend en même temps une perspective de transformation de l'hôpital en mettant l'accent tant sur la qualité des services qui devraient être maintenus et, dans le cas d'un hôpital psychiatrique, toujours de nature spécialisée, que sur cette réduction de la vocation d'hébergement des hôpitaux psychiatriques. C'est plutôt dans ce contexte que ça se produit et non pas par une directive officielle.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais il reste que le sentiment qu'on a eu - mes collègues pourront diverger d'opinion, c'est vraiment mon opinion personnelle ou mon interprétation personnelle - quand on a entendu les différents groupes, c'est que c'était assez répandu. Cela avait une extension telle qu'on avait vraiment l'impression qu'il y avait eu, à un moment donné, soit une directive eu égard à la désinstitutionnalisation, au retour dans le milieu naturel - pas dans le milieu naturel, nécessairement, mais dans un autre milieu - ou des recommandations de réinsertion sociale qui avaient été données.

Je vais être plus précise, je vais vous donner un exemple. Ce sont des représentations qui m'ont été faites même depuis la commission. Le nom vous sera peut-être plus familier. À Sainte-Anne-des-Monts, il y a une institution qui s'appelle, je ne sais pas si c'est de la Montagne...

Une voix: Le Pavillon de la Montagne.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):... le Pavillon de la Montagne où les gens ont l'impression qu'énormément de pression est mise par la direction de l'institution sur le conseil d'administration pour que, justement, on envoie les patients; je présume que ce sont des déficients mentaux, peut-être.

Mme Plante: C'est différent. Je vous répondais vraiment pour la clientèle psychiatrique; c'est différent pour la déficience intellectuelle. Je pense que M. Champoux est mieux placé...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): À ce moment-là, les gens ont l'impression que le processus est commencé, à moins que le ministère ou le ministre n'intervienne d'une certaine façon pour dire: Écoutez, on va peut-être mettre le holà pour un bout de temps, pour voir ce qu'on peut rendre disponible et, à ce moment-là, continuer dans une direction de désinstitutionnalisation. Mais là, les gens ont l'impression que c'est un peu à la va comme je te pousse. Vous me dites - peut-être que M. Champoux pourra modifier cela - qu'il n'y a pas véritablement d'orientation précise ou de directive de quelque nature que ce soit qui a été donnée dans ce sens-là.

Mme Plante: Comme je vous l'ai dit, ce n'était qu'en regard de la dimension psychiatrique. C'est différent; il y a un historique bien différent dans le cas de la déficience intellectuelle.

M. Audet (Gratien): Si - vous me le permettez, Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Audet:... effectivement, dans le secteur de la déficience intellectuelle, qu'on appelait autrefois les personnes handicapées mentalement, avec les confusions que cela a pu amener, les orientations ministérielles datent du mémoire des services à l'enfance de 1973; elles ont été réitérées en 1976 dans le livre blanc "Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées". Dans ces documents, on manifestait clairement que le ministère des Affaires sociales, à l'époque, s'appuyait sur la philosophie de la normalisation et, donc, sur le maintien des personnes dans leur milieu naturel ou dans un milieu le plus normal possible compte tenu de leurs besoins. Continuellement depuis cette époque, il y a eu des orientations ou des actions gouvernementales et des actions régionales qui ont été entreprises pour, graduellement, selon les milieux, permettre de placer dans des ressources plus légères, plus intégrées à la communauté, des personnes qui avaient été autrefois placées en institution.

La clientèle qui était hébergée dans...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Y a-t-il eu une directive précise d'envoyée?

M. Audet: Il n'y a pas eu de directive; il y a eu un mémoire des services à l'enfance qui a été communiqué comme une orientation ministérielle. Si vous parlez de

directives par la suite pour savoir comment le faire, non, mais il y a eu des orientations fermes en termes de principe.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): De principe, mais il n'y a jamais eu un cadre dans lequel devait se faire cette désinstitutionnalisation.

M. Audet: Effectivement, il n'y a pas eu...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):
Chacun y allait un peu comme il voulait.

M. Audet: Non.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il n'y avait pas de balises.

M. Audet: Je ne dirais pas que les gens faisaient les opérations comme ils le voulaient, sauf que les opérations étaient menées en concertation avec les conseils régionaux et les établissements concernés, selon les circonstances, selon la situation du milieu et selon les orientations ou la clientèle qui était disponible. Dans certaines circonstances, il y avait une approbation spécifique des plans proposés par les établissements. Dans d'autres cas, ce n'étaient pas des opérations de désinstitutionnalisation d'une façon générale, mais le remplacement dans la communauté de certains des bénéficiaires qui étaient hébergés qui, tout simplement, étaient déplacés à l'intérieur de la communauté. À la suite de l'évaluation de la clientèle, les établissements disaient: Il y en a 50 % chez nous qui pourraient très bien être placés dans des ressources davantage intégrées. C'était leur mandat spécifique d'assurer des services à cette clientèle-là. Donc, on n'avait pas nécessairement besoin d'avoir une orientation ministérielle; c'était leur mandat d'offrir des services de la meilleure qualité possible aux personnes hébergées. Ce n'était pas une orientation de dire: On ferme la boîte, on ouvre la boîte. C'était vraiment en fonction des besoins de chacun des individus en place.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pouvez-vous m'expliquer comment il se fait que, par exemple, dans certaines institutions - je pense à Doréa, j'en ai nommé une autre...

M. Audet: Pavillon de la Montagne.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):... et il y en a d'autres dont on a fait mention au cours des audiences et tout cela - les gens se sont dit: On se trouve devant un fait accompli et, sans discussion, la désinstitutionnalisation est devenue une politique, sans

qu'elle soit vraiment une politique bien définie, bien déterminée?

Vous dites que vous êtes partis d'un mémoire qui, en 1973, disait: Il faut normaliser ou permettre aux gens de vivre le plus possible dans un milieu le plus normal possible. Je pense que c'est un peu comme la vertu, tout le monde est pour cela. À partir de cela, il semble que cela ait pris une telle ampleur qu'aujourd'hui on se trouve devant un phénomène de résistance qui, peut-être, aurait été moindre s'il y avait eu une meilleure coordination de la politique qu'on voulait mettre en place eu égard à la réinsertion sociale des gens.

M. Audet: Oui, c'est possible, il y aurait pu y avoir moins de résistance à certaines occasions. Comme je le mentionne, on n'a pas eu, justement pour ne pas créer de résistance, une politique générale consistant à dire à l'ensemble du Québec: On va fermer les établissements. Le ministère n'a pas eu une telle attitude. Il a décidé plutôt de procéder en fonction de l'évaluation des individus. Dans certaines circonstances, pour des établissements qui, historiquement, avaient hébergé des clientèles avec une déficience assez légère, l'opération normalisation avait peut-être, dans ce cas, un impact plus grand sur la clientèle et sur le personnel travaillant pour ces établissements. Il y a plus de personnes qui étaient touchées parce qu'il y avait plus de gens qui devaient sortir pour être intégrés dans la communauté.
(14 heures)

Je dois vous dire qu'il n'y a pas seulement le ministère qui est concerné. L'ensemble de l'évolution des professionnels intéressés à ce secteur, leur meilleure connaissance du comment faire pour desservir les personnes dans un milieu intégré ont fait qu'avec le temps, depuis 1973, il y a eu un mouvement qui s'est accéléré dans le milieu. Le ministère aurait eu beau envoyer des directives positives ou négatives à cet égard, cela se serait fait de toute façon, compte tenu de l'évolution des mentalités.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans votre évaluation des choses à ce moment-ci, est-ce que vous jugez que cela se fait d'une façon satisfaisante?

M. Audet: Je vous dirais, d'une façon générale, que cela dépend des milieux. Il y a des milieux où les stratégies utilisées pour réinsérer la clientèle dans le milieu pourraient susciter des questions. Il y a des endroits où les opérations se sont faites parfois avec certaines erreurs de parcours, on en convient. Par contre, on a également beaucoup de succès à d'autres endroits.

Les critiques qu'on reçoit touchent peut-être 5 % à 10 % des cas. Pour toutes

sortes de raisons, il est tout à fait compréhensible que, vis-à-vis des personnes qui ont été hébergées pendant une quinzaine d'années et qui tout à coup se retrouvent dans la communauté, il y ait une certaine excitation ou que cela cause certains problèmes et des résistances de l'environnement ou du personnel concerné.

Dans l'ensemble, je dirais qu'on a plus de succès qu'on n'a d'échecs. Vous avez mentionné deux centres d'accueil, mais on peut en mentionner à d'autres endroits, comme le Centre de réadaptation du Contrefort. Dans chacune des régions, on a des expériences...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Le Centre de réadaptation du Contrefort est venu ici et je pense que vous avez raison. Cela rejoint un peu ce que Mme Plante disait tout à l'heure. Cela a été à l'occasion d'un changement administratif, l'institution passant du privé au public, on en a profité pour que les ressources additionnelles qui s'y trouvaient soient affectées à de la réinsertion sociale. Ils nous ont montré un vidéo ou un diaporama, quand ils sont venus. Dans ce cas, cela semblait être un succès.

M. Audet: C'est une des raisons, mais ce n'est pas la seule. La principale raison, c'est qu'ils ont eu la volonté de le faire et ils ont eu les professionnels concernés qui ont agi avec une stratégie fort intéressante. Il y a eu aussi des résistances dans certains milieux. Il y a certaines des installations ou des groupes qu'ils ont déplacés qui ont créé des perturbations dans certains milieux résidentiels.

Il est bien évident que, quand les gens n'ont jamais vu une personne déficiente mentale de leur vie, la première fois qu'ils en rencontrent une qui a certains troubles ou qui a un comportement légèrement marginal, cela crée des résistances. C'est tout à fait légitime et ce ne devrait pas être une raison pour nier ou réduire le droit de ces personnes de vivre dans la communauté.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous croyez que les ressources alternatives qui sont mises - et ceci s'applique tant du côté des ex-psychiatisés que du côté de la déficience mentale - à la disposition de ces personnes qu'on désinstitutionnalise sont suffisantes? On a eu aussi un autre cas, j'oublie le nom, où cela avait été un succès. Il faudrait le retrouver dans le Journal des débats. On avait désinstitutionnalisé - je le dis de mémoire - environ 150 personnes. Présentement, on dit: On est rendu sur la corde raide, on ne peut pas continuer à moins d'avoir des ressources supplémentaires. Je pense que vous vous en souviendrez, vous venez peut-être de l'institution?

Une voix: La Maison Sainte-Clothilde?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'était peut-être Sainte-Clothilde.

M. Audet: C'est possible. À la Maison Sainte-Clothilde, c'est une opération qui a eu un grand succès. Si vous demandez s'il y a des ressources suffisantes, encore là cela dépend des milieux. Les ressources ne sont pas toujours, à notre grand désarroi parfois, réparties aussi équitablement qu'on le désirerait, pour toutes sortes de raisons. Parfois, ce sont des raisons financières, mais parfois ce sont des questions de ressources humaines ou de formation du personnel en place. Il y a des variations et on doit moduler nos actions dans ce secteur. La Maison Sainte-Clothilde a fait une opération de réinsertion dans le milieu de 80 % de sa clientèle, sauf qu'on est rendu présentement à dire: Si vous voulez que je fasse une étape, j'aurais besoin de ressources additionnelles, soit financières, soit en personnel.

À ce moment, il faut faire une pause et regarder comment on pourrait, à l'intérieur d'une région donnée et non pas seulement à l'intérieur d'un seul établissement, répartir d'une meilleure façon les ressources pour pouvoir continuer l'opération, s'il y a lieu, toujours en tenant compte des besoins des individus. Ce n'est pas une question de principe où on doit absolument fermer les boîtes, on doit regarder chacun des individus. Je reviens là-dessus, cela m'apparaît essentiel.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. Lamonde.

M. Lamonde: Pour compléter nos remarques sur les ressources et sur l'évaluation que vous faites qui est en cours sur la réinsertion sociale, c'est évident que, comme on l'a dit avant, il y a des praticiens, des gens concernés par ce milieu, qui pensaient et qui pensent toujours que la meilleure façon de traiter les gens est de travailler avec eux dans la société et non pas à l'intérieur des murs. Sauf que, quand cela s'est produit dans des cas à la pièce, avec des gens qui avaient peu ou beaucoup de moyens, les résultats ont été effectivement différents d'un endroit à l'autre pour toutes sortes de raisons. Quand cela a été mauvais, ce fut peut-être à cause d'un manque de ressources financières, à cause d'une mauvaise gestion, à cause du syndicat qui n'a pas coopéré ou parce que les gens du quartier ont pu être rébarbatifs. On peut imaginer...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Les gens qui résistent, etc.

M. Lamonde:... toutes sortes de motifs. D'ailleurs, les motifs sont les mêmes dans les cas où cela a bien fonctionné; quand les gens ont coopéré, le syndicat et le patron, tout le monde, cela a généralement bien fonctionné. C'est évident que, partant de cas d'espèce comme cela, alors que les praticiens du réseau, à la suite des grandes orientations dont on a parlé, ont agi d'une telle façon, on peut arriver, è un moment donné, à dire qu'il y a eu une insuffisance de ressources.

Dans la mesure où le ministère va affirmer - on espère incessamment le faire - certains principes de façon plus spécifique relativement à la réinsertion sociale ou encore, de façon plus générale, au maintien dans le milieu de vie naturel, il est bien évident qu'on ne pourra affirmer cela sans constater en même temps qu'il n'y a pas suffisamment de ressources dans le milieu, dans la communauté pour procéder comme cela. Si on affirme cela comme une politique gouvernementale, c'est évident qu'il va falloir investir des ressources dans la communauté pour le réaliser. Cela ne signifie pas nécessairement des ressources nouvelles; on peut utiliser des ressources institutionnelles en place présentement qui peuvent être converties.

Mais jusqu'ici, même si, au niveau des individus du ministère, plein de gens pensaient cela, il n'y avait quand même pas de politique ou d'action gouvernementale arrêtée là-dessus. Dans la mesure où il y en aurait une, c'est sûr qu'on constate un manque de ressources. Toute la première ligne, tout le communautaire doit être vraiment mis en place si on veut un fonctionnement plus large. Il y a des gens, dans certains endroits, qui avaient suffisamment de ressources pour faire de la réinsertion sociale, d'autres endroits en manquaient.

Autre chose que l'on a mentionnée tantôt, en termes d'évaluation des bénéficiaires, ce qui est très important, c'est qu'en certains endroits on a peut-être fait de la réinsertion sociale sans suffisamment tenir compte de l'évaluation des bénéficiaires. Il y a des gens qui peuvent être réinsérés dans la société plus facilement, plus rapidement que d'autres; il y en a peut-être même une certaine quantité qui, étant donné notre passé et notre histoire, ne pourraient pas être réinsérés demain matin. On n'a peut-être pas toujours fait montre de discernement.

Du côté de l'évaluation, il faut être prudent. On peut toujours évaluer des cas et c'est très sain de les évaluer, cela nous instruit et cela nous permet de nous améliorer. D'une part, il faut faire attention à ne pas associer l'approche, l'esprit ou le moyen d'intervention que la plupart des gens conviennent être le meilleur à des cas bien malheureux qui ont existé et, d'autre part,

c'est évident qu'il faut ajouter des ressources, qu'il doit y avoir des ressources dans la communauté pour faire ce genre de démarche. S'il n'y a pas de ressources dans la communauté, nous sommes les premiers à dire qu'il ne faut pas faire la démarche.

Mon dernier commentaire là-dessus est de dire que c'est très voyant, une erreur de réinsertion sociale dans la communauté; c'est beaucoup moins voyant une erreur en institution. Si on comparait les erreurs dans la communauté avec les erreurs en institution, je ne sais pas d'avance quel serait le résultat, mais il faut faire bien attention à cela aussi parce qu'il n'y a pas de système parfait, il y aura toujours des erreurs, quelle que soit l'approche que l'on utilisera. Tout ce que je veux dire, encore une fois, c'est que les erreurs dans la communauté sont très visibles, celles en institutions le sont beaucoup moins.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je ne voudrais pas que vous interprétiez les questions qu'on vous pose d'abord comme étant des jugements sur le ministère; le ministère a fonctionné avec les ressources qu'il avait. Mais il reste que tous les gens qui sont venus ici étaient pour le principe de la désinstitutionnalisation. C'est un peu comme la vertu, tout le monde était pour. Je ne pense pas qu'il y avait des voix discordantes là-dessus, si ma mémoire est bonne. Mais on discutait sur la façon de la faire, sur l'encadrement qui devait permettre qu'elle soit heureuse, qu'elle soit satisfaisante et qu'on ne déplace pas simplement des problèmes.

Si je vous pose ces questions-là, c'est pour essayer vraiment de mesurer ce vers quoi le ministère s'en va. Des fois, on avait l'impression que tout le monde était impliqué dans un grand processus de désinstitutionnalisation. Évidemment, on a entendu le témoignage d'un nombre restreint d'institutions par rapport au nombre total, mais c'est quand même important pour nous autres de savoir ce qui existait, d'où est parti le mouvement, quelles sont les difficultés rencontrées et ce vers quoi le ministère tend. C'est un peu le sens de mes questions.

M. Lamonde: Sur la notion d'encadrement, je voudrais juste revenir un petit peu là-dessus. C'est évident, encore une fois, comme pour les ressources, que si on lance une politique gouvernementale officielle qui appuie cela même dans l'action, il devra y avoir un certain encadrement, qu'on ne pourra pas laisser cela aller n'importe comment.

Par contre, je veux juste rappeler que la réinsertion sociale est un moyen thérapeutique et les moyens thérapeutiques ne nous appartiennent pas, à nous. Il y a des

gens qui sont spécialisés là-dedans. Notre mandat est plus de donner un ensemble de ressources qui permettent à ces gens-là d'intervenir et d'agir suivant leurs connaissances et leur spécialité. Même les milieux seront différents. Je suis convaincu que, suivant le milieu du quartier, de la localité, du type de bénéficiaire, etc. les gens qui seront impliqués auront envie d'intervenir différemment dans le processus de la réinsertion sociale. Il serait très malheureux qu'on se mette à normaliser tout cela ou à encadrer. C'est très dangereux, l'encadrement. C'est à la fois positif, en ce sens que cela peut éviter des écarts qu'on ne souhaiterait pas, mais cela contraint beaucoup l'ingéniosité et même la connaissance, la spécialisation et l'expertise des gens de ce milieu-là. Sur le fait de donner des encadrements, je pense que le ministère sera très prudent.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je partage votre point de vue jusqu'à un certain point, M. Lamonde. J'ai dit le mot "encadrement" et je le garde. Je pense qu'on pourrait aussi l'appeler autrement. Il faut certains principes ou certaines balises qui soient sous-jacents à une opération de désinstitutionnalisation. Par exemple, il peut y en avoir un touchant la préparation du milieu. C'est un grand principe. C'est dans ce sens-là que je parle d'encadrement. Je pense que je ne voudrais pas de programme-cadre comme pour la lecture au primaire, où chaque étape est déterminée. C'est dans ce sens-là qu'il me semble important qu'il y ait ce type d'encadrement.

Je ne veux pas accaparer le temps de mes collègues. Est-ce que vous avez des questions? Je reviendrai parce que j'en ai d'autres. Oui?

Évaluation des établissements

Mme Lachapelle: J'aimerais poser quelques questions. On parle toujours des ressources humaines, c'est-à-dire de préparer les bénéficiaires à aller vivre dans leur milieu le plus naturel. Il existe des ressources, on en connaît, pour aider ces gens-là dans le milieu. Est-ce qu'il y a une évaluation périodique, peut-être mensuelle, de chaque organisme qui existe? Par exemple, il y a les foyers, les ateliers protégés. Est-ce qu'il y a des rapports qui vous arrivent pour savoir, avant de mettre cela sur pied et créer d'autres ressources, quels sont les résultats de chaque type d'établissement? Est-ce que vous avez des rapports à savoir comment cela fonctionne, quelle est l'évaluation? Est-ce qu'au bout d'un certain temps, si les gens fonctionnent bien, on continue de les suivre? Sinon, ils retournent en institution parce qu'ils ont eu un paquet de problèmes parce que c'est mal organisé. Est-ce qu'on a

une évaluation périodique des organismes existants?

(14 h 15)

M. Lamonde: Je peux essayer de répondre là-dessus. Un premier point: du côté des organismes qu'on qualifie de services sociaux, par opposition à santé (centres hospitaliers), à ma connaissance, il n'y a pas généralement - on pourra me corriger - de processus d'agrément de ces institutions. Du côté des centres hospitaliers, il y a des corporations qui agréent leurs pratiques professionnelles, que ce soit la corporation des infirmières, la corporation des médecins, etc. Il y a un paquet de gens qui circulent et qui examinent le comportement des gens qui sont là et qui donnent des agréments positifs ou négatifs ou qui font des recommandations d'ajustement. À ma connaissance, du côté des établissements dits de services sociaux, donc des centres d'accueil et de réadaptation, des ateliers protégés - la liste dont vous parliez, des organismes bénévoles - il n'y a pas ce genre d'agrément.

M. Audet: Sauf dans la mesure où il existe du personnel professionnel qui est régi notamment des infirmières qui visitent; mais il n'y a pas d'organisme central.

M. Lamonde: D'accord. Par rapport à cela, du côté de l'information relative aux clientèles, on doit, comme ministère, faire une affirmation qui est bien plate à faire. On est très mal équipé pour l'instant de ce côté et on n'a pas tellement d'information sur les clientèles. On a, par contre, je dirais depuis deux ans, entrepris une démarche d'envergure à l'intérieur du ministère et avec le réseau quant à l'identification de tout un système d'information relativement à ces clientèles. On a identifié toutes les informations qu'il serait utile d'avoir. On est à une étape d'information là-dessus. À ma connaissance, je pense qu'il y a eu aussi des contacts à l'occasion du règlement sur l'organisation des établissements de santé et de services sociaux qui avait été approuvé en commission parlementaire. À cette occasion, il y avait eu une requête auprès de la Commission d'accès à l'information pour savoir si l'information qu'on réclamait était... si on pouvait ou non le faire. Et on a eu là-dessus, je pense, un avis de la commission qui disait: On s'est entendu avec la Commission d'accès à l'information à savoir que l'information qu'on va demander ou qu'on demande est acceptable et correcte. Donc, on est en train de mettre en place ces moyens. Mais disons que, jusqu'à présent, effectivement, on a manqué d'information de ce côté. On pourrait aussi dire que du côté des centres hospitaliers psychiatriques ou de la clientèle psychiatrique, notre information sur la clientèle n'est pas très forte non plus et qu'on est à l'améliorer. De ce côté, on a

fait des efforts.

Je voudrais faire une petite remarque en passant. Quand ce n'est pas en institution, quand c'est dans la communauté, notre bon système démocratique est une espèce de moyen d'information. Ce n'est pas avec cela qu'on doit gérer, il faut avoir un meilleur système, mais disons qu'il y a quand même eu là certaines démarches qui ont fait qu'ils nous ont alertés à toutes sortes de moments, nous disant: Il y a un problème à tel endroit, etc. Ce n'est pas suffisant, mais disons que cela a existé.

Ou côté psychiatrique, on a, il faut le savoir, procédé récemment à une évaluation des bénéficiaires en milieu psychiatrique. On est en train de terminer cette évaluation pour les départements psychiatriques à l'intérieur des hôpitaux généraux de façon à savoir quel genre de clientèle il y a et ce que cette démarche est en train de provoquer. C'est plein de réajustements ou de questionnements, à tout le moins de la part des établissements, pour voir dans quelle mesure les programmes qu'ils offrent à leurs bénéficiaires sont adaptés effectivement aux problématiques que ces bénéficiaires vivent présentement.

Par ailleurs, ces évaluations vont servir, vont être omniprésentes, justement, dans la fabrication ou la détermination des programmes et aussi dans des opérations comme la réinsertion sociale qui pourrait intervenir à plus ou moins court terme de ce côté, de sorte qu'on n'essaie pas de réinsérer dans la société... Autrement dit, il y a des gens qui sont plus facilement réinsérables, étant donné leur statut physique ou mental, que d'autres. Alors, les gammes de services adaptés à ces gens-là varient. On va se servir de cela et d'études encore plus poussées que les établissements sont en train de faire pour, effectivement, réaliser cela.

Une autre chose que je dois dire, c'est que, du côté des organismes communautaires ou bénévoles qui s'occupent particulièrement de santé mentale, on a l'intention de structurer pour eux un soutien financier plus adéquat que ce qui existe présentement pour ce type bien spécifique d'organismes bénévoles ou communautaires. Là-dedans, évidemment, une des exigences qu'on aura sera de pouvoir avoir des rapports d'eux déterminant un peu ce qu'ils font, de quelle clientèle ils s'occupent, ce qu'ils font avec, quels sont les résultats.

Par contre, il faut être très prudent parce que, lorsqu'on est avec de petits organismes comme ceux-là qui, parfois, comptent un permanent à mi-temps et deux ou trois personnes bénévoles - ce ne sont pas tous de grands organismes, ce sont même souvent de très petits organismes - la grande valeur de ces gens, c'est d'être en dehors de la société du papier que nous aimons bien, nous les technocrates. Il ne faudrait pas les

amener dans la société du papier à nous faire plein de rapports sophistiqués sur toutes sortes de choses parce qu'ils ne sont pas équipés pour le faire. Il faut trouver un moyen terme qui nous permette de savoir un peu ce qu'ils font, comment ils se comportent par rapport à cela mais, en même temps, faire bien attention à ne pas leur demander de travailler pendant six mois à faire un rapport et les autres six mois à s'occuper des clients ou de leurs bénéficiaires.

M. Audet: Si vous me permettez de compléter les informations, M. Lamonde, concernant le secteur dont je m'occupe en ce qui concerne le contrôle des établissements, s'il n'y a pas d'organismes d'accréditation", comme il en existe peut-être du côté de la santé, disons extérieurs au ministère, la Direction de l'agrément au ministère remplit un rôle de contrôle et d'évaluation assez important au sein des établissements dans notre direction générale. Il y a eu une période où il n'y a pas eu de visites d'agrément précisément parce qu'il n'y avait pas de normes ou de critères sur lesquels ils pouvaient s'asseoir pour juger de la qualité des services qui étaient distribués à l'intérieur de ces établissements.

Depuis un an et demi ou deux ans, il y a des visites systématiques qui sont faites dans l'ensemble de nos établissements pour vérifier la qualité des services et la conformité aux lois et règlements, disons davantage la conformité aux lois et règlements.

Parallèlement à cela, nous avons présentement en consultation au sein du réseau d'établissements un document de travail qui est d'abord un guide d'actions et de normes qui sont proposées à l'ensemble du réseau pour les personnes qui présentent une déficience mentale. Le document s'intitule "La personne et ses conditions de vie en milieu d'accueil et de réadaptation". Il essaie, justement, de véhiculer la philosophie dont on traite présentement, qui est celle de la normalisation ou, encore, de la valorisation sociale de la personne, dans les divers milieux où elle reçoit des services.

Cela complète peut-être l'aspect vérification de la qualité des services. En outre de cela, il y a, bien sûr, les rapports statistiques annuels qui nous sont fournis par les établissements et les rapports financiers sur lesquels on se base, dans certains cas, a posteriori pour savoir l'évolution des services à la clientèle. C'est ce qui faisait que dans certains cas, avec une clientèle que nous jugions analogue même si les statistiques n'étaient pas très précises là-dessus, on essayait de voir entre les différents établissements comment il se faisait que l'un n'avait fait aucune démarche dans le sens d'une réinsertion sociale alors qu'un autre

établissement, avec une clientèle semblable, avait procédé déjà à une réinsertion sociale, à la mise en place d'une gamme de services beaucoup plus diversifiés.

Peut-être que dans certaines circonstances les établissements visés se sont sentis un peu pressés par les professionnels du ministère. C'est possible.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. C'est peut-être ce qui est arrivé - comment l'appellez-vous - au Pavillon de la Montagne.

M. Audet: Je n'en sais rien. Je ne porterai pas de jugement sur ce cas.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, non. D'accord. Allez, M. Lamonde.

M. Lamonde: Est-ce que vous me permettez de donner un élément de réponse additionnel? Sans dévoiler immédiatement ce que pourrait être le document de réflexion du ministère en santé mentale, disons qu'on est préoccupé par ce volet. On va vraisemblablement suggérer aux gens de s'interroger sur les choses suivantes. Pour nous, c'est très important, les ressources communautaires, qu'elles soient familiales ou vraiment communautaires dans un sens plus large. Sauf que ce qu'on souhaiterait c'est que les gens dont c'est la vocation propre, la formation ou la mission ou la spécialité, qui ont des connaissances spécifiques puissent, sous différentes formes, supporter ces interventions communautaires, que ce soit par de l'information, que ce soit par une certaine partie de formation ou que ce soit par du travail commun auprès des bénéficiaires, de façon à multiplier l'effort de qualité.

Il y a des gens qui sont très dévoués. Les organismes communautaires de façon générale - c'est leur principale caractéristique - sont pleins de dévouement. Une de leurs faiblesses à l'occasion, c'est les connaissances adaptées pour faire face aux différentes situations d'importance, de crise. Les experts, s'ils étaient mis en support à ces équipes, pourraient certainement contribuer à améliorer de beaucoup la situation. Et ce faisant, il est bien évident que les gens qui ont un peu plus de connaissances et d'expertise pourraient non seulement éduquer, aider, supporter, mais, évidemment, porter en même temps un jugement. Je ne sais pas, porter un jugement, c'est peut-être exagéré, mais en tout cas ils pourraient voir un peu comment les gens se comportent et, s'il y a des choses qui sont déraisonnables dans le mode d'intervention, évidemment, faire des démarches pour que ce soit corrigé ou pour informer les gens qui sont en train de faire une démarche qu'elle n'est peut-être pas correcte.

Mme Lachapelle: Si je comprends bien, si on pouvait avoir des données ou comparer les établissements les uns par rapport aux autres, les petits établissements qui des fois sont dans la communauté, c'est là qu'on pourrait continuer. On pourrait juger bon s'ils manquent de ressources financières, d'en apporter un peu plus parce qu'il ne s'agit pas seulement de faire le travail ou de donner des services, mais aussi qu'ils soient de qualité. Si, à un moment donné, on peut faire tout cela, on peut penser à aller plus loin; mais si déjà on n'est pas plus sûr que cela de certains résultats, moi, je suis toujours un peu craintive de continuer. Vous m'avez donné plusieurs renseignements. Je suis sûre qu'on aura d'autres questions par la suite.

Les hôpitaux psychiatriques

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): J'aimerais peut-être revenir du côté de la psychiatrie, c'est-à-dire sur une question d'ordre plus général: Est-ce que le ministère s'oriente vers une désinstitutionnalisation générale - du côté de la déficience, je pense que c'est déjà assez acquis - du côté des bénéficiaires, des institutions psychiatriques?

M. Lamonde: Notre souhait - et c'est là-dessus qu'on va, entre autres, demander aux gens de réfléchir - c'est toujours le même. C'est qu'on veut que les services soient adaptés aux besoins des bénéficiaires. Dans certains cas, le service devra être institutionnel. Dans d'autres cas, nous pensons qu'il ne devrait pas être institutionnel. Cela ne signifie pas qu'on souhaite désinstitutionnaliser tout le monde.

Idéalement, on souhaiterait qu'il n'y ait pas eu institutionnalisation. Sauf qu'il y a un état de fait, il y a des gens qui sont institutionnalisés depuis 35, 40 ans et c'est loin d'être sûr que ces gens, disons, même s'ils n'ont aujourd'hui que des traumatismes physiques et qu'ils n'ont plus aucun traumatisme psychiatrique, peuvent demain, s'ils ont passé 40 ans à Louis-Hippolyte-Lafontaine, retourner dans la communauté. Cela n'est pas sûr.

Par rapport à cela, il faut être extrêmement prudent pour le bien-être même de ces bénéficiaires. Notre idée, c'est de dire: On souhaiterait - et on y tient - que l'approche auprès des bénéficiaires soit adaptée à leur situation. Maintenant, pour faire cela, il y a plusieurs approches possibles. Il y a des séquences dans le temps, il y a des stratégies dans le temps à prendre, stratégies voulant dire des comportements d'ensemble du réseau, de la communauté, de la société, etc. qui vont faire cheminer les choses. Il y a des partages de responsabilités, des formes différentes de partages de responsabilités à établir entre les

différents intervenants, qu'ils soient institutionnels ou non institutionnels. C'est vraiment sur ces modes qu'on veut interroger les gens pour savoir ce qu'il serait préférable de faire. Suivant les milieux, cela peut varier, cela peut être très différent.

Notre idée, pour être bien clair, ce n'est pas de prendre, demain matin, les 2000 patients de Louis-Hippolyte-Lafontaine, les - je ne sais pas combien - 2000 patients de Robert-Giffard, les 700 de Saint-Ferdinand d'Halifax etc. et de les mettre dans la communauté. C'est évident que ce n'est pas cela qu'on veut faire. Ce qu'il nous faut faire, c'est avoir des services dans la communauté, qui vont constituer une espèce de barrière à l'entrée à l'institutionnalisation. S'il y a des gens qui peuvent être maintenus dans leur milieu de vie naturel présentement, bravo, tant mieux, il faut faire cela.

(14 h 30)

Il y a aussi une certaine quantité de gens qui sont présentement en institution et qui, à notre avis, ne reçoivent pas une intervention, un support adapté à leurs besoins. Alors, il faut changer cela, en améliorant le service en institution dans certains cas et, dans d'autres cas, en essayant de désinstitutionnaliser ces gens. Mais désinstitutionnaliser, cela ne veut pas dire parquer au coin de la rue; cela peut vouloir dire avoir recours à différentes sources intermédiaires, à des maisons supervisées, à des familles d'accueil, à des foyers de groupe ou, dans certains autres cas, peut-être plus carrément dans la communauté. Je ne sais pas dans quelle mesure cela répond à votre question.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

Quand on parle de désinstitutionnalisation, on a plutôt à l'esprit le portrait des gens qui ont été institutionnalisés historiquement et qui sont encore en institution. On a eu ici, entre autres, le Dr Laurin qui disait qu'à Prévost un certain pourcentage des lits - de 20 % ou de 25 %, je vous le donne de mémoire, sous toutes réserves, c'est peut-être 30 % ou 33 % - 33 % étaient occupés par des patients, appelons-les "chroniques", entre guillemets, avec toutes les nuances, mais des patients qui requièrent une hospitalisation à long terme. À côté de ceux qui n'ont jamais été institutionnalisés dans le sens de la grande institution, il existe aussi ceux dont le comportement ou le problème psychiatrique est tellement lourd que, dans l'état actuel des connaissances, on ne semble pas être capable de les aider suffisamment ou de les rendre suffisamment ou même partiellement autonomes et qu'ils doivent vivre dans un certain milieu. Là-dessus, j'aimerais vous entendre. On a parlé à plusieurs reprises du problème grandissant des 18-35 ans ou des 18-40 ans qui vivent dans la communauté avec le phénomène de la

porte tournante.

M. Lamonde: Pour répondre à cela, d'abord, puisque vous avez parlé du Dr Laurin, j'aimerais dire que j'étais là et qu'effectivement il a fait ces commentaires. Mais je le vois encore avoir certaines réticences. Le même individu, dans une expérience à Roberval où il y a un centre psychiatrique, a rencontré le personnel de l'établissement et on lui disait qu'il y avait des gens qui étaient... Je ne me souviens, d'ailleurs, plus du vocabulaire un peu, même, indécent qui avait été utilisé à l'endroit des bénéficiaires cela n'avait pas de sens. On disait essentiellement qu'il y avait là des chroniques qui étaient irrécupérables. Il y avait un psychiatre, il y avait des omnipraticiens avec des privilèges en psychiatrie qui étaient là et qui tenaient cette discussion au Dr Laurin qui, lui-même, leur a dit: Contrairement à ce que vous pensez, vous devriez mettre la plus grande partie de vos énergies sur ces bénéficiaires, ce sont ceux qui en ont besoin davantage.

Fondamentalement - on rapporte les opinions de quelqu'un d'autre, c'est un peu difficile - je pense que le Dr Laurin ne croit pas que quelqu'un soit dans une situation irrémédiable. Il reconnaît qu'il y a des cas très difficiles. Cela étant dit, c'est évident qu'il y a des gens qui ont des maladies, des problématiques qui font que ce n'est pas simplement en allant faire un tour à la clinique externe une heure par semaine ou quelque chose comme cela que vous allez les aider à résoudre leurs problèmes. Peut-être qu'ils ont besoin d'interventions beaucoup plus spécialisées, beaucoup plus soutenues et qui nécessitent, dans plusieurs cas vraisemblablement, des hospitalisations d'une certaine durée.

Mais il y a une différence entre de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation. Autrement dit, si je prenais un exemple du côté de la médecine physique, vous pouvez avoir un accident d'auto qui fait de vous un polytraumatisé et qui va faire que vous allez passer un an dans un centre hospitalier en réhabilitation; mais vous n'êtes pas institutionnalisé, en ce sens que vous avez été hospitalisé pendant un certain temps pour subir un traitement et que vous en ressortez. Pendant toute la période de temps où vous étiez là, il était acquis que vous étiez de passage. Tout le monde qui intervenait auprès de vous le faisait auprès de quelqu'un qui a besoin temporairement d'un service, mais qui va en sortir. L'institutionnalisation, c'est différent. On vous regarde et on se comporte envers vous comme envers quelqu'un qui vient de passer la porte et qui ne la passera plus dans l'autre sens, sauf les pieds devant. L'institutionnalisation, ce n'est pas juste le fait d'être couché dans un lit d'hôpital; c'est toute une mentalité, c'est

tout un comportement et une approche.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): On entre dans une discussion un peu philosophique.

M. Lamonde: C'est parce que vous avez utilisé le mot institutionnalisation.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Puisque vous étiez là - je sais que vous êtes venu, c'est peut-être au moment où le Dr Laurin était là - il reste que le Dr Laurin a dit: Dans nos départements psychiatriques d'hôpitaux généraux... Parce que, même à Prévost, s'ils ont plus de lits qu'ailleurs historiquement, c'est quand même un département de psychiatrie de l'hôpital Sacré-Coeur. C'est considéré un peu comme...

M. Lamonde: Le département de psychiatrie de Saint-Luc.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ... Notre-Dame où ce que vous voudrez. Il a dit - il y en a d'autres qui l'ont dit, je ne peux pas citer tous et chacun - on est obligé de repousser les gens trop rapidement à l'extérieur - je parle des hôpitaux généraux; je ne parle pas des hôpitaux psychiatriques - parce qu'une partie de nos lits - je n'ai pas rêvé ça - est accaparée par des patients. On a même parlé de gens qui étaient là depuis deux ou trois ans. Je pense que ce n'était pas l'exception dans les hôpitaux du Québec.

Je voudrais vous demander plus concrètement si vous avez des statistiques. Normalement, quand on parle de département de psychiatrie dans un hôpital général, on parle en termes d'une moyenne d'hospitalisation. D'abord, quelle est la moyenne d'hospitalisation? Je vous dirais qu'on peut considérer trois mois comme étant une norme acceptable mais, quand vous dépassez six mois... Est-ce que vous avez des normes eu égard, justement, à la longueur de séjour des patients? On me dit que la moyenne provinciale est peut-être de 38 jours. Le nombre de patients qui, justement, font des séjours prolongés au-delà de six mois, est-ce que vous avez des statistiques là-dessus?

Mme Plante: Je ne les ai pas ici, mais, effectivement, on a des données sur la durée de séjour en hôpital psychiatrique certainement et en département de psychiatrie également. Donc, ce seraient des statistiques qu'on pourrait vous fournir.

Je vous souligne que toute cette notion d'hospitalisation de longue durée pose le problème, justement, de savoir si c'est un rôle qu'on reconnaît exclusivement aux hôpitaux psychiatriques. Le Dr Georges Aird est venu présenter son mémoire. Il soulève,

dans le mémoire et dans le rapport qu'ils avaient fait sur les services dans Montréal, cette question de la nécessité de programmes de moyenne ou longue durée, qui sont quand même différents de services de courte durée comme tels qui s'adressent à des clientèles et à des besoins différents. Il soulevait aussi la question de savoir s'il n'y a que les hôpitaux psychiatriques qui devraient avoir une responsabilité à l'égard de ces programmes-là et de ces clientèles-là ou si on ne devrait pas, plutôt que toujours concentrer des ressources de cette nature-là uniquement dans des centres hospitaliers psychiatriques, penser davantage à une espèce de sous-régionalisation de ces services-là et, donc, reconnaître à certains départements de psychiatrie un rôle spécifique dans l'élaboration d'un programme de longue durée.

De la même manière que ce que rapportait M. Lamonde de la conversation du Dr Laurin, ceux-ci soulignent que ce sont des services qui requièrent un ratio de personnel supérieur à la courte durée parce que, justement, les problématiques sont plus complexes et qu'elles nécessitent une intervention d'autant plus spécialisée et structurée. On devrait plutôt envisager - c'était une des hypothèses - des unités plus petites - ceci correspond aussi à d'autres principes visant la normalisation et la gestion des ressources - sous-régionalement et qui seraient liées à chacun des départements de courte durée où il pourrait se faire une meilleure coordination des services, une meilleure référence et qui régleraient en partie cette situation où on retrouve un certain pourcentage de clientèle dont l'hospitalisation est plus longue dans chacun des départements de psychiatrie, parce que je pense qu'il s'en retrouve dans chacun. À ce moment-là, ils n'ont pas une approche qui leur est spécifique parce qu'ils sont parmi les autres, alors qu'il serait préférable d'avoir des programmes de longue durée bien spécialisés. On se pose la question à savoir s'ils doivent être nécessairement en hôpital psychiatrique ou s'ils ne pourraient pas être rattachés à des hôpitaux de courte durée, mais qui gèreraient un programme de longue durée.

D'autre part, je pense qu'il n'y a pas que l'hospitalisation complète comme formule ou comme modalité d'intervention et qu'il y a des formules qu'on dit d'hospitalisation partielle, entendant par là qu'on peut y aller soit de jour ou de soir. On retrouve des formules d'hospitalisation de jour ou de soir, des centres de traitement de jour et de soir. Il y a également ce qu'on peut appeler des foyers de groupe, mais à caractère vraiment thérapeutique, qu'on classe également dans de l'hospitalisation partielle. Ils prennent en charge des clientèles qui ont des problématiques plus complexes ou de plus longue durée pour lesquelles il y a un

programme spécifique d'établi, mais qui, au lieu de se retrouver dans un hôpital, se retrouvent dans une installation qui est beaucoup plus à caractère résidentiel, mais dans laquelle se retrouvent des services spécialisés et un encadrement constant. Il faut également considérer tous ces aspects quand on parle des services de longue durée. Ce sont des questions que nous pose notre modèle de service actuellement.

Les ressources alternatives

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pour revenir à la question des ressources alternatives qui devraient être mises en place, je pense que tout le monde est un peu conscient que, du côté de la psychiatrie, elles sont largement insuffisantes puisque les gens sont continuellement revenus sur le phénomène de la porte tournante. Concernant la désinstitutionnalisation des déficients mentaux, il reste que d'une façon globale - il peut y avoir, on en a parlé, des diagnostics différents - c'est plus facile de mesurer et de prévoir le comportement, compte tenu de ses capacités, d'un déficient mental qui va être replacé dans tel type de foyer ou tel type de ressources, etc. C'est beaucoup plus difficile, surtout dans le cas des schizophrènes et tout cela. Ce contrôle ou cette appréciation restent, dans bien des cas, assez aléatoires. Je voudrais vous demander dans quelle mesure, à votre point de vue, les ressources alternatives existantes - on les connaît à peu près, tous, elles sont très petites; souvent, elles ont une existence précaire, elles vivent un bout de temps seulement - permettent, justement, cette réinsertion satisfaisante ou si on est encore dans un contexte où on va se retrouver... Je prends toujours l'exemple le plus frappant, le cas des chambreurs de la basse ville; on pourrait parler aussi des chambreurs de la rue Saint-Denis. Je voudrais avoir votre appréciation là-dessus, dans l'état actuel des choses. Pour l'avenir - peut-être que M. Lamonde pourrait nous répondre là-dessus - est-ce qu'il y a des projections budgétaires, si on veut mettre en place tout cet appareillage, quant aux coûts qui seraient impliqués? La première question s'adresse à Mme Plante et la deuxième à M. Lamonde ou, peu importe, à qui voudra répondre.

M. Lamonde: Mme Plante peut répondre aux deux questions.

Mme Plante: Il y a deux choses. Les ressources alternatives, je ne pense pas qu'on les conçoive comme la panacée. Je reviens toujours à cette adéquation nécessaire par rapport aux besoins. Puisque les besoins sont si variés, si diversifiés, je pense qu'il est évident que c'est d'une gamme de services qu'on a besoin, d'une gamme de services

professionnels, d'une part, et communautaires, d'autre part, avec toutes les nuances que cela peut impliquer.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Quand je dis "services alternatifs", je pense à la vieille notion où on englobe tous les types de services qui ne sont pas dans l'hôpital même.

Mme Plante: D'accord. Oui, oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): On a fait une distinction très intéressante...

Mme Plante: Entre les ressources pures et les...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, c'est cela. Moi, je veux dire ce dont quelqu'un a besoin pour vivre d'une façon satisfaisante...

Mme Plante: Bon!

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ... compte tenu de son potentiel et de son fonctionnement.

Mme Plante: Si c'est comme cela que vous l'entendez, je pense qu'effectivement c'est en concevant un continuum de services ou une gamme de services appropriés aux besoins qu'on est le mieux en mesure d'assurer la réinsertion et de prévoir certains accidents de parcours.
(14 h 45)

Vous dites que leur comportement est un peu imprévisible. Je pense que, pour les gens qui sont près des personnes, leur comportement n'est pas imprévisible. Je pense, d'ailleurs, qu'il y a des parents, lors d'une audition, qui en ont fait mention. La famille, par exemple, dit: On le sait, on le sent qu'il va se passer quelque chose. Mais si on n'a aucune communication possible avec les professionnels, bien, c'est la journée où cela éclate qu'il se passe une intervention. Mais si on avait le moyen de le faire savoir avant, d'avoir une meilleure communication, on pourrait prévenir ces explosions.

Dans ce sens, si les services sont plus près, s'ils sont mieux adaptés, s'il y a une meilleure communication, je pense que, justement, on va être en mesure de prévenir.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais, dans l'état actuel des choses, est-ce que...

Mme Plante: Bien, dans l'état actuel des choses, je pense qu'on n'a pas la gamme complète. Ici ou là, à l'occasion, oui, il y a une gamme un peu plus étendue de services, mais je pense que c'est là le constat qu'un peu tout le monde fait: on a des services institutionnels à l'interne qui fonctionnent

d'une telle façon, puis on a, après cela, la famille, puis, à l'occasion, entre cela, d'autres services. Il y a des centres de jour qui sont un peu plus répandus, des équipes de secteur, bien que cela ne soit pas répandu dans toute la province. À Montréal, par exemple, c'est un modèle beaucoup plus répandu, mais, dans d'autres régions, c'est la consultation externe comme du côté physique.

Donc, du côté de la gamme des services, il est évident qu'il y a des carences importantes qui font que, justement, lorsque les services ne sont pas présents, la réinsertion est plus hasardeuse pour la personne aussi bien que pour son entourage. De ce côté, en tout cas, c'est dans les perspectives d'avenir une carence à combler.

Je vais revenir sur la porte tournante parce que chaque fois cela me...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela vous étourdit?

Mme Plante: La porte tournante, à l'origine, c'est une politique - je n'entends pas une politique du ministère des Affaires sociales - d'intervention professionnelle afin, justement, de diminuer la durée des hospitalisations et de permettre un maintien dans la communauté. Historiquement, donc, chez les professionnels, cette manière de faire s'est répandue. On a dit: Plutôt que de garder quelqu'un un an, deux ans, trois ans, etc., quand on voit qu'il va mieux, même si on sait que possiblement il va éprouver d'autres difficultés, il est préférable de le laisser retourner dans son milieu quitte à le rehospita-liser lorsqu'il en aura besoin. C'est ce qu'on a appelé la politique de la porte tournante, sauf qu'évidemment...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Le milieu n'était pas fameux, non plus.

Mme Plante: D'accord. Sauf que, effectivement, quand on en parle, on n'en parle que comme du syndrome de la porte tournante dans ce sens qu'on dit que c'est la démonstration de l'échec. Je pense qu'il faut aussi penser que la porte tournante, cela veut aussi dire la porte ouverte dans ce sens qu'on va faciliter ce retour de la personne, mais en s'assurant - je pense que c'est, d'ailleurs, une des conditions de succès de la réinsertion - qu'on puisse toujours faire une intervention en cas de crise ou quelque chose et non pas laisser les gens en panne dans le milieu. Donc, il faut quand même, la porte tournante, y penser un peu aussi dans sa dimension positive.

Je suis absolument d'accord que les taux de réadmission sont peut-être également signe de l'insuffisance de tout le système. Je pense que c'est, quand même, une façon de faire à maintenir que de dire: Autant que

possible, on retourne la personne et, lorsqu'elle aura besoin de services, on va les lui donner. Je voulais faire cette nuance.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Maintenant, j'avais posé une autre question.

Mme Plante: Quant à l'évaluation des coûts.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):... sur les coûts. M. Lamonde va se le rappeler, j'ai posé la question au Dr Laurin, lui permettant de ne pas y répondre parce que je ne voulais pas le mettre mal à l'aise, non plus. De la façon dont il est intervenu avant, j'avais interprété que peut-être on pourrait faire simplement, à un certain rythme, un déplacement des grandes institutions vers... C'est ce que, souvent, les psychiatres dans les hôpitaux généraux prétendent aussi, que tout l'argent va aux grandes institutions. S'ils nous en donnaient, on ferait une meilleure "job".

Mme Plante: Je pense qu'on peut faire des projections sur une base normative, c'est une chose, donc, une base bien théorique. On imagine un système conçu de telle façon, avec telles normes par rapport à des lits dans un hôpital, des lits de courte durée, des lits de longue durée, si on a des normes par rapport aux équipes externes, par rapport aux centres de jour, par rapport à des maisons de transition, ainsi de suite, par rapport aux équipes en CLSC, toute la gamme des services. On peut avoir une approche comme ça qui est normative et mettre des coûts au bout de cela. Cela est une chose. On sait ce que ce système ou cette conception veut dire en termes de coûts. Cela est possible de le faire. Mais le problème, c'est qu'il y a des ressources en place. Leur distribution ne correspond pas à celle du modèle théorique. Il y a le comment faire.

D'autre part, quand en plus on regarde le secteur communautaire, je pense que là les prévisions sont difficiles parce que je ne pense pas que ce soit un secteur qu'on puisse planifier et mettre sous forme de normes parce que, justement, il vient de l'initiative de la communauté. Je ne pense pas qu'on puisse dire: Ici et là, on veut avoir tel organisme, on a les sous. Maintenant, que cela existe. Ce n'est pas comme cela que ça se passe. Au contraire, l'initiative vient de la communauté et, lorsque cela correspond aux besoins, on devrait le supporter financièrement.

Ce secteur est plus difficile à planifier même au point de vue budgétaire. Ce qu'on peut faire, c'est dire: Quel effort est-on prêt à accorder et à rendre disponible aux initiatives existantes ou à celles qui se présenteront? Je pense qu'il est bien connu aussi qu'une des conditions de la réinsertion

est l'existence préalable de certains services de support, d'intervention en situation de crise, etc. Bien qu'on puisse penser qu'une bonne partie puisse être financée par de la réallocation, il semble nécessaire d'envisager ce qu'on pourrait appeler un budget de démarrage, puisque cela en prend d'abord, justement, pour pouvoir recevoir les premières personnes qui seront réinsérées, donc, les ressources ne seront pas libérées. Cela peut impliquer pendant un certain temps, ce que l'on pourrait appeler un budget de démarrage de toute l'opération, finalement, quitte à ce que, par la suite, ça procède par réallocation.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que vous avez évalué les coûts de cela?

Mme Plante: On est en plein dans cette opération. C'est ce qu'on tente de faire, effectivement, avec les données qu'on possède.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Parce qu'il y a certainement en place des ressources qui sont reliées au système institutionnel: centres de jour, centres de réadaptation. Quand vous tombez dans ce qu'on appelle les ressources alternatives dans la communauté, c'est quasi inexistant.

Mme Plante: Les ressources...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Vous avez quelques maisons; à Montréal, vous pouvez tes compter sur les cinq doigts de la main. Enfin, je n'ai pas fait le tour de la province, mais on va les obtenir. Oui, M. Lamonde.

M. Lamonde: Si je peux me permettre de compléter. Première question: qu'est-ce qui existe et comment qualifier ce qui existe? C'est évident que, sous l'angle de la gamme, c'est-à-dire des types de services, c'est insuffisant. Sous l'angle des quantités de services, c'est insuffisant. Je pense que, de ce côté, il y a un consensus très clair. Du côté de ce qu'il faut faire et des coûts attachés à cela, deux types de réponses. Un peu comme Marie l'a dit, il y a une approche très normative, où on peut faire des calculs, etc. Moi, je vous dirai que, par rapport à cela, dans le fond, il faut mettre en place la première ligne en santé mentale au Québec. Elle n'existe vraisemblablement pas. Pour moi, la première ligne, elle est à la fois institutionnelle et communautaire. Institutionnelle, disons que cela va beaucoup transiter par les centres locaux de services communautaires, les CLSC et, évidemment, par les organismes bénévoles de toute nature pour le communautaire.

On va avoir, je ne sais pas, environ 160 - je ne sais plus combien - 166 CLSC au

Québec. Il y en a certains présentement qui ont quelques ressources là-dedans, d'autres n'en ont pas. Si vous mettez, je ne sais pas, une ou deux personnes par centre local, par CLSC, vous faites la multiplication, je ne sais pas combien cela donne, cela doit donner plusieurs millions, d'une part. D'autre part, c'est évident que les organismes bénévoles vont devoir être soutenus financièrement par l'État. Combien? Cela dépend du nombre d'organismes bénévoles, de leur nature. Il y en a qui ont des rôles beaucoup plus légers, d'autres beaucoup plus lourds, etc. Cela aussi varie. Évidemment, aussi, certains centres de crise, hors centre hospitalier, s'ajoutent à cela. Cela peut vouloir dire, par exemple, que certains CLSC dans un territoire devront avoir un service de 24 heures en santé mentale pour accueillir des bénéficiaires qui ont des problématiques la nuit et pas juste le jour jusqu'à 4 h 30.

C'est quoi, l'évaluation de cela? Cela dépend du nombre d'individus qu'on met. C'est certainement quelques dizaines de millions. Cela m'apparaît évident qu'on ne peut pas aller en dessous de cela, sauf que c'est la partie un peu plus normative. Dans la partie un peu plus pratique, on est en train présentement de vivre ou d'essayer d'opérationnaliser certaines opérations comme celles-là. Il y a deux cas que je connais mieux, qui sont, l'un, Louis-Hyppolite-Lafontaine, à Montréal, et le Centre psychiatrique de Roberval, où d'ailleurs, en passant, on a eu des remarques élogieuses de la part de la Fédération des affaires sociales, ce qu'on a encaissé avec beaucoup de joie. Par rapport à cela, dans le cas du CPR, c'est un peu moins avancé, mais, dans le cas de Louis-Hyppolite-Lafontaine, on est en train, ces jours-ci, d'essayer de finir le calcul de l'opérationnalisation et tout.

Ce qu'on constate, comme le disait Mme Plante, c'est que, si on injecte temporairement une somme d'argent pour faire la transition, si, autrement dit, à un moment donné, vous avez besoin, pour faire cette transition, de mettre tout de suite des ressources disponibles dans la communauté pour faire l'accueil ou pour s'occuper des bénéficiaires, vous ne pouvez pas simultanément sortir les ressources du centre hospitalier parce que ce ne sont pas juste des dollars. Dans le fond, les ressources, dans ces milieux, ce sont des individus, c'est du personnel. Le personnel doit être formé pour pouvoir être adapté à ces situations; il y a toutes sortes de règles de relations de travail qui existent qui font qu'il faut s'entendre sur plein de choses, etc.

Donc, si on prend un montant d'argent qu'on injecte pour une période transitoire pour permettre d'avoir des ressources dans la communauté, de première ligne ou autre, et qu'en même temps vous maintenez vos

ressources dans votre milieu institutionnel, pendant une certaine période," vous pouvez agir. Ce qu'on est en train de constater - c'est ce que je voulais dire dans le dossier Louis-Hippolyte-Lafontaine - c'est qu'après un certain nombre d'années - dans le cas de Louis-Hippolyte-Lafontaine, cela va être cinq ans, si je ne trompe pas - on pourrait récupérer la somme initiale qu'on a mise comme étant une somme de transition, dans le fond.

Ce qu'on constate aussi, c'est qu'on ne peut pas faire l'échange de 1 \$ pour quatre 0, 25 \$, pas parce qu'on fait ce genre d'approche, mais parce que, essentiellement, on améliore la qualité des services. Il y a une quantité considérable de gens qui vont rester en institution pendant fort longtemps. Il faut améliorer la qualité des services, là aussi. Quand on combine les phénomènes de réinsertion sociale où il faut mettre des ressources en communauté et l'amélioration des ressources en institution, c'est évident que, dans l'ensemble, il faut ajouter des ressources, mais dont la résultante n'est pas tout à fait semblable, d'après mon vécu dans le cas de Louis-Hippolyte-Lafontaine, à l'approche normative ou théorique dont je parlais avant. Elle a l'air peut-être un peu moins gigantesque que celle qui est normative.

Tous les calculs, toutes les démarches ne sont pas finis dans l'exemple que j'utilise, mais l'image actuelle, à ce jour, est de cette nature. On parle certainement de quelques dizaines de millions de dollars pour faire une opération comme celle-là.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Qui pourrait s'échelonner, évidemment. Dans le moment, compte tenu qu'on a pratiqué dans le milieu de la psychiatrie une désinstitutionnalisation qui était justifiée si on tenait compte des diagnostics et tout, quels ont été les montants que le ministère des Affaires sociales - prenons les cinq dernières années sans remonter à vingt ans - a investis comme argent supplémentaire pour permettre cette désinstitutionnalisation?

M. Lamonde: Par rapport à cela, je pense qu'on a préparé au ministère une certaine quantité de statistiques, une petite note à cet effet qu'on pourrait peut-être déposer à la commission.

Une voix: Je pense qu'ils l'ont déjà.

M. Lamonde: Juste pour les fins de la transcription du débat, peut-être que, Marie, tu pourrais mentionner quelques chiffres.

Mme Plante: Il y a différentes actions qui ont été menées au cours des cinq dernières années, par exemple, d'équiper les départements de psychiatrie en développen-

ment, un effort a été fait pour essayer de leur donner une gamme plus large de ressources. Il y a actuellement quatre nouveaux départements qui ont eu les budgets pour avoir l'internat, bien sûr, mais les équipes de secteur, le centre de jour, les maisons de transition, la supervision à domicile ou en appartement et un service de parrainage.
(15 heures)

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est Gatineau, c'est...

Mme Plante: C'est Pierre-Boucher, c'est Repentigny c'est Baie-Comeau. Ensuite, certains départements de psychiatrie existants ont eu des ajouts de budget précisément pour développer ces services ambulatoires, le service externe et même ceux que je viens de vous nommer. Donc, il y en a qui ont eu cela. D'autre part, il y a eu des ressources alternatives, bien qu'elles soient peu nombreuses, qui, malgré l'absence de directives ou d'un cadre financier le permettant, ont quand même été endossées, compte tenu du besoin et compte tenu de la pertinence des services qu'ils offraient. Il y a eu des services de prévention du suicide qui ont été développés dans différentes régions et sous différentes formes. On connaît peut-être un peu plus celui de Québec, parce qu'on en entend davantage parler, mais il y en a à Montréal, il y en a à Rimouski, il y en a au Témiscamingue et il y en a un dernièrement au Saguenay. Il y a donc eu ces centres. À la suite de l'adoption des nouveaux règlements, il y a eu les familles d'accueil, de réadaptation et des appartements supervisés. Donc, pour une bonne part, ils sont développés à Montréal mais, au cours de la dernière année, il y a eu des budgets dans les différentes régions. Il y a eu également dans les pavillons des budgets accordés pour des programmes de développement de l'autonomie. On sait que les pavillons sont des structures qui fonctionnent à titre privé. Il y a donc eu des services professionnels d'ajoutés à ces ressources. Dans le cadre des hôpitaux psychiatriques, il y a des développements qui ont été accordés également dans certains cas pour améliorer les services.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Pouvez-vous nous envoyer cela en détail?

Mme Plante: Vous avez la copie du document que je regarde, vous l'avez déjà en main.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Bon d'accord.

Mme Plante: L'effort des cinq dernières années en chiffres, c'est 16 175 748 \$. J'ajoute à cela l'effort que

les CRSSS ont fait en réallocation de ressources. Je ne vous ai pas mis le détail des services mais c'est également soit des services externes à des hôpitaux, soit à des familles d'accueil, soit à des organismes communautaires. Vous avez également les montants qui ont été réalloués par quatre différents conseils régionaux au cours des dernières années, et là je dirais vraiment que ce serait pour les deux ou trois dernières années.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce qui veut dire, si on peut faire une espèce de projection, il faudrait peut-être soustraire pour le type de projection que je veux faire, les 7 000 000 \$, puisque cela implique la création aussi de nouveaux lits etc. Je vais les sortir des 16 000 000 \$. Dans le moment, ici, en dessous, vous avez un autre montant de 3 000 000 \$ qui vient des CRSSS, cela voudrait dire 16 000 000 \$ moins 7 000 000 \$, il reste 9 000 000 \$ plus 3 000 000 \$, environ 12 000 000 \$.

Mme Plante: Sauf que, dans les 7 000 000 \$, vous en avez - mon Dieu, je vais le dire un peu rapidement - sûrement 50 % qui...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):... qui sont pour le...

Mme Plante:... sont pour des services externes, l'autre tranche de 50 % étant pour les lits.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela ferait finalement 15 000 000 \$ globalement, enfin grosso modo.

Mme Plante: Oui, c'est cela, grosso modo, approximativement.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Comme projection pour l'ensemble et toutes les institutions, cela veut dire pas mal d'argent.

Mme Plante: Cela veut dire pas mal d'argent sauf qu'à ce moment l'effort de réallocation n'est peut-être pas suffisamment amorcé.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

Mme Plante: Il est évident que, pour améliorer la qualité des services, cela va requérir des montants nouveaux.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela va requérir des montants nouveaux. Pour le moment, je vais passer la parole au député de Marie-Victorin, Je m'excuse.

M. Pratt: Ma question n'est pas du

même ordre qu'on a traité ici, je veux dire l'aspect financier. Je voudrais avoir une appréciation et savoir si, depuis qu'on a commencé cet effort de réinsertion sociale, par rapport à l'institutionnalisation, on a des témoignages assez valables du côté du patient. Est-ce que les patients eux-mêmes se sont sentis mieux en milieu naturel, quand ils pouvaient donner un témoignage, ou bien est-ce que les familles ont pu se prononcer aussi? Vous avez parlé tout à l'heure du phénomène de la porte tournante. Il y en a qui entrent et qui sortent. Il doit y en avoir qui sont plus à l'aise en institution et d'autres un peu moins. Est-ce qu'on a un jugement ou des données au ministère concernant tout cela?

Mme Plante: Sur la satisfaction des clientèles, je ne pense pas qu'on ait des données compilées centralement. Je pense qu'on n'a pas cela.

M. Pratt: Ou le progrès que le malade a pu faire.

Mme Plante: À ce moment-là, c'est plus des témoignages, soit des personnes, des bénéficiaires ou soit des professionnels qui étaient... C'est absolument variable, selon justement quel appui ou quels services étaient accessibles. Il est évident que les personnes qui se retrouvent sans service sont démunies dans la communauté. Il y a peut-être un exemple qui me vient à la tête et qui peut démontrer un peu cela parce que... Il y a, par exemple, l'hôpital Saint-Luc qui a mis un service relativement simple de l'avant et pour lequel ils ont effectivement recueilli des données de satisfaction, si on veut, et qui était un système de fiducie. Partant du fait qu'une personne se retrouve dans une situation économique difficile, une personne qui a des problèmes de santé mentale, cela va également la désorganiser du point de vue mental. Elle ne sera pas seulement désorganisée matériellement, mais du point de vue mental aussi. Donc, ils ont mis sur pied, à l'aide d'une personne, un service de gestion par fiducie du chèque de bien-être social des personnes, parce que 95 % des personnes traitées, en psychiatrie du moins, qui ont des hospitalisations vivent de l'aide sociale. Ils ont géré avec ces personnes leur chèque de bien-être social de sorte que leurs revenus soient équilibrés sur toute la durée du mois en attendant le prochain chèque, ce qui a fait diminuer de façon draconienne les réhospitalisations de ces personnes, ce qui leur a permis une communication régulière avec une personne de l'hôpital et ce qui a permis également de solutionner toutes sortes de difficultés psychologiques ou sociales et pour lesquelles l'hôpital dénote, en tout cas, une efficacité et un rendement remarquables d'une mesure qui est absolument simple et

peu coûteuse.

M. Pratt: Je pense que des mesures semblables, cela devrait être connu. Cela devrait être publicisé. Je pose ces questions parce qu'à la suite de la commission qu'on a tenue, il y a quoi? un mois, cela a eu un certain retentissement dans les journaux. Des gens m'ont abordé là-dessus et ils étaient curieux de connaître le progrès qui a été fait ainsi. On a trouvé bon d'aller vers la réinsertion dans le milieu naturel de ces gens, mais les gens m'ont posé la question: Mais quel est le succès de cela? Pour pouvoir investir tant et pour pouvoir continuer à aller dans cette voie, est-ce que c'est vraiment rentable pour les malades? Est-ce qu'ils s'en sont trouvés mieux? C'est là-dessus que je posais ma question.

M. Audet: Si vous me permettez de compléter pour le secteur dont je suis responsable, nous n'avons pas mené d'enquête systématique pour connaître le taux de satisfaction des clients. Vous comprendrez que dans le secteur de la déficience intellectuelle, parfois, les enquêtes de cette nature doivent être menées avec une certaine délicatesse. Cependant, ce qu'on doit dire, c'est qu'il y a eu des enquêtes qui ont été faites dans d'autres pays - aux États-Unis, notamment - sur des opérations d'envergure comme cela pour voir quelle était l'évolution des clientèles et quel était le degré de satisfaction non seulement des clients, mais de leur entourage. Dans certains cas, on mentionnait - je vous le dis à titre comparatif sans mettre de chiffres trop en évidence - que s'il y en avait dans certains cas, mettons 80 % des parents qui s'opposaient à une opération de désinstitutionnalisation à cause de la crainte qu'ils n'aient pas les services requis dans le milieu ou parce qu'ils craignaient qu'on leur retourne leurs enfants chez eux ou pour toutes sortes de raisons, ce qu'ils constataient, c'est qu'un an ou deux après, il y en avait 80 % de ceux-là qui s'opposaient qui étaient maintenant favorables et qui étaient satisfaits de la réinsertion sociale. Ce que je peux vous dire aussi, c'est que dans certaines opérations - je pense notamment à la maison Sainte-Clothilde qui a fait une enquête dans le milieu avoisinant l'établissement, dans le coin de Drummondville - on a vérifié le taux de résistance ou le taux d'acceptation de la population à une réinsertion sociale des personnes et ce qu'on a constaté, c'est que l'acceptation était plus forte parmi la population que parmi le personnel lui-même de l'établissement. C'était plus le personnel qui manifestait de la résistance que la population environnante et jusqu'ici, selon les connaissances ou les contacts que j'ai avec les établissements qui ont procédé à des

opérations, il y a, bien sûr, des poches de résistance. Il y a des personnes qui ont connu des expériences peut-être moins favorables, mais globalement, on peut dire que la majorité des personnes, lorsque cela a été fait correctement, ont été fort satisfaites de l'opération réinsertion.

M. Pratt: L'expérience dure depuis combien de temps ici au Québec? Enfin, l'opération?

M. Audet: Encore là, comme je l'ai dit tout à l'heure, j'hésite à parler de l'opération. Des opérations semblables datent à peu près d'une dizaine d'années seulement...

M. Pratt: D'une dizaine d'années au Québec.

M. Audet: Oui.

M. Pratt: Aux États-Unis, est-ce depuis plus longtemps?

M. Audet: Ah! C'est à peu près la même période. Il y a un établissement psychiatrique que Mme Plante doit connaître, à Penhurst, dont l'étude couvrant une période de cinq ans sur les résultats de cette opération, vient à peine de sortir. Donc, cela fait à peu près six ou sept ans que cette opération a été mise en branle et réalisée. Ces opérations sont donc somme toute assez récentes. Celles qui ont réussi. Il y a eu des opérations qui n'ont pas réussi et qui ont fait les manchettes pendant une certaine période. Ce sont surtout de celles-là dont on a souvent fait état dans les journaux. Mais je peux vous signaler que lorsque c'est fait avec une certaine stratégie, une stratégie intelligente, avec la formation du personnel, avec la préparation des parents et des milieux recevants, en général, les résultats sont très positifs sur le plan de la satisfaction. Même sur le plan du développement des personnes concernées, des bénéficiaires eux-mêmes.

L'étude de Penhurst semble mentionner un développement considérable. Les résultats sont extrêmement favorables sur le plan du développement des individus.

M. Pratt: C'est un souhait que je formule: On devrait publiciser cela davantage et mettre l'accent sur les bons côtés.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Par contre, on a eu là-dessus, si vous me permettez, cette étude qui avait été faite et qui venait du Renfort. Cette étude démontrait - il faudrait que je relise le Journal des débats parce que j'ai été absente quinze jours et je n'ai pas retouché à cela, je vous le cite de mémoire - que les enfants qui avaient été sortis de l'institution - je ne

sais pas si c'étaient des enfants ou des jeunes adultes, il faudrait que je le vérifie...

M. Audet: C'étaient des plus jeunes.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ils avaient progressé plus lentement en dehors de l'institution qu'à l'intérieur de celle-ci.

M. Audet: Effectivement, cela dépend de la clientèle dont on parle, parce qu'il faut avoir des clientèles comparables. C'est toujours un peu la difficulté car, parfois, cela dépend des personnes à qui l'on s'adresse. Par contre, je pourrais peut-être vous citer des études qui ont été faites dans un centre qui n'est pas tellement loin de là et qui s'appelle le Centre d'accueil Butters où ils ont observé des personnes tout aussi gravement handicapées, placées dans un milieu très familial avec un, deux ou trois bénéficiaires, où le niveau de comportement, toutes choses étant relativement égales, par ailleurs, où la progression avait été plus rapide dans le milieu plus intégré. Encore là, je dirais que cela dépend de l'intensité de programmation offerte aux bénéficiaires concernés. C'est pourquoi c'est difficile à voir.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Dans le cas de Butters, enfin je ne sais pas dans quelle mesure, je n'avancerai rien parce qu'il n'y a pas eu de pourcentage donné par le directeur général, mais il a dit: On a même obligé certains membres du personnel à prendre des bénéficiaires chez eux. Au lieu d'oeuvrer en institution, ils oeuvrent à leur propre domicile, avec un certain nombre de bénéficiaires. Je ne sais pas si c'est un ou plusieurs bénéficiaires. Enfin, vous devez le savoir mieux que moi. Mais cela a peut-être pu faire une différence aussi dans la qualité de la progression à ces personnes, vu que comme vous le dites, toutes ces choses sont relatives.

M. Audet: Il est bien évident que, dans certains cas, nous serions d'accord pour qu'il y ait des interventions intensives en milieu, non pas institutionnel mais d'intervention ou d'encadrement, différent du milieu familial régulier. Sauf que l'important, c'est que cela ne dure pas. Il faut que cela dure seulement un temps. Il ne faut pas que ce soit fait d'une façon permanente, ad vitam eamnam. L'intensité de l'intervention est également majeure comme variable dans de telles circonstances.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mme la députée de Dorion.

Mme Lachapelle: J'aurais deux petites questions. La première concerne toujours la sensibilisation du public. Je pense qu'avant

de faire quoi que ce soit, il faut déjà commencer à sensibiliser le public en lui expliquant les différences entre la déficience mentale et les malades mentaux, parce qu'il y a quand même une différence. Souvent, les déficients intellectuels peuvent avoir en même temps plusieurs handicaps physiques. Si on commençait à sensibiliser le public par des courts messages télévisés, autant que possible, parce que cela attire toujours notre attention, comme on l'a fait pour les handicapés physiques, je pense que ce serait une première étape à franchir avant d'aller trop loin. J'ai toujours peur d'aller trop loin et d'être obligée de reculer.

L'autre question concerne les personnes en état de crise. Je reviens souvent là-dessus parce que je me dis qu'on pourrait peut-être remédier à cela rapidement sans que cela coûte une fortune. Il y a une dame qui était venue à une commission nous expliquer que, quand son fils était en période de crise, souvent, elle ne pouvait rejoindre personne et était obligée d'avoir un mandat d'arrestation pour qu'on l'emmène. En plus, il passait pour un criminel quand il ne l'était pas. Je me demandais s'il ne serait pas possible qu'on adopte la formule d'Urgences-santé: un unique numéro, que les intéressés auraient et une équipe d'urgence qui pourrait venir, prévenir dans certains cas, ou amener directement à l'institution le malade en question. Est-ce que cela serait possible? Cela ne coûterait sûrement pas si cher que cela. Cela serait une première démarche.
(15 h 15)

Mme Plante: Effectivement, quand on considère l'intervention en situation de crise, on doit considérer l'intervention sur les lieux de la crise autant que d'avoir un centre de crise ouvert pendant 24 heures. C'est effectivement une dimension importante de l'intervention. Ce ne sont pas toutes les crises qui nécessitent l'intervention sur place, sauf que je pense que lorsqu'il y a nécessité d'une intervention sur place, c'est éminemment plus souhaitable que de faire appel aux services policiers pour le faire, d'autant plus que la situation de crise n'est pas vécue uniquement par une personne, mais bien par sa famille à l'occasion ou en tout cas ses proches, les personnes avec qui cette personne vit et souvent l'ensemble de ce qu'on pourrait appeler les acteurs de la crise doivent être partie prenante de la résolution de la crise. Je pense donc que c'est effectivement une modalité à prévoir, sauf que... Encore là, dans quelle mesure, dans quelles circonstances et sur quoi doit-on intervenir sur place plutôt que de demander ou d'offrir aux personnes de se rendre à tel autre endroit. Il y a également une ligne téléphonique ou un service d'information et de références - c'est quelque chose de très pratique et...

Mme Lachapelle:... qui serait ouvert pendant 24 heures. Tout à l'heure, monsieur parlait des CLSC. Moi aussi, je rêve du jour où quelques-uns, au moins dans les grandes villes, seront ouverts 24 heures par jour. Des cas de prévention, on peut corriger cela assez rapidement quand les institutions sont ouvertes et quand les organismes fonctionnent à temps plein. Cela ne serait pas - je demande cela comme cela - un coût énorme pour mettre cela sur pied, dans les grandes villes pour commencer, à Québec et Montréal.

Mme Plante: Oui.

Mme Lachapelle: Peut-être que je pense que cela ne coûte rien, mais que c'est une fortune.

Mme Plante: Cela coûte certainement quelque chose quand on parle d'un service de 24 heures pendant sept jours, cela est évident; quand on parle d'une intervention professionnelle, également là, il y a des coûts importants. C'est un service qui est dispendieux, mais qui est nécessaire.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

D'autres questions?

Mme Lachapelle: Non.

Relations entre hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il y a un problème qui a été apporté ici à plusieurs reprises. Celui que j'appellerais - ils ne l'ont pas qualifié comme cela, moi je le qualifie ainsi - les relations entre les hôpitaux psychiatriques, c'est-à-dire la communication entre les hôpitaux psychiatriques et les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, quant à la possibilité du passage de l'un à l'autre. Je dois vous dire qu'il y a trois ans j'avais fait une tournée des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux et ceux des soins prolongés, et cette même remarque m'avait été faite. Finalement, ce qui arrive, c'est que, en fin de compte, l'hôpital général qui est mal pris parce qu'il n'a pas de lits, renvoie tant bien que mal la personne à la communauté. Il ne faut pas se faire d'illusion. Dans le cas des patients psychiatriques adultes, je vous assure que la famille n'est pas souvent là; cela, je pense qu'il faut en être bien conscient. Même dans le cas de déficience mentale, cela m'a frappée quand on nous a dit qu'à Contrefort - vous corrigerez ma statistique - il me semble que c'était 1 % des familles qui avait repris leur enfant; les autres étaient tous placés soit en appartement ou peu importe. La famille, particulièrement

dans les cas de psychiatrie adulte en haut de 18 ans, certainement en haut de 25 ans, n'est pas souvent là; on a eu le cas de la dame de Lakeshore qui s'occupe de son fils, mais c'est une femme assez exceptionnelle. Mais en général, elles ne sont pas là. Alors l'hôpital mal pris renvoie en disant: Les symptômes sont contrôlés. Quelquefois, on ne voit pas le bénéficiaire réapparaître, mais il faudrait peut-être se demander dans quelle condition il vit n'est-ce pas? Il vit dans des conditions extrêmement pénibles. C'est finalement la police qui le ramasse de nouveau. On peut peut-être se satisfaire et dire: on l'a sorti de l'institution et on lui donne une vie normale. Mais il y a eu plusieurs témoignages à savoir que ce n'était pas une vie normale pour ces gens. Ils ressortent et ils sont laissés à eux-mêmes.

Je pourrais vous donner un cas très précis dans mon comté où j'ai été obligée d'intervenir pour faire ouvrir Douglas avec le Allan - c'est tout enregistré; je ne devrais pas nommer l'institution, ce n'est pas mon genre, mais, je m'excuse, je l'ai fait - parce que c'est le cas d'une adolescente de vingt ans dont personne n'est capable de venir à bout, alors qu'elle fait toutes les conciergeries de Côte Vertu la nuit, parce que...

En tout cas, je ne suis pas pour vous donner tous les détails, mais il y a des situations extrêmement pénibles et, à un moment donné, la police la ramasse. Lorsqu'on me dit, de part et d'autre, qu'il n'y a pas les ressources pour ce genre de cas. Je voudrais vraiment qu'on aille au fond des situations qui sont très pénibles. Nous, ces cas nous arrivent exceptionnellement, mais je suis convaincue qu'il y en a un bon nombre.

M. Lamonde: Tout d'abord, je pense que c'est exact. Il y a des cas que je ne saurais pas dénombrer, mais qui sont certainement... Il y en a plus d'un cas pathétique où, finalement, le bénéficiaire se retrouve toujours entre deux chaises; il n'a jamais la bonne caractéristique pour être au bon endroit. C'est déplorable et il faut absolument corriger cela.

À Montréal, il y a eu un effort de sectorisation et, conséquemment, de partage de la responsabilité des établissements versus les bénéficiaires. À Québec, on n'est même pas rendu là encore. Il y a déjà eu des tentatives et cela n'a pas été couronné de succès.

Ce qui se passe par rapport à cela, c'est que l'insuffisance de ressources, d'une part, et l'insuffisance de consensus sur ce qu'il faut faire avec les bénéficiaires et sur l'organisation ou la responsabilisation des uns et des autres là-dessus fait que ces phénomènes se produisent et que la grande tendance a été, que ce soit pour le départe-

ment de psychiatrie d'un hôpital général, que ce soit pour le policier qui en ramasse un sur le coin de la rue, etc., cela a toujours été, évidemment, la grande image: Montréal, c'était Carré Louis-H. -Lafontaine, la "dompe". C'est "clean"; on allait là et on se débarrassait de cette façon, ce qui n'était effectivement pas une approche très thérapeutique, vous en conviendrez, et qui n'est pas la meilleure approche. Elle a un avantage, c'est qu'elle offre le gîte à l'individu, mais ce n'est pas mieux.

Pour solutionner cela, ce qu'il faut faire, c'est qu'effectivement le département de psychiatrie d'un hôpital général qui n'a pas suffisamment de personnel, qui n'a pas suffisamment de ressources ou de services adaptés pour recevoir ce genre de clientèle... évidemment, quand il reçoit une clientèle comme cela, s'il essaie de la garder chez lui, cela va lui causer toutes sortes de problèmes dans son fonctionnement interne. Alors, il y a une certaine tendance à rejeter cette clientèle et connaissant la difficulté de faire sortir quelqu'un de son établissement, il essaie même de ne pas le faire entrer. Dans les départements de psychiatrie, si vous avez en place des services ou des ressources mieux adaptés pour recevoir des clientèles avec des problématiques d'urgence, lourdes et des choses comme cela, ils vont avoir davantage tendance à les garder.

D'autre part, si vous avez aussi des ressources un peu spécialisées dans la communauté, qui peuvent s'occuper de cas un peu lourds et non pas juste faire de l'accompagnement très léger, à ce moment, elles aussi vont pouvoir, avec les centres hospitaliers généraux, prendre en main ces clientèles.

Si aussi une entente intervient - je reprends l'exemple de Montréal - entre les centres hospitaliers psychiatriques à Montréal et les centres hospitaliers généraux qui ont des départements de psychiatrie sur la vocation spécialisée d'un centre hospitalier psychiatrique, peut-être pour les schizophrènes ou pour des problématiques particulières, cela devient beaucoup plus facile. Chacun a ses responsabilités, c'est entendu, tout le monde ensemble et chacun a les ressources.

Dans le fond, les gens, s'ils ont une capacité de desservir, personne ne va laisser quelqu'un à la porte. Présentement, ce qu'ils craignent dans le processus, c'est que le consensus sur le partage des responsabilités ne soit pas assez fort et dans certains cas on a essayé de se relier des bénéficiaires. C'est un jugement très sévère que je porte, mais disons, évidemment, que je ne parle pas de l'ensemble des bénéficiaires; l'exemple ou les exemples que vous avez mentionnés existent mais ne sont pas la généralité, de la même façon que le commentaire que je viens de faire. Il s'applique, mais non pas pour l'ensemble des bénéficiaires.

Ce phénomène existe et la façon de le résoudre - il n'y en a pas deux - c'est par des ressources adaptées et un partage de responsabilités bien clair entre les intervenants. Si vous n'avez pas de partage de responsabilités clair, vous allez avoir le même problème. Une des préoccupations majeures que nous avons dans notre document de réflexion sur la santé mentale, c'est la continuité des services ou la préoccupation pour un bénéficiaire. Il ne faut pas que le bénéficiaire soit celui qui s'adapte aux services mais il faut que les services puissent prendre le bénéficiaire du début jusqu'à la fin et s'adapter au bénéficiaire.

Présentement, un des problèmes que nous avons - ce n'est pas simplement du côté de la santé mentale, mais du côté de la santé physique aussi. C'est que très souvent, il faut que le bénéficiaire s'adapte aux services plutôt que les services s'adaptent au bénéficiaire. En santé mentale, c'est plus criant, cela a plus d'effets. Pour nous, c'est très important. Il va falloir qu'il y ait quelqu'un dans la communauté - là, ce n'est pas au niveau provincial, c'est au niveau très local - qui soit responsable, qui soit le parrain ou peu importe les mots, le vocabulaire mais quelqu'un qui va devoir être responsable d'un bénéficiaire et s'assurer qu'il va être mis en contact avec les bonnes ressources.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela m'amène, M. Lamonde, à vous poser une autre question. Je fais un peu un retour en arrière, mais cela rejoint aussi ce que vous dites présentement. Quand vous parlez du développement des ressources, quand vous dites qu'il faut développer les services de première ligne, on pense aux CLSC, qu'il faut développer telles choses, mais - cela nous est peut-être venu du comité de la santé mentale mais d'autres aussi - on disait que pour que ce soit vraiment efficace il faut qu'il y ait un leadership en santé mentale. De la façon dont on se parle et dont on le décrit, quand on dit qu'il en faudrait un peu plus ici et un peu plus là, qu'il faudrait développer ceci et cela, cela rejoint votre question: Qui est responsable? Finalement, qui va... On peut dire que c'est le ministère des Affaires sociales, mais si on prend un plus petit territoire, à qui allez-vous donner la responsabilité dans ce domaine?

M. Lamonde: C'est peut-être le plus grand défi du document de réflexion en santé mentale parce que sur les problématiques et les orientations, je pense que les gens vont faire consensus assez rapidement. Comment va fonctionner sur le territoire un tel système? À mon avis, c'est là qu'est tout le défi, c'est-à-dire qui assure le leadership, qui assure le service avec telle spécialité ou

sans spécialité, etc. ? C'est vraiment la problématique.

Nous, là-dedans - pour reprendre vos mots relativement à l'encadrement - souhaitons certains principes mais on ne voudrait pas avoir un modèle organisationnel sur le territoire du Québec parce que les réalités sont différentes partout. Prenez Québec et Montréal, qui sont deux grands centres; vous avez plusieurs hôpitaux psychiatriques à Montréal et vous n'en avez qu'un à Québec, les départements de psychiatrie ne sont pas du même nombre, toute la mise en place n'est pas la même et les bénéficiaires, les quantités de bénéficiaires, les réalités, les vécus, les choses qui sont déjà vécues, ça compte! Autrement dit, nous n'avons pas envie d'implanter une espèce de seconde nature partout sur le territoire à des gens qui se sont comportés historiquement depuis un certain temps d'une façon.

Il y a des modes de collaboration qui existent déjà à Montréal. Par exemple, on me dit que déjà les quelques CLSC qui sont sur le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont ont déjà beaucoup travaillé du côté de la santé mentale; en tout cas, passablement. Ils ont déjà des mécanismes de relation avec le centre hospitalier, entre autres avec Louis-II. Lafontaine, etc. S'ils ont déjà quelque chose qui va bien et qu'ils assument un leadership là-dedans et une prise en charge du bénéficiaire, pourquoi leur imposerait-on un nouveau modèle autre que celui qu'ils ont?

(15 h 30)

Ailleurs, s'il y en a qui n'ont pas d'attitude ou de comportement, on peut en proposer mais les gens vont faire des choix à mon avis qui seront différents. Ce qui est important par exemple au niveau des principes, c'est qu'il y ait un leadership assumé et que le partage des responsabilités soit clair. Ce sont des exigences qu'on veut avoir. Qui a le leadership? Je pense que le milieu devra se donner un leadership parce que si on essaie d'en imposer un, je ne suis pas sûr qu'on aura beaucoup de succès avec ça.

Ce qui est en train de se dessiner un peu... Peut-être que la façon dont cela va se régler c'est qu'avant les gens étaient tous monolithiques. Peut-être que les psychiatres ou les hôpitaux psychiatriques... quand c'était un patient avec des problématiques psychiatriques, c'était à eux et personne d'autre n'avait affaire là-dedans. Aujourd'hui ces gens-là ont des comportements, des attitudes, des pensées à savoir que dépendamment du type de services à rendre, du moment où le bénéficiaire se présente - est-ce qu'il est en crise, est-ce qu'il ne l'est pas, est-ce un service en continu, ce genre de choses-là - ils commencent à dire qu'une partie des services à ce bénéficiaire pourrait

être rendue par eux et d'autres parties par d'autres. Je pense que ce processus-là... C'est peut-être du côté du type de services plutôt que des étiquettes psychiatriques, les psychiatres, ce genre d'étiquettes qui est en train de diminuer à mon sens et c'est là-dedans qu'est la solution. Plutôt des types de services. Par exemple, vous allez avoir des ressources communautaires qui seront très légères, vous pouvez en avoir d'autres qui offriront des services relativement spécialisés. De la même façon que vous pouvez avoir certains appartements supervisés - une ressource qui existe à Montréal - qui offriront des services très légers, d'autres offriront des services très lourds. Si ce sont des services très lourds il est fort probable que les gens voudront qu'il demeure un lien très très étroit avec le milieu hospitalier, avec les psychiatres, etc. Si c'est un service beaucoup plus léger, peut-être qu'on voudra que cela relève d'une autre entité ou d'autres intervenants.

Je pense que ce sont des choses qui commencent à se dessiner sauf qu'on a plus l'intention de proposer certaines balises ou certains principes auxquels on tient en termes organisationnels plutôt que de dire: Voici le grand modèle organisationnel, au niveau du Québec. On voudra qu'il y ait de la concertation au niveau régional et sous-régional, etc.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je suis portée à être d'accord avec vous sauf que c'est plus facile quand les ressources sont là que lorsqu'elles n'y sont que partiellement. Par exemple, dans un milieu les ressources peuvent être un peu différentes comme vous dites mais il y a quand même une globalité. À ce moment-là, c'est plus facile mais là où il y a des carences et on sait que dans des endroits c'est accentué par rapport à d'autres, il y a des endroits où on a fait des efforts spéciaux - je parle toujours de la psychiatrie, je ne parle pas de la déficience - où on a pris des initiatives intéressantes mais si on le prend globalement on sait que c'est déficient partout, si on pensait à une situation idéale. Dans ces endroits-là, quand il n'y a pas de leadership ou de responsabilité bien précise assignée à quelqu'un, vous vous retrouvez avec le cas dont je vous parlais qui était relié à un autre type de problème.

M. Lamonde: Par rapport à la notion de leadership, le premier commentaire est celui-ci: C'est évident qu'il n'y a rien de tout ce dont on parle, de remise en cause, de réorientation, d'appui à des orientations qui existent déjà en matière de santé mentale, qui est possible si des ressources adéquates pour les bénéficiaires ne sont pas là. Je pense que tout le monde s'entend là-dessus. Mesurer combien cela prend exactement, on

va certainement avoir quelques petits débats, c'est évident. C'est sûr qu'il faut ajouter des ressources à des endroits, etc.

Par contre il y a un cercle vicieux là-dedans. C'est presque une chance dans une certaine mesure. Si vous avez plein de ressources partout, très bien structurées, etc., comment allez-vous déterminer le leadership là-dedans? Qui va prendre le leadership? Si vous avez des milieux où il y a des insuffisances, des ressources additionnelles à mettre, une nouvelle dynamique à créer, etc., la structure de rapport n'est pas encore complètement sclérosée. Il y a des chances que ce soit plus malléable en termes de partage de responsabilités que si tout le monde est déjà tout en place partout et a un passé de X années de...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): On n'aurait pas le débat qu'on a actuellement si tout était en place et bien structuré.

M. Lamonde: Effectivement, peut-être qu'on n'aurait pas le débat qu'on a actuellement, sauf que ce je veux dire, c'est que, s'il n'y a pas les ressources suffisantes dans chacun des milieux pour s'occuper des bénéficiaires, on va juste brasser un jeu de cartes dans lequel il y a 50 cartes et on n'avancera pas beaucoup. Il me paraît évident qu'il faut avoir des ressources, sauf qu'il faut faire très attention à ne pas mettre les ressources sans l'organisation ou l'opérationnalisation, parce qu'on pourrait les dilapider facilement.

Un commentaire sur l'évaluation du fait qu'on manque de ressources. Je veux être prudent par rapport à cela. Il y a eu certaines études qui ont été faites au Québec qui avaient tendance à démontrer qu'on dépensait beaucoup plus que partout ailleurs au monde pour la santé mentale. Alors, il faut faire attention. D'ailleurs, je voudrais juste...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Si on dépense plus, on dépense peut-être mal.

M. Lamonde:... rappeler une chose. Lors du dernier congrès de l'Association des hôpitaux du Québec qui portait sur la psychiatrie et dont j'oublie le thème, j'ai entendu plusieurs psychiatres confrenciers dire: Nous ne manquons pas de ressources, nous les utilisons mal. J'ai retenu cela parce que cela me faisait un peu plaisir et que cela faisait mon affaire. Mais disons que ce n'est pas tout le monde qui pense qu'il y a une insuffisance de ressources en santé mentale au Québec. Ce n'est pas facile à évaluer quelles sont les ressources nécessaires pour donner des vrais soins aux gens.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mais... Oui, M. le député de Laurier.

M. Sirros:... qu'il y a insuffisance de ressources en ce qui concerne la prise en charge dans la communauté?

M. Lamonde: Je suis tout à fait d'accord.

M. Sirros: Il n'y a pas de doute là-dessus?

M. Lamonde: Il n'y a aucun doute.

M. Sirros: Vous avez dit aussi qu'il était absolument nécessaire qu'effectivement, il y ait une prise en charge, quelque part, par quelqu'un.

M. Lamonde: C'est exact.

M. Sirros: D'un autre côté, on a dit tout à l'heure qu'il y a une politique - on l'a même appelée une politique de la porte tournante - qui veut que lorsque le patient est à l'hôpital et que l'hôpital estime qu'on ne peut pas faire grand chose pour lui en tant qu'institution, on l'envoie à l'extérieur. Finalement, il va revenir, à un moment donné, s'il en a besoin. C'est peut-être une façon de dire que quand cela va péter, il va revenir. Ces deux choses me semblent être en grande contradiction, parce que, si on maintient une politique de porte tournante, dans ce sens, sans avoir au préalable déterminé une prise en charge dans la communauté, cela me semble un cul-de-sac inévitable. On continue à tourner en rond. Il me semble qu'il y a une nécessité... Je suis tout à fait d'accord qu'il serait bien de souhaiter l'émergence naturelle d'un leadership dans chaque communauté selon les besoins de la communauté. Mais devant des situations comme celles-là... Je pense que le genre de cas que Mme Lavoie-Roux décrivait tout à l'heure ne sont pas des cas isolés. J'ai parlé à des gens qui oeuvrent dans la communauté, soit dans les CLSC ou dans des groupes bénévoles. D'autres députés m'en ont parlé aussi. On en reçoit assez fréquemment. Je me demande s'il n'y a pas lieu d'avoir, j'espère le voir dans votre énoncé qui va sortir prochainement, j'imagine... Malheureusement, j'étais absent aux autres séances et j'ai peut-être manqué des bouts, ici et là. Mais, est-ce qu'il y a une volonté de la part du ministère d'identifier un peu plus clairement, en ce qui concerne la prise en charge dans la communauté, la place où le leadership pourrait se manifester?

M. Lamonde: Il est évident qu'il y a certaines préférences qu'on va manifester. Mais, de là à avoir un cadre absolument immuable, ce n'est pas notre intention.

M. Sirros: Dans mon esprit, ce n'est pas nécessaire non plus d'avoir un cadre uniforme dans tout le Québec sur la façon dont la prise en charge sera faite, mais il me semble que c'est essentiel qu'il y ait quelque part une prise en charge, si on doit retenir ou orienter une réinsertion dans la communauté.

M. Lamonde: Par exemple, c'est peut-être un énoncé trivial, mais quant à la prise en charge dans la communauté, il est vraisemblable qu'elle serait beaucoup plus du ressort d'un CLSC que d'un centre hospitalier psychiatrique. Il y a un certain minimum de ce type qu'on va énoncer qui nous paraît souhaitable. Mais il y a peut-être des cas où cela pourrait être légèrement différent, cela pourrait peut-être être différent. Il y a des cas qui sont vécus présentement sur le territoire où il n'y avait pas toutes ces choses mais, dans le fond, au-delà des structures il ne faut pas oublier les individus. C'est sûr qu'on est là pour proposer des choses effectivement plus structurelles. Ces choses, évidemment, les individus agiront dedans. Il ne faut pas seulement compter sur les individus.

Ce que je veux dire par là, c'est qu'il y a des choses qui existent sur le territoire, qui se vivent présentement ou il y a des individus, peu importe leur "situation"... Il y en a qui étaient dans des CSS, d'autres dans des CLSC, d'autres dans des centres d'accueil et de réadaptation, d'autres dans des milieux hospitaliers, pour ne pas dire dans des milieux asilaires, qui ont fait démarrer des affaires, qui font des choses, qui ont été le moteur, qui ont organisé cela avec plein d'intervenants communautaires, professionnels, etc. Il y a des choses fantastiques qui fonctionnent, qui vont bien, qui ont une approche organisationnelle et fonctionnelle qui est un peu différente de celles-là. Ce qu'on ne veut pas, c'est faire mourir des choses comme cela et les empêcher.

C'est sûr qu'au-delà de cela, on va quand même proposer un certain minimum d'encadrement ou de règles d'orientation quant au fonctionnement sur un territoire donné de ces problématiques. Ce qui est très important pour nous aussi, c'est que la problématique d'un individu de cette nature, dans le fond, c'est beaucoup sa relation avec son milieu. Ils ont beaucoup de problèmes de relation avec leur milieu. C'est dans ce milieu qu'il faut que cela se passe.

Plus les milieux vont être petits, les milieux d'intervention, les équipes d'intervention, les gens, plus ce territoire désigné, partagé, peu importe comment on l'appellera, plus cette unité va être proche des gens qui ont des problèmes, va être similaire à leur milieu de vie, à leur quartier, mieux cela va être.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):

Quant aux principes, avec ce que vous dites, je suis d'accord. Mais n'oubliez pas que vous avez affaire à des patients psychiatriques qui, justement, fondamentalement, ont des problèmes de relation avec leur milieu aussi, leur milieu familial, leur milieu social, enfin, le milieu où chacun de nous travaille, fonctionne. Souvent, le problème... Ceux qui nous reviennent, qui sont dépendants, on s'en occupe. Vous avez su aussi... J'en ai vu encore dans mon bureau des gens qui étaient suivis dans des centres de jour. Ils ne voulaient pas y aller. Ce que j'avais à faire, c'était de les référer de nouveau mais ils ne veulent pas y aller. Il y a un comportement qui est différent de la personne ordinaire qui, par exemple, veut se faire dépanner parce que - la comparaison est peut-être un peu simpliste - quelque chose dans la machine gouvernementale qui ne fonctionne pas, ce n'est pas assez pour avoir son allocation familiale ou ce que vous voulez. Cela est clair, c'est simple. Ils font la démarche que la moyenne des individus vont faire qui ne savent pas où aller.

Mais dans le cas des patients psychiatriques, particulièrement les plus atteints, le fonctionnement n'est pas si direct qu'avec le petit milieu qu'on préconise dans la majorité des problématiques sociales comme étant la meilleure approche. En tout cas, je voudrais que vous pensiez à ceux qui n'entrent pas dans le comportement habituel et qui sont très déviants.

On me soufflait, je pense que c'est, juste que c'est un peu pour cela qu'un grand nombre de ces personnes qui ont des problèmes plus sérieux se ramassent dans les grandes villes, n'est-ce pas? Ils ne restent pas dans leur petit milieu, chez eux. Peut-être que si leur petit milieu était mieux équipé, ils y resteraient. Mais un des problèmes des grandes villes, c'est l'anonymat qui fait que les gens se retrouvent là; c'est pourquoi les problèmes sont plus aigus particulièrement à Québec et à Montréal.

M. Lamonde: C'est très vrai ce que vous dites. Mais je pense que cela va dans le sens de confirmer ce que je disais. Très souvent, l'intervention doit être au moins aussi intense sur l'environnement du bénéficiaire que sur le bénéficiaire lui-même. L'intervention sur l'environnement peut difficilement être télécommandée ou téléguidée de loin. L'intervention sur le bénéficiaire, à la limite, vous avez raison. On peut prendre un bénéficiaire à Mont-Joli et l'amener à Québec et cela va être dépersonnalisé comme milieu. Peut-être que, temporairement, cela va l'aider. Je ne suis pas sûr que lorsqu'il va retourner à Mont-Joli son problème va être réglé, par exemple, d'une part.

(15 h 45)

D'autre part, s'il faut...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Ce n'est pas ce que j'ai dit.

M. Lamonde: Non, je m'excuse.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je n'ai pas dit de l'amener à Mont-Joli, mais j'ai dit que centrer sur le milieu est un bon principe pour la majorité des problématiques sociales, si on veut, ou psychosociales. Parfois cette majorité n'est peut-être pas exactement la même dans le cas d'un certain pourcentage de malades psychiatriques.

M. Lamonde: Mais je pense qu'on s'entend sur une chose. Il est souvent très important d'intervenir de façon intensive sur le milieu du bénéficiaire aussi bien que sur le bénéficiaire, d'une part.

D'autre part... J'ai perdu mon idée. Je passe.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce que mes collègues... Oui, Mme Plante.

Mme Plante: J'ajouterais peut-être que la clientèle dont vous pariez, qui est très lourde et qui requiert souvent des services, on peut peut-être l'estimer à 5 % de la clientèle de la santé mentale. Ce n'est pas vraiment tout le monde qui va voir un psychiatre, qui a ces problématiques. Ce n'est pas tout le monde qui a des problèmes de santé mentale qui nécessitent autant de soutien, disons. Donc, on peut estimer à 5 % à peu près cette clientèle qui est beaucoup plus lourde et qui demande un suivi beaucoup plus constant. Je vous rappelle ce que M. Lamonde disait qui s'applique à cette clientèle. Je pense que, dans ces cas, cela prend effectivement même un appui pour obtenir les services. Je vous réfère à l'Office des personnes handicapées qui préconise l'utilisation du plan de services et du responsable du plan de services. C'est peut-être différent du leadership organisationnel comme tel. C'est une coordination des services, mais vraiment au niveau individuel. Cela peut être une proposition importante pour cette clientèle que de s'assurer d'avoir quelqu'un responsable afin que la personne obtienne l'ensemble des services dont elle a besoin en fonction de chacun de ses besoins, qu'ils soient d'ordre thérapeutique ou psychiatrique, d'une part, mais ce sont des besoins d'hébergement, de dépannage ou je ne sais quoi, d'éducation, de travail ou autres, et l'ensemble de ces besoins doit être évalué - c'est du moins ce que propose l'Office des personnes handicapées - et inscrit dans un plan de services. Ces interventions ne relèvent pas toutes de la psychiatrie, sauf que ce qui est important pour cette clientèle, c'est que ce

soit bien coordonné. Ce n'est peut-être pas le même type de coordination que la coordination organisationnelle de l'ensemble des services d'un territoire. Pour cette clientèle dont vous parlez, je pense que l'essentiel est la coordination des services comme tels à la personne. Cela sera un point important également.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): M. Lamonde a retrouvé sa pensée.

M. Lamonde: C'est cela. C'était très près de ce que Mme Plante vient de dire. Il y a un danger à la notion de leadership, parce qu'on parle de leadership organisationnel et, à un moment donné, il va falloir que cela se matérialise dans quelque chose. C'est qu'il faudrait éviter d'obliger le bénéficiaire à aller quelque part. C'est très dangereux. Lorsque le bénéficiaire a ses problèmes et qu'il les vit, il se présente où il peut, où il veut, où...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Alors la notion de psychiatrie sectorielle va disparaître.

M. Lamonde: À ce moment-là, ce qui est très important, c'est que, quel que soit l'endroit où il se présente, il y ait là quelqu'un qui puisse le prendre en main et le réorienter vers la ressource la meilleure pour lui. Par exemple, du côté des personnes âgées, c'est un peu l'approche qu'on a eue, c'est-à-dire qu'il y avait des gens qui se présentaient à l'urgence, à un cabinet privé ou au CL5C - il y avait toutes sortes d'approches - et ce qui se passait, c'est qu'elles n'étaient pas nécessairement bien accueillies. Cela ne veut pas dire qu'on les bafouait ou qu'on les battait, mais on n'avait pas la structure adaptée pour les accueillir, ce qui faisait qu'on ne les dirigeait pas vers la bonne ressource pour elles suivant leur problématique. Parfois, on les gardait à l'urgence, parce qu'il n'y avait pas d'autre chose à faire ou parce que le médecin dans son cabinet privé ne savait pas trop quoi faire, parce qu'il ne connaissait pas les ressources ou qu'il ne savait pas qui il était. Ce qu'on fait, on dit à l'ensemble de ces intervenants: Voici un peu comment cela devrait se passer; voici quelles sont les ressources adaptées à..., etc. Si un bénéficiaire se présente chez vous ayant des caractéristiques A, B, C, D, s'il vous plaît, voulez-vous contacter telle personne, etc. C'est plus ainsi qu'il faut procéder. C'est encore, je dirais, plus criant du côté des personnes qui ont des problématiques de santé mentale. Il faut qu'elles puissent frapper à la porte où elles le veulent et où elles peuvent aussi et que, de là, on les prenne et on les dirige aux bons endroits. Là, la notion de plan de services est très

importante. Il y a un risque énorme à un leadership organisationnel où vous auriez un endroit qui serait le centre communautaire de santé mentale - je ne sais pas comment on pourrait appeler cela - c'est parce que les gens qui sont mal pris, ils vont où ils peuvent, etc., ils ne vont pas nécessairement à l'adresse que le gouvernement leur donne. Je veux dire que c'est très dangereux comme approche organisationnelle.

Ce qui est important, c'est qu'il y ait quelqu'un qui s'assure du leadership et de la continuité du service au bénéficiaire. Il ne faut pas le laisser tout seul dans la nature, à un moment donné. Il faut qu'il y ait toujours quelqu'un qui prenne le relai, qui chemine avec lui par rapport à son plan de services. Il faut éviter, je pense, de dire: Dans notre réseau, il y en a un intervenant, c'est lui qui a le leadership, si vous êtes malade, allez chez lui. D'abord, les gens n'ont pas toujours conscience qu'ils sont malades, etc...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Mme la députée de Dorion.

Mme Lachapelle: Un peu pour dire dans le même sens que monsieur. Moi aussi, je trouve que peu importe où ils doivent se présenter, ils doivent être bien accueillis ou, enfin, les diriger à la bonne place. S'il arrive des cas, j'en ai vu un dernièrement où quelqu'un s'est dirigé dans un CSS sur la rue Saint-Hubert et on lui a dit: Ce n'est pas notre territoire. Toi, il faut que tu descendes sur la rue Ontario. Si la personne a besoin de soins tout de suite, elle a besoin d'être prise en main. Il ne faudra plus que cela se produise. Il faudrait que peu importe où ils aillent...

M. Sirros: Ils l'ont retiré. C'est entré comme statistique de référence.

Mme Lachapelle: Là il est venu nous voir au bureau de comté et c'est nous autres finalement qui avons dû l'aider. D'être ballottés d'un bord et de l'autre, les patients n'aiment pas cela non plus.

M. Lamonde: On peut le prendre comme exemple. Effectivement, comme disait monsieur, ils l'ont référé. Sauf que quand je parle de prendre en main un bénéficiaire, je ne veux pas dire: Reprends la rue et va-t'en jusqu'à Ontario. Évidemment, ce n'est pas à cela que je pensais comme référence. Je prends comme référence la prise en main...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je pense que c'est un manque de sensibilité des personnes. Les gens viennent à notre bureau. Vous devriez voir le nombre de démarches qu'on fait pour leur ouvrir la bonne porte. On les regarde et on dit: On ne peut pas les

laisser dans la nature comme ça. On se démène et on le fait. Si vous avez affaire à quelqu'un qui est stupide dans un endroit... Au moins s'assurer qu'il se rend sur la rue Ontario. Au moins ça. Oui.

M. Lamonde: Parmi les ressources en place, on compte beaucoup sur les bureaux de députés.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Est-ce que vous avez d'autres questions? J'aurais une dernière question. Je ne sais pas si c'est la dernière, parce que je n'ai jamais la dernière question. Qu'est-ce que vous prévoyez recommander eu égard à la Loi sur la protection du malade mental et la curatelle, d'une part?

Je mets toutes mes questions ensemble. La deuxième n'est pas complètement dissociée, elle est un peu d'un autre ordre et elle s'adresse à M. Champoux. C'est une préoccupation que j'ai et qui a été exprimée ici. C'est la question qui rejoint la question de continuité. Dans le cas des déficients mentaux adultes dont les parents décèdent ou éventuellement vont décéder. Cela demeure une préoccupation profonde des parents, c'est ce qui explique un peu la résistance des parents aussi à ce que leur enfant adulte soit désinstitutionnalisé. Là au moins ils savaient qu'il partait. L'institution était là pour cela. Là, j'ai l'impression qu'on se retrouve un peu dans un vide. On a eu le cas de Contrefort où on nous a dit: Ils ne sont jamais perdus de vue. On en a eu d'autres, même si c'était Sainte-Clothilde, par exemple, où à un moment donné ils étaient perdus dans la brume. Ils avaient été placés, des déficients légers ou même assez en bas des légers. Ils ont dit: Écoutez, ils sont devenus adultes, ils ont 18 ans. Ils ne relèvent plus de nous. On dit: À quelle place sont-ils rendus? Je ne les connais pas tous. On voulait laisser répondre M. Lamonde.

M. Audet: Effectivement, ce que vous mentionnez est une problématique à laquelle on réfléchit présentement. La notion, surtout dans une période de réinsertion sociale: quel type de supervision, de soutien ou d'aide - dans certains cas c'est uniquement technique - les établissements devraient-ils offrir soit aux parents, au parent civique, au représentant de la personne adulte, dans le cas d'une déficiente mentale, parce qu'elle n'en guérit pas et reste déficiente mentale toute sa vie, en général... On a une réflexion à faire. Je vous avoue, à cet égard, que, dans ce nouveau contexte de réinsertion sociale, il y a des réflexions à poursuivre.

Il y a présentement des établissements qui ont fait faire des études notamment sur toutes les dispositions législatives en ce qui concerne notamment la Curatelle publique pour savoir quelles seraient les modalités qui

pourraient faciliter aux parents ou au parrain civique la gestion des biens de la personne afin d'assurer la continuité dont vous mentionnez la nécessité. C'est effectivement un problème.

Il y a des établissements dont l'attitude est de dire: Elle n'est plus dans mes dossiers. Je ne m'en occupe plus. Je pense que, dans ce cas...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): On l'a entendu ici.

M. Audet:... il faut bien mentionner que ces établissements continuent d'avoir la responsabilité d'offrir à ces personnes des services de soutien. Elles ne sont plus admises dans l'établissement. L'établissement n'en a pas la responsabilité au même titre qu'il l'avait auparavant. Cependant, il a certainement une responsabilité de leur offrir certains services de soutien, à moins qu'elles soient réinsérées, qu'elles soient rendues tellement autonomes. À ce moment-là, cela peut être compréhensible, elles ont le même type de services que tout autre citoyen. Mais dans le cas où vraiment les personnes ont une déficience plus sévère ou qu'elles ont besoin d'un appui constant, je pense qu'il y a des liens à établir, soit avec des mécanismes de parrain civique qui leur fournit le soutien...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il faut qu'il y ait une pérennité qui soit assurée d'une responsabilité quelque part vis-à-vis de ces gens.

M. Audet: Oui, mais, encore là, cela dépend des clients ou du degré de responsabilité.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, je suis bien d'accord, non pas vis-à-vis d'un... C'est parce que vous réintégrez présentement les déficients moyens et les déficients profonds.

M. Audet: Dans certains cas, des déficients sévères.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui. Savez-vous que...

M. Audet: Oui, mais souvent je pense que le rôle de l'établissement va consister, dans un premier temps, à tout simplement indiquer à l'entourage ou à ceux qui vont en être responsables quelles sont les modalités. On peut, par exemple, faire des conseils de famille dans certains cas pour déterminer un responsable de la personne. Le Pavillon du Parc a fait une étude récemment de cette nature pour se donner les outils de supervision des adultes. On a un certain bout de réflexion additionnelle à faire.

En ce qui concerne la loi du malade mental, je pense bien que je pourrais compléter, mais je pense qu'il y a des révisions en cours présentement au ministère pour au moins avoir une uniformisation technique des modifications qui ont été apportées au Code civil et je ne pourrais pas entrer dans le détail, bien sûr.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela fait huit ans qu'on en parle, au moins.

M. Audet: Oui. Le calendrier, je n'en suis pas responsable.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je n'exagère pas, M. Lamonde, n'est-ce pas?

M. Lamonde: Pardon?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je n'exagère pas.

M. Lamonde: Cela fait beaucoup plus longtemps que cela que les gens en parlent.

M. Audet: Mais, idéalement peut-être...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La Curatelle publique?

M. Audet: Pour la Curatelle publique, cela relève du ministre des Finances, que je sache. Sûrement que le ministère pourra fournir des commentaires.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, lorsque j'en ai parlé au ministre des Finances - peut-être que M. Lamonde était là dans le temps - il m'a dit: Non, je m'occupe strictement de l'administration des biens, mais tous les autres aspects relèvent des Affaires sociales.

Une voix: J'attends les commentaires.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il m'avait renvoyée aux Affaires sociales. Je n'ai jamais eu la réponse.

M. Lamonde: Les Affaires sociales vont s'assumer. Mme Plante va vous donner la réponse.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

Mme Plante: Je pense que les recommandations vont absolument dans le sens du projet de loi 20, donc la réforme du Code civil en ce qui a trait aux droits de la personne. Je pense que les préoccupations importantes étaient en rapport avec la notion même de cure fermée, la notion de quand elle s'applique et de quelle façon. C'était donc lié à toute la notion de consentement aux soins également, parce que, actuelle-

ment, la cure fermée est une mesure de détention et non pas une mesure de traitement. On se posait la question: Est-ce qu'il est normal qu'on ait exclusivement une mesure de détention et non pas de traitement? Ce que le projet de loi 20 dit et, finalement, ce que le Comité de santé mentale ou l'Association des psychiatres ou certains comités au ministère des Affaires sociales ou au ministère de la Justice qui s'étaient penchés sur ces révisions de la loi recommandaient, c'est à peu près tout le temps dans le même sens, c'est d'abord de reconnaître qu'au Québec, la maladie mentale n'est pas une maladie de traitements obligatoires. C'était une première chose. Donc, tous les droits et libertés reconnus par la Charte des droits et libertés de la personne s'appliquent.

(16 heures)

D'autre part, bien sûr, comme il est prévu dans le Code civil, il y a certaines exceptions lorsque la personne est incapable et lorsqu'il y a menace à la vie, on peut agir différemment. C'est réitéré, sauf que le problème était le suivant. Dans la loi on parlait de menace à la santé et à la sécurité de la personne ou d'autrui et on supposait, des rapports qu'on demandait au psychiatre, une certaine prédiction de la dangerosité. Le consensus est à l'effet que cela se prédit bien mal, la dangerosité à long terme, et de ramener cette notion d'urgence, finalement, au risque immédiat, imminent et manifeste de danger à la vie ou à la sécurité de la personne. Donc, c'est une première recommandation, si on veut, de ne pas demander au psychiatre de prédire des choses à long terme, mais bien de faire des évaluations sur la situation actuelle de la personne. C'est retenu.

D'autre part, toute la notion du consentement et de qui peut consentir à la place, je pense que c'est également bien clarifié qu'il doit y avoir une personne lorsque la personne est évaluée incapable, selon certains critères à standardiser. Il doit y avoir identification d'une personne légalement responsable du consentement aux soins et qui soit différente de la gestion des biens de la personne. Donc, c'est l'autre notion, de vraiment distinguer la gestion, de la capacité à gérer les biens et la capacité à consentir aux soins. Donc, c'est retenu comme tel. Toute la notion de consentement de la personne capable doit être reconnue comme un droit, que la notion de consentement de la personne incapable soit bien identifiée à quelqu'un d'autre, que, d'autre part, il y ait des recours. Peut-être que les recours étaient insuffisants et de la façon dont cela se passait parfois, cela pouvait aller un peu vite pour la personne concernée, en tout cas, à son goût. Je pense que comme dans bien d'autres pays ou d'autres provinces qui se sont penchés là-dessus, il était juste de

reconnaître un droit d'audition à la personne, que cette personne soit à jeun de médicaments lors de cette audition et qu'elle puisse être assistée de services juridiques pour se défendre, ce qui impliquait également qu'elle connaisse les motifs qu'on invoquait contre elle, qu'elle connaisse...

M. Sirros: Comme pour...

Mme Plante:... de l'ensemble des régimes de protection parce que la Loi sur la protection du malade mental porte là-dessus.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux):... les ajustements là-dessus.

Mme Plante: Donc, c'est... En tout cas, dans le premier document...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Vous allez le recommander, en tout cas.

Mme Plante:... cela va être proposé. Donc, par la suite, cela devrait se faire, d'autant plus que la révision du Code civil entraîne quasi automatiquement l'amendement des lois qui y sont assujetties. Cela va aller dans ce sens. Il y a peut-être certains éléments qui n'étaient pas prévus par le projet de loi actuel, le projet de loi 20, qui vont être proposés également en surplus, si on veut, et on verra quel consensus cela rencontrera; mais c'est vraiment une préoccupation d'assurer les droits, d'assurer des recours et également d'assurer des régimes de protection diversifiés parce que avant on avait des régimes assez absolus. C'était tout l'un ou tout l'autre, alors que là, c'est divisé, la gestion des biens et le consentement, mais également de prévoir des régimes de protection qui ne soient pas nécessairement absolus, qui peuvent être partiels, qui peuvent être vraiment adaptés...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Cela peut être...

Mme Plante:... aux besoins ou aux capacités de la personne.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): ... administrer son salaire, mais ne pas administrer son...

Mme Plante: C'est cela et cela peut être soit d'avoir un curateur, un tuteur ou simplement un conseiller. Le projet de loi le propose.

Régions éloignées

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Il y a une question qu'on n'a pas abordée et le temps passe. C'est toute la question des

régions éloignées. J'imagine que vous allez l'aborder, vous autres, dans votre rapport sur la santé mentale, sans vous faire faire d'indiscrétion.

M. Lamonde: C'est-à-dire qu'on l'aborde également dans le sens où on parle de l'ensemble des citoyens du Québec là-dedans, de certaines carences un peu particulières, plus accentuées de ressources dans certains milieux, mais en termes de philosophie, d'orientation, de tout ce qu'on voudra, je ne pense pas qu'on fasse de différenciation.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Non, c'est globalement. Oui, c'est cela.

M. Lamonde: Il y a effectivement, quant à la problématique, des carences additionnelles là, par exemple, les ressources professionnelles, qu'elles soient psychiatriques ou autres. Il y a des carences très importantes là et il faudra proposer des moyens pour y donner suite.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, je vous en prie.

M. Champoux: Nous avons aussi apporté quelques statistiques que vous aviez demandées.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui, oui.

M. Champoux: Elles sont contenues dans des dossiers en nombre suffisant. On pourrait vous les donner. On a également introduit là-dedans toute la notion plan de services et plan d'interventions qui fait référence à la question que vous aviez posée. On peut vous laisser cela.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Et le reste, vous allez nous l'envoyer le plus tôt possible? C'est ce qu'on peut... Est-ce que cela peut aller avant le mois d'octobre? Oui?

Mme Plante: Pour les raisons que je vous ai données, je ne le croirais pas, non, parce que, comme je vous l'ai dit, il y en a qui sont des traitements spéciaux d'information et je ne croirais pas que cela puisse être disponible avant d'octobre. Je pense qu'on peut essayer de se donner un objectif à l'intérieur du mois d'octobre. Ce serait plus réaliste.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Est-ce qu'on pourrait vous demander un objectif au début d'octobre?

M. Audet: Est-ce que je pourrais suggérer de couper la poire en deux...

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est

parce que si vous avez...

M. Audet:... et suggérer la mi-octobre?

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): C'est un peu comme les ministres, je le dis sans partisanerie, quand ils nous disent que cela va être au printemps ou à l'automne, mais le printemps dure du 21 mars au 21 juin...

M. Audet: Je parle de la mi-octobre 1985.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): La mi-octobre est le 15 octobre.

M. Audet: Oui.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Si vous me le donnez pour le 15 octobre, c'est correct. Je ne sais pas si c'est un dimanche, mais...

Une voix: Vous allez avoir une réponse d'ici peu.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): En tout cas, c'est parce que nous avons aussi un échéancier serré. Il est peut-être encore plus serré que le vôtre.

M. Audet: C'est un mardi.

M. Lamonde: Dans notre secteur, madame, il y a quelques informations qui pourront être complétées. Dès que nous les compléterons, nous pourrons les transmettre à mesure de notre disponibilité.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Parfait.

M. Audet: Disons que les dernières seront disponibles le 15.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): D'accord. Ah! Bien! C'est un peu plus encourageant.

M. Audet: Il y a des choses dont nous ne sommes pas responsables, c'est-à-dire qu'il y a des statistiques, que l'on voulait les plus à jour possible, qui dépendent de l'envoi par les établissements du rapport annuel sur les statistiques.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Oui.

M. Audet: Dans la mesure où ils ne les envoient pas, il nous paraît impossible dans certains cas de pouvoir... C'est pourquoi, au lieu de vous remettre des données incomplètes, on préfère ne pas vous les transmettre dans de telles circonstances, quitte à ce que vous ayez des données qui datent de l'an dernier, dans certains cas.

Mais ce ne seraient pas des statistiques très à jour.

Tout ce qu'on pourra vous fournir qui pourrait aider les travaux de la commission, il nous fera plaisir de le transmettre.

La Présidente (Mme Lavoie-Roux): Je vous remercie beaucoup et je vous remercie aussi de votre disponibilité cet après-midi et de votre collaboration habituelle. Si on a besoin d'autres informations, on se permettra de vous appeler directement. Merci beaucoup.

Le reste ne sera pas enregistré. On suspend nos travaux.

(Fin de la séance à 16 h 8)